

**Transmissão vertical do HIV em gestantes: consulta coletiva como estratégia para redução****Vertical transmission of HIV in pregnant women: collective consultation as a strategy to reduce**

DOI:10.34117/bjdv6n9-214

Recebimento dos originais: 08/08/2020

Aceitação para publicação: 10/09/2020

**Karolayne Lima Santos**

Acadêmica de Enfermagem, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas,  
E-mail: karol.enfufal@gmail.com

**Sueli Teresinha Cruz Rodrigues**

Mestre em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas  
E-mail: suelitr@gmail.com

**Amuzza Aylla Pereira dos Santos**

Doutora em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas  
E-mail: amuzza.santos@gmail.com

**Maria Elisângela Torres de Lima Sanches**

Mestre em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas  
E-mail: eli\_sanches23@hotmail.com

**Tâmara Silva de Lucena**

Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas  
E-mail: tamaralucenaa@gmail.com

**Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira**

Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal de Alagoas  
E-mail: maraysa\_jessyca@hotmail.com

**RESUMO**

Objetivo: conhecer a efetividade da consulta coletiva para as gestantes com HIV como uma estratégia para a redução da transmissão vertical. Método: estudo de abordagem qualitativa, realizado com oito mulheres vivendo com HIV. A coleta de dados realizou-se pela técnica da entrevista individual, ocorrida no período de dezembro/2019 a janeiro/2020. A análise ocorreu através Temática de Conteúdo. Resultado: A partir das falas das gestantes foram elencadas duas categorias “Condição sorológica para as mulheres vivendo com HIV” e “Acompanhamento e participação na consulta coletiva”. A primeira apresenta o viver com o HIV durante a gestação, e a

segunda traz a percepção sobre a importância da consulta coletiva nesse contexto. Considerações finais: As gestantes visualizaram a consulta coletiva como uma estratégia que atua diretamente na mudança de atitude, conhecimento e prática a respeito da condição clínica, prevenção e na execução do tratamento correto, sendo relevante para redução da transmissão vertical.

**Palavras-chave:** Gestantes, HIV, Infecção, Feminização, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to know the effectiveness of the collective consultation for pregnant women with HIV as a strategy to reduce vertical transmission. **Method:** a qualitative study conducted with eight women living with HIV. Data collection was performed using the individual interview technique, which took place from December / 2019 to January / 2020. The analysis took place through Content Thematic. **Result:** From the speeches of the pregnant women, two categories were listed: “Serological condition for women living with HIV” and “Monitoring and participation in the collective consultation”. The first presents living with HIV during pregnancy, and the second brings the perception about the importance of collective consultation in this context. **Final considerations:** The pregnant women viewed the collective consultation as a strategy that acts directly on changing attitudes, knowledge and practice regarding the clinical condition, prevention and the execution of the correct treatment, being relevant for reducing vertical transmission.

**Keywords:** Pregnant women, HIV, Infection, Feminization, Vertical, Nursing.

## **1 INTRODUÇÃO**

Em 1981, nos EUA, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi reconhecida a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi<sup>1</sup>. O vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da síndrome, foi identificado em 1983, pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos<sup>2</sup>.

Após a primeira década, marcada pelo predomínio de casos entre homens, o aumento da infecção entre mulheres, processo conhecido como feminização da epidemia, na década de 1990 fomentou um grande número de estudos e intervenções voltados para este grupo. O Brasil é considerado, hoje, um país de epidemia concentrada, na qual as mulheres não constituem um grupo populacional prioritário, apesar da notificação de novos casos entre elas e do aumento da taxa de detecção entre gestantes<sup>3</sup>. Nesse contexto, as gestantes infectadas, pela transmissão vertical (TV) têm a possibilidade de contaminar o filho durante a gestação, parto e pós-parto<sup>4</sup>.

Para a mulher, em geral, o ciclo gravídico configura uma experiência singular e complexa, permeada por vivências ambivalentes, como alegria/tristeza, segurança/insegurança e amor/raiva. Para as gestantes portadoras de HIV, essa ambivalência também se faz acompanhar de um estado de ansiedade e culpabilidade decorrente da possibilidade de infecção do filho pela TV<sup>4</sup>. A TV do

HIV pode ocorrer em três períodos: intrauterino, no nascimento (intraparto) ou durante a amamentação (pós-parto)<sup>5</sup>.

O Ministério da Saúde (MS), no Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, afirma que em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, o risco aumenta de 15% a 45%<sup>6</sup>.

A melhora da qualidade e da expectativa de vida entre as pessoas que vivem com HIV demandam cuidados específicos dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais nos três níveis de atenção à saúde<sup>7</sup>. Diante da possibilidade da redução da TV o mais precocemente possível, a orientação é que os profissionais de saúde atuem com vistas às atividades educativas, aconselhando às gestantes e puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos e a prevenção da transmissão da gestação ao puerpério<sup>8</sup>.

Assim, cabe aos profissionais de saúde estarem capacitados para reduzir a lacuna relativa a falta de acesso às informações entre as mulheres que vivem com HIV e o déficit de conhecimento sobre a TV. Nesse contexto, entra em cena a educação em saúde através da consulta coletiva realizada nos grupos de gestantes, podendo ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de comportamentos saudáveis<sup>8</sup>.

Nessa circunstância, os grupos de apoio às gestantes portadoras de HIV possibilitam às participantes uma fonte substituta de apoio e encorajamento, faz diminuir seus medos, ansiedades, a sensação de isolamento e proporciona a aprendizagem de novas maneiras de lidar com o HIV/Aids. As intervenções grupais capacitam seus membros a desenvolver um senso mais positivo de si próprio, a serem mais ativos e seguros, havendo aumento de autoestima e o encontro de novos significados na vida<sup>9</sup>.

Dessa forma, o estudo traz como pergunta norteadora: a consulta coletiva funciona como estratégias para redução da transmissão do HIV em gestantes? Para responder este questionamento o estudo tem como objetivo conhecer a efetividade da consulta coletiva para as gestantes com HIV como uma estratégia para a redução da transmissão vertical

## 2 MÉTODOS

O estudo proposto é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório. O cenário para realização da pesquisa foi uma unidade de atendimento especializada (SAE) no atendimento a gestantes com HIV, em Alagoas.

As participantes desta pesquisa foram mulheres vivendo com HIV, residentes em Maceió e região circunvizinha, que estiveram gestantes nos anos anteriores a coleta da pesquisa e participaram do Grupo de apoio às gestantes com HIV. O grupo foi direcionado pela enfermeira local com o apoio da equipe inter-profissional. Dentre elas foram incluídas maiores de 18 anos de idade, e que estiveram em condições físicas e emocionais de responder ao formulário e que aceitaram, voluntariamente, em participar do estudo.

O levantamento das informações junto as participantes da pesquisa foram feito por meio de entrevista semiestruturada de forma individual com uso de gravador e utilização de um roteiro, no período de dezembro/2019 a janeiro/2020, o qual constou de duas partes: a) caracterização dos sujeitos e b) questões abertas quanto ao tema da investigação. As informações referentes à gestação: acompanhamento pré-natal, parto e nascimento, foram coletadas na entrevista e nos seus prontuários. Foi necessário que as participantes envolvidas na pesquisa aceitassem participar do estudo e para tanto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.). Além disso, como forma de garantir o anonimato das participantes, estas foram identificadas nos discursos apresentados no resultado desse estudo através da codificação MVHIV n° (mulher vivendo com HIV seguido do número da entrevista).

Para análise das falas foi utilizado a Análise Temática de Conteúdo descrito por Cecília Minayo. Esse método desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação<sup>10</sup>. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. Durante a etapa da exploração do material, foi realizada uma busca a fim de encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Finalmente, procedeu-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema<sup>3</sup>.

Esta pesquisa teve início, somente após a solicitação de autorização para execução da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o registro CAAE n.º 16287119.0.0000.5013.

**3 RESULTADOS**

Participaram do estudo oito mulheres que apresentaram variação de idade entre 23 e 40 anos, perfazendo uma média de 32,3 anos. No que diz respeito à raça/cor, seis se autodeclararam pardas, perfazendo 75% do total, na sequência, uma mulher se autodeclarou indígena e uma mulher se diz de cor amarela. Quanto ao grau de escolaridade dessas mulheres, quatro estudaram até o nível Fundamental (50%), duas chegaram até o ensino médio (25%), e as demais cursam/cursaram o nível superior (25%). Com relação ao estado civil, uma mulher afirmou ser casada, três mulheres afirmaram ser solteiras, e quatro afirmaram conviver em união estável.

Acerca da carga viral, cinco entre as oito mulheres afirmaram manter a carga viral (CV) indetectável durante a gestação, duas relataram que sua CV esteve baixa e apenas uma relatou CV alta. Em relação ao tipo de parto, sete mulheres informaram que foram submetidas a partos cesáreos, e apenas uma relatou parto normal. Contudo, todas as mulheres do estudo negaram amamentação, bem como não houve transmissão vertical em nenhum dos casos.

**Condição sorológica para as mulheres vivendo com HIV**

Este tópico de análise aborda os dados das mulheres, referentes à infecção pelo vírus e suas vivências pessoais após a soropositividade. Em se tratando da evidência sorológica, ao questionar a forma como descobriram o diagnóstico, sete das oito mulheres relatam que souberam através de exames realizados durante a gestação, no pré-natal (teste rápido ou anti-HIV), enquanto apenas uma descobriu em exames de rotina. Conforme os relatos que seguem:

“Através da gravidez. Foi no teste quando eu fiz.” (MVHIV 3)

“Fazendo o pré-natal. Foi em 2009.” (MVHIV 4)

“No exame do pré-natal. O exame que o médico passou de laboratório (...)” (MVHIV 5)

Ainda sobre a infecção, cinco mulheres relatam ter contraído através de seus parceiros sexuais atuais ou anteriores, enquanto as demais afirmam não saber como contraíram o vírus:

“Não tenho certeza, mas acho que foi com meu parceiro, porque eu não tinha nada com ninguém, né.” (MVHIV 1)

“É, com o meu companheiro né, assim, que eu vivi com ele um tempo já, a gente tava completamente juntos, mas quando eu descobri eu não tava com ele mais não.” (MVHIV 2)

“Foi com esposo né, (...) aí quando eu engravidei dela aí eu descobri, aí quando fez o exame dele aí deu que ele já tinha que tomar o remédio imediatamente.” (MVHIV 4)

Quando indagadas a respeito da reação dos familiares e/ou pessoas próximas ao descobrirem sua condição, tivemos:

“[...] a minha mãe e meu pai sentiram muito, né, porque eles não queriam aquilo pra mim, e eu me reservava assim, né, não ficava com qualquer um, foi só com ele que eu fiquei.” (MVHIV 2)  
 “Ah, foi um desespero.” (MVHIV 3)  
 “Assim, minha mãe chorou muito, né, ao saber e a minha irmã também.” (MVHIV 6)

### **Acompanhamento e participação na consulta coletiva**

Este tópico aborda as falas das mulheres que concentram suas opiniões a respeito da participação na consulta coletiva e da relevância dessa temática na gestação com HIV, bem como na aceitação como um todo em viver com essa condição. Sendo assim, foi solicitado a opinião das participantes a respeito da consulta coletiva:

“Gratidão, pelas informações, do qual eu não sabia, se sentia leiga de não saber de certeza aquele verdadeiro problema, e como passar como viver com ele (...). (MVHIV 1)  
 “Vou falar respeito, pela gente que tem o HIV; carinho pela gente, né; compreensão, em momento nenhum ninguém nunca me julgou, sabe? (...) vou falar a verdade pra você, depois que eu descobri o HIV, eu vim ter amor próprio por mim (...). (MVHIV 4)  
 “Capacitante. Me senti capaz, entendeu? de prosseguir, porque como a gente vê que tem outras pessoas na mesma situação, a gente vê que não é só a gente, a gente entende que a gente é capaz de fazer tudo aquilo que uma mãe que não teve o mesmo tipo de parto, que amamentou, pode ser e pode viver (...). (MVHIV 5)

Ao interrogá-las sobre as principais descobertas adquiridas sobre o HIV/Aids através da participação no grupo, obteve-se:

“Do qual eu não era nem a primeira e nem a segunda, nem a última, do qual tinha pessoas do meu nível, da minha idade que tinha o mesmo problema (...) do qual você tem o problema, você pode engravidar, devido que você ‘teja’ em tratamento (...).” (MVHIV 1)  
 “[...] eu aprendi muita coisa, aprendi que a gente tem que dar valor a vida, a gente tem que se prevenir muito, que não é só se você for uma mulher da vida, uma mulher ‘bandolera’, você pega isso, porque na verdade eu peguei eu tenho um relacionamento de quase 15 anos, então... eu me culpava muito, sabe, eu me culpava, me julgava, e depois eu comecei a ver que eu não tive culpa, então... é isso.” (MVHIV 4)

Foi questionado ainda a respeito da motivação em participar das consultas e dos momentos com o grupo de gestantes, como resultado pode ser sinalizado um ponto em comum entre elas, a saúde dos filhos como prioridade:

“Já que eu não me cuidei a tempo, agora eu vou me cuidar pra que minha filha não tenha, porque ela não tem culpa.” (MVHIV 5)  
 “Pra não passar o vírus pro meu filho.” (MVHIV 6)  
 “Eu creio que o bem-estar do bebê, né. Tem que ter consciência que a gente tá gerando uma vida (...).” (MVHIV 8)

As mulheres vivendo com HIV foram interrogadas a respeito da influência da participação na consulta coletiva em relação à TV:

“É... Assim, eu tive aquele apoio, da equipe lá do grupo né, que elas falavam pra mim e não tinha risco de passar pro meu bebê, aí isso me ajudava muito, dava apoio pra mim né, e me via como uma gestante normal, entendeu? Não me passava em momento nenhum medo da minha gravidez, só me passava segurança, fui aprendendo mais coisas, mais coisas.” (MVHIV 2)

“Ah, importantíssimo, porque é toda uma instrução, né, uma instrução dos nove meses o que você tem fazer (...). (MVHIV 8)

#### **4 DISCUSSÃO**

Concordando com dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids, no que se refere às faixas etárias, foi observado que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos<sup>3</sup>. Um outro estudo realizado com 10 mulheres soropositivas, as idades variaram entre 30 e 42 anos, estabelecendo uma média de 30 anos para o grupo analisado. Corroborando com os dados desta pesquisa, os dados acima citados demonstram que a população de mulheres portadoras do vírus HIV, em ambos os estudos, é caracterizada por mulheres adultas-jovens, em idade fértil e vida sexual ativa, o que configura um maior impacto com relação ao diagnóstico na influência desses âmbitos<sup>11</sup>.

No que diz respeito à raça/cor, o estudo demonstrou que a maioria das gestantes declarou ser parda, o que vai de encontro a outros estudos apresentados sobre o tema, nos quais as características epidemiológicas estão relacionadas a cor parda em mulheres/gestantes, sendo responsável pelo maior número de casos de infecção pelo vírus<sup>6,12</sup>.

Quanto ao grau de escolaridade, na pesquisa de Lourenço et al<sup>13</sup>, realizada com 10 mulheres soropositivas, seis mulheres cursaram apenas até o ensino fundamental, as demais cursaram o ensino médio ou não frequentaram escola. Quadro que também pode ser visto nos resultados de Silva et al<sup>12</sup>, no qual o maior número de mulheres, declararam ter de 5 a 8 anos de estudos<sup>12-13</sup>. Assim como neste estudo e nos acima expostos, o grau de escolaridade pode ser sugerido como uma associação positiva com relação à soropositividade, o que pode estar intimamente associado ao acesso à informação quanto ao risco e às formas de prevenção<sup>14</sup>.

Com relação ao estado civil, a grande maioria afirma viver em união estável, e apesar da maioria das mulheres afirmar conhecimento do parceiro, algumas delas ainda preferem manter em segredo ou não falar com eles sobre o assunto. Isso diz respeito aos riscos que perpassam as questões ligadas à afetividade, a desconfiança do companheiro, e as questões culturais vinculadas ao estigma atribuído às mulheres que demonstrem conhecimento ou experiência no campo da sexualidade<sup>13</sup>.

As demais variáveis obstétricas analisadas (carga viral, via de parto, amamentação) são fatores que determinam maiores ou menores riscos de ocorrer a transmissão vertical. Conforme os protocolos que orientam a TV do HIV em gestantes com o uso da Terapia Antirretroviral que mantêm níveis de carga viral abaixo<sup>6</sup>.

A via de parto é decidida conforme a história obstétrica da mulher, principalmente, considerando a carga viral no fim da gestação. No cenário do HIV, sendo o parto crucial para prevenir a TV, este tende a ser ainda mais perpassado por intervenções médicas, muitas vezes desconhecidas da parturiente. Com a valorização da autonomia da mulher e a garantia dos seus direitos reprodutivos, o processo de decisão pela via de parto deveria ser conduzido de modo a contemplar a escolha informada da mulher e a redução de agravos à saúde materna e fetal<sup>15</sup>. No que diz respeito à amamentação, o risco de TV é acrescido se houver amamentação, e exposição, deste modo, a amamentação é contraindicada e após o parto a criança deve ficar em alojamento conjunto com sua mãe, sendo alimentada com fórmula infantil<sup>1</sup>.

Considerando a evidência sorológica, observou que o percentual de gestantes que tiveram acesso ao diagnóstico de HIV durante o pré-natal predominou nos estudos, pois ao ofertar a gestante o teste rápido, o diagnóstico pode ser realizado e a gestante ser encaminhada para o tratamento adequado de forma a prevenir a TV. No presente estudo também ficou comprovando através das falas que as mulheres foram diagnosticadas com a infecção pelo HIV durante o pré-natal, confirmando a testagem da infecção pelo vírus do HIV durante o pré-natal como uma estratégia para se alcançar o nível de cuidado na redução da transmissão vertical, reafirmando a importância da realização dos testes rápidos para detecção precoce, aliado ao aumento do alcance do tratamento e da adesão à terapia antirretroviral<sup>13,15</sup>.

Questões como o desconhecimento sobre a feminização da epidemia, a inexistência de discussões sobre a sexualidade das mulheres e os estigmas relacionados à própria doença, fazem com que o HIV/Aids não seja uma preocupação entre as mulheres. O deparar-se com o diagnóstico de soropositividade, em geral, pode implicar risco de rompimento das relações pessoais, afetivas e sociais devido ao processo de fragilização emocional provocado pela descoberta da doença. Além do estigma que esse diagnóstico ainda carrega, trazendo consigo uma imagem de desvio dos padrões normativos, e a preocupação dos familiares com relação à associação da infecção pelo HIV com a Aids, como se necessariamente a primeira precedesse a manifestação da segunda<sup>11,13</sup>.

O grupo de gestantes com HIV tem a finalidade de preparar as gestantes, através da educação em saúde, para a gestação, o parto e o nascimento, visto que muitas descobrem o diagnóstico durante



a gestação, para o enfrentamento da soropositividade e adesão ao tratamento, atuando, dessa forma, como uma metodologia ativa na prevenção à transmissão vertical do HIV<sup>14</sup>.

A educação em saúde, através da consulta coletiva, mostra -se como o melhor caminho para suprir as deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas. Dessa forma, a efetivação da individualidade do cuidado humanizado é essencial às mães soropositivas, com a finalidade de prover meios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas, com isso, torna-se indispensável que os profissionais se aproximem da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todas as suas dúvidas<sup>8</sup>. Entretanto, para que haja adesão as consultas, são necessários, suportes psicossociais que contribuam para a aceitação do diagnóstico e elaboração de formas de convívio com a infecção que permitam o desfrute da vida e a continuidade dos projetos que lhe dão sentido<sup>16</sup>.

Nesse sentido, é assertivo que o aconselhamento coletivo oferece aos usuários a oportunidade de redimensionar as dificuldades e compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos. Através da dinâmica grupal, o indivíduo é levado a perceber a própria demanda, reconhecer o que já conhece e sentir-se estimulado a participar dos atendimentos individuais subsequentes<sup>15</sup>. É oportuno salientar que, para oferecer uma assistência de qualidade e humanizada, é importante escutar a perspectiva das gestantes que vivem com o HIV, ao prestar assistência no enfoque preventivo devem atentar à necessidade de saúde em aspectos relativos ao apoio emocional e psicológico que envolve a mulher<sup>7</sup>.

A maternidade das mulheres que vivem com HIV é sensibilizada pelas sobrecargas psicossociais relativas à discriminação e ao estigma, além do forte receio da TV. O medo e a culpa quanto à possibilidade de infecção do bebê e à não amamentação aumentam com os julgamentos morais e o estigma a que estão expostas como mães, tanto em sua comunidade quanto nos serviços de saúde<sup>17</sup>. Para melhorar as expectativas de gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV, o aconselhamento deve sempre se fazer presente, pelo fato de serem soropositivas ou terem diagnóstico recente, e pelo risco de transmissão vertical da doença<sup>11</sup>.

Assim, pode-se reafirma que a importância do compartilhamento do saber associado ao estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário e a educação em saúde, funcionam como produção do cuidado, em qualquer nível de atenção e tem o poder de transformar pensamentos e mudar percepções, além de empoderar diretamente mulheres em situação de vulnerabilidade social e ainda possibilitar, através da metodologia de encontros em grupo, o compartilhamento de vivências, o que facilita a compreensão e a execução do autocuidado<sup>7</sup>.

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir, através dos discursos avaliados, que as gestantes visualizaram a consulta coletiva como uma estratégia utilizada através da educação em saúde na metodologia de grupo que constitui uma possibilidade de intervenção para atuar na mudança de atitude, conhecimento e práticas a respeito da condição clínica, diagnóstico, tratamento e transmissão vertical do HVI, transformando-a em ferramenta de diálogo como uma contribuição positiva, pois ser mãe e viver com HIV envolve conflitos e sentimentos, que perpassam por perspectivas variadas sobre o futuro.

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
2. Rachid M, Schechter M. Transmissão do HIV e dados epidemiológicos. In: Manual de HIV/AIDS. 10. ed. [monografia na internet]. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda; 2017. [citado 23 set 2018]. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WwBnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=hiv+aids&ots=mxk7ZocU4v&sig=XOzws\\_MKbAMHtGcPjh0DDR\\_MtUk#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WwBnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=hiv+aids&ots=mxk7ZocU4v&sig=XOzws_MKbAMHtGcPjh0DDR_MtUk#v=onepage&q&f=true).
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico Aids e DST, 49(53). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
4. Cartaxo CMB, Nascimento CAD, Diniz CMM, Brasil, DRPA, Silva IF. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estud. psicol.* [online]. 2013 Jul/Set; [citado 02 dez 2018];18(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300002>.
5. Friedrich L, Menegotto M, Magdaleno AM, Silva CLO. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. *Bol Cient de Pediatr* [online]. 2016; [citado 07 out 2018];5(3):81-6. Disponível em: [https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped\\_05\\_03\\_a03.pdf](https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf).
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
7. Spindola T, Dantas KTB, Cadavez NFV, Fonte VRF, Oliveira, DC. Maternity perception by pregnant women living with HIV. *Invest. Educ. Enferm* [online]. 2015 set/dez; [citado 31 jan 2020];33(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a07>.
8. Lima ACMACC, Bezerra KC, Sousa DMN, VasconceloS CTM, Coutinho JFV, Oriá MOB. Tecnologias e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Rev Bras Enferm* [online]. 2018; [citado 02 fev 2020];71(Supl. 4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0333>.
9. Rasera EF, Japur M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2003 jan/abr; [citado 08 out 2018];8(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100007>.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Hernandez CP, Rocha RK, HausmanN A, Appelt JB, Marques CM. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e

- soronegativas. *J. Health Biol Sci.* [online]. 2019 jan/mar; [citado 14 jan 2020];7(1):32-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i1.2211.p32-40.2019>.
12. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm* [online]. 2018 jun/out; [citado 15 jan 2020];71(Supl. 1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>.
13. Lourenço GO, Amazonas MCLA, Lima, RDM. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* [online]. 2018 set/dez; [citado 04 dez 2019];(30). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>.
14. Pinto VM, Basso CR, Barros CRS, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018 jul; [citado 16 jan 2020];23(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>.
15. Gomes DM, Oliveira MIC, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2015 out/dez; [citado 27 jan 2020];15(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292015000400005>.
16. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017 jan; [citado 15 jan 2020];22(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>.
17. Bellotto PCB, Lopez LC, Piccinini CA, Gonçalves TR. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface (Botucatu)* [online]. 2019; [citado 04 dez 2019];(23). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180556>.