

## Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal<sup>12</sup>

Evelise Rigoni Faria<sup>3</sup>  
Fernanda Torres Carvalho  
Rita Sobreira Lopes  
Cesar Augusto Piccinini  
*Universidade Federal do Rio Grande do Sul*  
Tonantzin Ribeiro Gonçalves  
*Universidade do Vale do Rio dos Sinos*  
Breno Riegel Santos  
*Grupo Hospitalar Conceição*

**RESUMO** - Este estudo avaliou adesão ao tratamento em gestantes vivendo com HIV. Foram entrevistadas 89 gestantes com HIV, no último trimestre gestacional, que forneceram informações sobre dados sociodemográficos, apoio social, pré-natal e tratamento, além de exames laboratoriais. Constatou-se que 51,7% das gestantes aderiam à medicação. Essas gestantes eram mais escolarizadas, começaram o pré-natal antes, realizaram mais consultas e referiram maior apoio emocional. No modelo de regressão logística, o número de consultas realizadas e a presença de maior apoio emocional foram preditores da adesão. Adesão em gestantes vivendo com HIV ainda é um desafio, mesmo quando há acesso e disponibilidade de tratamento. Início precoce do pré-natal e fortalecimento da rede de apoio social são cruciais para a promoção da adesão em gestantes.

**Palavras-chave:** gravidez, adesão à medicação, HIV, cuidado pré-natal

### Pregnancy and HIV: Predictors of Treatment Adherence in the Context of Antenatal Care

**ABSTRACT** - This study evaluated treatment adherence of pregnant mothers living with HIV. Eighty-nine HIV-positive pregnant mothers who were in the last trimester of pregnancy were interviewed about sociodemographic data, prenatal care, and social support. They also took laboratory tests. Results showed that 51.7% of pregnant mothers were adherent. These women were more educated, began prenatal earlier, had more visits and higher scores of emotional support. In the logistic regression model, number of prenatal visits and emotional support were predictors of adherence. Adherence of pregnant mothers living with HIV is a challenge, even when access to care and treatment are available. Beginning the prenatal care early and strengthening the social support network are crucial factors for promoting adherence among HIV pregnant mothers.

**Keywords:** pregnancy, medication adherence, HIV, prenatal care

A gestação na presença do HIV impõe diversos desafios à mulher e sua família, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus. A adesão ao tratamento antirretroviral na gestação - e consequente redução da carga viral - é a medida de maior impacto para a prevenção da infecção pediátrica. Entretanto, a adesão ao tratamento tem se mostrado uma tarefa, por vezes, difícil de ser atendida, inclusive no contexto da gestação. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo identificar fatores associados à adesão ao tratamento em gestantes que vivem com HIV.

A transmissão materno-infantil do HIV ocorre da mãe para o bebê pela sua exposição ao vírus durante gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento, e tem sido foco de

atenção na medida em que se constatou aumento de casos de HIV em mulheres (Brasil/MS, 2006). Embora essa via de transmissão seja responsável por 90% dos casos de infecção pediátrica no Brasil, a sua ocorrência vem diminuindo significativamente nos últimos anos (1.029 casos em 1998; 84 casos em 2010) (Brasil/MS, 2010a) devido às medidas preventivas adotadas no país (Brito, Sousa, Luna, & Dourado, 2006). Tais medidas são baseadas nos resultados do protocolo ACTG 076 (Connor et al., 1994) que mostrou que as chances do bebê se infectar passam de 25% para 8% quando a mãe faz uso da zidovudina na gestação e parto, e o bebê faz uso em suas primeiras semanas de vida. Diante disso, o Ministério da Saúde adotou procedimentos profiláticos da transmissão materno-infantil a partir de 1996, que incluíam, além do uso de antirretrovirais pela gestante e pelo bebê, testagem para HIV no pré-natal, cesariana eletiva quando a carga viral for >1.000 cópias/ml, e contra-indicação do aleitamento materno. Em conjunto, essas medidas reduzem ainda mais o risco de infecção do bebê, que passa a se situar entre zero e 2% (Brasil/MS, 2006, 2010b).

Apesar da posição de destaque das políticas brasileiras de redução da transmissão materno-infantil do HIV, ainda

1 Apoio: CNPq

2 Os autores agradecem à equipe do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por tornar esta pesquisa possível, e ao Centro de Estudos de AIDS do Rio Grande do Sul, em especial ao Dr. Mauro Ramos, pelo apoio oferecido

3 Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos, 2600 / Térreo, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90035-003. E-mail: everigoni@gmail.com

se observam grandes falhas na implementação dessas medidas no país (Brito et al., 2006). Por exemplo, dados indicam que a cobertura efetiva da testagem anti-HIV na gestação só ocorre em aproximadamente 50% dos casos, e que os procedimentos preventivos são atendidos de forma completa por apenas 27% das gestantes vivendo com HIV. Ressalta-se que existem grandes desigualdades regionais e sociais no que diz respeito ao acesso às medidas preventivas no Brasil (Souza Jr., Szwarcwald, Barbosa Jr., Carvalho, & Castilho, 2004).

Entende-se, ainda, que o acesso ao tratamento preventivo da transmissão materno-infantil, por si só, não garante a adesão das gestantes à medicação. A adesão rigorosa aos antirretrovirais é fundamental, uma vez que o principal fator de risco associado à transmissão materno-infantil do HIV é a carga viral materna elevada (Brasil/MS, 2006). Além disso, a adesão da gestante ao tratamento antirretroviral tem sido fortemente associada à adesão à medicação profilática do bebê após o nascimento (Demas et al., 2002).

A adesão ao tratamento antirretroviral implica na ingestão de 95% das doses prescritas, o que é considerado necessário para se obter sucesso na redução da carga viral (Rocha et al., 2010). Contudo, a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e complexo, envolvendo fatores de ordem física, psicológica, social, cultural e comportamental, do qual participam indivíduo, equipe de saúde e sua rede social. Estima-se que a adesão em níveis ideais seja atendida por aproximadamente 65% das pessoas vivendo com HIV (Rocha et al., 2010). Fatores associados a não-adesão à terapia antirretroviral incluem aspectos sociodemográficos, relacionados à vulnerabilidade ao HIV, ao acesso aos serviços de saúde e ao tratamento medicamentoso.

Em particular, pesquisas com gestantes vivendo com HIV reportam índices de adesão à medicação profilática variando de 34,2 a 75% (Bardeguéz et al., 2008; Demas et al., 2005; Ickovics et al., 2002; Laine et al., 2000; Mellins et al., 2008; Vaz et al., 2007), sendo 55,2% o índice médio de adesão entre os estudos. A grande variação entre os índices reportados pode estar relacionada a diferenças quanto ao método usado para se avaliar adesão, que incluíram auto-relatos de adesão, contagem de comprimidos, registros dos pacientes junto às farmácias, e exames de sangue e urina. Estudos brasileiros também encontraram baixos índices de adesão entre gestantes. Gianvecchio e Goldberg (2005) identificaram que apenas 15% de uma amostra de 47 gestantes apresentavam carga viral indetectável no último trimestre de gestação, o que se constitui em um indicador importante da adesão. Já em outro estudo nacional, o índice de adesão apropriada entre as gestantes investigadas foi de 43,1% (Vaz et al., 2007). Embora este índice tenha sido menor do que o anteriormente reportado entre pessoas vivendo com HIV (65%), ainda foi maior quando comparado ao de um grupo de mulheres não-gestantes, onde se constatou apenas 17,7% de adesão (Vaz et al., 2007).

Isso evidencia que a adesão adequada à medicação durante a gestação ainda é um desafio, representando riscos para gestantes e seus filhos. Existe o risco aumentado para a transmissão do HIV ao bebê devido à maior carga viral circulante, além das possíveis consequências negativas para a saúde da gestante, devido a menor supressão da carga viral

e maior vulnerabilidade do sistema imunológico (Bardeguéz et al., 2008). Além disso, há uma expectativa negativa quanto à adesão à medicação antirretroviral após o parto, que tende a diminuir, sobretudo entre aquelas mulheres que já apresentavam uma adesão inadequada durante a gravidez (Bardeguéz et al., 2008; Ickovics et al., 2002; Laine et al., 2000; Mellins et al., 2008; Vaz et al., 2007).

Assim como em pessoas vivendo com HIV em geral, diversos fatores demográficos, sociais e relativos ao tratamento de saúde também podem estar associados à adesão em gestantes. Dentre os aspectos sociodemográficos, ser mais jovem (Vaz et al., 2007) e não ter história de uso de drogas mostraram-se positivamente associados à adesão nessa população (Bardeguéz et al., 2008). Também se mostraram facilitadores da adesão em gestantes fatores associados ao acompanhamento médico e à própria saúde, tais como ausência de quadro de AIDS, adesão ao pré-natal, início do uso de medicação no pré-natal (Bardeguéz et al., 2008), e regimes medicamentosos mais simples, envolvendo menos comprimidos e número de doses diárias (Ickovics et al., 2002; Vaz et al., 2007). Do ponto de vista emocional, sentimentos de bem-estar (Bardeguéz et al., 2008) e ausência de depressão tenderiam a afetar positivamente a adesão na gestação (Psaros, Geller, & Aaron, 2009). Aspectos que podem promover o apoio social e o enfrentamento da doença, como a revelação do diagnóstico para a própria mãe e a participação em grupos de apoio, também estiveram associados a uma melhor adesão (Demas et al., 2005).

Como pode ser observado, a literatura tem evidenciado diversos fatores que podem influenciar a adesão em gestantes. No entanto, trata-se de uma área de estudos ainda recente, que conta com um número reduzido de pesquisas envolvendo adesão nessa população específica, sobretudo no contexto brasileiro. Aspectos associados ao acompanhamento pré-natal (p. ex., momento do início) e à própria gestação (p. ex. primípara ou múltipara, diagnóstico na gestação atual) não têm sido considerados na avaliação de adesão nos estudos encontrados. Assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso entre gestantes e identificar fatores sociodemográficos, clínicos, de apoio social, bem como aqueles relativos ao tratamento e ao acompanhamento pré-natal que possam ser preditores da adesão.

## Método

### Participantes

O estudo envolveu 89 gestantes que viviam com HIV e que estavam no terceiro trimestre de gestação. As gestantes foram selecionadas dentre as participantes do projeto PSICAIDS (Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/Aids: Contribuições de uma intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê) (Piccinini et al. 2005), que é constituído por três estudos.

O Estudo 1 envolveu 64 gestantes, acompanhadas na gestação e no 3º, 12º, e 24º mês de vida do bebê, tendo por objetivo caracterizar aspectos psicossociais associados à

maternidade e à relação mãe-bebê em situação de infecção pelo HIV. Já o Estudo 2, envolveu 26 gestantes que participaram de uma intervenção psicoeducativa durante a gestação e que foram acompanhadas no pós-intervenção, no 3º e 12º mês de vida do bebê. Em ambos os estudos, os critérios de inclusão eram: ser portadora do HIV, ter gestação de feto único, ter 18 anos ou mais, não ser usuária de drogas e não apresentar debilidade física severa ou distúrbios mentais. Durante as coletas de dados as mães responderam a entrevistas e questionários sobre diversos temas biopsicossociais associados ao HIV, tais como apego mãe-feto, experiência da maternidade, qualidade de vida, apoio social, modos de enfrentamento, uso de preservativo, adesão ao tratamento e depressão. Por fim, o Estudo 3 incluiu 72 participantes que integraram os Estudos 1 e 2 e que realizaram exames laboratoriais na gestação e no pós-parto para investigar os subtipos do HIV presentes do impacto da profilaxia da transmissão vertical na biologia do vírus. Todas as participantes do PSICAIDS estavam em acompanhamento médico na Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical (UPTV) do Serviço de Infectologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, e residiam nessa região metropolitana.

Durante o recrutamento do projeto PSICAIDS, 129 gestantes foram contatadas, das quais 12 foram excluídas por não preencherem aos critérios de inclusão. Outras 27 gestantes não puderam mais ser contatadas ou desistiram de participar do estudo antes de realizarem a primeira avaliação da pesquisa. As gestantes não incluídas no PSICAIDS não se diferiram daquelas incluídas em nenhuma das principais características sociodemográficas (i.e., idade, escolaridade, situação laboral, estado civil, número de filhos). Todas as participantes do PSICAIDS foram consideradas para o presente estudo, com exceção de uma, cujo resultado do exame de carga viral não estava disponível no momento da coleta de dados.

## **Delineamento e procedimentos**

Trata-se de um estudo transversal que teve por objetivo identificar preditores da adesão ao tratamento em gestantes vivendo com HIV. Assim, este estudo envolveu os dados da Fase 1 (Gestação) do projeto PSICAIDS.

As participantes foram contatadas no serviço de saúde onde realizavam o acompanhamento pré-natal especializado. Nessas ocasiões, as gestantes foram convidadas a participar do projeto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam a uma entrevista que reuniu diversos dados sociodemográficos. Após esse contato inicial, foi realizada a coleta de dados da Fase 1, que aconteceu em dois encontros subsequentes, com duração aproximada de uma hora cada. Todos os instrumentos foram administrados em salas privadas por entrevistadores treinados que não faziam parte da equipe do serviço de saúde. Ao final de cada encontro, as participantes recebiam auxílio financeiro para reembolso de transporte e alimentação. O projeto PSICAIDS foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade Federal

do Rio Grande do Sul (Proc. 2005508) e do Grupo Hospitalar Conceição (Proc. 06/06).

## **Medidas avaliadas**

### ***Adesão ao tratamento***

A avaliação da adesão ao tratamento foi considerada a partir de desfecho dicotômico indicando a presença ou não de carga viral indetectável (abaixo de 50 cópias/ml; I=sim). Optou-se por considerar a carga viral indetectável como desfecho devido a sua forte associação com adesão à medicação (Bardeguet et al., 2008). Relatos da adesão nas últimas 48 horas também foram obtidos entre as participantes, mas optou-se por não considerá-los devido a uma possível superestimação da medida, uma vez que aproximadamente 90% das participantes referiram-se aderentes.

### ***Características sociodemográficas***

As participantes responderam a uma entrevista estruturada sobre dados sociodemográficos, incluindo idade, escolaridade, número de filhos, situação conjugal, situação laboral, recebimento de auxílio financeiro ou material.

### ***Apoio social***

Foi utilizada a Escala de suporte social para pessoas portadoras de HIV/AIDS, adaptada à população brasileira por Seidl e Tróccoli (2006). A escala é composta de 24 itens que avaliam duas dimensões de apoio social (instrumental e emocional), considerando-se o apoio recebido, a satisfação com o apoio e a fonte de apoio ( $\alpha=0,87$ ). A dimensão apoio informativo da escala original foi incorporada à dimensão apoio emocional na versão brasileira devido à alta correlação entre os itens. Os itens são pontuados através de uma escala Likert de cinco pontos, na qual pontuações altas denotam maior apoio social. Cada dimensão é avaliada a partir da média da soma dos itens de cada fator, enquanto a medida total de apoio social é baseada na média da soma de todos os itens da escala.

### ***Dados clínicos das gestantes***

As participantes informaram se eram primíparas, a idade gestacional, o tempo de diagnóstico de HIV e se haviam revelado o diagnóstico ao pai do bebê e/ou a demais familiares.

### ***Tratamento e acompanhamento pré-natal***

As gestantes informaram se estavam em tratamento antirretroviral antes da gestação e se já haviam realizado a profilaxia da transmissão materno-infantil anteriormente. Relatos sobre a presença de efeitos colaterais e sobre a adoção de uso de preservativo durante a gestação também foram colhidos. As gestantes ainda relataram a idade gestacional no início do pré-natal e o número de consultas realizadas até aquele momento.

### ***Contagem de CD4 e medida da carga viral do HIV-1***

Os dados relativos à contagem de células CD4 (células/mm<sup>3</sup>) e carga viral (em número de cópias/ml) foram

coletados dos prontuários médicos das participantes e foram determinados no laboratório central do Hospital Nossa Senhora da Conceição, conforme a rotina e insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil.

## Análise dos dados

O software SPSS 17.0 foi usado para conduzir a análise estatística. Primeiramente, realizou-se análise descritiva dos dados. Após, análises bivariadas foram conduzidas para examinar a relação do desfecho de adesão (carga viral indetectável) com variáveis sociodemográficas, dados clínicos, apoio social, tratamento e acompanhamento pré-natal. Teste *t* para amostras independentes foi utilizado para examinar a relação entre o desfecho e variáveis contínuas, e o teste de *Qui-Quadrado* com a análise de resíduos ajustados para examinar a relação entre as variáveis categóricas. Para verificar o pressuposto de normalidade, cada variável foi submetida ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Variáveis sem distribuição normal foram submetidas ao teste de *Mann-Whitney*. Por fim, um modelo de regressão logística binária (com intervalo de confiança=95%) foi conduzido para o desfecho de adesão. Variáveis que se mostraram significativas ( $p \leq 0,05$ ) nas análises bivariadas ou consideradas relevantes na literatura foram incluídas no modelo final de regressão.

## Resultados

### Características sociodemográficas

A maioria das participantes era casada (76,1%), 81,8% tinha outros filhos, e o número médio de filhos foi de 1,8 ( $DP=1,5$ ). A idade média das participantes era de 28,3 anos ( $DP=6,0$ ) e a média de escolaridade foi 7,4 anos de estudo concluídos ( $DP=3,2$ ). Pouco menos da metade das gestantes estava trabalhando (43,7%) e 40,7% recebiam algum tipo de ajuda financeira/material de familiares ou de programas sociais do governo. O escore médio de apoio social na amostra foi de 3,6 ( $DP=0,8$ ; escala de 1-5), sendo que nas subescalas apoio instrumental e apoio emocional a média foi, respectivamente, de 3,7 ( $DP=0,9$ ) e 3,5 ( $DP=0,8$ ). Apenas 15,7% das gestantes mencionaram uso de drogas (crack/cocaína, álcool, maconha) no passado, mas não mais no momento da entrevista.

### Dados clínicos, adesão ao tratamento e acompanhamento pré-natal

Em relação à infecção pelo HIV, todas as gestantes declararam ter adquirido o vírus através de relações heterossexuais. O tempo médio de diagnóstico foi de 3,9 anos ( $DP=3,6$ ). A maioria das participantes (73,9%) recebeu diagnóstico de HIV antes da atual gestação e, entre estas, 67,7% já tinham realizado tratamento para o HIV. Em 44,3% dos casos, as participantes já haviam tido uma gravidez anterior na presença do HIV e, a maioria

destas (87,2%), havia realizado o tratamento preventivo da transmissão materno-infantil naquela ocasião. No momento do estudo, aproximadamente 62,5% das gestantes apresentavam critério para o quadro de AIDS ( $CD4 \leq 350$  células/mm<sup>3</sup>) e a contagem média de TCD4 da amostra foi de 437,8, ( $DP=238,2$ ). Em relação à carga viral, em 51,7% das gestantes estava indetectável, o que indicava uma ótima adesão à medicação antirretroviral. Já entre aquelas que estavam com carga viral detectável, 67,5% apresentavam níveis de até 1.000 cópias/ml, e 32,5% apresentavam valores superiores. O diagnóstico de HIV foi revelado ao pai do bebê e a outros membros da família da gestante em 86,2% e 77,6% dos casos, respectivamente.

Quanto ao acompanhamento pré-natal atual, todas as gestantes estavam no último trimestre de gestação e o tempo médio de gravidez era de 30,8 semanas ( $DP=4,1$ ). O número médio de consultas pré-natal realizadas foi de 5,4 ( $DP=2,1$ ). As gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal, em média, com 13 semanas de gravidez ( $DP=5,7$ ), enquanto o tempo médio de gestação na ocasião do início da medicação profilática foi de 15,2 semanas ( $DP=7,0$ ). Efeitos colaterais decorrentes do uso de antirretrovirais (náuseas, cefaleia, diarreia) foram relatados por 46,4% das participantes e outras 25,9% mencionaram terem interrompido o tratamento medicamentoso em algum momento da gestação. A adesão ao uso consistente de preservativo durante a gestação também foi analisada. Entre as 54 gestantes que mencionaram estarem tendo vida sexual ativa durante a gravidez, aproximadamente metade (51,9%) relatou usar preservativo em todas as relações sexuais.

Análises bivariadas indicaram diferenças significativas entre as gestantes que apresentavam carga viral indetectável em relação àquelas que não apresentavam. As gestantes com carga viral indetectável eram mais escolarizadas ( $M=8,3$  versus  $M=6,4$  anos de estudo;  $p=0,005$ ), começaram o pré-natal antes ( $M=11,6$  versus  $M=14,7$  semanas de gestação;  $p=0,01$ ), tendo realizado um maior número de consultas de pré-natal ( $M=6,0$  versus  $M=4,7$ ;  $p=0,006$ ) e apresentando maiores escores de apoio emocional ( $M=3,8$  versus  $M=3,3$ , em escala de 1 a 5;  $p=0,01$ ).

### Preditores da adesão ao tratamento

Fatores associados à adesão ao tratamento, que neste estudo foi avaliada por meio da presença de carga viral indetectável, estão representados na Tabela 1. Escolaridade, idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas e apoio emocional foram variáveis significativamente associadas a ter carga viral indetectável na gestação e, portanto, incluídas no modelo de regressão. Embora sem associação significativa nas análises bivariadas, o relato de efeitos colaterais e a experiência de tratamento para HIV anterior à gestação também foram incluídas na regressão logística devido a sua relevância teórica. A análise de regressão logística binária apontou o número de consultas realizadas e a presença de maior apoio emocional como preditoras significativamente associadas à carga viral indetectável na gestação. Ou seja, gestantes com mais apoio emocional apresentaram 2,55 mais chances de terem carga

**Tabela 1.** Preditores de adesão em gestantes vivendo com HIV (N=89)

	Carga Viral Indetectável		Regressão Logística (OR)
	Sim (Ref)	Não	
	M(DP)	(MDP)	
Escolaridade (anos concluídos)	8,3 (3,3)	6,4(3,0)*	ns
Idade gestacional ao iniciar pré-natal (semanas)	11,6 (5,3)	14,7(5,7)*	ns
Número de consultas realizadas	6,0 (2,1)	4,7(1,9)*	1,52 (1,11-2,09)*
Apoio emocional	3,8 (0,8)	3,3(0,8)*	2,55 (1,32-4,93)*
	(%)	%	
Referiu efeitos colaterais	43,2	50,0	ns
Realizava tratamento anterior à gestão	57,8	38,1	ns

\* $p \leq 01$ ; ns=não significativa; +Escala de 1 a 5

viral indetectável, enquanto gestantes que realizaram um maior número de consultas de pré-natal teriam 1,52 mais chances de apresentarem carga viral indetectável no último trimestre gestacional.

## Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que pouco mais da metade (51,7%) das gestantes apresentaram uma adesão adequada à medicação antirretroviral, considerando a presença de carga viral indetectável no último trimestre de gestação, além de outros 15,8% que apresentaram carga viral acima de 1.000 cópias/ml. Embora o percentual de adesão encontrado seja superior ao de gestantes com carga viral indetectável reportado em outro estudo brasileiro (15%) (Gianvecchio & Goldberg, 2005), ele se situa próximo à média de outros estudos que avaliaram adesão nessa população (55,2%) (Bardeguet et al., 2008; Demas et al., 2005; Ickovics et al., 2002; Mellins et al., 2008; Vaz et al., 2007). Entretanto, o índice encontrado no presente estudo ainda é relativamente menor do que a estimativa de adesão da população de pessoas vivendo com HIV em geral (65%, Rocha et al., 2010). Além disso, entre as gestantes do presente estudo cuja carga viral podia ser detectada nos exames, uma porcentagem significativa (32,5%) apresentava valores acima de 1.000 cópias/ml, que extrapolam a margem de segurança necessária para a realização de parto vaginal (Brasil/MS, 2006, 2010b).

Esses dados mostram que uma adesão ótima em gestantes ainda está longe de ser atingida de modo adequado, o que é muito preocupante, uma vez que esta população já é foco de grande atenção das políticas de saúde brasileiras. A situação se torna ainda mais crítica diante de achados de outros estudos indicando uma forte tendência à diminuição da adesão após o parto (Bardeguet et al., 2008; Ickovics et al., 2002; Laine et al., 2000; Vaz et al., 2007), sugerindo que os índices aqui encontrados podem inclusive piorar após o nascimento, fragilizando a saúde materna. Esses achados indicam, pelo menos em parte, a pouca atenção às demandas específicas dessas mães e revelam um quadro em que o foco das políticas de saúde permanece, sobretudo, na criança. Diante de tais constatações reforça-se a necessidade de estabelecer estratégias de atendimento que ampliem a adesão aos antirretrovirais na gestação, sendo este um

momento privilegiado para estimular a continuidade do autocuidado após o nascimento do bebê. Assim, considera-se que o acesso universal aos antirretrovirais em conjunto com uma assistência emocional adequada às mães vivendo com HIV possibilitariam uma maior qualidade de vida a elas, repercutindo também no desenvolvimento dos seus filhos. Nesse sentido, os achados do presente estudo apontam que o início precoce do pré-natal e o fortalecimento da rede de apoio social, especialmente o apoio emocional, é crucial para a promoção da adesão ao tratamento entre gestantes, sendo que o delineamento de estratégias voltadas ao aumento da adesão deveria levar esses aspectos em consideração.

A literatura indica que gestantes aderentes ao pré-natal também tendem a apresentar maiores níveis de adesão à medicação antirretroviral (Bardeguet et al., 2008). Os dados do presente estudo estendem esse achado ao constatar que, em uma amostra de gestantes em acompanhamento pré-natal, aquelas que o iniciaram mais cedo apresentaram melhores índices de adesão à medicação no terceiro trimestre gestacional. Primeiramente, é plausível pensar que iniciar o pré-natal mais precocemente indica um comportamento de preocupação e cuidado com a gravidez e com o bebê. Essa mesma preocupação e cuidado com o pré-natal também pode motivar a gestante a realizar corretamente o uso de medicação antirretroviral visando ao bem-estar do bebê. Ainda, gestantes que iniciam antes o pré-natal têm mais chances de apresentar um número maior de consultas realizadas ao final da gestação. Essas mães tiveram mais contato com o serviço de saúde e ficaram mais expostas às mensagens educativas e de cuidado dos profissionais, além de terem tido mais oportunidades para sanar eventuais dúvidas relativas ao tratamento. Por fim, as gestantes que iniciaram o pré-natal mais cedo provavelmente iniciaram o uso de antirretrovirais antes, favorecendo a redução da carga viral a níveis indetectáveis nas últimas semanas de gravidez.

Por outro lado, é preciso destacar que o início mais tardio do pré-natal se associa não apenas a dificuldades pessoais das gestantes vivendo com HIV, mas também a falhas do sistema de saúde em prover o diagnóstico precoce e atendimento especializado, apesar das claras recomendações do Ministério da Saúde a esse respeito (Brasil/MS, 2010b). Estudos referem problemas principalmente relacionados ao acesso das mães vivendo com HIV ao atendimento e a informações, na assimilação do diagnóstico, para lidar com as repercussões na relação com o parceiro, em negociar o uso

do preservativo e em aderir aos antirretrovirais (Cardoso et al., 2007; Gianvecchio & Goldberg, 2005; Moskovics, 2008). Além disso, é marcante entre essas mulheres a preocupação com o sigilo e medo da discriminação, em particular no que se refere a não-amamentação, o que pode restringir sua rede de apoio (Carvalho & Piccinini, 2006). Já por parte dos serviços de saúde, estudos apontam que a falta de insumos, recursos humanos e de capacitação profissional resultam na condução incompleta e, por vezes, inadequada das recomendações da profilaxia da transmissão materno-infantil e do aconselhamento pré e pós-teste (Carneiro & Coelho Ede, 2010; Santos, Reis, Westman, & Alves, 2010). Esses problemas parecem se refletir em índices insatisfatórios de adesão aos antirretrovirais na gestação, como os encontrados no presente estudo, e na estagnação da redução da taxa de transmissão vertical do HIV no país (Fernandes, Ribas, Silva, Gomes, & Medina-Acosta, 2010), para não falar das repercussões psicossociais que circundam a epidemia e que continuam pobremente atendidas.

Por sua vez, o papel do apoio social como facilitador da adesão ao tratamento tem encontrado bastante amparo na literatura (Gonzalez et al., 2004; Rocha et al., 2010), inclusive em estudos envolvendo gestantes (Demas et al., 2005). Uma maior disponibilidade de apoio social tem sido associada à adoção e manutenção de comportamentos saudáveis no contexto do HIV (como a adesão, por exemplo), especialmente entre as mulheres, que tenderiam a focar mais em suas relações interpessoais para enfrentar a doença (Riley, Lewis, Lewis, & Fava, 2008). No presente estudo, o apoio emocional, uma faceta específica do apoio social, se mostrou particularmente relevante enquanto facilitadora da adesão em gestantes. A medida de apoio emocional usada no presente estudo envolve componentes de apoio informativo e emocional, e consiste na percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima companhia e apoio emocional em relação à soropositividade (Seidl & Tróccoli, 2006). Muitas ansiedades presentes na gestação, sobretudo aquelas referentes ao medo da infecção do bebê e da revelação do diagnóstico (Faria & Piccinini, 2010; Sandelowski & Barroso, 2003) podem ser amenizadas quando a gestante recebe informações e orientações quanto a questões práticas associadas ao tratamento e a gravidez nesse contexto, bem como nos seus aspectos emocionais. O aspecto informativo, presente no apoio emocional, favoreceria o enfrentamento da infecção e a realização do tratamento, incluindo a adesão ao mesmo (Carvalho, Faria, Gonçalves, Moskovics, & Piccinini, 2009). Por fim, o apoio emocional ainda é representado pela segurança de que há pessoas a quem a gestante pode recorrer quando necessitar, seja no meio familiar e social, seja nos serviços de saúde, o que também colaboraria para o manejo da gestação no contexto do HIV e adesão ao tratamento (Carvalho et al., 2009; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001).

Os resultados encontrados devem ser observados à luz das limitações do presente estudo. Os dados foram obtidos através de uma amostra pequena, o que limita o potencial de generalização dos achados. Além disso, todas as gestantes realizavam o acompanhamento pré-natal no mesmo local que é especializado no atendimento em HIV. Este pode não representar a realidade de outros serviços, nos quais a baixa

adesão pode ocorrer também devido a dificuldades logísticas de se obter a medicação, ou mesmo na detecção do HIV no momento inicial da gestação. Além disso, não foi avaliada a presença de vulnerabilidades psicológicas entre as gestantes (por exemplo, ansiedade, depressão), que têm sido associadas à adesão nessa população (Bardeguéz et al., 2008; Psaros et al., 2009).

Apesar dessas limitações, o estudo mostra-se relevante ao indicar que a adesão aos antirretrovirais na gestação pareceu mais associada a aspectos do momento presente vivido pela mulher - atendimento pré-natal e apoio emocional - do que ao histórico de tratamento anterior para HIV, ou mesmo à experiência prévia de maternidade, seja na presença ou não do vírus. Desse modo, a atenção a essas gestantes pode ser um fator fundamental para a sua adesão à medicação e consequente redução da possibilidade de infecção do bebê. De uma forma geral, os achados do presente estudo indicam que medidas que viabilizem o acesso das gestantes ao pré-natal especializado o mais cedo possível, bem como estratégias que visem promover o apoio emocional são fundamentais à adesão dessas gestantes ao tratamento antirretroviral. Nesse sentido, recomenda-se que os profissionais de saúde sejam capacitados a oferecer acolhimento especial àquelas gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente, bem como àquelas mais isoladas e com menos informações sobre a gestação no contexto do HIV. Acredita-se que os achados do presente estudo possam orientar a elaboração de estratégias preventivas e de apoio às gestantes vivendo com HIV, visando à promoção da saúde física e mental das mães e seus filhos, além da diminuição de suas vulnerabilidades sociais.

## Referências

- Bardeguéz, A. D., Lindsey, J. C., Shannon, M., Tuomala, R. E., Cohn, S. E., Smith, E., . . . Team, P. P. (2008). Adherence to antiretrovirals among US women during and after pregnancy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48(4), 408-417.
- Brasil/MS, Ministério da Saúde (2006). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes - 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil/MS, Ministério da Saúde (2010a). *Boletim epidemiológico AIDS/DST 2010*. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Brasil/MS, Ministério da Saúde (2010b). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Brito, A. M., Sousa, J. L., Luna, C. F., & Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia antirretroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Supl), 18-22.
- Cardoso, A. J., Griep, R. H., Carvalho, H. B., Barros, A., Silva, S. B., & Remien, R. H. (2007). HIV infection among pregnant women attended in testing and counseling centers for AIDS. *Revista de Saude Publica*, 41(Suppl 2), 101-108.

- Carneiro, A. J., & Coelho Ede, A. (2010). Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Suppl 1), 1216-1226.
- Carvalho, F. T., Faria, E. R., Gonçalves, T. R., Moskovics, J. M., & Piccinini, C. A. (2009). Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 157-173.
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.
- Connor, E., Sperling, S., Gelber, R., Kiselev, P., Scoot, G., O'Sullivan, M., . . . Balsley, J. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment (Pediatric AIDS Trials Group Protocol 076 Study Group). *The New England Journal of Medicine*, 331(18), 1173-1180.
- Demas, P. A., Thea, D. M., Weedon, J., McWayne, J., Bamji, M., Lambert, G., & Schoenbaum, E. E. (2005). Adherence to zidovudine for the prevention of perinatal transmission in HIV-infected pregnant women: the impact of social network factors, side effects, and perceived treatment efficacy. *Women Health*, 42(1), 99-115.
- Demas, P. A., Webber, M. P., Schoenbaum, E. E., Weedon, J., McWayne, J., Enriquez, E., . . . Thea, D.M. (2002). Maternal adherence to the zidovudine regimen for HIV-exposed infants to prevent HIV infection: A preliminary study. *Pediatrics*, 110(3), e35.
- Faria, E. R., & Piccinini, C. A. (2010). Maternidade no contexto do HIV/Aids: Gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia - Campinas*, 27(2), 147-159.
- Fernandes, R. C. S. C., Ribas, G. F., Silva, D. P., Gomes, A. M., & Medina-Acosta, E. (2010). Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. *Jornal de Pediatria*, 86, 503-508.
- Gianvecchio, R. P., & Goldberg, T. B. (2005). Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 581-588.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G., . . . Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413-418.
- Ickovics, J. R., Wilson, T. E., Royce, R. A., Minkoff, H. L., Fernandez, M. I., Fox-Tierney, R., Koenig, L. G., & Perinatal Guidelines Evaluation Group (2002). Prenatal and postpartum zidovudine adherence among pregnant women with HIV - Results of a MEMS substudy from the perinatal guidelines evaluation project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30(3), 311-315.
- Laine, C., Newschaffer, C. J., Zhang, D. Z., Cosler, L., Hauck, W. W., & Turner, B.J. (2000). Adherence to antiretroviral therapy by pregnant women infected with human immunodeficiency virus: A pharmacy claims-based analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 95(2), 167-173.
- Mellins, C. A., Chu, C., Malee, K., Allison, S., Smith, R., Harris, L., . . . & Larussa, P. (2008). Adherence to antiretroviral treatment among pregnant and postpartum HIV-infected women. *AIDS Care*, 20(8), 958-968.
- Moskovics, J. M. (2008). *Gestantes soropositivas: dimensões psicossociais na adesão ao pré-natal*. (Unpublished doctoral dissertation). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Piccinini, C. A., Carvalho, F. T., Ramos, M. C., Gonçalves, T. R., Lopes, R. C. S., Hugo, C. N., . . . & Rossetti, M. L. (2005). *Aspectos psicossociais, adesão ao tratamento e saúde da mulher no contexto do HIV/Aids: Contribuições de um programa de intervenção da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Unpublished Research project. UFRGS/CEARGS/CDCT.
- Psaros, C., Geller, P. A., & Aaron, E. (2009). The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(4), 275-281.
- Riley, T. A., Lewis, B. M., Lewis, M. P., & Fava, J. L. (2008). Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 3-15.
- Rocha, G. M., Bonolo, P. F., Ceccato, M. G. B., Campos, L. N., Gomes, R. R. F. M., Acurcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (2010). Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009. In Brasil/MS, Ministério da Saúde (Ed.), *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : Coletânea de estudos do Projeto Atar* (pp. 17-32). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Motherhood in the context of maternal HIV infection. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 470-482.
- Santos, E. M., Reis, A. C., Westman, S., & Alves, R. G. (2010). Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer": Implementation evaluation of Brazil's National vertical HIV transmission control program in maternity clinics participating in the "Nascer" Project. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19, 257-269.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-323.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Souza Jr., P. R. B., Szwarcwald, C. L., Barbosa Jr., A., Carvalho, M. F., & Castilho, E. A. (2004). Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinelas Parturiente, Brasil, 2002. *Revista de Saúde Pública*, 38, 764-772.
- Vaz, M. J., Barros, S. M., Palacios, R., Senise, J. F., Lunardi, L., Amed, A. M., & Castelo, A. (2007). HIV-infected pregnant women have greater adherence with antiretroviral drugs than non-pregnant women. *International Journal of STD & Aids*, 18(1), 28-32.

Recebido em 23.01.2013

Primeira decisão editorial em 17.10.2013

Versão final em 17.10.2013

Aceito em 18.10.2013 ■