

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 11 (3)

June 2018

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=501&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



Análise da qualidade de vida de gestantes vivendo com HIV/AIDS

Quality of life assessment of pregnant women living with HIV/AIDS

K. V. Pereira e P. P. Cavalcanti

Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Sinop

Author for correspondence: kamilavieira186@gmail.com

Resumo. O presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de gestantes infectadas pelo HIV e descrever os aspectos sociodemográficos das gestantes infectadas pelo HIV. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa que foi realizado com gestantes que vivem com HIV atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop - MT, no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, a coleta de dados foi feita em uma entrevista individualizada em sala privativa, com apenas a pesquisadora e a gestante. Foi realizada a caracterização das variáveis sociodemográficas e para avaliação da qualidade de vida em pessoas com HIV/AIDS foi aplicado o Targeted Quality of Life (HAT-QoL) no qual se analisam os seguintes domínios: atividades gerais, atividades sexuais, preocupação com o sigilo, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, questões relativas à medicação e confiança no profissional: os dados foram organizados em uma planilha Excel e foram calculados os seguintes valores: média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Os escores mais elevados foram para os domínios de aceitação do HIV, contentamento com a vida e confiança profissional, evidenciando satisfação nesses aspectos. Os domínios que apresentaram os menores escores foram referentes ao sigilo, preocupações com a medicação e preocupações financeiras. Conclui-se que a qualidade de vida dessas gestantes portadoras do HIV mostrou-se afetada, mais pelas características dos aspectos sociais e pela sua própria percepção do que propriamente do diagnóstico ou das condições clínicas decorrentes da infecção HIV/AIDS. Esses resultados ratificam a necessidade de uma abordagem integral à saúde dessas mulheres, que lhes possa ajudar e oferecer o suporte necessário para lidar com essa condição em que interferem esses fatores culturais e psicológicos.

Palavras-chave: Gestantes, qualidade de vida e HIV.

Abstract. This work aimed to assess the quality of life of pregnant women infected by HIV and to describe the sociodemographic aspects of pregnant women infected by HIV. This is a descriptive study with a quantitative approach that was performed with pregnant women who live with HIV and receive treatment at the STI, HIV/AIDS and Viral Hepatitis Specialized Care Service of Sinop, MT, in the time period from december 2016 to february 2017, data gathering was carried through an individual interview in a private room, where there were only the researcher and the pregnant woman. A characterization of the sociodemographic variables was done and to assess the quality of life of people with HIV/AIDS was applied the Targeted Quality of Life (HAT-QoL) in which the following areas were analysed: general activities, sexual activities, concern about confidentiality, concern about health, financial concerns, HIV awareness, life satisfaction, questions about medication and confidence in the professional. The data was organized in an Excel worksheet and the following measures were calculated: average, median, minimum value, maximum value and standard deviation. The highest scores were in the areas of HIV acceptance, life satisfaction and professional confidence showing contentment in these aspects. The areas that showed the lower scores were about confidentiality, concerns about the medication and financial concerns. It's been concluded that the quality of life of these HIV-positive pregnant women was affected, mainly by the characteristics of the social aspects and by their own perception of the diagnosis or the clinical circumstances due to the HIV/AIDS infection. These results confirm the need of a complete approach towards the health of these women that can help and offer them the support they need to deal with the condition that interfere with the cultural and psychological factors.

Keywords: Pregnant women; Quality of life; HIV.

Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) destrói os mecanismos de defesa naturais do corpo humano, atacando os linfócitos CD4 e permite que diversas doenças oportunistas se instalem,

constituindo-se a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

As gestantes com HIV positivo devem ser acompanhadas visando a cobrir diferentes

necessidades do ciclo gravídico puerperal, contando com atuação conjunta de equipe multiprofissional (médicos ginecologistas e obstetras, infectologistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais), o que dará à paciente melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, diminuirá a morbidade e mortalidade do binômio mãe-conceito (LINDSEY; AMED, 2007).

Para essas gestantes, este período é marcado não somente pelo desafio ligado ao enfrentamento de uma doença crônica e estigmatizante como a AIDS, mas, principalmente, pelo medo e pela culpa diante da possibilidade de transmitir o vírus para o bebê. Em geral, essa é uma preocupação compartilhada por profissionais de saúde e famílias que convivem com o vírus. A tomada efetiva de atitudes para a prevenção da transmissão materno-infantil (TMI) do HIV depende de muitos fatores que envolvem a equipe de saúde e as famílias acometidas, muitas delas em evidente situação de vulnerabilidade social.

A qualidade de vida (QV) é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da AIDS e é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto das doenças de caráter crônico, podendo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e aprovação de novos regimes terapêuticos (RUIZ-PÉREZ, 2005). Contudo, não é fácil aferi-la.

Espera-se que essa pesquisa possa proporcionar uma nova visão desta temática para o pesquisador, o pesquisado e a sociedade propriamente dita, possibilitando também o entendimento de como as gestantes se sentem ao serem abordadas sobre as rotinas do seu dia a dia, como preocupações financeiras, contentamento com a vida, função sexual, além de outros eixos que são abordados no questionário de qualidade de vida direcionado para HIV/AIDS, traduzido, adaptado e validado para pacientes HIV no Brasil.

Pensando na importância deste teor, objetivou-se avaliar a qualidade de vida de gestantes infectadas pelo HIV atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop-MT, bem como descrever os aspectos sociodemográficos dessas gestantes.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc (GERHARDT, 2009)..

Realizado no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017, as entrevistas iniciaram somente após a autorização da instituição em que

foi realizada a pesquisa, e após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, seguindo a resolução 466/12. Foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller – HUJM e sua aprovação recebeu o número de protocolo: 1.946.929.

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop, com total de 7 mulheres, usuárias do SAE.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: gestantes portadores do vírus HIV, que façam acompanhamento ambulatorial regular no SAE/Sinop em qualquer faixa etária e idade gestacional que aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram a não adequação aos critérios de inclusão mencionados anteriormente.

A entrevista foi realizada de forma individualizada em sala privativa com apenas a pesquisadora e o paciente, sem a presença de outros indivíduos que possam interferir nas respostas. Para melhor caracterização da população, foram registradas a partir dos prontuários das pacientes as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, etnia, estado civil, profissão, escolaridade, dados obstétricos (número de filhos, parto normal, parto cesárea), idade gestacional, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e consumo de drogas), tempo do diagnóstico, bem como dados clínicos: CD4 (células/ μ L) e carga viral.

Foi utilizada no estudo, a escala para avaliação da qualidade de vida em pessoas com HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HAT-QoL). A HAT-QoL, que é uma escala validada para o Brasil e possui 42 itens divididos em nove domínios, a saber: atividades gerais, atividades sexuais, preocupação com o sigilo, preocupação com a saúde, preocupações financeiras, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, questões relativas à medicação e confiança no profissional.

Para responder a cada item, as gestantes foram conduzidas a refletir sobre sua qualidade de vida nas últimas quatro semanas. A resposta para todos os itens foi obtida através de uma escala tipo Likert que contém: todo o tempo, a maior parte do tempo, alguma parte do tempo, pouca parte do tempo e nenhuma parte do tempo. A soma dos escores obtidos em cada domínio foi estudada em uma escala análoga de zero a 100 pontos (HOLMES, 1997), sendo maior o escore, menor o impacto da infecção pelo HIV sobre a qualidade de vida da gestante; ao contrário, quanto menor o escore, mais comprometida se encontrava a paciente no que se refere a cada um dos domínios.

Para a análise, os dados foram organizados em planilha Excel, com dupla digitação, para evitar erros de transcrição. Tabulamos os dados e transferidos para o software estatístico. Para as variáveis de natureza quantitativa (numérica), foram calculadas algumas medidas, como média,

mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão; para as variáveis categóricas, serão usados números absolutos e relativos (n e %). Em conformidade com as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi feita uma exposição descritiva.

Resultados e discussão

Os resultados aqui descritos são referentes às entrevistas realizadas com sete gestantes atendidas no Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop.

De modo geral, essas mulheres possuíam idade entre 18 e 38 anos, sendo que três tinham entre 18-28 anos e quatro tinham entre 28-38, cinco delas apresentavam-se casadas, uma em união estável e uma solteira. Sobre a faixa etária das participantes do presente estudo, foi possível verificar que todas estão na idade adulta jovem, nossos resultados são semelhantes em um estudo que analisou a situação clínica e sociodemográfica de pessoas que vivem com HIV/AIDS, onde a maioria (85%) estavam na faixa etária entre 18 a 49 anos, correspondente à população em idade produtiva no mercado de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2012).

No que se refere à ocupação, três são do lar e quatro tem trabalho fixo e com carteira assinada. Quanto à cor, três se autodeclararam pardas e quatro pretas. Em relação ao grau de escolaridade, três tinham o primeiro grau incompleto, duas o segundo grau completo, uma segundo grau incompleto e uma ensino superior completo. Em outro estudo realizado com pessoas que vivem com HIV/AIDS também se destaca a baixa escolaridade dos participantes, visto que 71% têm apenas o ensino fundamental (PEREIRA *et al.*, 2012).

Outros autores que estudaram as gestantes sororeagentes para o HIV foram Torres e Luz (2007), quando realizaram estudo sobre as características demográficas e obstétricas de gestantes sororeagentes para o HIV. Para esses autores o perfil das grávidas estudadas foi de pacientes jovens, predominando as idades entre 20 e 35 anos, com baixa escolaridade (primeiro grau incompleto).

No tocante à situação conjugal, a maioria dos participantes relatou relacionamento estável e ter filhos, portanto, pode-se inferir que estas pessoas estão inseridas em um contexto afetivo familiar necessário à percepção de suporte social e afetivo no contexto da AIDS. Outras pesquisas têm demonstrado que agentes estressores, como os problemas afetivos, podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos que convivem com o HIV e, conseqüentemente, dificultar sua adesão ao uso da TARV (LOPES; FRAGA, 1998; SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

Com relação aos dados obstétricos, três mulheres relataram que tinham apenas um filho, duas possuíam dois filhos, uma referiu ter três filhos e uma afirmou ter seis filhos, sendo que destes

onze nasceram por partos normais e cinco por partos cesarianos. Destas, duas já tiveram um aborto espontâneo. As gestantes se apresentam com as respectivas idades gestacionais sendo, duas com doze semanas, uma com dezessete semanas, uma com vinte e cinco semanas, uma com vinte e sete semanas, uma com trinta e quatro semanas e uma com trinta e seis semanas. Sobre bebidas alcoólicas três gestantes informaram que faz uso de bebidas alcoólicas socialmente.

Existe um consenso por parte dos autores que o diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita o melhor controle da infecção materna, e, conseqüentemente, os melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Entretanto, é necessário que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as gestantes no início de seu pré-natal, independente de sua situação de risco para o HIV. Contudo, o teste deverá ser sempre voluntário, confidencial e precedido de aconselhamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (SANTOS; SOUZA, 2012).

A respeito do tempo de diagnóstico do HIV/AIDS duas tinham apenas sete dias de diagnóstico, duas com sete meses, uma com dois anos, uma com seis anos e uma com doze anos. Referente aos resultados de exame CD4 que são células do sistema imunológico que o HIV ataca, uma obteve resultado de 200 células/ μ L, uma teve de 350 a 500 células/ μ L e três alcançaram uma contagem maior que 500 células/ μ L. Os resultados de exame de carga viral três gestantes apresentaram resultado indetectável e duas detectáveis sendo uma com total de 369 cópias/ml e uma com 2084 cópias/ml. Duas das gestantes entrevistadas não possuíam os resultados de exames, pois o tempo de diagnóstico era recente e o resultado do exame demora cerca de 20 a 30 dias para ser emitido.

Em um trabalho de revisão integrativa da literatura sobre gestantes soropositivas para o HIV no período entre 2005 a 2010, nos mostrou que a maioria das mulheres eram assintomática, com média de carga viral de 1840 cópias/ml e de linfócitos CD4 de 497 células/ mm^3 ; 56,7% das gestantes receberam TARV por indicação terapêutica e 43,3% para profilaxia da transmissão vertical. Observou-se ainda que apesar do risco da transmissão vertical as mulheres que tiveram gestações anteriores (32,7%) engravidaram novamente (SANTOS; SOUZA, 2012). Os estudos de Moura e Praça (2006) também descreveram esses achados, justificando que quando grávidas sentiam desejo de vida e a criança seria força motivadora, ajudando a se sentirem mais forte.

Para avaliar a qualidade de vida das gestantes foi utilizado o formulário HAT-QoL e a partir dos resultados obtidos por este, foi construída a Tabela 1 que mostra as pontuações para domínios, sobre a função geral, contentamento com a vida, preocupações com a saúde, preocupações

financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança profissional e função sexual, tendo escores variando de 18 a 29.

Podendo observar que os valores mais baixos estavam relacionados com preocupações

com sigilo, preocupações com medicação e preocupações financeiras. Em contraste, aceitação do HIV, contentamento com a vida, confiança profissional obtiveram os maiores escores, mostrando satisfação nesses aspectos.

Tabela 1. Escores dos domínios do HIV/AIDS – Targeted Quality of Life. Sinop-MT. Janeiro de 2017

| Domínios | N | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Mediana | Máximo |
|-----------------------------------|---|-------|---------------|--------|---------|--------|
| DOM1 - Função Geral | 7 | 25,4 | 2,3 | 22 | 25,5 | 29 |
| DOM2 - Contentamento com a vida | 7 | 29 | 3,5 | 25 | 29,5 | 32 |
| DOM3 - Preocupações com saúde | 7 | 22,7 | 4,5 | 18 | 22 | 29 |
| DOM4 - Preocupações financeiras | 7 | 20,6 | 1,1 | 20 | 20 | 22 |
| DOM5 - Preocupações com medicação | 5 | 20,4 | 1,8 | 18 | 20 | 23 |
| DOM6 - Aceitação do HIV | 7 | 29 | 0 | 29 | 29 | 29 |
| DOM7 - Preocupações com sigilo | 7 | 18 | 2 | 16 | 18 | 20 |
| DOM8 - Confiança profissional | 7 | 28,7 | 23,7 | 7,8 | 19 | 68 |
| DOM9 - Função sexual | 7 | 24 | 1,41 | 23 | 24 | 25 |

Avaliando os resultados deste questionário, baseado em seus nove domínios foi possível observar que o mais comprometido é o domínio de preocupações com o sigilo, o que corresponde com os resultados dos outros estudos tanto em gestantes como em mulheres portadoras do vírus. Com o resultado deste domínio podemos pensar sobre a discriminação que esses pacientes enfrentam cotidianamente, o que acarreta impactos negativos constantes na qualidade de vida (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016).

O estigma e a discriminação são processos de desvalorização dos sujeitos que produzem iniquidades sociais e reforçam aquelas já existentes. O processo social que enseja a discriminação está relacionado à dimensão política, econômica, social e cultural e tende a produzir, reproduzir e manter a iniquidade social. Este fenômeno se manifesta com relação ao sexo, idade, raça, sorte, pobreza, ou preferência sexual, corroborando com os parâmetros jurídicos que no Brasil identificam a discriminação (CECHIM; SELLI, 2007).

O preconceito as pessoas portadores do HIV/AIDS são os maiores empecilhos no combate à doença, sendo a assistência, o tratamento e o diagnóstico direitos de todos os pacientes. As pessoas que vivem com o HIV podem permanecer saudáveis por muitos anos, porém sabemos que ainda existe um medo enorme e mal compreendido por parte da sociedade, às vezes até mesmo pelas pessoas que contraem o vírus, onde podem se encontrar em situações diárias de hostilidade ou rejeição.

Entramos então na questão do estigma ao HIV que se refere a qualquer atitude desfavorável, crenças ou comportamentos direcionados às pessoas que sejam consideradas portadores do HIV ou que sejam de fato HIV positivo, assim como às pessoas próximas delas tais como: amigos, familiares, colegas de trabalho, grupo social e

comunidade (ACT, 2011). Sabendo disso o estigma ao HIV se intensifica quando falamos de gestantes portadores do vírus, além das mulheres enfrentarem a hostilidade ou rejeição diariamente pela sociedade, existe também nesses casos o medo de julgamento e principalmente o medo do seu filho contrair o vírus.

Maksud (2003) afirma que a gestação de uma mulher portadora de HIV/AIDS transcende as questões técnicas que possam estar envolvidas. A autora salienta que, no sistema de saúde, predomina o medo quanto ao surgimento da gestação, sendo um temor não somente pelo risco de infecção do bebê, mas pelo risco social que simbolicamente está associado à reprodução na presença do vírus. O preconceito e a discriminação se tornam temas presentes na vida da mulher soropositiva, o que poderá interferir na maneira como vivenciará a maternidade.

Então para as gestantes a uma série de adversidades a serem superadas, e isso interfere diretamente na qualidade de vida, pois não é possível se abster totalmente dessas situações, em consequência isso pode gerar momentos de angústia e dificultar o tratamento nesse período gestacional. Normalmente as gestantes bloqueiam seus relacionamentos, mesmo que pessoais, diante disso é importante momentos de diálogos entre o profissional e a paciente a fim de que haja o entendimento e compreensão dessa nova realidade.

Preocupações com a medicação foi o domínio que apresentou o segundo escore inferior aos demais, comparando nossos resultados com outros estudos podemos verificar uma desigualdade. Dois dos estudos discutidos até agora sendo com gestantes realizados na UNIFESP e na UFPel (TIRADO *et al.*, 2014; SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016) apresentaram para esse domínio o escore mais alto do questionário.

A adesão do paciente ao tratamento medicamentoso é considerada uma dimensão crucial para os programas de AIDS em todo o mundo. Ações de incentivo e monitoramento da adesão estão sempre presentes nas diretrizes técnicas voltadas para os serviços de saúde que assistem pessoas em tratamento antirretroviral (World Health Organization [WHO], 2003).

A importância do papel do profissional de saúde na adesão, especialmente em doenças crônicas tem sido enfatizada por muitos estudos da área, entre eles o do comitê de *experts* da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), cujo capítulo inicial das recomendações técnicas para a melhoria da adesão intitula-se "*Pacientes precisam ser apoiados, não culpados*". Abordagens "culpabilizantes" configuram cenários que, evidentemente, inibem a expressão do paciente que pressente que será desaprovado ou repreendido se revelar suas dificuldades em seguir o tratamento (PAIVA *et al.*, 2000).

O desafio aos profissionais que atuam na assistência individual está em abordar junto ao paciente as suas dificuldades para seguir o tratamento, dentre elas as relacionadas aos fatores sociais e ao estilo de vida; às crenças negativas sobre o uso de antirretrovirais; e aquelas relacionadas diretamente ao uso da medicação (MELCHIOR *et al.*, 2007).

Em relação ao uso de antirretrovirais para profilaxia de transmissão vertical, uma minoria relatou não ter sido prescrito estes medicamentos, ambas tinham recém-descoberto a gestação e logo após o HIV não fazendo o uso de medicações ainda, pois estavam em sua primeira consulta no Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), todas as mulheres grávidas HIV positivo devem usar antirretrovirais durante a gravidez e parto, para reduzir as chances de transmissão vertical. Um estudo que avaliou as expectativas e ações de mulheres grávidas identificou motivações que ajudaram a aderir aos medicamentos, sendo os principais o medo de transmitir o vírus ao bebê e o medo de não estar suficientemente saudável para desempenhar o papel de mãe (MOURA; PRAÇA, 2006).

O estudo realizado com mulheres não gestantes na UNICAMP apresentou o domínio preocupações com a medicação sendo a maior pontuação em mulheres usando TARV. Apesar das descrições na literatura dos efeitos colaterais relacionados ao TARV e quanto à aderência à medicação (FIGUEIREDO *et al.*, 2001; GUIMARÃES; RAXARCH, 2002; GIR *et al.*, 2005), os escores mais altos indicam satisfação com o acesso à medicação e aos efeitos de drogas. Outros estudos, utilizando o mesmo questionário, também encontraram altas pontuações neste domínio (HOLMES, SHEA 1997; GALVÃO 2004; REIS 2008; SOAREZ *et al.*, 2009).

Saldanha (2003) afirmou que a história da AIDS tem dois períodos claramente delimitados: antes dos anos 90, quando a imagem predominante da AIDS estava ligada ao desespero e à morte; E após este período, com o amplo uso de medicação antirretroviral. A utilização da TARV tornou possível que a SIDA assumisse um caráter crônico e se tornasse semelhante a outras doenças crônicas.

A sobrevivência mais longa observada atualmente coloca novos desafios em que outros fatores podem afetar a qualidade de vida das mulheres. Com o uso crônico da TARV, deve-se dar atenção especial à prevenção do ganho de peso, redistribuição da gordura corporal, obesidade, redução da densidade óssea, lipodistrofia, intolerância à glicose, diabetes mellitus e fatores de risco para doenças cardiovasculares (JAIME *et al.*, 2004). Deve haver uma abordagem sistemática para gerenciar essas condições, aconselhando os indivíduos a mudar seus estilos de vida e a manter hábitos de vida saudáveis (GUIMARÃES *et al.*, 2007).

Tais dados estão em consonância com pesquisa de adesão de gestantes com HIV/AIDS à terapia antirretroviral, que discorre sobre o medo das mães de passarem o vírus ao filho, o que impulsiona essa mulher a se cuidar e a aderir ao tratamento (BARROS *et al.*, 2011). Com isso pode considerar que nossos resultados tiveram essa diferença já que duas das gestantes entrevistadas, uma gestante com doze semanas e a outra com 25 semanas, tinham apenas sete dias de diagnóstico.

O domínio de preocupações financeiras apresentou-se com terceiro escore inferior aos demais, esse domínio também teve um resultado baixo em dois estudos realizados com mulheres grávidas HIV positivo e em outro estudo que incluíram somente mulheres HIV positivo (MATHIAS, 2010), usando o instrumento HAT-QoL. Todos os estudos reforçaram a importância da qualidade de vida, especialmente nas pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Assim, esses achados podem estar relacionados com o resultado final dos indivíduos afetados pela doença. Além disso, o seu estado de saúde e funcional limitado pode dificultar a sua capacidade de obter trabalho remunerado e a sua inclusão no mercado de trabalho, o que permite concluir que a qualidade de vida está altamente relacionada com o nível socioeconômico e a exclusão social. Assim, a baixa taxa de rendimento e o desemprego podem explicar as baixas pontuações encontradas para esta dimensão (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016).

Durante as entrevistas foi possível notar uma grande insatisfação neste eixo na maioria das gestantes, pois das sete apenas uma havia cursado um ensino superior e alcançado seus objetivos profissionais e seguia com sua carreira se sentindo satisfeita com sua vida financeira. As outras seis entrevistadas relataram que existe vontade de concluir o primeiro ou segundo grau para então

iniciar uma graduação ou cursos de especializações a fim de conseguir alterar e melhorar a vida financeira de sua família.

Outro domínio a ser destacado como o quarto de menor escore é a preocupação com a saúde. Esse escore foi compatível apenas com um dos estudos, realizado com mulheres não gestantes que são soropositivos, estes relataram que a preocupação com a saúde pode estar relacionada com o menor tempo de terapia antirretroviral e menor contagem de células CD4, mas estes fatores clínicos não modificaram a satisfação com a vida (MEDEIROS, 2010).

A gestação é um momento de experiências novas, de felicidade, e muita ansiedade além de outros sentimentos bons, porém quando introduzimos o HIV na gestação esses sentimentos se ampliam e vem em conjunto com outros como o principal que é a preocupação de contaminação do bebê. Esses sentimentos e preocupações podem variar de acordo com o tempo de diagnóstico, idade gestacional, resultados de exames clínicos como contagem de CD4 e carga viral.

O Brasil tem adotado medidas de prevenção da transmissão materno-infantil desde 1996, voltadas à mãe durante gestação e parto, e ao bebê após o nascimento. As medidas profiláticas preconizam que seja oferecido o exame anti-HIV a todas as gestantes e, no caso de infecção pelo HIV, recomenda-se o uso de TARV pela mãe durante gestação e parto. Além disso, realiza-se cesariana eletiva quando a carga viral materna for considerada alta ou desconhecida (BRASIL, 2006a; PLUCIENNIK, 2003). O tratamento preventivo do bebê, também chamado de profilaxia do bebê, inicia logo após o nascimento com o uso de AZT xarope e nevirapina de acordo com a indicação médica, e a contra-indicação do aleitamento materno. Além disso, o bebê é acompanhado em centros especializados e deve se submeter a testagens sorológicas até a definição de seu diagnóstico, que ocorre até os 18 meses de vida (BRASIL, 2006; NEGRA, 2006). A adoção das medidas preventivas diminui o risco de infecção do bebê, que pode atingir taxas entre zero e 2% (BRASIL, 2006), e, quando nenhuma dessas recomendações é implementada, a probabilidade da transmissão materno-infantil do HIV pode ser de 25,5% (SANTOS *et al.*, 2005).

Em nossa pesquisa duas das entrevistadas tinham apenas sete dias de diagnóstico, onde uma estava com doze semanas de gestação e a outra gestante com vinte e cinco semanas. O indicado, como já mencionado anteriormente pelo Ministério da Saúde, recomenda-se que as gestantes recebam a TARV a partir da 14ª semana gestacional, que tem dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV. Sendo assim esse momento de iniciar a terapia gera muita ansiedade e preocupações com sua saúde e com seu filho, para as gestantes com poucos dias de descoberta do diagnóstico a preocupação com a

saúde se expande em virtude de ser um período de mudanças de alguns hábitos.

Além dos fatores relacionados à infecção pelo HIV/AIDS e à possibilidade da TMI, essas mães também vivenciam ansiedades relativas ao próprio processo de maternidade. A transição para a maternidade inicia na gestação e se estende até os primeiros meses do bebê, sendo marcada por sentimentos ambivalentes e pela necessidade de adaptações psíquicas diante das mudanças e incertezas (BRAZELTON; CRAMER, 1992; SZEJER, 2002). Desde a gestação, as mães apresentam diversos sentimentos e expectativas quanto a seus bebês, sua saúde e à própria interação mãe-bebê (PICCININI *et al.*, 2004). Além disso, a maternidade também leva a rearranjos psicossociais, com mudanças de papéis e alterações nos padrões de relacionamento e de comunicação familiar, sem falar nas mudanças socioeconômicas, representadas pelas despesas que o nascimento e criação de um filho acarretam (RAPHAEL-LEFF, 1997).

Com referência ao domínio de função sexual resultou em um escore de 24%, significando alto em relação aos outros domínios já discutidos, podemos relacionar nossos resultados com o fato de que seis das nossas entrevistadas mantêm um relacionamento fixo e apenas uma está solteira.

Sobre este domínio não podemos afirmar que as gestantes tenham refletido ao responder sobre esse aspecto, que terá que ser mais pesquisado. Segundo alguns autores, a sexualidade é um fenômeno de grande significado existencial. Seu padrão de normalidade ou anormalidade sofre muita influência dos valores socioculturais. A imagem do mal associado à infecção pelo HIV faz com que a sexualidade possa ser vista como anormal. Com o advento da terapia antirretroviral, houve um estímulo à sexualidade normal, o que poderia justificar o escore encontrado nessa pesquisa (TIRADO *et al.*, 2014).

Um trabalho realizado na USP em São Paulo estudou a sexualidade e a reprodutividade em 148 mulheres HIV positivas. Aos resultados foi possível observar que após da descoberta da soropositividade apenas 43,9% das mulheres manteve a vida sexual ativa, 6,8% referiram ter poucas relações sexuais e 49,3 indagaram que não tem parceiro. Sobre ter o desejo de fazer sexo, 50% relataram que tem vontade, 39,2% que não sente vontade, 9,5% informaram que tem vontade às vezes e 1,4% ignoraram a pergunta (SANTOS *et al.*, 2002).

Apenas 19% das mulheres sentiam-se confortáveis em relação ao sexo, enquanto a maioria delas disse que a infecção pelo HIV mudou tudo em sua vida sexual, dado o medo de transmissão dessa infecção a seus parceiros. Elas referiram muitas novas fontes de estresse, o que fez com que perdessem parte de seu apetite sexual ou que se sentissem menos sensuais (SANTOS *et al.*, 2002).

A adesão ao sexo seguro é importante, esse cuidado serve para evitar a transmissão do HIV, além de evitar uma nova infecção pelo vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis, pois a reinfecção pode provocar o aumento na carga viral e com isso a eficácia da TARV pode ser comprometida. Mas isso requer aconselhamento e apoio. São necessários serviços que promovam ambiente de apoio para essas mulheres e seus parceiros, propiciando às pessoas com HIV/AIDS condições de conhecer, discutir e realizar opções conscientes no que se refere às decisões reprodutivas e sua sexualidade.

O domínio de função geral vem abordando atividade física, tarefas de rotina, capacidade de trabalho e ânimo para atividades sociais, com isso sendo possível analisar de uma forma geral a qualidade de vida da paciente. Alcançamos um escore médio bom, evidenciando uma boa qualidade de vida. Encontramos escores altos desse domínio também em estudos similares com mulheres gestantes e não gestantes HIV positivo (TIRADO *et al.*, 2014; MATHIAS, 2010). Mathias (2010) nos apresenta em seu estudo, mulheres que tinham uma renda per capita superior a um e meio salário mínimo e que tinham parceiros fixos resultavam em melhor pontuação no domínio de função geral.

Na função geral, os portadores do HIV relatam melhor qualidade de vida. A baixa qualidade de vida nos pacientes com AIDS pode ser atribuída à presença de comorbidades, relatada por 80% destes participantes e à ocorrência de algum tipo de dermatose relatada por 72% dos participantes. Acrescente-se que a presença de comorbidades pode contribuir para o aparecimento de sintomas clínicos e emocionais que trazem impacto na vida dos pacientes com HIV/AIDS (CARNEIRO, 2012).

Podemos associar esse resultado com a idade gestacional, sendo que a maioria das entrevistadas neste estudo apresentaram-se no segundo e terceiro trimestre, nesse momento a grávida já está mais familiarizada com o estado gravídico e seus sinais peculiares (enjoo, cefaleia, modificações da psique, hipersensibilidade das mamas, etc.); alguns desses sintomas estão inclusive mais estáveis (TIRADO *et al.*, 2014).

Além da idade gestacional, podemos associar este resultado também com o estado civil e ao trabalho em que elas estão, sendo que seis das entrevistadas deste estudo tem parceiros fixos e quatro tem trabalho fixo e são registradas, estes são fatores positivos que interferem diretamente no benefício da qualidade de vida de todas as pessoas.

O domínio de confiança profissional é o segundo escore mais alto de nossos resultados, que é equivalente aos trabalhos utilizados em nossa literatura. Esse resultado nos alegra, pois demonstra que os trabalhadores da saúde estão qualificados para aconselhar, cuidar, suprir as dúvidas e auxiliar estes pacientes que vivem com

HIV e isso interfere positivamente na qualidade de vida.

A relação que a mulher grávida tem com seus cuidadores de saúde, notoriamente os médicos, pode afetar as decisões que ela toma sobre o atendimento no pré-natal e a consequente adesão medicamentosa na prevenção da transmissão do HIV ao filho (TIRADO *et al.*, 2014).

Apesar de termos ótimos resultados aqui no Brasil na relação médico e paciente que vivem com HIV/AIDS, um estudo no México mostrou ainda alguns problemas. A má comunicação entre pacientes e funcionários de saúde está em todas as fases, e deriva de uma relação paternalista, muito marcado no México, onde a autoridade do médico é indiscutível e o paciente não deve comentar. Os médicos geralmente não explicam a seus pacientes os fundamentos de suas decisões e o que acontece em seu corpo com as TARVs. Só são obrigados a utilizar e da "bronca" se falharem (HERRERA *et al.*, 2008).

Embora a falta de informações e de experiências médicas persistem no México, o surgimento de TARVs carrega a promessa de grandes mudanças na construção social do HIV/AIDS, pois ele tende a desfazer a associação entre AIDS e morte. Com o tempo aparecem mais médicos "especialistas em AIDS", que podem gerar mais confiança e reduzir o medo de seus pacientes. Mas este declínio é, talvez, as dimensões trágicas e urgentes de HIV / AIDS que permite mais espaço para rever os aspectos de "cuidado" na relação entre médicos e pacientes, que podem estar afetando a qualidade de vida dessas pessoas e adesão ao tratamento (HERRERA *et al.*, 2008).

Os autores sugerem que o diagnóstico sistemático do HIV positivo gera mudanças na perspectiva de vida do paciente; Entretanto, os pacientes se adaptam e aprendem a viver com a doença. O intuito pode estar associado à empatia do médico em relação à condição das mulheres grávidas, o que ajuda a criar estratégias que facilitam a adaptação à doença. Em um estudo que avaliou a adesão de mulheres grávidas com HIV ao atendimento pré-natal, o grupo de gestantes que compareceram às consultas relatou a percepção de sentir-se apoiado pela equipe de saúde, tendo uma sólida relação médico-paciente e considerando-os interessados em seu bem estar, destacando o fato de ser tratados sem discriminação (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016).

Portanto, a associação entre o relacionamento dos profissionais e a QV é um dos aspectos que devem ser enfatizados na assistência à saúde dos portadores de HIV/AIDS, em prol dos benefícios da qualidade de vida destes pacientes. É importante uma relação de confiança, devendo os profissionais reconhecer o portador do HIV/AIDS, no seu contexto biopsicossocial e cultural, favorecendo mudanças positivas na adaptação e aceitação ao diagnóstico e nas mudanças na vida com ele, no

estilo de vida, nos cuidados a saúde e adesão ao tratamento (CARNEIRO, 2012).

Outro domínio a ser destacado é o de contentamento com a vida, no qual o escore para qualidade de vida corresponde a quanto a gestante está no controle de sua vida (satisfeita por estar saudável, com bom nível de atividades sociais). A satisfação na vida pode estar relacionada ao coping (enfrentamento da doença) (TIRADO *et al.*, 2014). Com referência a este domínio nossos resultados demonstraram a mesma resposta de estudos similares, sendo o maior escore.

Assim como no domínio de função geral, o contentamento com a vida pode estar relacionado a alguns fatores, um dos mais destacados pelas entrevistadas foi o apoio da família e amigos mais próximos, o que ajudou direta e indiretamente a melhorar a qualidade de vida dessas gestantes.

Muitos são os estudos que demonstraram a importância desse fator na vida dos portadores de HIV/AIDS. A família e os amigos se constituem em expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a infecção. Trata-se de possíveis fontes de apoio emocional que um indivíduo pode acessar em situações de adversidade e que podem contribuir para que se estabeleça a resiliência. De forma geral, os estudos deixam clara a importância da família para a saúde de pessoas portadoras de HIV/AIDS. Em especial, o apoio de pessoas próximas parece ser um fator de proteção aos soropositivos, mas isso também pode ser estendido aos amigos e profissionais de saúde (CARVALHO *et al.*, 2007).

Quanto ao domínio aceitação do HIV, em nossos resultados alcançamos o maior escore assim como o domínio de contentamento com a vida. Em trabalhos com gestantes HIV positivos foi possível observar que o estudo realizado na UNIFESP apresentou os mesmos resultados que nossa pesquisa, onde o domínio de aceitação do HIV tinha um escore alto. Já um estudo realizado na UFPel apresentou um escore baixo para o domínio de aceitação do HIV em relação aos demais domínios como função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações com a medicação, confiança no profissional e função sexual. (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016; TIRADO *et al.*, 2014).

Acirradas campanhas governamentais vêm há anos divulgando e promovendo o conhecimento do vírus, com diretrizes claras preconizadas pelo Ministério da Saúde, incluindo aconselhamento para essa população em praticamente todas as redes HIV/AIDS. Diante desse quadro, não nos surpreendeu que tal dimensão obtivesse escore alto para qualidade de vida (TIRADO *et al.*, 2014).

É possível observar essa mobilização do ministério da saúde nos últimos anos. Os serviços de saúde estão mais preparados para abordar e acolher os pacientes, a oferta de testagem rápida para HIV se ampliou, várias campanhas são realizadas durante o ano a fim de realizar

diagnósticos e iniciar tratamentos se necessário ou apenas repassar conhecimento a população o que é de muita importância, de modo que possa melhorar a qualidade de vida dos pacientes com o tratamento e de toda a população com o conhecimento.

Devido às formas de transmissão, o HIV também faz emergir questões que a sociedade ainda tem receio de ter que lidar que são relativos à dor, morte e sexualidade.

O estudo realizado na UFPel que diz respeito da aceitação do HIV, as gestantes expressaram pesar sobre seu modo de vida anterior e exposição ao HIV. Descobrir o diagnóstico da sorologia positiva do HIV é uma experiência traumática que pode causar sofrimento psicológico, principalmente devido aos temores de morte, estigmatização e discriminação. As mulheres grávidas ainda vivem devido ao seu status positivo de HIV e o fato de que eles vivem com a possibilidade de transmitir o vírus para seus descendentes, o que causa medo e insegurança, este escore demonstra a necessidade de aconselhamento adequado e acompanhamento por profissionais de saúde (SILVEIRA; SILVEIRA; MULLER, 2016).

Em outro estudo realizado em Belo Horizonte, para o domínio aceitação do HIV, a qualidade de vida mostrou-se diferente entre os grupos: pacientes HIV positivos têm melhor qualidade de vida quando comparados a pacientes com AIDS (CARNEIRO, 2012).

Segundo Reis (2008) as mulheres têm menores escores de qualidade de vida nesse domínio. Este resultado pode decorrer do fato da maioria das mulheres terem sido infectadas por via sexual, contribuindo, assim, para sentimentos de não aceitação do diagnóstico e raiva por terem sido infectadas por meio de relacionamentos heterossexuais com seus parceiros. Esta situação que expõe sua vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV, visto que as negociações do sexo seguro permeiam as questões de gênero. Logo ao diagnóstico o paciente que ingressa no tratamento da infecção sofre alterações em sua vida cotidiana, por vários motivos, dentre outros, visitas ao médico, exames de rotina como a contagem de células CD4 e carga viral, uso de diversos medicamentos e seus efeitos colaterais.

Dessa forma ocorrem, naturalmente, mudanças no aspecto psicológico envolvendo a aceitação da doença e de novas dinâmicas dos relacionamentos sociais, representando um período de baixa qualidade de vida. Porém, a aceitação do diagnóstico de ser soropositivo ao HIV se associa com melhor qualidade de vida e um menor sentimento de estresse, pois é um processo de aceitação ativa que favorece a mobilização do indivíduo em direção da tomada de atitudes em face dos desafios enfrentados que são importantes, porque as estratégias de evitação ou negação são descritas como associadas a sofrimento psicológico e pior qualidade de vida (CARNEIRO, 2012).

Considerações Finais

Consideramos a elaboração deste trabalho de essencial importância ao pesquisador, à sociedade e aos trabalhadores da área a saúde que estão envolvidos em ofertar assistência de qualidade a todas as pacientes acompanhadas no Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Sinop, pois dessa forma verificamos que existem lacunas na qualidade de vida em especial das gestantes, o que pode evoluir para consequências significativas na vida dessas mulheres. Cada gestante necessita de um plano individualizado, que atenda às suas necessidades específicas, principalmente no início do tratamento, quando existem dúvidas, medos, e adaptação ao novo estilo de vida.

Em nossas análises, em relação às descrições sociodemográficas alcançamos resultados iguais a de outras pesquisas conforme apresentado anteriormente, isso nos leva a refletir sobre a importância de estudos mais detalhados além de demonstrar a necessidade de buscar melhorias para a saúde da mulher incluindo abordagem para realização de testes rápidos e aconselhamento durante o pré natal.

Conseguimos realizar a análise da qualidade de vida das gestantes que vivem com HIV/AIDS e que fazem o acompanhamento e tratamento no município de Sinop de forma bem sucedida, apresentando os escores mais elevados para aceitação do HIV, contentamento com a vida e confiança profissional.

O domínio com um dos escores mais elevados foi aceitação do HIV, mesmo esse domínio abrangendo uma série de fatores delicados envolvendo o aspecto psicológico em relação à sexualidade que normalmente é a forma de transmissão, além da contaminação do vírus para o bebê, podemos observar uma evolução na questão diagnóstico precoce e também na disseminação do conhecimento o que pode ter corroborado para esse resultado tanto neste presente estudo como também em estudos semelhantes.

Contentamento com a vida teve também um dos escores mais altos sendo igual ao domínio de aceitação do HIV. Pode-se associar a relação do contentamento com a vida com o apoio de amigos e família e a resiliência.

Com relação ao domínio de confiança no profissional alcançamos um escore alto, inferior apenas quando comparado para o domínio de aceitação do HIV e contentamento com a vida. Este resultado nos proporcionou satisfação, pois sabemos que a interação entre paciente e profissional da saúde, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista ou qualquer outro, é de suma importância e sabemos que essa interação pode gerar consequências frente ao enfrentamento e adesão de um tratamento adequado interferindo positivamente na qualidade de vida.

Os domínios que apresentaram os menores escores, sendo eles preocupações com sigilo, preocupações com a medicação e preocupações financeiras, resultaram em uma necessidade de intervenção a fim de solucionar ou mesmo melhorar algumas situações para que a qualidade de vida das gestantes não seja afetada devido a esses aspectos.

Preocupações com o sigilo, o domínio que resultou um menor escore, apresenta um alerta e uma necessidade de estudos e ação. Para as gestantes foi observado que as preocupações com o sigilo se amplia de modo a gerar medo da sociedade em virtude do risco da transmissão vertical. Sendo assim pensamos que hoje o preconceito ao HIV ainda existe e é prejudicial à vida das pessoas, afetando socialmente ou até profissionalmente.

Quanto ao domínio de preocupações com a medicação encontramos discordância em comparação a outros estudos recentes. Como já citado anteriormente pode ter chegado a esse resultado devido ao fato de duas das gestantes entrevistadas que não faziam o uso das medicações ainda e por essa razão não responderam esse domínio do questionário, além desse fator, três das gestantes que participaram deste domínio relataram que os efeitos adversos da TARV são desagradáveis.

A vida financeira nos dias de hoje preocupa toda a população, seja jovem ou adulta. Logo, nosso estudo nos mostra que para as gestantes que vivem com HIV também é uma preocupação importante e que pode ser danoso à qualidade de vida, resultando em um escore baixo para este domínio.

Concluimos que a qualidade de vida dessas gestantes portadoras do HIV mostrou-se afetada, mais pelas características dos aspectos sociais e pela sua própria percepção do que propriamente do diagnóstico ou das condições clínicas decorrentes da infecção HIV/AIDS. Esses resultados ratificam a necessidade de uma abordagem integral à saúde dessas mulheres, que lhes possa ajudar e oferecer o suporte necessário para lidar com essa condição em que interferem esses fatores culturais e psicológicos.

Referências

AFFELDT, Â. B.; SILVEIRA, M. F.; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.24, n.1, p. 79-86, jan-mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222015000100079&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

BARROS V. L, ARAÚJO M. A. L, ALCÂNTARA M. N. A, GUANABARA M. A. O, MELO S. P, GUEDES S. S. S. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/AIDS à terapia antirretroviral.

- Revista Brasileira de Promoção em Saúde. V. 24, n. 4, p. 396-403. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2007_internet090108.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [Internet]. AIDS no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2015 Abr 7]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.
- Brazelton, B.; Cramer, B. G. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes. 1992.
- CARNEIRO, P S. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com HIV e AIDS atendidos no centro de referência e promoção da saúde de Conselheiro Lafaiete – MG. 2012. 197. Dissertação de mestrado – programa de Pós-graduação da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, 2012.
- CARVALHO F T; *et al.* Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 23, p. 2023 – 2033, set. 2007.
- CECHIM, P.L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 2, p. 145-149, 2007.
- FIGUEIREDO R. M, SINKOC V. M, TOMAZIN C. C, GALLANI M. C. B. J, COLOMBRINI M. R. C. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Rev. Latino- Americana Enfermagem. V. 9, n. 4, p. 50 – 55. 2001.
- GALVÃO M. T. G, CERQUEIRA A. T. A. R, MACHADO J. M. Evaluation of quality of life among women with HIV/AIDS using HAT – QOL. Caderno Saúde Pública. V. 20, n. 2, p. 430-437. 2004.
- GERHARDT, TATIANA ENGEL E SILVEIRA, DENISE TOLFO; Métodos de pesquisa Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIR E, VAISCHULONIS C. G, OLIVEIRA M. D. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev. Latino- Americana Enfermagem. V. 15, n. 5, p. 634-641. 2005.
- GUIMARÃES M. S, RAXARCH J. C. A questão da adesão: os desafios impostos pela aids no Brasil e as respostas do governo, de pessoas e da sociedade. Rev Impulso. V. 32, p. 69 – 89. 2002.
- HERRERA, C. *et al.*; Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapêutico y calidad de vida. Revista de Saúde Pública, V. 42, p. 249 – 255, out. 2008.
- HOLMES, J. A., SHEA, J. A. Performance on a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QOL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. Qual. Life Res., v. 6, p.561-571, 1997.
- JAIME P. C., FLORINDO A. A., LATORRE M. R. D. O., BRASIL B. G., SANTOS E. C. M., SEGURADO A. A. C.; Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/Aids, em uso de terapia antirretroviral de alta potência. Revista Brasileira de Epidemiologia.; V. 7, n. 1, p. 65-72. 2004.
- LINDSEY PC, AMED AM. Acompanhamento da mulher HIV positivo no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM, Santana RM, Mattar R. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole. p. 289-90; 2007.
- LOPES M. V. O., FRAGA M. N. O. Pessoas vivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento. Revista Latino americana de Enfermagem, v.6, n.4, p.75-81, 1998.
- MAKSUD, I. Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos. In: Congresso Brasileiro de Saúde coletiva, VII., 2003, Brasília. Anais. Brasília: ABRASCO, p. 621, 2003.
- MATHIAS A E R A. Qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV. 2010. 90. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
- MELCHIOR, R., NEMES, M. I. B., ALENCAR, T. M. D., & BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Revista de Saúde Pública, v.41, p. 87-93. 2007.
- MOURA. E. L.; PRAÇA. N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Revista Latino americana de Enfermagem. V. 14, n. 03, 2006.
- Negra, M. D. (2006). AIDS pediátrica: Aspectos clínicos. Em S. M. M. Padoin, C. C. Paula, D. Schaurich & V. A. Fontoura (Orgs.). Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Editora UFSM. p. 139-160, 2006.

- O que é o estigma ao HIV? Revista Aids Committee of Toronto. Março. 2011.
- PAIVA, V., LEME, B., NIGRO, R., & CARACIOLO, J. M. M. (2000). Lidando com a Adesão - A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In P. R. Teixeira, V. Paiva, & E. Shimma (Orgs.), *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo, SP: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo. P. 27-78. 2000.
- PEREIRA L. B., ALBUQUERQUE J. R., SANTOS J. M., LIMA F. L. A., SALDANHA A. W. Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem de T-CD4. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 2, p. 149-160. 2012.
- PICCININI, C. A., GOMES, A. G., MOREIRA, L. E. & LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 223-232. 2004.
- PLUCIENNIK, A. M. A. Prevenção da transmissão materno-infantil do HIV: é mais caro identificar do que tratar a gestante soropositiva. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 1, p. 12-12. 2003.
- REIS R. K. Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: Influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais. 2008. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2008.
- RUIZ-PÉREZ I, OLRV DE LABRY-LIMA A, LÓPEZ-RUZ MA, DEL ARCO-JIMÉNEZ A, RODRÍGUEZ-BAÑO J, CAUSSE-PRADOS M, *et al.*; Clinical status, adherence to haart and quality of life in hiv-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.23(10):581-5; 2005.
- SALDANHA A. A. W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. 2003. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2003.
- SANTOS N JS. *et al.*; Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, V. 36, p. 12 – 23, Mar. 2002.
- SANTOS R. C. S., SOUZA M. J. A. HIV na gestação. *Estação Científica (UNIFAP)*, Macapá, v. 2, n. 2, p. 11-24, jul/dez, 2012.
- SANTOS, S. P. C., CABRAL, A. L. & BATISTA, M. F. P. (2005). Gestante HIV positiva: evento sentinela. Em Brasil, *Boletim Epidemiológico Aids DST*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. p. 10-13. 2005.
- SILVA J, SALDANHA AAW, AZEVEDO RLW. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 1, p. 56-63, 2010.
- SILVEIRA M. P. T, SILVEIRA M. F, MULLER C. H. Quality of life of pregnant women living with HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, V. 38, p.246-252, Maio. 2016.
- SZEJER, M. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Em L. Corrêa Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.) *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos*. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE. p. 299-323, 2002.
- TIRADO M C A. *et al.*; Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*. Rio de Janeiro, p. 228-232, Abr. 2014.
- TORRES, R. S.; LUZ, A. M. H. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 28, n. 04, 2007.
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies evidence for action. Retrieved October 13, 2011, from http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf.