

VULNERABILIDADE MATERNO-INFANTIL: FATORES DE (NÃO) ADESÃO À PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

MATERNAL AND CHILD VULNERABILITY: NONADHERENCE FACTORS TO HIV VERTICAL TRANSMISSION PROPHYLAXIS

VULNERABILIDAD MATERNO INFANTIL: FACTORES DE (NO) ADHESIÓN A LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Stela Maris de Mello Padoin¹
Cristiane Cardoso de Paula¹
Tatiane Pires Ribeiro²
Rhaísa Martins Romanini³
Aline Camaranno Ribeiro⁴

RESUMO

Objetivou-se com este trabalho identificar fatores de (não)adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. O estudo consiste em revisão integrativa por meio da base de dados LILACS a partir das palavras HIV *and* gestantes *and* cuidado pré-natal. Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais de 1997-2007, com texto completo, em suporte eletrônico, totalizando amostra de nove artigos. Pela análise temática, verificaram-se fatores de adesão: cuidado de si, do outro e pelo outro; e fatores de não adesão: situação socioeconômica, condições de feminilidade, acesso às informações, silêncio, compreensão da situação de vulnerabilidade, preconceito e barreiras no serviço de saúde. O quadro conceitual da análise foi o da vulnerabilidade. O plano individual foi constituído pela suscetibilidade biológica, clínica e comportamental materno-infantil; o plano social, pelos aspectos econômicos e socioculturais; e o plano programático, pela política de saúde. Para promover a adesão e minimizar essas vulnerabilidades, faz-se necessária uma intervenção multidisciplinar nas dimensões biológica, clínica, social e subjetiva em todos os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Saúde Materno-Infantil; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; HIV; Transmissão Vertical de Doença/Prevenção e Controle.

ABSTRACT

This study aimed to identify nonadherence factors to HIV vertical transmission prophylaxis. The study is an integrative review through LILACS data basis from terms: HIV, pregnant women and antenatal care. The inclusion criteria were 9 unabridged Brazilian papers published from 1997 to 2007 by an electronic medium. Thematic analysis identified the following adherence factors: self-care, care for and by others. Nonadherence factors included: socioeconomic situation, femininity circumstances, access to information, silence, understanding of vulnerability situation, prejudice and healthcare services barriers. The conceptual framework for the analysis was that of vulnerability. The individual frame comprised maternal-child biological, clinical and behavioural susceptibility. The social included economical and sociocultural aspects. The programmatic frame covered the healthcare policy. In order to promote the adherence and to minimize these vulnerabilities, a multidisciplinary (biological, clinical, social and subjective) intervention is necessary in all healthcare service levels.

Key words: Maternal and Child Health; Pregnant Women; Antenatal Care; HIV; Vertical Disease Transmission; Prevention and Control.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar factores de (no) adhesión a la profilaxis de la transmisión vertical del VIH. El estudio consiste en una revisión integrativa por medio de la base de datos LILACS a partir de las palabras VIH *and* gestantes *and* cuidado prenatal. Los criterios de inclusión fueron: artículos nacionales de 1997 – 2007, con texto completo, en soporte electrónico, totalizando la muestra de nueve artículos. Por el análisis temático se verificaron factores de adhesión: cuidado de si, del otro y por el otro; y factores de no adhesión: situación socioeconómica, condiciones de femineidad, acceso a las informaciones, silencio, comprensión de la situación de vulnerabilidad, prejuicio y barreras en el servicio de salud. El cuadro conceptual del análisis fue de la vulnerabilidad. El plano individual estuvo formado por la susceptibilidad biológica, clínica y comportamental materno infantil; el plano social, por los aspectos económicos y socioculturales; y el plano programático, por la política de salud. Para promover la adhesión y minimizar esas vulnerabilidades se hace necesaria una intervención multidisciplinar en las dimensiones biológicas, clínica, social y subjetiva en todos los niveles de atención a la salud.

Palabras clave: Salud Materno Infantil; Gestantes; Cuidado Prenatal; VIH; Transmisión Vertical de Enfermedad/Prevención y Control.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.

³ Enfermeira. Graduada pela Universidade Católica Portuguesa. Intercâmbio com a Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS. Endereço para correspondência – Rua 24 de fevereiro/306 apt. 202, bairro Nossa Senhora de Lourdes – Santa Maria-RS. CEP: 97.060-580. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde materno-infantil apresenta demandas biológicas, sociais e culturais que precisam ser atendidas em sua complexidade. Para atendê-las, as ações de atenção à saúde da mulher e do neonato devem integrar os níveis de promoção, prevenção e assistência, com vista a alcançar indicadores de impacto nos coeficientes de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil.¹

Dentre as demandas atuais para a saúde pública, destaca-se a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente causador da *Acquired Immunity Deficiency Syndrome* (aids). De 1980 até junho de 2008, foram notificados 333.485 casos de aids no sexo masculino e 172.995 no sexo feminino. Com relação às gestantes infectadas, foram notificados 41.777 casos desde 2000. A transmissão vertical (TV) do vírus correspondeu a 90% de casos entre os menores de 5 anos, que totalizam 10.456.²

A exposição das mulheres e das crianças à infecção pelo HIV evidenciou a necessidade de respostas do governo e da sociedade com a prevenção e o tratamento na atenção à saúde das famílias. A prevenção da TV tornou-se uma das prioridades do Programa Nacional de DST e aids. A operacionalização do Protocolo do Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), embora normatizado em 1995, ocorreu somente dois anos depois, quando o uso de zidovudina (AZT) foi publicado nos manuais de condutas para o tratamento de adultos e de crianças infectadas pelo HIV.³

Sabe-se que a taxa de transmissão desse vírus, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, as intervenções preventivas preconizadas podem reduzir para níveis entre 0% e 2%. Essas iniciam no pré-natal, quando a testagem anti-HIV permite identificar as gestantes soropositivas para iniciar em tempo efetivo a profilaxia.^{4,5}

Assim, as ações de prevenção e controle da TV, adotadas no Brasil, refletiram-se no declínio da infecção em crianças menores de cinco anos, a partir de 1997.² Entretanto, no cotidiano assistencial, percebe-se que a cobertura dessas ações ainda apresenta lacunas, como início tardio do pré-natal, falha na cobertura de teste anti-HIV, dentre outras situações que interferem na adesão da gestante à profilaxia da TV.

A adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões. Transcende à ingestão de medicamentos, incluindo: vínculo com a equipe de saúde; acompanhamento clínico-laboratorial; adequação aos hábitos e às necessidades individuais, e negociação entre o usuário e os profissionais no reconhecimento de responsabilidades específicas de cada um com vistas à autonomia⁶ e ao cuidado de si.

Nesse sentido, as práticas de adesão na gestação incluem: uso adequado do esquema terapêutico; ida às consultas com profissional obstetra e clínico/

infectologista; realização de exames pré-natais; não aleitamento; uso do medicamento inibidor de lactação no pós-parto; administração do xarope de AZT para o bebê durante seis semanas, na dose recomendada, entre outras ações.⁶

O período da gestação pode ser um momento propício para discutir a adesão com a mulher que tem HIV, dada a motivação para proteção do bebê. Esse processo pode contribuir para a adesão à profilaxia da TV durante a gestação, puerpério e puericultura, além da continuidade do acompanhamento de saúde dessas mulheres.⁶

Assim, o objetivo com esta pesquisa foi identificar fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da TV, nas produções científicas sobre o pré-natal de gestantes soropositivas ao HIV.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa – desenvolvido em seis etapas⁷ –, por ser esse um método de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica. A finalidade foi sintetizar, de modo sistemático, a produção científica sobre determinada questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

A primeira etapa consiste no “estabelecimento da questão de pesquisa”: quais fatores interferem para adesão e para não adesão à profilaxia da TV do HIV?

A segunda etapa é a “busca e amostragem”. A busca e seleção das produções científicas foram realizadas por dois revisores de forma independente para garantir o rigor e a fidedignidade do processo. Desenvolveu-se na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no primeiro semestre de 2008, fundamentado nas palavras HIV *and* gestantes *and* cuidado pré-natal. Foram identificadas 34 produções. Para a seleção das produções científicas, foi desenvolvida a leitura dos títulos e dos resumos segundo critério de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: artigo nacional, sujeitos gestantes soropositivas ao HIV, publicação em periódico editado no Brasil, período de 1997-2007 e disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico. Justifica-se o ponto inicial do recorte temporal em 1997, quando foi operacionalizado o Protocolo ACTG nº 076, para a prevenção da TV do HIV,³ representando um marco da resposta brasileira à epidemia da aids, diante do aumento de casos notificados de aids entre as mulheres em idade reprodutiva, e, conseqüentemente, de casos de infecção por TV entre as crianças. Os critérios de exclusão foram: artigo em língua estrangeira e/ou veiculados em periódicos internacionais. Assim, a amostra foi composta de nove artigos.⁸⁻¹⁶

Na terceira etapa – “categorização dos estudos” –, foram organizadas e sumarizadas as informações em um quadro analítico composto pelas variáveis: região de procedência do artigo; subárea de conhecimento dos autores; objetivos; sujeitos; cenário e método. Utilizou-se

a ferramenta da análise de conteúdo temática¹⁷ para a exploração do material por operação classificatória, com a finalidade de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Foram determinados: a unidade de contexto; a forma de organização do material; a unidade de registro; a modalidade de codificação; os recortes; e o conceito teórico que orientou a análise.

Nas unidades de contexto, revelaram-se os campos de ação (cenário de estudo) investigados pelas produções científicas selecionadas para análise: hospitais universitários, maternidades, unidades básicas de saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado. A forma de organização foi em categorias, com base em unidades de registro com palavras referentes ao conteúdo de cada subcategoria (QUADRO 1). Utilizou-se codificação cromática para destacar as unidades de registro no corpo dos artigos e foram selecionados fragmentos do conteúdo das produções para compor os resultados.

A quarta etapa – “avaliação dos estudos” – constou da análise crítica dos artigos com base na leitura atenta dos textos na íntegra, comparando-se os resultados registrados no QUADRO 1 em suas semelhanças e diferenças/conflitos.

A quinta etapa – “interpretação dos resultados” – foi fundamentada no conceito teórico que emergiu dos artigos analisados: o quadro conceitual da vulnerabilidade em seus planos interdependentes: individual, social e programático¹⁸ (QUADRO 2).

Por fim, a sexta etapa – “síntese do conhecimento” – possibilitou reunir e sintetizar as evidências da adesão à profilaxia da TV do HIV disponíveis na produção

científica acerca do pré-natal de gestantes soropositivas, bem como as conclusões para aplicação, na prática, de atenção à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As produções científicas sobre o pré-natal de gestantes soropositivas ao HIV evidenciaram múltiplos fatores que implicam a adesão e a não adesão à terapia profilática da TV. Esses fatores estão interligados ao dia a dia das mulheres, no que diz respeito a vivências, experiências, dificuldades e enfrentamentos do seu cotidiano, seja no ambiente da família, seja no da comunidade, seja no do serviço de saúde.

Assim, a discussão que permeia a interpretação dos dados foi dividida em dois itens: fatores de adesão e vulnerabilidade nos planos individual e social; fatores de não adesão e vulnerabilidade no plano social e programático.

Fatores de adesão e vulnerabilidade nos planos individual e social

Dentre os fatores de adesão, o cuidado de si está relacionado aos atos praticados pelas mulheres no cuidado mental, físico e clínico, na prevenção do adoecimento e na manutenção da saúde.^{8-11,13,15-16} O cuidado mental está relacionado à autoestima, às significações e ao processo de enfrentamento; o físico contempla hábitos de sono, alimentação, exercício físico, lazer, abandono do uso de drogas e negociação do preservativo; o clínico se refere à participação de consultas de pré-natal e continuidade no puerpério, exames e terapia medicamentosa.

QUADRO 1 – Categorização dos fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da transmissão vertical do HIV nas produções científicas – Brasil – 1997-2007

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Fatores de adesão da gestante à terapia profilática da TV do HIV	Cuidado de si	Sentimentos, necessidades, reflexão, enfrentamento
	Cuidado do outro	Transmissão do vírus para o filho, saúde do filho
	Cuidado pelo outro	Ajuda, solidariedade
Fatores de não adesão da gestante à terapia profilática da TV do HIV	Condição de feminilidade	Idade, modo de infecção, vida sexual, comportamento sexual, preservativo, situação conjugal
	Condições socioeconômicas	Escolaridade, trabalho, renda, moradia
	Acesso às informações e conhecimento	Informação, conhecimento, compreensão
	Silêncio	Resistência em aceitar o diagnóstico, inexistência de sintomas
	Barreiras no serviço de saúde	Aconselhamento, testagem, sistema de saúde, proteção, prevenção, assistência, vigilância
	Preconceito e medo da discriminação	Preconceito, discriminação, estigma, exclusão, rejeição
	Compreensão da situação vulnerabilidade	Possibilidade de infecção, adoecimento

QUADRO 2 – Quadro analítico dos fatores de adesão e não adesão à terapia profilática da transmissão vertical do HIV, segundo planos de vulnerabilidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DESCRIÇÃO	VULNERABILIDADE
Fatores de adesão	Cuidado de si	Atos praticados pelas mulheres no cuidado mental, comportamental, clínico para prevenção do adoecimento e manutenção da saúde	Plano individual
	Cuidado do outro	Cuidado familiar dos filhos ou do companheiro	
	Cuidado pelo outro	Rede social que envolve a atenção conjugal, familiar, comunitária e profissional	
Fatores de não adesão	Condições de feminilidade	Trabalho e rendimento; submissão econômica e social; relações de gênero na sociedade e modo de infecção	Plano social
	Situação socioeconômica	Aspectos demográficos	
	Acesso às informações e conhecimentos	Por meio do serviço de saúde quando mantém acompanhamento pré-natal, puerperal e puericultura em serviço especializado	
	Silêncio	Negação da infecção, omissão ao companheiro e à família e silêncio social	
	Compreensão da situação de vulnerabilidade	Possibilidade de infecção, adoecimento	
	Preconceito e medo da discriminação	Preocupação constante por medo da rejeição e exclusão no ambiente da família e da comunidade	
	Barreiras no serviço de saúde	Dificuldades encontradas no cotidiano assistencial nos serviços de saúde	Plano programático

A significação que as mulheres dão à vida, antes e depois do diagnóstico, se refere à situação sorológica, às demandas da gestação e às possibilidades de cuidado com sua saúde. Esse ressignificar tem como base alguns valores como a família, o convívio coletivo e a valorização da vida.¹¹ A religião representa a busca para superar as dificuldades e enfrentar o diagnóstico como fonte de apoio, força, tranquilidade e fé para contornar os problemas. Algumas mulheres se apegam à religião na tentativa de buscar em Deus a cura.¹¹

Esse momento de alterações emocionais e físicas para as mulheres, ao gerar uma criança na vigência da infecção pelo HIV, denota que elas precisam lidar com outros conflitos para além da própria gestação.⁹ Pode gerar mudanças de comportamento para prevenir o surgimento de doenças oportunistas, como nos hábitos de cuidado com o corpo: dormir mais horas por dia, realizar atividades de lazer e abandonar o uso de drogas que provocam dependência física.^{11,13}

Além disso, a negociação para o uso do preservativo é importante para a proteção na vida sexual e para o planejamento familiar. Ainda que as mulheres tenham conhecimento da importância do uso do preservativo, as dificuldades para a concretização nas relações sexuais relacionam-se à baixa autoestima e às baixas condições sociais e econômicas, que potencializam a submissão à autoridade do companheiro.⁸⁻¹¹

Os atos de cuidado mental e físico contribuem para o cuidado clínico, que inclui a frequência nas consultas

de pré-natal; a realização de exames, o conhecimento dos resultados e a compreensão das implicações em sua saúde; a retirada de medicamentos e seu uso durante a gestação, o parto e a oferta ao recém-nascido durante as seis primeiras semanas de vida; a continuidade do acompanhamento de saúde e terapia medicamentosa pelas mulheres no puerpério.⁸⁻¹⁶

A vulnerabilidade, no plano individual, é composta pela suscetibilidade biológica, clínica e comportamental¹⁸ materno-infantil, que se evidenciou como um fator de adesão ao tratamento quando se desenvolve o cuidado de si. No momento da descoberta da soropositividade para o HIV, as mulheres enfrentam uma destruição significativa em todos os aspectos da vida, modificando a estrutura de sua personalidade, seus contatos com o mundo e seus valores.¹⁹ Entretanto, a gestação e a maternidade, adicionadas à situação de soropositividade, tornam esse período mais complexo, composto por uma ambivalência de sentimentos, permeada por culpa, medos, ansiedade e fé.

O apego à religião pode ser considerado um apoio para as mulheres, desde que as crenças não prejudiquem ou interrompam o tratamento. Desse modo, a fé e a esperança de cura podem contribuir para uma melhora no quadro geral das gestantes e para a adesão ao tratamento.¹⁹ Por outro lado, essa fé pode criar falsas expectativas, levando-as a acreditar que estão curadas e interromper o tratamento.²⁰

Assim, compreende-se que a descoberta da soropositividade pode levar as gestantes a refletir sobre o

comportamento delas e provocar-lhes mudanças nas atitudes e no cuidado de si e, conseqüentemente, diminuir-lhes a vulnerabilidade ao adoecimento.^{20,21}

Os achados convergentes para o cuidado do outro se referem ao cuidado familiar dos filhos ou do companheiro^{8-9,11}.

As mulheres, ao tomarem conhecimento da soropositividade para o HIV, culpam o companheiro e sentem raiva. Esses sentimentos estão relacionados à impotência por se verem diante de uma situação que lhes parece sem saída.¹¹ Pela responsabilidade com a saúde do filho, sentem desespero e culpa diante possibilidade da TV. O medo do preconceito e da discriminação se amplia para preocupação com o cotidiano e a inclusão social da criança. O medo da morte está relacionado com a ansiedade e com a incerteza pela orfandade dos filhos, a impossibilidade de criá-los e vê-los crescer.^{9,11}

Esses sentimentos podem motivá-las a tomar medidas preventivas para não adoecerem, o que funciona como um estímulo para a sobrevivência. As mulheres demonstraram o significado que os filhos têm para elas e os colocaram como a razão para continuarem se cuidando.¹¹

Para cuidar de si e do outro, as mulheres contam com pessoas solidárias à situação de saúde delas, representando a possibilidade de cuidado pelo outro. Nesse sentido, emergiu a atenção social e profissional para proteção de direitos e promoção da saúde, bem como a importância do aconselhamento e do diagnóstico precoce no pré-natal e o seguimento puerperal em serviço especializado com planejamento familiar. Essa atitude de ajuda refere-se à rede social, envolvendo a atenção conjugal, familiar, comunitária e profissional.^{10-11,13,15-16}

A atenção conjugal, familiar e comunitária inclui solidariedade, apoio e ajuda nos afazeres domésticos, principalmente nos cuidados com os filhos no dia a dia. A rede de apoio para cuidar dos demais filhos é imprescindível enquanto a mulher estiver ausente para consultas e exames, mantendo seu acompanhamento de saúde no pré-natal e puerpério.^{8,10-11}

A atenção profissional remete ao acolhimento e à assistência integral por equipe multiprofissional capacitada, que promova vínculo e apoio para o enfrentamento cotidiano das demandas de saúde de sua condição sorológica e da gestação. Inclui o aconselhamento, o diagnóstico precoce no pré-natal e o seguimento puerperal em serviço especializado, para a proteção de direitos e promoção da saúde.⁸⁻¹⁶

Assim, a vulnerabilidade no plano social se mostra nos aspectos relacionais¹⁸ que revelaram o cuidado do outro e o cuidado pelo outro, nas relações da mulher com as pessoas que podem ajudá-la nas necessidades de sua saúde e do filho.^{19,22-24}

Apesar de as mulheres se encontrarem em situação crítica de saúde, o papel de cuidadoras representa seu maior referencial. Enquanto tiverem a possibilidade de cuidar do outro, terão razão para lutar e sobreviver. Até

mesmo quando procuram o serviço médico, isso se deve mais por estarem gestantes – cuidado com o bebê – ou pela necessidade de se manterem bem de saúde para cuidar dos filhos. A aspiração de tempo de vida dessas mulheres passa a ser o que for necessário até que seus filhos estejam em condições de assumir seu próprio cuidado.^{19,22}

Nesse contexto, reconhece-se que nossa sociedade, muitas vezes, impõe à mulher valores morais em torno do casamento, da maternidade, da família e da harmonia do lar. Assim, como cuidadoras da família e do lar, as mulheres infectadas pelo HIV referem que, mesmo estando doentes, têm de cuidar dos filhos e do marido, que também pode estar infectado.^{23,24} O fato de se sentirem com essa responsabilidade de cuidadoras pode ser considerado um estímulo para manterem a saúde, pois torna-se imprescindível que estejam bem para que se mantenha um bom funcionamento familiar.

Vale considerar que as questões de gênero deverão ser discutidas na negociação da adesão à profilaxia, para que a mulher seja autônoma nas suas escolhas e no cuidado de si.²⁴ Assim, ao considerarmos a rede de apoio social, reportamo-nos à vulnerabilidade social das mulheres, a qual, nesse sentido, pode ser minimizada quando suas relações forem positivas.¹⁸

Fatores de não adesão e vulnerabilidade no plano social e programático

Nos artigos analisados, a situação socioeconômica se refere aos aspectos demográficos como escolaridade, estado civil, filhos, renda e condições estruturais do domicílio.^{8-10,12} Dentre os fatores de não adesão, verificou-se que as gestantes soropositivas ao HIV, em sua maioria, apresentavam baixo índice escolar, com interrupção dos estudos antes de completar o ensino médio e com casos de analfabetismo.^{8-10,12,15} Quanto ao estado civil, a maioria das gestantes define-se em união estável, vivendo com o companheiro.⁹⁻¹⁰

De modo geral, as gestantes soropositivas provêm de camadas sociais pouco favorecidas, necessitam de auxílio, como cesta básica e vale-transporte.^{8,10,11} A falta de recursos é um fator contribuinte para a não adesão à terapia profilática, pois dificulta o acompanhamento pré-natal e, conseqüentemente, a realização dos exames indicados e a aquisição dos medicamentos prescritos⁵.

Os limites de cobertura efetiva da detecção da infecção do HIV mostram-se mais evidentes nas classes socioeconômicas menos favorecidas, atingindo altos índices entre as mulheres com pouca instrução, habitantes das regiões menos desenvolvidas e em municípios de pequeno porte.¹² Essa lacuna constitui uma oportunidade perdida de intervenção na gestante soropositiva e, conseqüentemente, na redução da TV do HIV.

Nesse sentido, a vulnerabilidade no plano social compõe não somente os aspectos da vida das mulheres no coletivo, mas também seu acesso aos bens de consumo.¹⁸ Ou seja, os fatores de não adesão associaram-se aos aspectos

econômicos, socioculturais, políticos e comportamentais, influenciando a efetividade do comprometimento das gestantes com o tratamento profilático.

As dificuldades advindas da situação socioeconômica desfavorecida das gestantes que têm HIV repercutem no acesso das gestantes aos serviços de saúde e, conseqüentemente, no acompanhamento e no tratamento. Essas dificuldades também interferem no acesso aos serviços de educação, no rendimento escolar e na continuidade dos estudos e, conseqüentemente, influem na capacidade da gestante de obter informações, compreendê-las e efetivamente aplicá-las em seu cotidiano. Outro resultado das dificuldades socioeconômicas está na inserção no mercado de trabalho, repercutindo na renda familiar e, muitas vezes, na dependência e submissão da mulher ao companheiro.^{8,10-12}

Então, somadas a essas questões estão as condições de feminilidade, que se referem ao trabalho e rendimento, submissão econômica e social, relações de gênero na sociedade e modo de infecção.⁸⁻¹²

O trabalho remete à ocupação das mulheres, que mostra um acúmulo de funções dentro e fora do lar.⁹ Essa situação aumenta a exposição das mulheres a uma sobrecarga de atividades que geram desgaste físico e emocional, do qual comumente não podem escapar pela necessidade financeira da família e pela dependência de cuidado de seus filhos.

O rendimento de suas atividades evidencia baixa remuneração ou ausência no caso de serem do lar.⁸⁻¹¹ Isso repercute em uma dependência financeira do companheiro e submissão social evidenciada como fraqueza, passividade e falta de perspectiva.⁸

Essa situação é reforçada pela perspectiva de gênero, na qual socialmente as mulheres são associadas ao sentimentalismo, à carência e à imaturidade afetiva, enquanto os homens se encaixam no padrão da masculinidade da representatividade de força, atividade, dominação e racionalidade. Embora seja constante a luta feminista pelos direitos das mulheres e igualdade social, os homens ainda mantêm a soberania na família. Isso remete a situações de violência psicológica, doméstica e/ou sexual, representando a condição de opressão a que essas mulheres estão submetidas.⁸⁻⁹

Nessa perspectiva, a exposição à infecção pelo HIV acontece basicamente por meio de relações sexuais sem preservativos com parceiros com quem mantêm ou mantiveram relação estável.^{9,11,15} Tais achados nos remetem à vulnerabilidade social, evidenciados nos elementos, associados à vida das mulheres.

Percebe-se a presença de condicionantes tanto de masculinidade como de feminilidade – por exemplo, na norma sexual apreendida. Nesta, cabe às mulheres se ocuparem com sua saúde reprodutiva, com o uso de anticoncepcional e com a possibilidade da gravidez precoce ou indesejada; aos homens cabe provar a sua masculinidade e, diante disso, poderá ser o uso do preservativo um empecilho.²⁴

À medida que a epidemia da infecção pelo HIV se expandia entre a população feminina, várias análises realizadas salientavam que a forma pela qual as relações de gênero se encontravam estruturadas definia o contexto de vulnerabilidade da população feminina: a assimetria de poder, particularmente reveladora nas experiências sexuais e afetivas, e as desigualdades nas relações de gênero nas esferas sociais e econômicas, como o menor acesso da mulher à educação e ao emprego, baixos salários e dupla jornada de trabalho.²⁵

As relações desiguais de poder e a dependência econômica limitam o acesso às informações adequadas e atualizadas.^{18,23} Adiciona-se o fato de não se sentirem vulneráveis, sobretudo quando cumprem o papel que a sociedade espera delas, a monogamia e a dedicação ao trabalho doméstico.²⁴

As mulheres vivem seu cotidiano influenciadas por valores de padrões culturais que as colocam como responsáveis por uma multiplicidade de papéis sociais: mães, esposas, filhas, profissionais, dentre outros. Esse aglomerado de papéis, juntamente com a ênfase da sua função como cuidadoras, pode fazer com que elas negligenciem os cuidados com a própria saúde, aproximando-se da possibilidade de se infectarem pelo HIV ou, quando já está infectadas, aproximando-se da vulnerabilidade ao adoecimento ou à TV do HIV.^{19,22}

Além disso, verifica-se, nos achados, o acesso às informações e o conhecimento que surge por meio do serviço de saúde durante o diagnóstico de HIV prévio à gestação em questão, o acompanhamento pré-natal, puerperal e puericultura em serviço especializado, bem como pela mídia (revista, jornal, cartaz, folder, rádio, televisão) e pelos pares em grupos no serviço de saúde, ONG, comunidade ou família.^{8,10-11,13,15-16}

Verificaram-se duas situações: por um lado, mulheres com pouca ou nenhuma informação sobre a infecção pelo HIV no momento da descoberta da soropositividade e, por outro lado, mulheres que demonstram possuir informações sem que essas impliquem o cuidado à saúde. A falta de acesso às informações sobre a infecção pode criar expectativas errôneas relativas à prevenção da transmissão do vírus, evolução clínica e tratamento da doença.¹⁰ Conseqüentemente, pode aumentar a possibilidade de adoecimento, uma vez que dificulta a compreensão dos danos para a sua saúde e a efetivação de mudanças de comportamento.^{8,11}

A ineficácia das informações sobre a prevenção também pode ser o resultado do medo da aids, que é reproduzido socialmente e vivido pelas pessoas soropositivas ao HIV, causando-lhes ansiedade, culpa e estresse.¹⁰

Há necessidade de buscar outros espaços de promoção da educação sexual da população nos próprios serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, nas múltiplas possibilidades da mídia e na comunidade, atendendo à população em geral nas diferentes faixas etárias e, especificamente, gestantes, mulheres soropositivas e seus pares.⁸

Essas desigualdades de acesso às informações e conhecimento referem-se à vulnerabilidade social das gestantes, que possui nexos com o menor acesso à educação e ao trabalho assalariado e implica tornarem-se mais dependentes dos homens.²⁶ No entanto, a adesão às medidas profiláticas à infecção pelo HIV não depende exclusivamente do conhecimento e da vontade de cada pessoa. Relaciona-se, também, à sua capacidade de assimilar e, especialmente, compreender as informações, com o acesso aos recursos que permitem a sua prática e com a possibilidade de aderir ao tratamento.²²

Por outro lado, o trabalho preventivo, no que diz respeito à vulnerabilidade relacionada à falta de conhecimento sobre a infecção pelo HIV, não se deve resumir apenas em transmitir informação técnica. Deve contribuir de forma a possibilitar que as pessoas possam identificar as próprias necessidades e disponibilizar efetivamente o conhecimento na forma em que elas desejarem e puderem usar, para que possam se proteger e aos outros da epidemia.²¹

Diante desse contexto, muitas mulheres tomam conhecimento da sua soropositividade durante a gestação por meio da realização do exame sorológico de caráter compulsório no pré-natal.⁸⁻¹⁶ Algumas mulheres têm diagnóstico de HIV prévio à gestação em questão.⁹⁻¹⁰ Percebe-se que o fato de se ter uma epidemia estigmatizada, as mulheres, ao descobrirem o resultado positivo, muitas vezes apresentam como reação o silêncio.⁸⁻¹⁰

As mulheres mantêm o comportamento cotidiano para não transparecer a doença. Mudar de atitude e comportamento também pode desestruturar a família, pois pode fazer emergir conflito do casal, culpabilidade e problemas relacionados à sexualidade. Por isso, as mulheres encontram dificuldades em revelar ao companheiro e à família, omitindo o diagnóstico.⁸⁻¹⁰ Nesses casos, a família pode vir a descobrir a soropositividade da mulher na ocasião do parto ou pela não amamentação.¹⁰

Esse silêncio está associado ao estigma da doença atribuído à própria construção social da aids estreitamente ligada à morte pelo caráter incurável e assustador. A aids era uma situação que se encontrava relacionada com grupos de risco, considerados discriminados e marginalizados – por exemplo, as prostitutas, os usuários de drogas injetáveis e os homossexuais²⁷ –, desencadeando o preconceito e a discriminação. Os trabalhos analisados reconhecem a influência desses fatores na vida das pessoas, os quais desencadeiam o preconceito e o medo da discriminação, relacionados com a preocupação constante da rejeição e exclusão no ambiente da família e da comunidade.⁸⁻¹⁰

Crenças e interpretações morais, no que diz respeito à sexualidade, foram instituídas para explicar a origem da situação que causou a infecção. Esse pensamento da sociedade acabou apontando a pessoa infectada como culpada e responsável pela sua situação de soropositividade, uma vez que seu estilo de vida rompeu

com os comportamentos socialmente aceitáveis; assim, a doença reafirma seu caráter de pena e castigo.²⁷

O preconceito e a intolerância estamparam-se nos discursos reacionários em que se forma o aidético, categoria única, indivisível e, principalmente, separada da sociedade, das pessoas, dos seres humanos. Ele é um inimigo condenado à morte física, considerado sem utilidade para o desenvolvimento social. É retirado dele o direito de ser cidadão.²⁸

As mulheres relatam ter vivências de discriminação e experiências contadas por outras mulheres que viveram atitudes de preconceito com elas próprias e/ou com seus filhos. Essa preocupação pode ser observada, por exemplo, pelo medo de que os vizinhos comentem que existe alguém soropositivo na sua família, resultando no silêncio social como um limite à adesão à terapia profilática.⁸⁻¹⁰ Isso desencadeia sua vulnerabilidade no plano social.

Somada ao silêncio, ao preconceito e à discriminação, tem-se a compreensão da situação de vulnerabilidade como mais um obstáculo ao tratamento profilático. Apesar da expansão do número de casos notificados de aids na categoria de exposição heterossexual, grande parte das mulheres não se sente sob risco de infecção.^{8-9,11-12} Consideram uma possível infecção pelo HIV como distante e inacessível.²⁹ Esse pensamento relaciona-se à falta de conhecimento sobre o processo de infecção; ao pensamento de que as pessoas que são prováveis fontes da infecção estão distantes da vida delas; à crença da impossibilidade de que possam penetrar no ambiente familiar doenças por vezes mencionadas como doenças do mundo.

Pensar a aids como uma situação que só atinge outras pessoas viabiliza a circulação da epidemia de forma silenciosa e sutil, só se tornando verídica quando transformada em um mal irreparável.²⁹ Esse modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV, não aderindo às medidas preventivas recomendadas.^{23,24}

Além disso, as mulheres, por não quererem colocar em dúvida uma relação estável e conveniente para elas, ainda hoje têm a preocupação de serem cotadas como infieis por quererem usar o preservativo, o qual, historicamente, está ligado à ideia da infidelidade, tornando, por isso, seu uso vergonhoso para as mulheres de família.³⁰ Assim, esse será um fator que aumenta a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV.

Nesse sentido, há necessidade de discutir com as mulheres formas seguras de se protegerem da infecção pelo HIV. Fazem-se necessárias práticas educativas e emancipatórias com mulheres e homens na busca do exercício da sexualidade que provoque mudanças comportamentais.³¹

Na análise dos artigos em questão, surgem as barreiras no cotidiano assistencial dos serviços de saúde.^{8-10,12-16} Dadas as desigualdades de acesso e à baixa qualidade da assistência pré-natal, um considerável grupo de mulheres é exposto à falha na detecção precoce da infecção. Isso acontece mesmo com mulheres que iniciaram o pré-natal

no primeiro trimestre da gestação e mantiveram seis ou mais consultas conforme o recomendado, mas ocorre, principalmente, com aquelas que tiveram pelo menos uma consulta.⁸⁻¹⁶

Assinale-se que há casos em que gestantes, apesar de diagnosticadas, recebem AZT tardiamente e/ou não o recebem injetável desde o início do trabalho de parto. Por vezes, saem da maternidade sem receber a solução oral para o recém-nascido.¹⁶

Outra dificuldade para manutenção do acompanhamento pré-natal é a deficiência de transporte que as gestantes enfrentam ou as dificuldades financeiras para tal. Alguns auxílios são oferecidos pelo próprio serviço de saúde, a fim de promover o comparecimento da gestante nas consultas.^{8,10}

Outros fatores contribuem para a não realização das consultas periódicas e, conseqüentemente, para a não adesão ao protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, tais como a disponibilidade insuficiente de exames na rede, a demora na entrega dos resultados laboratoriais e as dificuldades para obtê-los.¹²

A falta de informações sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na redução da TV do HIV também dificulta o desenvolvimento das ações de assistência às gestantes e de profilaxia. Além disso, ocorrem falhas na comunicação do profissional de saúde com a gestante.^{8,12} Há fragilidades na organização do serviço de saúde, como carência na prática de avaliação, possibilitando rever a estrutura, a administração, o processo de trabalho e as ações na prática assistencial cotidiana.¹⁶

Existem as contradições no direito à vida sexual e reprodutiva diante da soropositividade. Não se deve questionar o direito dessas mulheres à maternidade, mas, sim, se elas estão tendo o direito à prevenção e ao planejamento de sua vida reprodutiva. O objetivo é evitar as gestações não planejadas. No entanto, encontram-se limites no atendimento às demandas contraceptivas, já que o planejamento familiar é função da assistência primária.⁹⁻¹¹

Tais fatores reportam à vulnerabilidade no plano programático, o qual é estruturado pelos programas de saúde para atender às demandas da epidemia de HIV/AIDS – aqui se especifica a situação de gestação e soropositividade.¹⁸ A vulnerabilidade programática relaciona-se com a implantação e a implementação de programas e diretrizes da política pública de prevenção e de assistência.

Preconiza-se a adoção de intervenções que englobem o cuidado integral, focalizando a mulher em todas as suas dimensões, não apenas direcionada para sua saúde reprodutiva. Assim, é essencial que as práticas no âmbito da saúde da mulher sejam articuladas e que não ocorram de forma isolada.⁴⁻⁶

Constata-se que, em termos de legislação e de diretrizes, a Política Pública do Ministério da Saúde, no que diz respeito à infecção do HIV/aids, encontra-se bem

fundamentada. Isso não é novidade, visto que, em 2002, o Brasil foi reconhecido mundialmente como um expoente em termos de prevenção.⁴⁻⁶ No entanto, existem lacunas no momento da sua operacionalização.^{18-19,24,31}

Observa-se que é marcante a vulnerabilidade no plano programático, quando o foco são as instituições com ações de controle da TV do HIV,³¹ que surge em decorrência de problemas de natureza organizacional, tais como: obstáculos para acesso ao atendimento, independentemente de ser a primeira consulta ou seguimento; desvalorização do trabalho educativo; demanda reprimida para diagnóstico laboratorial; e falta de articulação entre as diversas atividades que compõem o conjunto das ações programáticas. Diante disso, deve-se evitar a fragmentação das intervenções e a dissociação das várias dimensões da saúde reprodutiva feminina.

Assim, para que seja possível a realização de determinadas ações, os profissionais de saúde dependem da colaboração de vários setores de saúde, tais como exames laboratoriais, dispensação de medicamentos, assistência social e psicológica, serviços de enfermagem, dentre outros.⁴⁻⁶ No entanto, verifica-se que existem falhas no sistema de saúde que impossibilitam a continuidade da prestação de cuidados por parte dos profissionais, dificultando, dessa forma, a adesão à terapia profilática na prevenção da TV do HIV.^{18-19,24,31}

CONCLUSÃO

Destacando a política de prevenção do HIV, especificamente as ações de profilaxia da TV, nesta pesquisa foram evidenciados alguns fatores que favorecem e dificultam a adesão à terapêutica. Como fatores de adesão destacaram-se o cuidado de si no plano individual e o cuidado do outro e pelo outro no plano social. Como fatores de não adesão, no plano social, evidenciaram-se a situação socioeconômica, a condição de feminilidade, o acesso às informações e conhecimentos, o silêncio, a compreensão da situação de vulnerabilidade, o preconceito e o medo da discriminação. No plano programático, evidenciaram-se as barreiras no serviço de saúde.

Faz-se importante compreender a dificuldade das mulheres no cuidado de si, a necessidade de cuidado do outro, seja filho, seja marido, e a importância do apoio em ser cuidada pelo outro, no espaço social ou no assistencial. É imprescindível ao profissional de saúde realizar uma abordagem integral, levando em conta as especificidades vividas pela mulher em seu cotidiano. Essa abordagem possibilita a promoção do empoderamento, com o objetivo de dar possibilidade para cuidar de si e facilitar a adesão à terapia e, assim, reduzir os riscos para si e para o seu filho.

Ao analisar os fatores relacionados com a não adesão à terapia profilática na prevenção da TV do HIV, foi possível compreender a multidimensionalidade da vulnerabilidade das mulheres. O cotidiano delas é influenciado pelas diferenças socioeconômicas, pelas

condições de feminilidade, pelo preconceito pelo silêncio, além das barreiras que enfrentam nos serviços de saúde para o atendimento pré-natal e planejamento familiar. Isso implica, também, a compreensão da sua situação de vulnerabilidade e as atitudes de cuidado com a sua saúde e do filho.

Visando minimizar as vulnerabilidades das gestantes e dos recém-nascidos, prima-se por ações de universalidade, equidade e integralidade que contemplem as mulheres na situação da gestação e da soropositividade ao HIV não somente em sua suscetibilidade biológica materno-fetal, mas também nos aspectos econômico, sociocultural, político e comportamental. É importante que sejam contemplados aspectos de desenvolvimento de ações educativas e de saúde, imbricadas em uma política pública reconhecidamente eficaz.

Cientes desses fatores, foi possível compreender que, para atender às demandas da prevenção da TV do HIV, faz-se imprescindível o trabalho em equipe e em redes com a articulação intra e intersetorial em todos os níveis de atenção à saúde, pautado por ações interdisciplinares.

Acredita-se que, assim, tenha-se a possibilidade de alcançar a implementação eficaz da profilaxia da transmissão vertical do HIV e compreender os nexos com a adesão à terapêutica como um processo multifatorial que inclui não somente aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais ligados à rede social da pessoa, como também aspectos que se relacionam à rede institucional de saúde, na qual, especialmente, requerem-se acolhimento e vínculo entre a pessoa que vive com HIV e a equipe, para se chegar à possibilidade de decisões compartilhadas e corresponsabilizadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
3. Brito AM, Souza JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(supl): 18-22.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Nacional de DST AIDS. Projeto Nascer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
7. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 758-64.
8. Cechim PL, Perdomini FRI, Quaresma LM. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. *Rev Bras Enferm* 2007; (60)5: 519-23.
9. Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, Melo VH, Goulart LHF, Aguiar RALF, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; (6)3: 329-34.
10. Vaz MJR, Barros SMO. Gestantes infectadas pelo HIV: caracterização e diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2002; (15)2: 9-17.
11. Costa MS, Silva GA. Gestante HIV positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. *REME - Rev Min Enferm*. 2005; (9)3: 230-6.
12. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinelas Parturientes, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública*. 2004; (38)6: 764-72.
13. Vaz MJR, Barros SMO. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. *Rev Latinoam. Enferm*. 2000; (8)2: 41-6.
14. Neves FRAL, Passos ADC, Gueleri WL. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1999; (33)6: 624-5.
15. Nishimoto TMI, Neto JE, Rozman MA. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; (51)1: 54-60.
16. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de TV do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; (5)4: 483-92.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I, Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoim SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. *Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria: EdUFSM; 2006. p. 43-62.
19. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento à soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP; 2003.
20. Costa MS, Silva GA. Gestante HIV positivo: o sentido da descoberta da soropositividade durante o pré-natal. *REME - Rev Min Enferm*. 2005; (9)3: 230-6.
21. Ayres JRCM, França Júnior I, Junqueira G, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
22. Padoim SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/aids: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. *DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2006; 18(4): 241-6.

- 23.** Santos N, Filipe EMV, Paiva V, Buchalla CM, Bergamaschi DP. Saúde reprodutiva e sexualidade em mulheres HIV positivas. *Jornal brasileiro de AIDS* 2003; 4(1): 29-37.
- 24.** Padoin SMM, Souza IEO. O desafio de prevenir a transmissão do HIV na mulher: políticas públicas e as circunstâncias individuais e sociais. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, organizador. *Aids: o que ainda há para ser dito?* Santa Maria: EdUFMS; 2007. p. 69-95.
- 25.** Nascimento AMG, Barbosa CS, Benedito M. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(1): 77-86.
- 26.** Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Rev Salud Pública de México.* 2002; 44(6): 554-64.
- 27.** Almeida MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(1): 263-74.
- 28.** Darde VWS. A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. *Rev Em Questão.* 2004; 10(2): 247-59.
- 29.** Nascimento AMG, Barbosa CS, Benedito M. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(1): 77-86.
- 30.** Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2002; 6(11): 25-38.
- 31.** Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2002; 2(2): 157-65.

Data de submissão: 23/9/2009

Data de aprovação: 13/5/2010