

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA



**CONTEXTOS DE OCORRÊNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV
EM UM CENÁRIO DE ALTA PREVALÊNCIA DA DOENÇA E DE DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA DE MEDICAMENTOS**

Clarissa Torres Marques Pasqual
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre
2018

CLARISSA TORRES MARQUES PASQUAL

**CONTEXTOS DE OCORRÊNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV
EM UM CENÁRIO DE ALTA PREVALÊNCIA DA DOENÇA E DE DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA DE MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso II,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Saúde
Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos
Teixeira

PORTO ALEGRE

2018

CLARISSA TORRES MARQUES PASQUAL

Trabalho de Conclusão de Curso II,
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva pelo Curso de Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos
Teixeira

CONCEITO

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira*

Prof. Dr. Gímerson Erick Ferreira**

Enfermeira Évelin Maria Brand***

*Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Patologia pela Universidade de São Paulo (2012).

**Professor das Faculdades Integradas de Taquara. Doutor em Enfermagem pela UFRGS (2017).

***Enfermeira graduada pela UFRGS. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar saúde, após passar dez anos tendo convulsões. O que me impediu de poder ter uma vida normal nesse período. Além de me dar suporte e manter minha fé, mesmo tendo passado por momentos difíceis ao longo da minha graduação, como a perda da minha avó que era uma segunda mãe e sempre foi uma referência de mulher forte.

Agradeço a minha mãe, que mesmo com nossos problemas e algumas incompatibilidades, sempre me apoiou e nunca disse que eu não conseguiria entrar na UFRGS. Além de ter muito orgulho do curso que escolhi e por acreditar que eu fosse capaz de conquistar meus objetivos.

Agradeço a minha orientadora e grande professora Luciana Barcellos Teixeira, que além de ser tão atenciosa e dedicada (e paciente) comigo ao longo desse processo - que achei que seria bem assustador, mas não foi - se mostrou compreensiva e uma grande amiga, e me aproximou ainda mais da pesquisa e das políticas públicas que gosto tanto. Um exemplo de profissional que admiro por ser engajada e uma das maiores representantes da Saúde Coletiva. Ainda sonho em ser uma pesquisadora e epidemiologista e é minha maior referência e exemplo de profissional dedicada que tem paixão pelo trabalho que faz e é uma mulher bem sucedida.

Ao meu “namorado” Fernando, uma pessoa maravilhosa que conheci através de uma amiga do curso, por ser um companheiro que a cada dia demonstra mais o quanto nos completamos e apoiamos em todos os momentos e fases de nossas vidas. Inclusive nas noites e madrugadas enquanto eu fazia alguns trabalhos ele sempre esteve à disposição no que eu precisasse. Me ajudou com questões de informática e participou de projetos e atividades do curso junto comigo.

Também agradeço aos professores Stela Nazareth Meneghel, Frederico Vianna Machado e Roberto Amorim por me darem a oportunidade de participar de seus projetos e com questões que agregaram não só em minha formação como meu crescimento pessoal, permitindo que eu tivesse uma percepção diferente – ou no mínimo ampliasse a minha visão sobre determinados temas. Proporcionando saber, conhecimento e o envolvimento com as Políticas Públicas, Vigilância e a Promoção da Saúde na prática, através de vivências e intervenções. Além do professor Alcindo Antônio Ferla, que mesmo não estando atualmente em nosso curso foi o primeiro a

me inspirar a ser uma sanitarista e talvez sem ele nosso curso nem existisse na UFRGS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 METODOLOGIA.....	09
3 RESULTADOS.....	10
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFRÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Desde a sua descoberta, o perfil da epidemia da Aids apresentou mudanças ao longo dos anos. Uma das mudanças mais significativas se deu pelo processo conhecido como feminização, em que ao longo dos anos, observou-se um aumento expressivo no número de mulheres acometidas, especialmente ao considerar-se a razão entre homens e mulheres (WHO, 2016, UNAIDS, 2015).

A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos de Aids entre homens, havia um caso entre mulheres. Atualmente, tal relação é de 1,5 homens para cada caso em mulheres. Aproximadamente 76% de todas as mulheres vivendo com HIV estão na África Subsaariana, onde as mulheres representam 59% dos adultos vivendo com HIV. Na África Subsaariana, cerca de 3 a cada 4 (74%) pessoas jovens, entre 15 e 24 anos, vivendo com HIV são do sexo feminino. Na Ucrânia, que tem uma das epidemias que crescem mais rapidamente na Europa, as mulheres agora representam quase metade (46%) dos adultos vivendo com HIV. Na Ásia, as mulheres representam 30% dos adultos vivendo com HIV. Os números são mais altos em alguns países da região, alcançando 39% na Tailândia e 46% no Camboja. No Caribe, 51% dos adultos vivendo com HIV são mulheres, enquanto nas Bahamas e em Trinidad e Tobago, as estatísticas são 59% e 56%, respectivamente (UNAIDS, 2014; WHO, 2016).

Uma das questões que tem sido amplamente discutida neste cenário é a vulnerabilidade feminina, que é definida por Ricardo Ayres et al como oriunda de contextos individuais, sociais e programáticas (AYRES et al, 2003; AYRES, 2009). Neste sentido, os estudos têm indicado o baixo nível escolar, a verificação de múltiplos parceiros sexuais durante a vida e prática de sexo inseguro, além das demandas de saúde reprodutivas não acolhidas nos serviços de saúde, como os principais pontos da vulnerabilidade (KONOPKA et al, 2010; TEIXEIRA, 2012; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; TEIXERA et al, 2017, LIMA et al, 2017). Como a maioria das mulheres vivendo com HIV está em idade reprodutiva, neste cenário ocorrem as gestações e a possibilidade da transmissão vertical do vírus (WHO, 2010; WHO, 2016).

Todos os anos, cerca de 1,4 milhão de mulheres que vivem com HIV engravidam no mundo (UNAIDS, 2015). Em 2015, foram identificadas 7.901 gestantes infectadas pelo HIV no Brasil. A taxa de detecção de gestantes com HIV

no Brasil passou de 2,1 casos/mil nascidos vivos em 2006, para 2,7 em 2015. Porto Alegre foi a capital com a maior taxa de detecção de 2015, com 22,9 casos/mil nascidos vivos (BRASIL, 2016).

Frente à elevada taxa de detecção, a transmissão vertical é tema prioritário para a saúde pública. Apesar das condutas disponíveis para evitar a transmissão vertical do HIV, existem cenários com elevadas taxas de transmissão, como a cidade de Porto Alegre, cuja taxa foi de 3% em 2014 (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial de Saúde vem certificando países com eliminação da transmissão vertical do HIV (WHO, 2010, BRASIL, 2014b). As medidas estabelecidas no pré-natal no Brasil (BRASIL, 2014a), como a realização obrigatória do teste anti-HIV, são relevantes, porque apesar de todos os avanços medicamentosos, os índices continuam a crescer e a Aids permanece como um grave problema de saúde pública que afronta a ciência diariamente, na medida em que permanecemos com elevadas taxas de transmissão e de transmissão vertical.

Apesar dos avanços tecnológicos e da adoção de uso de protocolos, as crianças permanecem sendo infectadas com o HIV em decorrência da transmissão vertical. Tendo em vista a magnitude da doença e possibilidade de redução significativa de taxa de transmissão, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos nesta área, até porque o pré-natal tem aparecido como um importante momento de diagnóstico da infecção pelo HIV nas mulheres (KONOPKA et al, 2010; TEIXEIRA et al, 2017). O controle e redução da transmissão vertical é atividade prioritária, entre as ações globais de prevenção do HIV desde 1998, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010)

Neste sentido, este trabalho de conclusão de curso analisa dados da pesquisa intitulada “Saúde Sexual e reprodutiva das mulheres vivendo no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”, que forneceu subsídios para a Tese de Doutorado da professora orientadora (TEIXEIRA, 2012). O objetivo principal deste trabalho é descrever o contexto de ocorrência da transmissão vertical em Porto Alegre. A relevância do trabalho na área de saúde coletiva se dá a partir da discussão da efetividade das políticas públicas, a partir de dados reais coletados em serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, que do ponto de vista epidemiológico, é classificado como um estudo descritivo.

As participantes foram selecionadas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre e a faixa etária foi de 18 a 49 anos no ano de 2011.

As mulheres foram selecionadas, por amostragem aleatória simples, a partir das agendas de marcação de consultas de todos os profissionais que atendiam nesses serviços (incluindo enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais). O convite para participar da pesquisa ocorria antes ou após a consulta, conforme as características de cada serviço de saúde. Mulheres que declararam que nunca haviam tido relações sexuais e mulheres que declararam ter tido relações sexuais somente com mulheres não foram incluídas no estudo, uma vez que um dos propósitos da pesquisa foi investigar especificidades das mulheres expostas à transmissão heterossexual do HIV.

Após a obtenção do consentimento, através de leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes responderam um questionário eletrônico, elaborado através do programa Sphinks Léxica versão 4.0, em local privativo, preenchido pelo entrevistador em *netbook*. O questionário versou sobre características sociodemográficas, desfechos principais na trajetória de saúde sexual e reprodutiva, utilização de métodos contraceptivos com diferentes parceiros, momento do diagnóstico do HIV, uso de medicações, situações de violência e questões sobre a saúde em uma perspectiva global.

O projeto original foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número = 2008216).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio da utilização do software SPSS® versão 20.

3. RESULTADOS

Do total de 681 mulheres que participaram da pesquisa, 240 (35,2%) engravidaram após o diagnóstico de HIV, não houve casos de gestação gemelar, portanto, havia 240 crianças. Considerando a primeira gestação após o diagnóstico, das 240 crianças: 18 (7,5%) eram soropositivas para o HIV, 172 (71,66%) não tinham o vírus, 1 (0,4%) estava aguardando o resultado dos exames e 49 (20,41%) não tinham realizado nenhum exame diagnóstico (Figura 1). Esse dado configurou uma taxa de transmissão vertical de 7,5% (18 casos em 240 gestações).

Das 18 crianças soropositivas para o HIV nesta primeira gestação da mulher após o diagnóstico, 50% morreram, sendo que 33,3% dos óbitos foram por causa da Aids. Entre estas 18 mulheres que tiveram crianças soropositivas para o HIV, 16 tiveram uma segunda gestação após o diagnóstico, e em 3 casos a segunda criança também estava infectada com o HIV, sendo que houve 1 óbito (Tabela 5).

A seguir é apresentada a descrição das mulheres conforme o status sorológico da criança na primeira gestação após o diagnóstico.

Contexto das mulheres com transmissão vertical na primeira gestação após diagnóstico

Entre as 18 mulheres com crianças soropositivas para o HIV como fruto da primeira gestação após o diagnóstico, 16,7% possuíam entre 25 e 29 anos, 22,2% tinham de 30 a 34 anos, 33,3% estavam na faixa de 35 a 39 anos e 27,8% tinham entre 40 e 44 anos. Estavam realizando atividades remuneradas 50% das mulheres. A renda de 75% das mulheres era de até 1,99 salários mínimos, e 25% tinha renda de 2 salários mínimos ou mais. Em relação à escolaridade, 72,2% possuía até o primeiro grau completo e 27,8% possuíam ensino médio completo ou mais. Considerando raça/cor, 72,2% eram brancas e 27,8% não brancas. Em relação ao local de moradia, 66,7% morava em domicílio próprio (Tabela 1).

Sobre o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, 5,6% não tiveram nenhum, 83,3% um parceiro, 5,6% dois parceiros e 5,6% tiveram 3 ou mais parceiros. Das 18 mulheres que tiveram crianças soropositivas para o HIV, 44,4% tiveram sua primeira relação sexual até os 15 anos, e 55,6% iniciaram sua vida sexual aos 16 anos ou mais. Sobre o número de uniões, 35,3% já tiveram pelo menos uma, 52,9% duas uniões estáveis/casamentos e 11,8% já haviam tido 3 ou

mais uniões. Do total, 5,6% tinham história de aborto provocado, 27,8% havia usado droga alguma vez na vida e 11,1% realizaram sexo em troca de dinheiro (Tabela 1).

A ocorrência de violência psicológica foi de 44,4%, violência física foi de 29,4% e violência sexual foi de 22,2%, e 38,9% disseram ter sentido discriminação dentro de algum serviço de saúde em função do HIV (Tabela 2).

Contexto das mulheres sem transmissão vertical na primeira gestação após diagnóstico

Entre as 172 mulheres com crianças sem transmissão vertical, sendo a primeira gestação após o diagnóstico, seis faixas etárias categorizadas pelo perfil das entrevistadas, 5,8% tinham entre 18 e 24 anos, 13,4% delas estavam na faixa dos 25 a 29 anos, enquanto que 25,6% tinham entre 30 e 34 anos. 26,7% destas mulheres possuíam entre 35 e 39 anos, 18% tinha entre 40 e 44 anos e 10,5% estavam na faixa dos 45 aos 49 anos. Do total, 53,5% estava realizando alguma atividade remunerada. Sobre a renda, 59,6% disseram receber de 0 a 1,99 salários mínimos e 40,4% disseram receber 2 ou mais salários mínimos. Em relação à escolaridade, 75,6% possuía até o 1º grau completo e enquanto 24,4% tinha o ensino médio completo ou mais. Considerando raça/cor de 52,3% das mulheres é branca e 47,7% não branca.

Quanto ao número de parceiros que tiveram nos últimos 12 meses, 14,6% afirmaram não ter tido nenhum parceiro, enquanto 77,2% tiveram um parceiro, 7% dois parceiros e 1,2% tiveram três ou mais parceiros. Sobre a idade da primeira relação sexual das 171 mulheres que responderam a esta pergunta 56,7% tinham 15 anos ou mais e 43,3% já tinham 16 anos ou mais. Sobre o número de uniões estáveis/casamentos, 34% já tiveram pelo menos uma, 45,7% disseram ter tido duas e 20,4% já haviam tido três ou mais uniões. Do total, 10,5% afirmaram ter histórico de aborto provocado. 36,8%, já usaram droga alguma vez na vida (Tabela 3).

A ocorrência de violência psicológica foi de 38,1%, a violência física foi de 45,3% e violência sexual foi de 19,5%, e 27,6% disseram ter sentido discriminação dentro de algum serviço de saúde em função do HIV (Tabela 4).

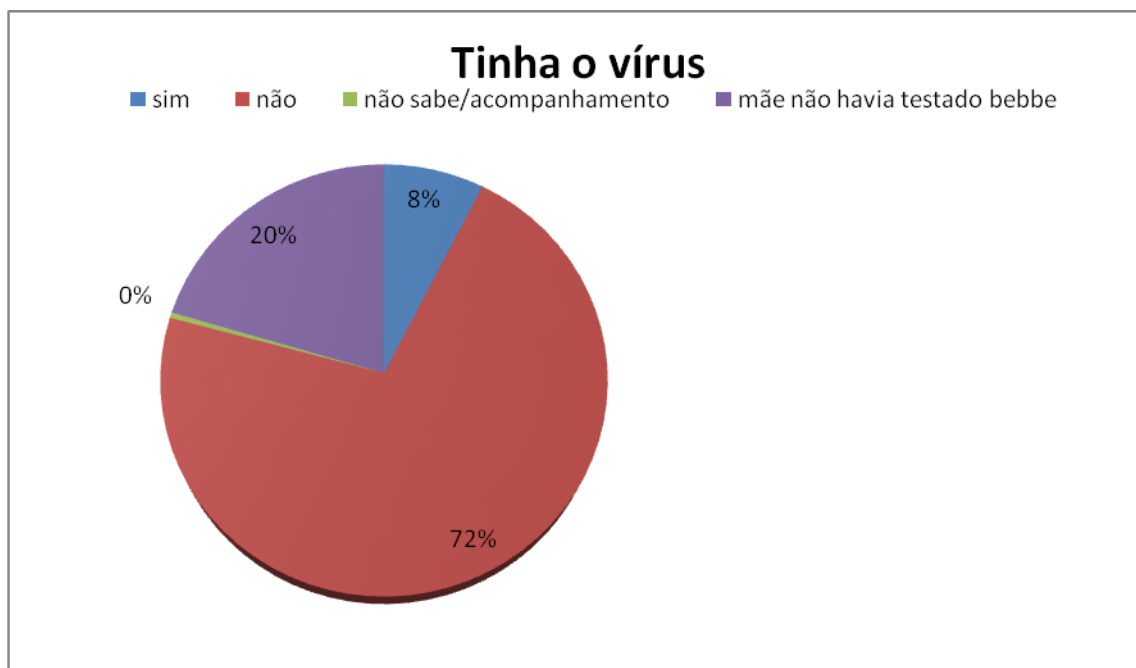


Figura 1 – Status sorológico da criança na primeira gestação após diagnóstico do HIV.

Tabela 1 – Descrição sociodemográfica e clínica das mães que tiveram a primeira gestação após o diagnóstico de HIV com transmissão vertical do HIV, Porto Alegre, 2011.

Características	Número (%)*
Faixa etária	
25 – 29 anos	3 (16,7)
30 – 34 anos	4 (22,2)
35 – 39 anos	6 (33,3)
40 – 44 anos	5 (27,8)
Estava realizando alguma atividade remunerada	
Sim	9 (50)
Não	9 (50)
Renda	
Até 1,99 salários mínimos	12 (75)
2 ou mais salários mínimos	4 (25)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	13 (72,2)
Ensino médio completo ou mais	5 (27,8)
Raça/cor	
Branca	13 (72,2)
Não branca	5 (27,8)
Número de parceiros nos últimos 12 meses	
0	1 (5,6)
1	15 (83,3)
2	1 (5,6)
3 ou mais	1 (5,6)
Idade da primeira relação sexual	
15 anos ou menos	8 (44,4)
16 anos ou mais	10 (55,6)
Número de uniões estáveis/casamentos	
1	6 (35,3)
2	9 (52,9)
3 ou mais	2 (11,8)
Histórico de abortos provocados	
Sim	1 (5,6)
Não	17 (94,4)
Já usou droga alguma vez na vida	
Sim	5 (27,8)
Não	13 (72,2)
Já realizou sexo em troca de dinheiro	
Sim	2 (11,1)
Não	16 (88,9)
TOTAL	18 (100)

*Percentuais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Tabela 2 – Situações de violência e discriminação em mulheres com transmissão vertical do HIV, Porto Alegre, 2011.

Características	Número (%)*
Violência psicológica	
Sim	8 (44,4)
Não	10 (55,6)
Violência física	
Sim	5 (29,4)
Não	12 (70,6)
Violência sexual	
Sim	4 (22,2)
Não	14 (77,8)
Discriminação em algum serviço de saúde	
Sim	7 (38,9)
Não	11 (1,1)

*Percentuais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Tabela 3 - Descrição sociodemográfica e clínica das mães que tiveram a primeira gestação após o diagnóstico de HIV sem transmissão vertical do HIV, Porto Alegre, 2011.

Características	Número (%)*
Faixa etária	
18 – 24 anos	10 (5,8)
25 – 29 anos	23 (13,4)
30 – 34 anos	44 (25,6)
35 – 39 anos	46 (26,7)
40 – 44 anos	31 (18)
45 – 49 anos	18 (10,5)
Estava realizando alguma atividade remunerada	
Sim	92 (53,5)
Não	80 (10,5)
Renda	
Até 1,99 salários mínimos	99 (59,6)
2 ou mais salários mínimos	82 (24,4)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	130 (75,6)
Ensino médio completo ou mais	42 (24,4)
Raça/cor	
Branca	90 (52,3)
Não branca	82 (47,7)
Número de parceiros nos últimos 12 meses	
0	25 (14,6)
1	132 (77,2)
2	12 (7)
3 ou mais	2 (1,2)
Idade da primeira relação sexual	
15 anos ou menos	97 (56,7)
16 anos ou mais	74 (43,3)
Número de uniões estáveis/casamentos	
1	55 (34)
2	74 (45,7)
3 ou mais	33 (20,4)
Histórico de abortos provocados	
Sim	18 (10,5)
Não	154 (89,5)
Já usou droga alguma vez na vida	
Sim	63 (36,8)
Não	108 (63,2)
TOTAL	172 (100)

*Percentuais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Tabela 4 – Situações de violência e discriminação em mulheres sem transmissão vertical do HIV, Porto Alegre, 2011.

Características	Número (%)*
Violência psicológica	
Sim	64 (38,1)
Não	104 (61,9)
Violência física	
Sim	77 (45,3)
Não	93 (54,7)
Violência sexual	
Sim	33 (19,2)
Não	136 (80,5)
Discriminação em algum serviço de saúde	
Sim	47 (27,3)
Não	123 (72,4)

*Percentuais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

Tabela 5 – Desfechos de saúde em relação à criança, considerando a primeira e a segunda gestação após o diagnóstico de HIV, Porto Alegre, 2011.

Características	Número (%)*
Gestação 1: a criança morreu?	
Sim	3 (16,7)
Sim, de AIDS	6 (33,3)
Não	9 (50)
Gestação 2: Tem (tinha) o vírus?	
Sim	3 (18,8)
Não	13 (81,3)
Gestação 2: A criança morreu?	
Sim	1 (6,3)
Não	15 (93,8)

*Percentuais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

4. DISCUSSÃO

Atualmente, estima-se que as mulheres representem 51% do total de pessoas vivendo com HIV/Aids, havendo cerca de 17,4 milhões de mulheres adultas infectadas (WHO, 2016). A maioria destas mulheres encontra-se em idade reprodutiva, e, anualmente, cerca de 1,4 milhão de mulheres que vivem com HIV engravidam no mundo (UNAIDS, 2015). Estes dados apontam a magnitude da epidemia na temática estudada, apontando a relevância de se discutir direitos sexuais e reprodutivos (WASH, 2013) e fenômenos como gestação, aborto e transmissão vertical (SANTOS et al, 2009; TAQUETTE, 2009; TEIXEIRA et al, 2017, TEIXEIRA, 2017, BRITO, 2017) em um cenário como Porto Alegre, capital com maior taxa de detecção de Aids (BRASIL, 2016), apesar da distribuição universal e gratuita da terapia antirretroviral (TARV) pelo sistema público de saúde.

A descrição das mulheres com e sem transmissão vertical apontou similaridades e algumas diferenças entre os grupos que merecem destaque. O uso de droga foi mais frequente nas mulheres cujas crianças eram negativas (36,8% versus 27,8%).

Maior percentual de renda de até 1,99 salários mínimos foi encontrado entre mulheres cujas crianças eram positivas (75% versus 59,6%). Quanto à escolaridade o percentual de distribuição foi similar e em ambos os grupos mais de 70% da amostra possuía até o ensino fundamental completo. Quanto à cor, em ambos os grupos a maioria era branca. Vale destacar aqui que ao utilizar esta variável como binária, não estamos enfatizando o racismo, pois esta junção foi necessária para fins de análise estatística, tendo em vista as questões quantitativas na epidemiologia e a necessidade de um número mínimo de sujeitos para análises. Taquette (2009) em estudo sobre a feminização da Aids discute que as mulheres que estão se infectando mais no Brasil são as mais pobres, menos escolarizadas, negras e pardas. Em nosso estudo observou-se a questão da pobreza relacionada à renda familiar e, portanto, remetendo à questão da vulnerabilidade social (AYRES, 2003). Enfatizando as questões abordadas por Taquette (2009) salientamos a necessidade de investigação das questões relacionadas à raça.

A frequência de aborto provocado foi de 5,6% no grupo com transmissão vertical 10,6% no grupo sem transmissão vertical Foi apenas uma mulher com transmissão vertical que relatou aborto provocado. Uma possível explicação para

este dado é que as mulheres sem transmissão vertical tenham mais acesso a informações. Este é um tema relevante na área dos direitos sexuais independente da Aids, e, portanto, cabe aqui o apanhado histórico do tema. Segundo historiadores, o aborto já foi tido como uma prática comum no passado. Mas a partir da década de 1940 passou a ser criminalizado no Brasil. E apesar de continuar sendo ilegal não impede a prática. O tema, apesar de discutido por defensores do direito das mulheres, não impede que o tabu permaneça no país. O aborto existe há séculos. De acordo com registros e textos de cronistas e médicos entre os séculos 16 e 18 já citavam o fato. Segundo a historiadora Mary Del Priore, citada por Orlandi (2015) “viajantes de passagem pelo país observaram a prática de venda de erva abortiva, como a arruda, pelas ruas da cidade. Na época, as mulheres costumavam provocar vômitos e diarreias para dar fim à gravidez”.

Através dos movimentos feministas o aborto passou a ser debatido no Brasil na década de 1970. Desde então, as discussões pouco evoluíram e o assunto ainda permanece como um dos grandes tabus de nossa sociedade. Primeiramente porque o aborto é crime no Brasil, exceto por casos de estupro, de ameaça à vida da mãe e em casos de fetos anencéfalos. Por causa disso, muitas mulheres que já abortaram clandestinamente têm medo de admitir a prática e ficam em silêncio, esta também é uma possível explicação para a diferença observada neste estudo, tendo em vista que as mulheres com Aids sofrem processos de estigma e discriminação (ANDRADE, IRIART, 2015), questões que serão mais discutidas a seguir.

Vivemos em um país onde o ranço patriarcal fala mais alto: é como se a mulher fosse subalterna e não tivesse o direito de fazer escolhas sobre o próprio corpo. Além disso, o enfrentamento do tema tem sido debatido no campo moral ou religioso, apesar de o Brasil ser um Estado laico. Além disso, existe a presença massiva da religião tanto nos meios de comunicação quanto no Congresso Nacional, disseminando apenas um ponto de vista sobre o tema (ORLANDI, 2015).

A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2010, apontou que 23% (uma em cada cinco) mulheres brasileiras na faixa dos 18 aos 39 anos já recorreu a práticas abortivas. A mulher que aborta de forma ilegal é majoritariamente negra ou parda, pobre e com baixa escolaridade, costuma ser adepta de alguma religião de matriz cristã, está em relacionamento estável e já tem filhos. Débora Diniz afirma que “se a mulher não fez aborto, provavelmente conhece alguém que já tenha feito”. Enquanto o tema não for enfrentado sob a ótica da saúde pública, a discussão não

avançará e mulheres continuarão a morrer. Pois devemos nos atentar que apesar da ilegalidade, há um número expressivo de abortos voluntários no país, feito de modo clandestino – mas nem sempre precário (DINIZ, 2010). Apesar de as pessoas se declararem explícita e majoritariamente “contra o aborto” nas pesquisas de opinião pública, muitas das que recorreram a essa prática (mulheres e homens cujas parceiras sexuais o fizeram) justificam suas experiências por uma “circunstância especial” e muitas vezes dramática. Mesmo mulheres muito bem informadas e com acesso a medicamentos engravidam sem o desejar. Estima-se que entre 400 e 800mil mulheres se submetem por ano a um aborto no Brasil (BRITO, 2018).

Em abril de 2005 a OMS informou que o número de casos de gravidez não intencional ou indesejada é estimado em 87 milhões por ano em todo o planeta. Mais da metade dessas mulheres (46 milhões) recorre ao aborto induzido, sendo que 18 milhões o fizeram sem condições de segurança. No Brasil, a OMS estima que 31% dos casos de gravidez terminem em abortamento (FRANCO, 2015). Todos os anos ocorrem cerca de 1,4 milhão de abortamentos espontâneos e ou inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para cada 100 mulheres de 15 a 49 anos. Em 2004 ocorreram 244 mil internações no SUS motivadas por curetagens pós-aborto, correspondentes aos casos de complicações decorrentes de abortamentos ou inseguros. Este número pode ser ainda maior, já que há mulheres que fazem abortos em clínicas clandestinas. Segundo o Ministério da Saúde, as curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superados apenas pelos partos normais.

Em nosso estudo, o perfil das mulheres foi similar quanto ao percentual que teve a primeira relação sexual com até 15 anos (aproximadamente 50% em cada grupo), marcando a questão da sexualidade no mundo ocidental, em que as relações iniciam-se cada vez mais cedo (TRINDADE; FERREIRA, 2008). Somente uma mulher vivendo com HIV com transmissão vertical apresentou 3 ou mais parceiros sexuais no último ano e 11,8% teve 3 ou mais uniões.

Maiores diferenças foram observadas entre os grupos em relação às questões de violência, evidenciando então os contextos em que ocorrem as gestações e que as crianças se tornam soropositivas para o HIV. Com exceção da violência psicológica que foi maior no grupo de mulheres cujas crianças eram negativas (45,3% versus 29,4%), as demais foram mais frequentes no grupo de mulheres cujas crianças eram positivas para o HIV. Estas mulheres relataram com

mais frequência violência física (44,4% versus 38,1%), violência sexual (22,2% versus 19,2%) e discriminação em serviço de saúde (38,9% versus 27,3%).

Falar em violência no contexto da epidemia do HIV implica em considerar as relações entre os sexos, as relações de poder e de hierarquia e considerar o conceito de violência de gênero (SILVA; SCHOR, 2015). O conceito de gênero foi mencionado primeiramente pelo estudioso Robert Stoller em 1968. Somente em 1975, em um artigo de Gayli Rubin, que estudos de gênero tiveram maior visibilidade e o termo/conceito começou a ser considerado (SILVA, 2013). A violência de gênero pode ser definida como aquela em que a mulher não detém posse do seu corpo. Taquette (2009) em estudo sobre a feminização da Aids discute que as mulheres que estão se infectando mais no Brasil são as mais pobres, menos escolarizadas, negras e pardas, por via heterossexual, de parceiro único e com histórico de múltiplas violências. Sobre este último item, devemos relevar que muitas vezes a violência é praticada no âmbito privado e, em geral, por parceiro íntimo. O que acaba tornando pouco visível, sendo subestimada, naturalizada muitas vezes e encarada como um problema particular do casal (TAQUETTE, 2009, BECK JÚNIOR, 2017).

Devemos levar, portanto, em consideração que ser mulher na sociedade brasileira significa um contexto de maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS, devido às violências sexual e doméstica além de vários outros fatores, como a já citada desigualdade de gênero onde a mulher se encontra em posição de menor poder em relação ao homem. Os papéis culturalmente construídos de homem e mulher pré definem o comportamento de ambos e, no que diz respeito à sexualidade, indica a mulher como não sendo dona de seu próprio corpo, cabendo ao homem a sua posse (TAQUETTE, 2009; BECK JÚNIOR, 2017). Essas questões são relevantes aos discutirmos a totalidade de crianças que se tornaram soropositivas para o HIV, pois é nestes contextos que estas crianças estão inseridas, em situações mais frequentes de violência. Também observamos maior percentual de discriminação em serviço de saúde relatada pelas mulheres cujas crianças eram positivas para o HIV apontando possível dificuldade de diálogo dentro serviços. A partir daí podemos discutir sobre a efetividade de protocolos na saúde, como neste caso do protocolo de pré-natal (BRASIL, 2014a) e do protocolo de seguimento da criança exposta ao HIV (BRASIL, 2014b), ao qual recai sobre a mãe uma séria de cuidados com a criança para evitar a transmissão do vírus.

Este estudo aponta a situação de algumas mulheres que foram incluídas em um estudo transversal, no entanto, essa situação pode ser pensada num contexto mais macro, pois no Brasil, dos 38.098 novos casos em 2016, 11.990 eram mulheres. Em 2016, no Rio Grande do Sul, dos 2.249 novos casos registrados, 855 eram mulheres. No Brasil, de 2000 a 2016 foram registrados 99.804 casos de HIV em gestantes, 30,8% na Região Sul, sendo o RS responsável por 18,2% do total dos casos (BRASIL, 2016). Estes dados expressam a magnitude deste problema de saúde e justificam a realização de estudos que possam auxiliar na compreensão deste contexto, pois é a partir de dados reais coletados em serviços de saúde, como no caso desta pesquisa, que conseguimos compreender com mais profundidade os contextos das gestações. Assim, ainda que exista alguma limitação neste estudo, por ter trabalhado com dados de 2011, cabe ressaltar que não houve mudanças significativas em relação à epidemia da Aids e em relação às taxas de transmissão vertical entre 2011 e 2018, daí a relevância deste estudo contribuindo para a saúde pública.

Há muitas mulheres que descobrem o HIV na gestação. Neste estudo esta informação não foi verificada. Esta questão deveria ser uma das principais preocupações dos serviços de saúde, para entender o contexto destas gestações e fornecer suporte adequado às mulheres e suas famílias, evitando assim a transmissão vertical. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil passou de 2,1 casos/mil nascidos vivos em 2006, para 2,7 em 2015. A região Sul apresentou a maior taxa de detecção (5,9 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões em 2015. Entre as Unidades da Federação, o Rio Grande do Sul apresentou a maior taxa (10,1 casos/mil nascidos vivos). Porto Alegre foi a capital com a maior taxa de detecção de 2015, com 22,9 casos/mil nascidos vivos, sendo 8,4 vezes maior que a taxa nacional e 2,3 vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul (10,1) (BRASIL, 2016).

O Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis foi criado com o objetivo de avançar na prevenção da Transmissão Vertical para que venha a contribuir para a melhoria da qualidade e a atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública (BRASIL, 2014a). O pré-natal de alto risco é realizado em serviço de assistência especializada (SAE) com uma equipe multiprofissional. Durante o seguimento da

gestante infectada pelo HIV, devem ser realizados pelo menos três exames de carga viral durante a gestação: (a) na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia; (b) duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; e (c) a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto (BRASIL, 2014b).

A taxa de transmissão vertical foi de 7,5% no cenário estudado. Para evitar a transmissão vertical, existe uma série de cuidados que são estabelecidos, como o uso de medicamentos durante a gestação e pós-parto e os cuidados com os recém-nascidos, como, por exemplo, a não amamentação e a administração do xarope Azidotimidina (AZT) ou Zidovudina (BRASIL, 2014a). A chance de transmissão do vírus durante a gravidez, o parto ou a amamentação é de 15-45% (UNAIDS, 2015), tornando-se inferior a 1% em gestantes em uso de medicação antirretroviral que mantêm níveis de carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a carga viral estiver indetectável. Além disso, a carga viral de HIV é utilizada para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à medicação antirretroviral.

No Brasil, com o objetivo de avançar nesta prevenção foi ampliado o “Projeto Nascer – Maternidades”, para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atender a gestante que seja portadora de HIV (ou também sífilis), assim como o seu bebê, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, em especial o pré-natal (BRASIL, 2003).

Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, acima de 85% e de uma média de cinco consultas de pré-natal por parto no SUS, a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades. Legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis já existem e são disponibilizados pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, porém os dados epidemiológicos não são satisfatórios e as diferenças regionais demonstram que é possível e necessária a implementação de medidas mais efetivas de redução da transmissão vertical. Mesmo tendo acesso a um diagnóstico através de um teste rápido não é o suficiente para garantir a melhoria na qualidade na atenção à gestante vivendo com HIV. É preponderante que haja uma rede organizada entre os profissionais e suas atribuições para que venha a garantir o acesso das gestantes, parturientes e recém-nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV. É necessário o fomento de uma estruturação de uma rede integral na

prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Nesta construção é estratégica a aproximação entre a atenção básica e os serviços especializados.

Em nosso estudo essas questões são sustentadas pelos dados, ao observarmos que 18 mulheres tiveram crianças que se tornaram soropositivas para o HIV, mesmo com a medicação gratuita e disponível nos serviços de saúde e, que destas crianças, 6 evoluíram para o óbito por HIV e 3 por outras causas, ou seja, metade delas morreram. Então onde muitos serviços de saúde e profissionais podem estar falhando?

É necessário que analisemos as ferramentas utilizadas por estes. Pensando com sensibilidade este serviço ofertado para essa parcela da população que merece um cuidado constante. A terapia antirretroviral é de extrema eficácia com ótimos resultados quando utilizada da maneira correta e pelo tempo indicado. Porém, as usuárias muitas vezes desconhecem que a adesão é um fator relevante para a sua saúde e do seu bebê, permitindo que ele nasça sem complicações e evitando que venha a ter o vírus HIV. Essa prevenção deve ser feita através de ações que envolvem o acolhimento, a escuta, a promoção e a educação em saúde.

A prática do aconselhamento tem um papel relevante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, como a qualidade da atenção à saúde. Contribuindo para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos, considerando as especificidades de cada usuária e a faixa da população em que esta se encontra. Esse aconselhamento precisa abranger aspectos emocionais focando na saúde sexual, reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e Direitos Humanos. Atualmente essa é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento e em diversos contextos de serviços do SUS, inclusive pré-natal e parto.

Ao trazer os dados sobre a segunda gestação queremos discutir aqui as questões de saúde sexual e reprodutiva. Das 18 mulheres que tiveram crianças soropositivas para o HIV, 16 tiveram uma segunda gestação.

Muitas das mulheres vivendo com HIV sonham com a maternidade ou com a chance de ser mãe novamente. O papel dos serviços profissionais de saúde diante deste desejo não deve ser o de julgar, reprimir ou condenar. Deve-se garantir o acesso à informação e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, garantindo o acesso a preservativos e a outros métodos contraceptivos para o planejamento (SOUTO, 2004). Cabe aos profissionais de saúde acolher essa

mulher com respeito, e informar sobre qual o momento mais adequado – do ponto de vista da saúde – para a gravidez, acompanhando a gestação com qualidade e humanização.

A indução e a realização da esterilização feminina a partir do argumento da sorologia positiva para o HIV estão na contramão da ciência e do uso do Antirretroviral para a diminuição da Transmissão Vertical. A esterilização feminina, o desrespeito a essa mulher e a negação do atendimento é passível de denúncia de violação de direitos. O acompanhamento clínico interdisciplinar, com infectologista e ginecologista, acesso à medicação para a reduzir a transmissão vertical e todos os exames e resultados sobre sua condição de saúde e serviços de referência para o pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento do bebê são direitos das mulheres (SOUTO, 2004). Apesar disso, queremos destacar que o contexto nos quais ocorrem as gestações parece indicar que elas não ocorrem como expressão de direito reprodutivo, e sim, mais em função da falta de informação adequada para a prevenção da gestação, ou pelas questões de gênero com os parceiros, pois das 16 mulheres que tiveram a segunda gestação, em 3 a criança tornou-se soropositiva para o HIV e houve uma morte.

Apesar de todos estes cuidados técnicos que são estabelecidos no pré-natal, os estudos mostram que a gestação não é um momento simples da vida das mulheres vivendo com HIV (CARTAXO et al, 2013; SCHERER, BORENSTEIN, PADILHA, 2009; MEDEIROS et al, 2015), e que a gestação consiste em um evento reprodutivo com conflitos de sentimentos, porque há uma parcela significativa de mulheres que descobrem na gestação o HIV (TEIXEIRA, 2012).

O estudo de Scherer, Borenstein e Padilha (2009) de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, realizada no interior do RS, com 10 gestantes que utilizavam o SAE, mostrou que durante a gestação muitas vezes pode haver dificuldade na autoaceitação, e, portanto, apoio familiar e da equipe de saúde pode fortalecer mulheres expostas ao preconceito e isolamento. Outro dado relevante é que a pesquisa identificou a não adoção do uso do preservativo como prova de amor. Este dado é especialmente importante para fins de prevenção, porque a exposição ao vírus durante a gestação faz aumentar a carga viral da gestante.

Em 2012, o Hospital Universitário Lauro Wanderley em João Pessoa, na Paraíba realizou uma pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer a experiência de vida de mulheres gestantes/puérperas a partir da descoberta da soropositividade

para o HIV e a AIDS. As mulheres pesquisadas expressaram sentimentos paradoxais e conflitantes como vida e morte ou alegria e tristeza . As questões que permeiam esses sentimentos abrangem o medo pelo risco que o bebê corre de ser infectado pelo vírus, e além disso, o preconceito e a discriminação da sociedade quanto à sua possível condição de saúde e quão é doloroso e difícil poderá ser para esse filho vivenciar isso. Esse medo de enfrentar a sociedade acaba as tornando mais suscetíveis a diversos problemas, sejam eles físicos ou emocionais, já que a gestação é um momento de grandes mudanças e necessita de cuidados específicos às necessidades delas (MEDEIROS et al, 2015).

O que se observa é que a notícia da condição de viver com uma doença letal leva mulheres a vivenciar sentimentos adversos e controversos, além do medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão. E associados a todas essas emoções, o estigma, preconceito, isolamento e muitas vezes o abandono. Outras participantes do estudo relataram utilizar como estratégia a negação, evitando pensar na doença e focando no bebê (MEDEIROS et al, 2015).

Em Recife, em 2007 foi conduzida uma investigação com abordagem qualitativa com 12 gestantes. Os resultados mostraram que as gestantes possuem dificuldades imediatas para aderir aos medicamentos antirretrovirais, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo e uma frustração permeada por um sentimento de culpa diante da não possibilidade de amamentar o filho. Mesmo que o tratamento profilático venha diminuir drasticamente o risco de infecção, o que poderia proporcionar tranquilidade para a mãe, ainda ocorre uma ansiedade gerada por informações recebidas durante o aconselhamento sobre o Tratamento Antirretroviral (TARV) e que podem gerar certas expectativas negativas quanto ao risco de infecção que apesar de reduzido não é total (CARTAXO et al, 2013).

KONOPKA et al. (2010) investigaram o desfecho da gestação e a transmissão vertical de gestantes infectadas pelo HIV atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A pesquisa foi realizada com 139 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal de Alto Risco, com pelo menos duas consultas de pré- natal neste serviço. Os resultados mostraram que as mulheres eram jovens (média de 25,6 anos), 56,8% eram brancas, 58,5% eram casadas ou estavam em união estável e 51% já tinham um ou mais filhos. Em mais de 70% dos casos o diagnóstico da infecção foi realizado durante a gestação (seja a atual ou a anterior). Em 97,7% houve exposição sexual, e destas, 59,6% sabiam que o parceiro

estava infectado. Considerando o elevado número de mulheres que não sabiam que o parceiro estava infectado, os autores discutem que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres muitas das vezes acabam por não serem respeitados e sem opção de poder se prevenir e proteger de DSTs. O estudo verificou que entre as 139 mulheres, haviam 140 crianças acompanhadas além do período neonatal (a partir dos 28 dias) e ocorreu transmissão vertical em apenas um caso, que evoluiu para óbito por SIDA aos 11 meses. A mãe nesse caso não aderiu à terapia antirretroviral. Este estudo reforça a necessidade de mais pesquisas na área, tendo em vista que a transmissão vertical pode ser evitada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou um elevado percentual de mulheres vivendo com HIV que tiveram gestações após o diagnóstico com a ocorrência da transmissão vertical, em um cenário de alta taxa de detecção de Aids e que a medicação encontra-se disponível gratuitamente pelo sistema público de saúde. Os dados apontam, neste sentido, dificuldade de implementação de políticas públicas, tendo em vista que há evidências de que a transmissão vertical pode ser reduzida a 1% com o uso correto da terapia antirretroviral. Os demais dados apontam o contexto de vulnerabilidade de nascimentos destas crianças. Além disso, a ocorrência de novas gestações e o elevado número de mortes aponta que as gestações não ocorrem como exercício de direitos reprodutivos.

Estes dados precisam ser considerados para melhorias no enfrentamento da epidemia. É possível que exista um abismo entre as questões sexuais das mulheres nos contextos íntimos e aquilo que elas conseguem absorver de orientações dos serviços de saúde, daí a necessidade dos profissionais conhecerem melhor estes contextos, para o acolhimento de necessidades específicas, pensando na saúde integral das mulheres e suas crianças e contribuindo assim para evitar a transmissão vertical do HIV.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 565-574, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00565.pdf>. Acesso em: 04 maio 2018.

AYRES JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, 18 Supl 2: 11-22, 2009.

AYRES, José Ricardo de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Marchado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-140, 2003.

BECK JUNIOR, A. **Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar para as situações vividas e estratégias adotadas para o seu enfrentamento**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 240p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/19_06_2015_protocolo_pediatico_pdf_25296.pdf. Acesso em: 02 abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. 2014b. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf. Acesso em: 13 abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília, DF, ano V, n. 1, 2016. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf. Acesso em 15 maio 2018.

BRITO, E. S. **Saúde sexual de mulheres vivendo com HIV/AIDS no município de Porto Alegre – RS**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BRITO, R; DI LORENZO, S. **Brasileiras quebram Tabu sobre Aborto** Associated Press, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<https://noticiasuol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/01/08/mulheres-brasileiras-quebram-tabu-e-falam-sobre-aborto-ilegal.htm>

CARTAXO, C. M. B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 419-427, julho-setembro, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26128793002>. Acesso em 15 março 2018.

DINIZ, D ; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva** 15 (Suplemento 1) 959 – 966, 2010.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.1, jan.-fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00068.pdf. Acesso em 22 março 2018.

FRANCO, S. **O Aborto e Saúde da Mulher Brasileira**, 2015 Disponível em:

<https://redesuldenoticias.com.br/noticias/o-aborto-e-saude-da-mulher-brasileira>

KONOPKA, C. K. et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v. 32, n. 4, p.184-190, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100->

72032010000400006. Acesso em 07 abril 2018.

LIMA, I. C. V.; CUNHA, M. C. S. O.; CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Aspectos reprodutivos e conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03224, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03224.pdf. Acesso em 02 março 2018.

MEDEIROS, A. P. D. S. et al. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 362-7, mai/jun, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a12.pdf>. Acesso em: 02 de mar. 2017

ORLANDI, A. **Aborto Tabu Remanescente na Sociedade Brasileira** Copiright: Goethe Institut Brasilien, junho, 2015.
Disponível em: <https://www.goethe.de./ins/br/pt/kul/fok/tab/2079.html>

SANTOS, Renato Caio Silva; SCHOR, Néia. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 24, n.1, 45-59, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228/17438>. Acesso em: 28 jun 2018.

SANTOS, Naila J. S. et al . Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009.

SCHERER, L. M.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 359-65, abr-jun; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a17>. Acesso em: 02 março 2017.

SOUTO, K. **Direitos Sexuais e Reprodutivos das Pessoas vivendo com HIV e AIDS**, Saber viver Mulher, 2004

SILVA, T. Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/Aids. Seminário Internacional **Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X. Disponível em:

http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373327730_A_RQUIVO_RelacoesdepodereafeminizacaodaepidemiadeHIVAids.pdf Acesso em: 09 abril 2018.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 33-40, abril, 2009. Disponível em:

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39. Acesso em: 09 abril 2018.

TEIXEIRA, L. B. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 247 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TEIXEIRA, L. B. et al. Factors associated with post-diagnosis pregnancies in women living with HIV in the south of Brazil. **PLos One**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172514>. Acesso em: 02 abril 2018.

TEIXEIRA, M. A. **Saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres vivendo com HV/Aids: um estudo comparativo em Porto Alegre, RS**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-426, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>. Acesso em: 07 maio 2018.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. **Declaração dos Direitos Sexuais**.

2013. Disponível em: <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portugese.pdf>. Acesso em: 02 abril 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Number of women living with HIV**. Genebra, 2016. Disponível em: http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_adults_women_children_text/en/. Acesso em: 14 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **PMTCT Strategic Vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals**. Genebra, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf?ua=1. Acesso em: 18 março 2018.

UNAIDS. **OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em cuba**. Disponível em: <http://unaids.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba>. Acesso em: 10 março 2018.

UNAIDS. **People living with HIV**. The gap Report. 2014. Disponível em: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf. Acesso em: 27 maio 2018.