

O ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL OFERTADO A GESTANTES HIV+ NO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA HENFIL EM PALMAS/TO

MULTIPROFESSIONAL CARE OFFERED TO HIV + PREGNANT WOMEN IN THE HENFIL HEALTH ASSISTANCE IN PALMAS/TO

Julyanna Trajano Alencar 1

Resumo: Apesar dos avanços preventivos e terapêuticos, a AIDS se configura, ainda nos dias atuais, como uma grave epidemia. Tendo em vista que a transmissão vertical, que ocorre quando o vírus passa da mãe para o bebê durante a gravidez, parto ou aleitamento materno, é um desafio para a saúde pública, este necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil. Este trabalho mostra como é realizado o acompanhamento que a equipe multidisciplinar do Núcleo de Assistência Henfil realiza com as gestantes HIV+ no município de Palmas/TO. Para compreender melhor essa realidade, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no mês de novembro de 2015, com os profissionais do Núcleo que atendem a esse público. A partir da pesquisa, pôde-se conhecer a prática e ampliar os conhecimentos acerca dos procedimentos realizados pelos profissionais do Núcleo, e também propiciou conhecimentos que evitem o preconceito e quebrem o tabu relacionado à gestação de mulheres HIV+.

Palavras-chave: Gestantes; HIV+; AIDS; Atendimento Multiprofissional; Núcleo de Assistência Henfil.

Abstract: Despite the preventive and therapeutic advances, the AIDS is configured, still in the present day, as a serious epidemic. Considering that the vertical transmission, which occurs when the virus passes from the mother to the baby during pregnancy, childbirth or breastfeeding, is a public health challenge, this needs to be faced by Brazil's health policies. This work shows how monitoring is performed, that the multidisciplinary team of the Henfil Assistance Center carries out with HIV+ pregnant women in the municipality of Palmas/TO. To better understand this reality, semi-structured interviews were carried out with the professionals of the Nucleus who serve this public. From the research, one can know the practice and expand the knowledge about the procedures performed by the core professionals, and also providing knowledge to avoid prejudice and taboo related to the gestation of HIV+.

Keywords: Pregnant women; HIV+; Assistance; Nucleu Henfil.

Introdução

Este artigo foi elaborado com a intenção de fazer uma análise mais profunda e ampliada a respeito de como é realizado o atendimento às gestantes HIV+ pelos profissionais que atuam no Núcleo de Assistência Henfil em Palmas/TO (NAH).

Um dos grandes desafios encontrados nos últimos anos no campo da saúde tem sido a luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e os danos que esta síndrome provoca nos seres humanos. No caso de mulheres grávidas, são maiores os riscos e agravantes, tendo em vista que a gravidez, por si só, é um momento em que a mulher se sente mais frágil e vulnerável. E, sabendo da condição patológica em que se encontra, carregará consigo o medo de enfrentar a sociedade, ser criticada por sua condição de soropositiva e, ainda, o receio da transmissão vertical.

Apesar dos avanços preventivos e terapêuticos, a AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome, significado em inglês), se configura, ainda nos dias atuais, como uma grave epidemia. De acordo com Athaniel (2006), um dos desafios dos últimos vinte anos no campo da saúde tem sido a luta contra a AIDS e os danos que ela provoca no ser humano.

O NAH realiza ações de assistência, prevenção e tratamento junto às pessoas que vivem com HIV, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, entre outros.

O Núcleo tem como atendimento inicial o acolhimento, sendo este feito em condições dignas e em ambiente favorecedor da expressão e do diálogo, estimulando as usuárias, dos serviços oferecidos por esse Núcleo, a expressarem suas necessidades. Nesse momento, de acordo com Feitosa (2010), é possível avaliar a percepção da gestante quanto ao conhecimento sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a AIDS, podendo identificar seu nível de informação sobre o vírus e a síndrome.

Sabemos da complexidade dessa situação e da dificuldade em entender os sentimentos das gestantes HIV+ nesse momento; entretanto, os profissionais da saúde devem favorecer a liberação dessas emoções e o alívio das sensações desagradáveis por meio desse acolhimento dialogado que, segundo Teixeira (2005), é uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento.

O HIV/AIDS e a Mulher

Logo que o mundo tomou conhecimento sobre a AIDS, essa era apresentada como uma doença exclusivamente masculina. Contudo, não muito tempo depois se teve o conhecimento de mulheres diagnosticadas com o HIV (como apresentado no Capítulo I).

A estruturação da identidade feminina seguiu, durante séculos, o estereótipo do silêncio e da dominação, fator que contribuiu para que, até os dias atuais, mesmo com toda a divulgação de informações sobre a AIDS, o crescente número de casos entre mulheres aponte para a necessidade de que estas evoluam no que se refere à prevenção, criando estratégias de transformação e modificando seu comportamento sexual para protegerem-se da AIDS (SONTAG, 1990).

Segundo o *Programa das Nações Unidas HIV/AIDS*, um percentual de 40% (quarenta por cento) das novas infecções que ocorrem diariamente, no mundo, atingem mulheres, comprometendo predominantemente a população entre 15 e 25 anos de idade. Isso significa que há um aumento significativamente de mulheres em idade reprodutiva, infectadas pelo HIV (UNAIDS, 1999).

No ano de 2005, registrava-se, no Brasil, um caso de mulher com HIV para cada 1,7 caso em homens. Chama-se a atenção para as mulheres de 13 a 19 anos de idade, faixa etária em que houve um aumento significativo, resultante,

[...] principalmente em função de o início de sua vida sexual dar-se em geral com homens mais velhos e conseqüentemente mais expostos aos riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST's), em especial à AIDS. Não se pode também descartar a hipótese de violência em alguns casos, a falta de informações efetivas sobre como se prevenir e o desequilíbrio de poder para negociar a prevenção. (IPG, 2003, p. 5).

Assim, Trindade (2001) aponta que a maioria das mulheres é infectada pelo HIV durante relacionamentos estáveis (marido, noivo, namorado), no ato da relação sexual sem preservativo, pois são parceiros nos quais elas confiam. Destaca-se que,

Em 2001 foi realizada uma pesquisa, no âmbito do Projeto Cidadã PositHIVa¹, com mulheres HIV/AIDS que eram usuárias de serviços públicos de saúde em diversas cidades do país. Foram entrevistadas 354 mulheres, a maior parte na faixa de 20 a 40 anos, sem parceiros fixos (68%), com renda mensal de R\$ 100 a 200 (60%) e escolaridade até o primeiro grau (65%). Das entrevistadas, cerca de 70% tinham entre um a três filhos; destas, 54 declaram ter filhos com HIV, enquanto 34 desconheciam o status sorológico deles. (IPG, 2003, p. 11-12).

Percebe-se que a vulnerabilidade social está entrelaçada a realidade das mulheres com HIV, a condição financeira, o acesso aos serviços de saúde, bem como aos serviços de tratamento.

Trindade (2001) destaca que houve vulnerabilidade das mulheres com HIV, ou seja, para uma feminização da epidemia de AIDS, adicionam-se um conjunto de outras implicações: a gravidez, o parto, a menstruação e os riscos que acompanham cada um desses momentos estritamente femininos, o que tornou a AIDS uma doença não só de mulheres como também de seus filhos. Além dos fatores citados acima, aponta-se que,

A mulher tem um risco maior de contrair HIV do parceiro do que o homem da mulher. A mulher recebe o sêmen do homem, que permanece em contato prolongado com a mucosa vaginal (tecido que reveste a vagina), facilitando a transmissão do vírus. O risco de uma mulher contrair o vírus é quatro vezes maior que o do homem durante uma relação heterossexual. (CEPIA, 2003, p. 12).

A mulher se encontra em situação fragilizada em relação ao homem, pois a mesma sofre uma dominação histórica, posta à mulher passividade sexual em relação ao sexo sem camisinha, sendo que, dessa forma, além da infecção do HIV vem junto a gravidez.

Segundo Takahashi, Shima e Souza (1998):

[...] as relações de gênero que permeiam o ser e viver das mulheres na nossa realidade social interferem inclusive na sua forma de vivenciar o processo saúde-doença, implicando em sua susceptibilidade especial frente a epidemia da AIDS [...] vivemos em uma cultura sexual na qual as diferenças entre homens e mulheres foram convertidas em desigualdades. [...] A valorização da mulher como reprodutora, mais do que como sujeito social, reflete-se também os serviços de assistência à saúde, que voltam suas ações basicamente para o processo gravídico. (p. 63).

Dessa forma, a mulher passa por um “juízo” social e moral frente a tal realidade, de modo que, mulher com HIV grávida pode passar o vírus para o filho, através da própria gestação, parto ou amamentação.

Seguindo esse raciocínio, no próximo tópico do presente capítulo, será apresentado um debate sobre gestantes com HIV/AIDS, suas limitações, a privação de políticas públicas, bem como de seus direitos reprodutivos.

Uma nova vida: Gestantes HIV+

A mulher, ao engravidar, passa por várias “mudanças” físicas, emocionais e hormonais. A

¹ Projeto “Iniciado em 2001, na primeira etapa desenvolveu um programa de capacitação para formação de lideranças entre mulheres organizadas vivendo com HIV; em sua segunda etapa tem realizado seminários regionais visando sua multiplicação e o fortalecimento das organizações locais.” (IPG, 2003, p. 25).

mulher que vive com HIV também passa por essas “mudanças”, de modo que, em alguns casos, ela passa a saber que tem o vírus durante o pré-natal, passando assim a viver uma tortura emocional diante de tal realidade.

O Ministério da Saúde reconhece que o número de gestantes testadas para o HIV durante o pré-natal é baixo, mesmo com a disponibilidade de testes rápidos, e que a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela rede pública deixa a desejar (MS, 2004).

A adesão da grávida ao pré-natal pode diminuir as chances da infecção do feto ou recém-nascido e garantir a saúde da mulher que vive com HIV/AIDS.

A política nacional de prevenção da TV do HIV recomenda que seja feita a testagem das grávidas durante o pré-natal e, caso o resultado seja positivo, seja assegurada a essas gestantes a quimioprofilaxia com antirretrovirais. Deve-se também realizar a notificação das mulheres grávidas HIV positivas e das crianças expostas ao risco (ARAUJO et al, 2008, p 217).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou diretrizes de planejamento para casais que vivem com HIV/AIDS, detalhando diversos procedimentos, especialmente para situações em que a mulher vive com o vírus e assegurando a realização de exames clínicos e avaliação biopsicossocial do casal nos Serviços de Assistência Especializados, para fins de reprodução assistida e o encaminhamento de procedimentos necessários para a concepção daqueles casais considerados aptos pela equipe de saúde encarregada da avaliação (BRASIL, 2006).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2006), a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez, sem qualquer tratamento, pode ser de 20% (vinte por cento). Mas em situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, a possibilidade de infecção do bebê reduz para níveis menores que 1% (um por cento).

No entanto, a mãe que vive com HIV/AIDS passa por uma limitação: a amamentação. Sendo essa uma etapa tida como uma representação da maternidade, de tal modo apoiada e sustentada pelo Ministério da Saúde. Contudo:

[...] estudos evidenciam que o risco de transmissão do HIV para o filho através do leite materno varia de 7% a 22%, sendo que a cada mamada, a criança fica mais exposta a adquirir o vírus, o que pode ocorrer tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas. (CONTIN, 2010, p. 281).

Portanto, a mulher com HIV é privada a amamentação, já que a prática da mesma aumenta os riscos de infecção do vírus para a criança. Destaca-se que as pessoas com HIV assintomáticas são aquelas que vivem com vírus, no entanto não apresentam sintomas de AIDS, já as sintomáticas são aquelas que apresentam os sintomas (BRASIL, 1999).

É importante ressaltar que, a gravidez não afeta a evolução da AIDS em mulheres que estão infectadas, mas não tiveram o seu sistema imunológico comprometido pelo HIV; contudo, quando a doença evolui além deste estágio, a gravidez produz riscos maiores (TRINDADE, 2001). No entanto, se a mulher desenvolver infecções relacionadas à AIDS durante a gravidez é recomendável um tratamento individualizado, como cita Santos e Munhoz (1996), porém, isso não acontece, pois a maioria só descobre a infecção quando chega ao hospital para o nascimento da criança.

Alguns países já têm apresentado taxas menores ou mesmo eliminado casos de transmissão vertical, como é o caso de Cuba, que recebeu, da Organização Mundial de Saúde (OMS), a primeira certificação do mundo que estabelece que um país cumpriu a meta de eliminar² a transmissão do HIV da mãe para o filho.

Para que seja diminuída a infecção vertical, o Ministério da Saúde apresenta algumas recomendações: primeiro, como citado anteriormente, a mãe com HIV não pode realizar a amamentação; segundo, o aleitamento materno em modelo conjunto não deve ser realizado; terceiro, todo o leite materno deve ser pasteurizado por 30 minutos em temperatura alta de 62,5°C para ser utilizado nos bancos de leite; quarto, “as mães em situação de risco para o HIV, antes de

² Segundo a OMS, considera-se que o país eliminou a transmissão vertical do HIV quando registrou menos de dois bebês infectados para cada 100 nascidos de mães que vivem com o vírus (EL PAÍS, 2015).

doar leite ou amamentar seus filhos, devem ser orientadas a realizar, de forma voluntária, testes sorológicos para HIV, devendo para tal receber aconselhamento pré e pós-teste” (BRASIL, 1995, p. 10).

Portanto, a gestante HIV+ deve ser acompanhada por uma equipe de saúde especializada para tal atendimento, assim, garantindo à mesma as orientações do que fazer frente à gravidez, bem como os tratamentos a serem adotados para ela. De modo que, a ambos (mãe e filho), lhes sejam garantidos a vida, a intervenção de qualidade e o direito de ser mãe.

Chama-se a atenção para o preconceito em relação à sexualidade das mulheres, de modo que:

Se uma mulher engravida e decide abortar, se uma jovem solteira decide ser mãe ou se uma mulher se infecta, a hipótese mais comum é de que ela foi “irresponsável”. Não se pensa que ela vive em uma sociedade que nega às mulheres informação e autonomia sobre seu corpo e que produz uma série de fantasias românticas sobre amor e “príncipes encantados”, o que dificulta que elas assumam uma postura mais assertiva de autoproteção nas relações amorosas e sexuais. (IPG, 2003, p. 13).

Percebe-se que as relações sociais somam no julgamento à mulher que vive com HIV e esta engravida, bem como na sua decisão de abortar ou não. Assim, no próximo tópico, segue-se o debate mais aprofundado sobre os “Direitos reprodutivos da mulher”, bem como os direitos sexuais da mesma.

Direitos Reprodutivos da Mulher

A mulher tem particularidades biológicas únicas em relação ao homem, uma delas é o ato de gerar filhos. Mediante tal particularidade, o direito reprodutivo da mulher passa a ser debatido, ou seja, o direito de ser ou não mãe no momento que assim desejar.

Ao se falar sobre direitos reprodutivos da mulher, chama-se a atenção para os direitos sexuais, de modo que cabe à mulher a escolha do(a) parceiro(a) sexual, livre de qualquer preconceito ou discriminação, bem como o “direito de ter relação sexual independentemente da reprodução [...] direito à informação e à educação sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2009, p. 4).

Além de ser posto à mulher o direito deter ou não um filho, diz respeito aos direitos reprodutivos o “direito a informações, meios, métodos e técnicas para decidirem ter ou não filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução, livre de discriminação, imposição e violência; direito da mulher que vive com AIDS de ter filhos” (ACNUR, 2012, p. 20).

A garantia aos direitos reprodutivos da mulher pauta-se nos direitos humanos. Aponta-se que:

Os Direitos Humanos são direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os Direitos Humanos fundamentais. (BRASIL, 2009, p. 5).

No entanto, a ideia de reprodução em pessoas que vivem com HIV/AIDS enfrenta muitos entraves para ser acolhida. Contudo, Paiva et al (2002) salienta a obrigatoriedade ética e constitucional da promoção dos direitos reprodutivos de pessoas que vivem com HIV/AIDS, afirmando que o desejo de ter filhos em PVHA é legítimo e deve ser acolhido pelos centros de assistência à saúde.

Endossando essa ideia, Paiva et al (2002) realizaram um estudo com mulheres vivendo com HIV/AIDS, o qual mostrou que a maioria delas esperava um sentimento de desaprovação por parte de seus médicos, caso lhes informassem que desejavam ter filhos. Nesse sentido, os autores defendem a ideia de que os direitos reprodutivos das pessoas que vivem com HIV/AIDS permanecem em silêncio.

A gravidez de uma mulher com HIV/AIDS não é uma gestação de risco, no entanto, por medo do preconceito da sociedade, a mesma pode chegar a elucubrar o aborto. Porém, o Código Penal Brasileiro, no que tange ao aborto, em seus artigos 124 a 127, prevê como crime a interrupção de gravidez, autorizando o aborto somente em casos em que há risco de vida para a mãe ou quando a gravidez for resultante de estupro.

Destarte, no que se refere ao aborto no Brasil, à mulher passa por discriminação, como aponta Teles (2007, p. 80) citado Lima (2013, p. 28) ao afirmar que:

Quando chegam aos hospitais em processo de aborto, são tratadas com descaso, com preconceito; não recebem nenhuma explicação sobre seu estado de saúde/doença; não recebem orientação sobre meios contraceptivos para lhes garantir sexo seguro e o planejamento do número de filhos.

Assim, mediante tal observação, conclui-se que a mulher em situação de aborto (espontâneo ou estimulado) passa a ser “punida” por tal atitude, gerando à mesma uma violação dos direitos humanos, bem como uma violência contra a mulher.

Deste modo, o debate dos direitos reprodutivos e sexuais no Brasil vai de encontro à cultura enraizada no país, aos princípios religiosos, privando, assim, a mulher da real efetivação de seu direito reprodutivo.

Serviços às Gestantes HIV+: Efetivação do Direito à Vida

O NAH é uma unidade de referência da rede pública, o qual presta atendimento aos usuários em tratamento e acompanhamento de DST's, como por exemplo, a AIDS (PALMAS, 2015).

Destaca-se que um dos grandes desafios encontrados nos últimos anos, no campo da saúde, tem sido a luta contra a AIDS e os danos que esta síndrome provoca nos seres humanos. No caso de mulheres grávidas, são maiores os riscos e agravantes, tendo em vista que a gravidez, por si só, é um momento em que a mulher se sente mais frágil e “vulnerável”, sabe-se que a condição patológica em que se encontra, carregará consigo o medo de enfrentar a sociedade, ser criticada por sua condição de soropositiva e, ainda, o receio da transmissão vertical (TRINDADE, 2001).

Núcleo de Assistência Henfil de Palmas/TO: Breve Contextualização

No ano de 1995 implanta-se, em Palmas/TO, o Programa de Atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis que, inicialmente, atendia os seus pacientes em postos de saúde, ambulatórios e hospitais. Com a criação do Plano Operativo Anual da AIDS (POA), criado pelo Ministério da Saúde que, em parceria com estado e município, destina verbas específicas para expansão dos serviços prestados aos portadores do HIV/AIDS, surgiu uma unidade diferenciada ao atendimento de pacientes portadores do HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (O GIRASSOL, 2008).

No ano de 2000, é criado oficialmente o Núcleo de Assistência Henfil – NAH, em Palmas, que recebeu o nome de Henfil em homenagem ao cartunista Henrique de Souza Filho, popularmente conhecido como Henfil, o qual contraiu a síndrome através de transfusão de sangue (PALMAS, 2015).

O NAH é um centro de referência que atende, além da cidade de Palmas, vários municípios para o qual são pactuados como referência e oferece dois serviços: o *Serviço de Atendimento Especializado – SAE*, que atende às pessoas que vivem e convivem com DST's, HIV/AIDS; e o *Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA*, o qual realiza atividades de informação, educação e orientação sobre DST/AIDS e oferece exames de sorologias para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, bem como o Teste Rápido Diagnóstico para HIV gratuitamente (PALMAS, 2015).

No NAH, os usuários são atendidos através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde³ e/ou quaisquer outros serviços de saúde, provenientes do município de Palmas, bem

³ As Unidades Básicas de Saúde compõem “a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Deve ser uma prioridade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 381). Assim, as UBS são apresentadas como a porta de entrada dos usuários aos programas de saúde do Sistema Único de Saúde, deste modo, em sua grande maioria, é o primeiro lugar que o usuário tem contato, para assim, se for o caso, ser encaminhado a um serviço especializado.

como de qualquer outro município do Estado ou fora dele para o tratamento de DST, HIV/AIDS, hepatites virais e outros agravos infecciosos, além de acidentes com material biológico, profilaxia pós-exposição (PEP) (PALMAS, 2015).

Atualmente, o NAH conta com uma equipe multiprofissional composta por 37 servidores, sendo eles: 01 agente de manutenção, 02 assistente de serviços em saúde, 02 assistente sociais, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 coordenador administrativo, 07 enfermeiros, 03 farmacêuticos, 07 médicos, 01 nutricionista, 02 psicólogos, 06 técnicos em enfermagem e 01 terapeuta ocupacional.

O atendimento inicia o seu fluxo na recepção, onde é feito o controle da ordem de chegada dos usuários; estes são conduzidos para o CTA, em caso de testagem ou, em caso de outros atendimentos, para a sala de triagem. Após isso, são encaminhados para a consulta com enfermeiros e/ou médico e às demais especialidades (Psicologia, Serviço Social, Terapeuta Ocupacional e Farmácia) (PALMAS, 2015).

Ressalta-se que o núcleo tem como atendimento inicial o acolhimento, devendo este ser feito em condições dignas e em ambiente favorecedor da expressão e do diálogo, para que as usuárias sejam estimuladas a expressar suas necessidades. Nesse momento, de acordo com Feitosa (2010), é possível avaliar a percepção da gestante quanto ao conhecimento sobre HIV/AIDS, podendo identificar seu nível de informação sobre o vírus e a síndrome.

Atendimento Ofertado às Gestantes HIV+ no Núcleo de Assistência Henfil: Análises e Discussões

No NAH é atendida toda e qualquer pessoa que necessite de acompanhamento e tratamento de DST's. Para o referido estudo, chamou-se a atenção para os casos de mulheres grávidas que convivem com o HIV/AIDS.

É importante destacar que, em alguns casos, a mulher não sabe que vive com HIV/AIDS e essa descoberta se dá mediante o pré-natal, quando é iniciado o acompanhamento gestacional, para o qual é preconizado a realização do exame anti-HIV, como relata o Entrevistado 02:

As gestantes chegam encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde. Porque geralmente é lá que elas fazem, iniciam o pré-natal, e um dos exames do pré-natal é o de HIV. Então elas são encaminhadas da unidade básica de saúde [...]

De acordo com Rios e Vieira (2007), o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como parte do processo de cuidar.

Deste modo,

Esse pode ser um dos momentos mais difíceis de descoberta da infecção pelo HIV, pois ocorre quando a mulher está repleta de expectativas sobre o filho que vai nascer. A notícia sobre a soropositividade pode ameaçar e modificar essas expectativas e sonhos, trazendo medos, dúvidas e desconfianças sobre sua saúde e a do bebê, além de aflorar temas como parceiros extraconjugais, condutas sexuais e de uso de drogas pregressas e atuais, tanto dela como do parceiro. (BRASIL, 2008, p. 57).

Dada a descoberta do vírus no corpo, deve-se iniciar o tratamento. Muitas das mulheres que chegam ao NAH são, bem como aponta o Entrevistado 01:

[...] encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde, onde fazem o teste rápido que o pré-natal exige e, quando são diagnosticadas, a Unidade Básica encaminha pra gente; ou então ela já é esposa de alguém que tem HIV ou então ela já é portadora de HIV e faz o acompanhamento com a gente.

Ao chegar ao NAH, a gestante tem espaços de escutas capazes de contribuir para aprimorar

o uso da medicação, melhorar a comunicação usuário-equipe e ser orientada sobre sexo mais seguro, direitos civis, benefícios sociais e o entender a sua patologia e os meios de transmissão.

O acompanhamento torna-se uma etapa importante no tratamento, sendo em uma gravidez planejada ou não. Nesse sentido, o Entrevistado 01 aponta que: “[...] é feito um planejamento para ela, com o médico, enfermeiro, com a equipe”, complementado pela fala do Entrevistado 08, ressaltando que “[...] se a mulher quer engravidar tem que ver a questão da carga viral, a gente orienta para está baixando primeiro essa carga viral antes dela está engravidando para diminuir as chances de transmissão para o bebê”.

No que se refere ao aconselhamento e acolhimento dentro do NAH, o Entrevistado 04, destaca que:

“Buscamos trabalhar no aconselhamento o cuidado com a prevenção de doenças, identificação dos riscos e a questão do preconceito/discriminação. É importante trabalhar sobre o preconceito no aconselhamento, tendo em vista que muitos pacientes relatam que o que mais incomoda não é o vírus, doença, mas o preconceito das pessoas. Assim, com as experiências vividas no aconselhamento, percebi que é um processo que envolve apoio emocional, educativo, avaliações de risco.”

Nesse momento, faz-se necessário traçar um perfil psicológico e psicossocial estabelecendo um vínculo com a usuária, o que amplia as chances de aceitação do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Sabemos da complexidade dessa situação e da dificuldade em entender os sentimentos das gestantes HIV+ nesse momento; entretanto, os profissionais da saúde podem favorecer a liberação dessas emoções e o alívio das sensações desagradáveis por meio desse acolhimento dialogado que, segundo Teixeira (2005), é uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento.

Diante disso, Gonçalves *et al* (2009) ressalta que as políticas públicas e as ações em saúde devem ser direcionadas pelo respeito ao princípio da integralidade e autonomia individual, dentro de um contexto de apoio e orientação psicossocial.

Destaca-se que é um direito da mulher à maternidade, de modo que, seu direito reprodutivo no “contexto da soropositividade deve nortear as ações de saúde na atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS.” (BRASIL, 2008, p. 54).

Segundo os autores Villela e Pinto (2013):

A ideia de saúde sexual incorpora o exercício autônomo e seguro da sexualidade, sem culpas, coerção ou riscos à saúde. A atenção às DST inclui o manejo das doenças – prevenção, diagnóstico e tratamento, mas também a orientação e o aconselhamento quanto ao direito que os sujeitos têm de exercer a sua sexualidade como queiram, desde que não causem danos a outros, e as formas de exercê-la dos modos mais seguros possíveis. (p. 159).

Nesse sentido, para que se efetivem os direitos reprodutivos, cabe ao Estado garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade, contínuo e especializado. Assim, o NAH conta com a atuação de uma equipe multiprofissional na prestação dos serviços de diagnóstico, acolhimento e tratamento.

No NAH, é oferecido todo o acompanhamento da gestante, desde o apoio psicossocial até a inclusão da mesma na política de saúde e assistência social, como relata o Entrevistado 01:

“[...] as pessoas com HIV, elas têm alguns direitos que as pessoas que não têm o vírus não têm, por exemplo: passe livre, toda pessoa independente de ser gestante ou não, ela

tem direito. Aqui no município de Palmas tem uma lei⁴ que garante o passe livre para essas pessoas. Também ela pode fazer o saque do FGTS antecipado. É só pegar um laudo com o médico, um atestado, levar na caixa econômica, dá entrada. Tem o BPC, que dependendo do caso, desde que a doença esteja incapacitando a pessoa para o trabalho, ela pode sim requerer o benefício [...].”

Deste modo, foi questionado aos entrevistados sobre os tipos de atividades desenvolvidas por cada profissional no NAH, obtendo os resultados constantes do Quadro 1.

Quadro 1: Atividades realizadas pelos profissionais do NAH.

PROFISSIONAL	RESPOSTA
Assistente Social	Atendimento, parecer social. Fora tem visita domiciliar, busca ativa a gente faz muito; pacientes com abandono a gente faz muito busca ativa por telefone, inicia, pega a medicação uma vez por mês, ou duas vezes por mês, depende do paciente, daqui seis meses ele abandona o tratamento. [...] agendamos consultas também pelo sistema da prefeitura que é o Assessor Público, a gente faz palestras. Agora temos atividades extra muro: palestras, testagem, aconselhamento, visitas domiciliares. A gente faz em escolas, empresas, aonde solicitarem (ENTREVISTADO 01)
Enfermeiro	[...] orienta o paciente quando é a primeira vez, como são as formas de transmissão do HIV ou de outras DST's, (não é só HIV que a gente trata), como é que pega como é que não pega, [...] Então são orientações que a gente trabalha. Faz a testagem rápida também pra dá diagnostico, aquelas pessoa que tem a sorologia desconhecida pode está procurando aqui. Então nosso trabalho já é de atendimento aos pacientes que já tem o vírus ou quando chega no CTA que ele desconhece a sua sorologia e quando ele faz, se ele é negativo as enfermeiras que também ali atuam quando a gente faz orienta a ela pra ter os métodos de prevenção pra se manter negativo, e se for positivo ele já vai ser passar a ser paciente nosso aqui e vai ter também toda orientação sobre o HIV, a forma de transmissão de não transmissão. Nosso trabalho aqui é assim. (ENTREVISTADO 08).
Psicólogo	Atendimento, orientação, acolhimento. Pode até ser aconselhamento também, mas a gente não usa termo. O termo aconselhamento é usado pelo CTA, que é onde se faz o primeiro atendimento. O trabalho do psicólogo aqui no Henfil é um pouco diferenciado do que se faz normalmente, as pessoas até tem um pouco de ideia de que a gente vai fazer terapia aqui, mas não é essa a nossa função. O psicólogo aqui não tem a função de fazer terapia, ele tem função de dá o apoio para as pessoas, orientação, esclarecimento, acompanhamento, mas o nosso trabalho aqui não é específico de fazer terapia. (ENTREVISTADO 03)
Técnico em Enfermagem	Meu papel aqui é aferir os sinais vitais, ver a questão da reposição de materiais. É mais isso, esterilizar material, a gente também instrumenta nos procedimentos. Como eu te falei, tem o ginecologista e o urologista, então a gente acompanha nos procedimentos, faz os pacotes, esteriliza e acompanha os materiais, se tá faltando alguma coisa. Tem a consulta de enfermagem e a gente acompanha junto com a enfermeira todo esse processo. (ENTREVISTADO 05)

4 Lei nº 1336, de 21 de Outubro de 2004. Art. 1º - Fica concedido passe livre no transporte coletivo urbano de Palmas, aos pacientes doentes de AIDS e portadores do vírus HIV, em acompanhamento pelo Núcleo de Assistência Henfil, e que tenham renda familiar até 02 (dois) salários mínimos mensais, vigentes no país.

Médico	Um atendimento conjunto, com todas as disciplinas, então eu acho que elas saem muito bem acompanhada, conduzida. Aqui comigo praticamente é o terminal, vem mais pra avaliação da gestação em si. E aqui eu conduzo ela até o fim [...] (ENTREVISTADO 10).
--------	--

Fonte: Entrevista junto ao NAH/2015.

Percebe-se que as ações desenvolvidas pela equipe seguem um “roteiro”, ou seja, desde o primeiro contato da usuária com a equipe técnica segue-se para o “próximo” profissional para dar continuidade ao tratamento da pessoa que foi diagnosticada com o HIV/AIDS.

A saúde é um campo de atuação que “abrange diferentes áreas de formação tanto nas áreas humanas, como psicologia, serviço social, quantos os curso de saúde, como enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e outras” (TAVARES et al, 2012, p. 01), assim, exige de seus profissionais uma atuação multiprofissional, e a mesma de grande valia.

Mediante a multidisciplinaridade cada profissional soma seu saber específico com os demais para garantir uma intervenção completa aos usuários, o mesmo, visto como um todo mediante um atendimento humanizado, nesse caso, aos usuários do NAH (TAVARES et al, 2012).

Chama-se a atenção para o profissional de Serviço Social, que, de acordo com o Qualiaids, o trabalho do Assistente Social é fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde doença dos usuários e para buscar a superação de várias formas de discriminação (MS, 2008).

No que tange ao atendimento do Serviço Social, cabe ao Assistente Social atender todos os PVHA, vítimas de violência, acidente ocupacional, dentre outras demandas que compete a este serviço (PALMAS, 2015).

Destaca-se que o Serviço Social foi regulamentado como profissão de nível superior no Brasil através da Lei nº 3.252, de 1957. Nesse período, o assistente social não tinha fácil acesso ao mercado de trabalho, de modo que, somente a partir de 1965, essa realidade foi mudada.

Nos dias atuais, cita-se que:

[...] devido a todo contexto histórico, nacional e profissional, a profissão de assistente social rege-se pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, sancionada pelo Presidente da República Itamar Franco, publicada no Diário Oficial da União no dia 8 de junho de 1993. É estruturada em vinte quatro artigos entre eles as atribuições privativas (art. 5º) e as competências do assistente social (art. 4º). (CORREIA, 2006, p. 14).

O assistente social é um profissional que conta com dispositivos jurídicos que regulamentam sua atuação, assim como citado a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662). Uma profissão que apresenta como princípios à defesa da liberdade, os valores ético-profissionais, a democratização do acesso aos direitos sociais e à democracia (CORREIA, 2006).

Portanto, a intervenção profissional do assistente social é muito importante na garantia dos mínimos sociais aos usuários do NAH, pois o mesmo tem como objeto de intervenção as várias manifestações da questão social, assim, buscando “a consolidação e legitimação dos direitos sociais através das políticas de inclusão de acesso a serviços e do fortalecimento das demandas dos usuários.” (CORREIA, 2006, p. 22).

Através da pesquisa realizada junto aos profissionais do NAH, ao serem questionados sobre a importância da atuação do assistente social na instituição, (ao ver de cada profissional), obteve-se diversas opiniões e respostas, dentre as quais, as mais relevantes constam do Quadro 4.

Quadro 2: A importância do Assistente Social no NAH

ENTREVISTADO	RESPOSTA
01	“Eu vejo que o assistente social é de fundamental importância [...]”.

03	“É importantíssimo!O apoio dos profissionais, uma equipe multiprofissional é importantíssima; o atendimento dele (assistente social), o apoio dele aqui é muito importante para os pacientes”.
05	“[...] é de suma importância porque eles acompanham tudo, fazem visitas [...] acompanham mesmo”.
06	“Fundamental!Nossa! Eu acho que se não fosse os meninos do Serviço Social não teria como você trabalhar.”
09	“Nós estamos com um aumento da população que tem uma demanda social, de seguridade social bem maior. E é claro que é fundamental a gente ter o Serviço Social aqui. O sucesso do tratamento depende de adesão [...]. E a adesão é consequência de um conjunto de ações, de fatores que incluem as condições sociais familiares, socioeconômicas. Então às vezes você tá com uma medicação ultramoderna, mas não consegue o sucesso do tratamento porque a pessoa não tem condições de vir ao serviço, não tem o dinheiro para pagar o ônibus, deixa de tomar o remédio porque está com o estômago vazio. Tem uma série de coisas que entra em jogo, inclusive habitação, por exemplo, hoje se tem, digamos que os pacientes portadores de HIV tem certa preferência na fila pra conseguir uma habitação viabilizada pelo governo federal”.

Fonte: Entrevista junto ao NAH/2015.

Os profissionais que atuam dentro do NAH, avaliam a necessidade do assistente social como sendo de fundamental importância, “*a ponte do paciente*” (Entrevistado 07). Portanto, cabe ao profissional de Serviço Social fazer essa ponte entre usuários e instituição, focando a real efetivação dos direitos sociais. Cita-se a fala do Entrevistado 12, o qual afirma que:

[...] o assistente social vai conhecer a real situação dessa família; é o assistente social que busca os direitos que essa família tem. Isso são coisas exclusivas do assistente social. Infelizmente nenhum outro profissional pode atender essas demandas [...].

Mediante o apresentado, Santos (2006) citado por Maciel (2009, p. 38) destaca que:

Para a família, ter alguém no núcleo familiar com AIDS é algo inesperado. Isso porque no imaginário coletivo da família, HIV/AIDS é uma coisa que atinge outra família e não a dela. Essa nova situação interfere nos vínculos familiares, pois envolve o medo da contaminação, o preconceito e a discriminação.

Percebe-se, assim, que o assistente social se faz importante no contato junto às famílias, através do conhecimento da realidade da mesma, seus medos, suas preocupações, para assim, orientar e dar um suporte necessário aos familiares em relação ao ocorrido, pois tal profissional tem habilidades para intervir nesses casos.

Em muitos casos, o senso comum é muito forte sobre a questão da AIDS. Nesse sentido, o Entrevistado 12 afirma que:

Geralmente quando elas (mulheres grávidas) chegam com o diagnóstico, elas chegam muito abaladas. Principalmente porque as pessoas não têm muito conhecimento do que é o HIV/AIDS; tem só o estigma da década de 80. As pessoas, quando escutam que estão convivendo com o vírus HIV/AIDS, elas associam muito à morte. Então, a primeira coisa que a gente faz é entrar na sala com essa pessoa, sentar, conversar, tentar acalmar e, principalmente a explicar o que é o vírus HIV/AIDS. [...] Hoje o HIV/AIDS é uma doença crônica, a pessoa

convive com ela e convive bem se tiver uma boa adesão ao tratamento.

A qualidade de vida de uma gestante com HIV/AIDS é a mesma de uma gestante soronegativa. Entretanto, a mesma deve aderir ao tratamento e fazê-lo de maneira correta, de acordo com as recomendações médicas.

Considerações Finais

Este estudo teve como finalidade conhecer como os profissionais da saúde que atuam no NAH, reconhecem e acolhem as demandas das gestantes que vivem com HIV/AIDS. A partir daí, podemos observar que o Núcleo realiza ações de assistência, prevenção e tratamento junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, entre outros.

Dessa forma, conhecemos como esses profissionais realizam o atendimento às gestantes HIV+, podendo notar que, aprender a lidar com essa nova realidade é um desafio para essas mulheres, que já se encontram fragilizadas pelo próprio estado gestacional, podendo esta ter sido uma gravidez indesejada, mas que, por outro lado, os profissionais têm perspicácia e sensibilidade para atender as demandas dessas mulheres.

As hipóteses para o estudo foram confirmadas, os profissionais de saúde atuantes no NAH acompanham a gestante durante todo o período gestacional e também após o parto, oferecendo todo o apoio emocional que ela necessita. Faz-se importante ressaltar que o Núcleo conta com uma equipe capacitada para desempenhar tal papel.

No que se refere à qualidade de vida das gestantes que vivem com HIV/AIDS, nota-se que as mesmas têm uma gravidez igual à de uma gestante que não tem o vírus, no entanto devem aderir ao tratamento e fazê-lo de maneira correta, que seria tomar a medicação conforme indicação médica.

Referências

ACNUR. **Cartilha Direitos da Mulher: Prevenção à violência e ao HIV/AIDS**. Unaid: Brasil, 2012, 32 p.

ANTUNES, Maria Cristina. **Influências das normas de gênero na prevenção de AIDS: avaliando um modelo educativo para jovens**. 1999. 160 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo: 1999.

ARAUJO, Maria Leite; QUEIROZ, Francisca P. A.; MELO, Simone Paes de; SILVEIRA, Claudia Bastos da; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Gestantes Portadoras do HIV: Enfrentamento e percepção de uma nova realidade**. *CienciCuidSaude*, p. 216-223, abr./jun., 2008.

ATHANIEL, Marli Aparecida Silva. **Significados e Implicações de ser mãe no processo saúde-doença de mulheres com AIDS**. 2006. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo: 2006.

BRASIL. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. 130 p.

BRASIL. **Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em AIDS no SUS**. Ministério da Saúde, Qualiaids, 2008.

BRASIL. **Prevenção ao vírus HIV+**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 33p.

BRASIL. **Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria da Atenção à Saúde, 2009, 52 p.

BRASIL. **Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em comunidades populares**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2008.(Série Manuais nº83).

BRASIL, **Recomendações profilaxia da transmissão vertical do HIV/AIDS e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília:Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e AIDS, 2006.

BRASIL. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, nº 18, 2006, 196 p.

BRASIL. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1999, 90 p.

BRASIL. **Aleitamento x Mulheres infectadas pelo HIV: Recomendações**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS, 1995, 13p.

BRASIL. **Política Brasileira de AIDS: principais resultados de avanços (1994-2002)**. Brasília: 2002, 16 p.

_____, (2004). Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZUARCWALD, Célia Landarmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 34, p. 207-217, mar./abr., 2000.

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. **Trabalhando com mulheres e AIDS: Cartilha de orientação para multiplicadores**. Ministério da Saúde: UFRJ, 2003, p. 30p.

CONTIN, Carolina Lelis Venâncio [et al]. Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. In: **HIU Revista**, Juiz de Fora. v.36, n. 4, p. 278-284, out./dez., 2010.

CORREIA, Claudia Patrícia Dias (Org.). Ser assistente social. Salvador: Conselho Regional de Serviço Social, SETAS: 2006, 52 p.

EL PAIS, 2015. Disponível em: <http://brasil.elpais.com> Acesso em 15 out. 2015, 00:35:01

FEITOSA, Julyanne A.; CORIOLANO, Maria W. de Lavor; ALENCAR, Eloine Nascimento; LIMA, Luciane Soares. **Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante**. RevEnf UERJ. Rio de Janeiro: 2010.

FLEXA, Jucélia Pereira. **A sexualidade de mulheres vivendo com aids: contribuições da psicanálise**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. 2013. 100 p.

GALVÃO, Jane. **1980-2001: Uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. 30 p.

GRECO, Dirceu B. **A epidemia da aids: o impacto social, científico, econômico e perspectivas**. vol. 22 nº 64, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 28 set. 2015, 22:30:34.

GONÇALVES, T. Ribeiro; CARVALHO, Fernanda Torres de; FARIA, Evelise Rigoni; GOLDIM, José Roberto; PICCININI, Cesar Augusto. **Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura**. Psicologia e Sociedade. Porto Alegre: 2009

IPG – Instituto Patrícia Galvão. Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida.

Comunicação e Mídia: São Paulo-SP, 2003. 37 p.

LEI Nº 1336, de 21 de Outubro de 2004. **Dispõe sobre a concessão de passe livre no transporte urbano de Palmas, aos pacientes doentes de AIDS e portadores do vírus HIV.** Palmas, 2004.

LIMA, Sarah Dayanna Lacerda Martins. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: expressões das políticas públicas do município de Fortaleza. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. 2013.

MACIEL, Julia. **Os desafios do Serviço Social nos centros de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS:** a experiência do município de Ibituba. Monografia (Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2009

O GIRASSOL, 2008. Disponível em: <http://www.ogirassol.com.br/> Acesso em: 11 nov 2015, 23:09:35

PALMAS. **Fluxograma de Atendimento do Núcleo de Assistência Henfil.** Palmas: Secretaria de Saúde: 2015. 35 p.

PAIVA, Vera; LIMA, Tiago Novaes; SANTOS, Naila; VENTURA, Elvira; SEGURADO, Aluisio. **Sem direito a amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV.** Psicol. USP. São Paulo, v. 13 n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

PASCUAL, Alejandra. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores e HIV/aids no Brasil. In: BRASIL. **Direitos humanos e HIV/AIDS: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Ministério da Saúde. 2008, p. 27-32.

RIOS CTF, Vieira NFC. **Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-86.

ROSSI SMG, Maluf ECP, Carvalho DS, Ribeiro CEL, Battaglin CRP. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(2):117-23.

SANTOS, T. M. MUNHOZ, R. **A AIDS entre as mulheres:** reflexões sobre depoimentos. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1996.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

SOUSA, Adelaine Maria de [et al]. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. In: **J Manag Prim Health Care**, 2012, 300, p. 62-66.

TAVARES, Suyane Oliveira [et al]. **Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade.** In: Revista 5º Interfaces no fazer psicológico: Direitos Humanos, Diversidade e diferenças. Nº 5, Psicologia: UNIFRA, maio de 2012, p. 1-8.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; SHIMA, Hisako; SOUZA, Márcia de. Mulheres e AIDS: Perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sócias. In: **Revista Latino-americano Enfermagem**.v. 6, n. 5, p. 59-65, 1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 set. 2015, 23:50:05.

TRINDADE, Mônica Pompeu. **Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS.** 2001. 142 f. Dissertação (Mestrado em Sexologia) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro: 2001.

VENTURA, Mirian. Instrumentos Jurídicos de Garantia dos Direitos das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. In: **Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 125-153.

VILLELA, Neila Jane Cornetti. **SIDA/AIDS**: Evolução, vulnerabilidade, tratamento, prevenção e programas. UNIMPE, Sp. 2008, 4 p.

VINHAS, Dayane Cristina Silva [et al]. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p. 16-24, 2004.

Recebido em 8 de junho de 2018.

Aceito em 17 de dezembro de 2018.