

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DIRIGIDAS ÀS GRÁVIDAS COM
VIH/SIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação de Mestrado

<<DOCUMENTO DEFINITIVO>>

Cristina da Silva Souza

Porto, 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DIRIGIDAS ÀS
GRÁVIDAS COM VIH/SIDA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

IMPACT OF INTERVENTIONS DIRECTED TO
PREGNANT WOMEN WITH HIV/ AIDS: AN
INTEGRATIVE REVIEW

Dissertação académica orientada pela Professora
Doutora Margarida Abreu

Cristina da Silva Souza

Porto, 2020

“Tudo posso naquele que me fortalece”.

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que Ele é, e pelo que representa na minha vida, e por ter me concedido capacidade e força para concretizar mais esta etapa.

Ao meu marido, Thiago Jesus, por todo amor, paciência, apoio constante, força diária, incentivo, partilha de conhecimento e motivação, principalmente nos dias de maior desgaste emocional. Dividir mais esta etapa da minha vida ao lado dele, foi sem dúvidas a minha força diária para continuar. E a minha filha, Luísa, que ainda na barriga, me incentiva diariamente com seus chutinhos a querer buscar sempre o melhor.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhas, sogros e cunhadas(os), que mesmo longe, incentivaram, apoiaram, e fortaleceram esta caminhada.

À professora Dr^a Margarida Abreu pelo apoio, sugestões, incentivo, exigência e conhecimento, conduzindo com profissionalismo e paciência a orientação deste estudo, respeitando meus limites e dificuldades.

RESUMO

A expansão do vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida na população feminina, fez com que as políticas de saúde se voltassem para as mulheres com uma atenção especial, devido a possibilidade de transmissão vertical. Neste contexto, destaca-se o papel fundamental dos profissionais de saúde, como os enfermeiros, que prestam assistência direta e contínua às mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana e crianças expostas ao vírus, sendo peças fundamentais na promoção da saúde do binômio. Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar na literatura científica as evidências relacionadas com as intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical. Optamos por uma revisão integrativa, de acordo com as cinco etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005): formulação do problema, pesquisa da literatura, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados. Os bancos de dados selecionados para a pesquisa foram: Medline (via PubMed), EBSCO, Portal de Periódicos CAPES/MEC, e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram encontrados 10.799 artigos e os critérios para seleção foram: período de publicação compreendido entre janeiro de 2010 e janeiro de 2020; programas voltados para grávidas maiores de 18 anos, artigos em inglês e português e que abordassem diretamente o tema. Dessa forma, foram selecionados e incluídos 24 artigos nesta revisão. A análise foi baseada em leituras reiterativas para direcionar o agrupamento de dados e temas, de onde emergiram 9 focos temáticos: Aconselhamento, Participação Masculina, TARV, Comunicação, Capacitação profissional, Apoio Psicossocial, Incentivo monetário, Teste CD4 e Notificação e Vigilância. Observou-se grande variedade de intervenções dirigidas às grávidas com vírus da imunodeficiência humana / síndrome de imunodeficiência adquirida envolvendo os profissionais de saúde, a comunidade, família, marido e fornecimento precoce de antiretrovirais, para evitar a transmissão vertical e a importância de estratégias eficazes para reduzir as demandas provenientes desse contexto. A aplicação da estratégia mais adequada na implementação da prevenção da transmissão vertical é altamente eficaz para reduzir o número de transmissão do vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida da mãe para o filho. Com esta revisão não podemos precisar qual a estratégia mais eficiente, no entanto, podemos explanar quais as intervenções mais utilizadas e como tem sido sua aplicação, conduzindo assim, a uma linha de intervenções que devem ser refletidas e utilizadas conforme as particularidades de cada contexto.

Palavras chaves: transmissão vertical, VIH/SIDA, avaliação, *programa*, *projeto*.

ABSTRACT

The expansion of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the female population, made health policies to focus on women with special attention, due to the possibility of vertical transmission. In this context, the fundamental role of health professionals, such as nurses, who provide direct and continuous assistance to mothers with the human immunodeficiency virus and children exposed to the virus is highlighted, being fundamental parts in promoting the health of the binomial. Thus, this study aimed to analyze in the scientific literature the evidence related to measures aimed at pregnant women with a positive diagnosis for the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, which has already started treatment as a way to reduce vertical transmission. We opted for an integrative review, according to the five steps proposed by Whittemore and Knafl (2005): problem transportation, literature search, data evaluation, data analysis and interpretation, and presentation of results. The databases selected for a research were: Medline (via PubMed), EBSCO, CAPES/MEC Journals Portal, and Virtual Health Library. 10,799 articles were found, and the selection criteria were: comprehension period between January 2010 and January 2020; programs for pregnant women over 18, articles in English and Portuguese, and that directly addressed the topic. Thus, 24 articles were selected and included in this review. The analysis was based on repeated readings to guide the grouping of data and themes, from which 9 thematic focuses emerged: Counseling, Male Participation, ART, Communication, Professional Training, Psychosocial Support, Monetary Incentive, CD4 Test and Notification and Surveillance. There was a wide variety of interventions aimed at pregnant women with human immunodeficiency virus /acquired immunodeficiency syndrome involving health professionals, the community, family, husband, and early antiretroviral drugs, to avoid vertical transmission and the importance of motivating to reduce the demands arising from that context. The application of the most appropriate strategy in the implementation of prevention of vertical transmission is highly effective in reducing the number of transmission of human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome from mother to child. With this review, we cannot need a more efficient strategy, however, we can explain which measures are most used, and how they have been applied, thus leading to a line of actions that must be reflected and used according to the particularities of each context.

Keywords: vertical transmission, HIV/AIDS, evaluation, program, project.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ADN - Ácido Desoxirribonucleico
Anti- VIH - Anticorpos para o Vírus da imunodeficiência Humana
ARN - Ácido ribonucleico
ARV - Antirretroviral
ARVs - Antirretrovirais
AZT - Azidotimidina
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CD4+ - Cluster of differentiation 4
CD8+ - Cluster of differentiation 8
CPN - Consulta Pré-Natal
CV - Carga viral
DGS - Direção Geral de Saúde
EID - Early infant HIV diagnosis
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
HAART - Highly active antiretroviral therapy
HTC - HIV testing and counselling
IO - Infecções oportunistas
LaPES - Laboratório de Pesquisa em Engenharia de Software
LHW - Lay Health Worker
MEC - Mestrado em Enfermagem Comunitária
NVP - Nevirapina
OMS - Organização Mundial de Saúde
ORWs - outreach workers
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SIDA - Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
StART - *State of the Art through Systematic Review*
SUS - Sistema Único de Saúde

TARc - Terapia antirretroviral combinada

TARV - Terapia Antirretroviral

TV - Transmissão Vertical

UFScar - Universidade Federal de São Carlos

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH - Vírus da imunodeficiência Humana

VIH-1 - Vírus da imunodeficiência Humana do tipo 1

VIH-2 - Vírus da imunodeficiência Humana do tipo 2

ZDV - Zidovudine

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. A história do VIH/SIDA	23
1.2. A mulher e o VIH/SIDA	25
1.2.1. A incidência de casos nas mulheres.....	25
1.2.2. Fatores causais para infecção nas mulheres.....	26
1.2.3. Gravidez e vigilância pré-natal na gestante com VIH/SIDA	27
CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	31
2.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo.....	31
2.2. Desenho do Estudo	31
2.2.1. Formulação do Problema.....	33
2.2.2. Pesquisa da Literatura.....	33
2.2.3. Avaliação dos Dados	36
2.2.4. Análise dos Dados	37
2.2.5. Apresentação dos Dados	37
2.3. Considerações Éticas	38
CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
3.1. Caracterização dos Estudos	39
3.1.1. Ano de Publicação.....	39
3.1.2. Países	40
3.1.3. Tipos de estudo.....	41
3.1.4. Número de participantes	41
3.1.5. Idade média dos participantes.....	42
3.1.6. Local onde decorre o programa.....	42
3.1.7. Formato da intervenção	42
3.1.8. Grupo comparativo, duração e follow-up.....	44
3.1.9. Principais resultados	44
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

ANEXOS.....	73
ANEXO 1 - Sumário de estudos	75
ANEXO 2 - Sumário de Intervenções.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Etapas metodológicas da revisão integrativa proposta por Whitemore e Knafl (2005)	32
Figura 2: Relação da quantidade de artigos escolhidos em cada etapa da seleção.	36
Figura 3: Esquema representativo das intervenções encontradas no estudo para prevenção da transmissão vertical.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos estudos incluídos por ano de publicação. 40

Gráfico 2: Caracterização percentual dos estudos incluídos por continente..... 41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Número de artigos com descrição das intervenções mais utilizadas. ... 43

INTRODUÇÃO

A epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é considerada um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja a ocorrência, depende, entre outros fatores, da conduta individual e coletiva de cada um, nas diferentes regiões do mundo. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), é a consequência mais crítica do VIH e destaca-se entre as doenças infecciosas emergentes, tanto pela sua magnitude, como pela extensão dos danos causados à população. Suas características e repercussões vêm sendo laboriosamente discutidas e estudadas pela comunidade científica e pela sociedade em geral (Isoldi, 2019; Lima & Freitas, 2012).

No início da descoberta do vírus, foram rotulados grupos específicos como pertencentes a um grupo de risco, isso fez com que o vírus se alastrasse silenciosamente entre as mulheres, que, de forma ilusória, acreditavam estar imunes e protegidas da contaminação. Apenas por volta da década de 1990 a contaminação de mulheres foi reconhecida como uma realidade incontestável no mundo, nomeadamente no Brasil, devido altos índices de novos casos e de óbitos, sendo então notificada pelo Ministério da Saúde, como o fenômeno da feminização do VIH/SIDA (Sordi et al., 2015).

De acordo com o relatório do Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), estima-se que existam 38,0 milhões de pessoas com VIH em todo o mundo (UNAIDS, 2020). A estatística mundial mais atualizada de julho de 2020 do UNAIDS, informa que a cada semana cerca de 5.500 jovens de 15 a 24 anos contraem o VIH e que essas mulheres jovens têm o dobro de chance de viver com VIH que os homens, representando aproximadamente 48% do total de novas infecções por VIH em 2019.

O cenário atual demonstra claramente que o enfrentamento da feminização da epidemia da SIDA deve incluir a análise e o tratamento adequado de todas as variáveis e fatores a ela associados. Portanto, uma resposta intersectorial e de mobilização comunitária exige um forte compromisso das políticas públicas e do controle social.

O crescimento de casos de SIDA entre as mulheres, tem como implicação o aumento da transmissão vertical da infecção pelo VIH. Quase todos os casos de SIDA em menores de 13 anos de idade têm origem na transmissão vertical (TV) do VIH. A sua taxa de TV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%, contudo, é possível reduzir para níveis entre zero e 2%, através de intervenções preventivas. No entanto, pra se ter uma redução significativa na incidência de casos de SIDA em crianças, é necessária uma aplicação efetiva dessas intervenções (Rodrigues et al., 2013).

Neste contexto, destaca-se o papel fundamental de profissionais de saúde, como os enfermeiros, que prestam assistência direta e contínua às mães portadoras do VIH e crianças expostas ao vírus, constituindo-se peças fundamentais na promoção da saúde do binômio. O enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, realiza atividades no intuito de prevenir a TV do VIH desde a realização da testagem de anticorpos para o VIH (anti-VIH), até o acompanhamento e tratamento profilático da gestante soropositiva e do recém-nascido exposto. Além disso, desenvolve ações de promoção da saúde por meio de estratégias educativas, criando assim uma relação empática e de confiança, de modo a estabelecer um auxílio eficaz, ajudando a grávida a encontrar as melhores estratégias de enfrentamento (Lima et al., 2017).

Ao longo da pesquisa, deparamo-nos com algumas lacunas nas intervenções atuais, o que prejudica a taxa de sucesso do tratamento do VIH/SIDA em grávidas. Face a esta realidade, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) procuramos conhecer o que na literatura se explana acerca das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical. Este trabalho insere-se no projeto “Pessoas portadoras de VIH/SIDA e transtornos neurocognitivos no estado do Ceará e no Norte de Portugal: análise geoespacial, aspectos clínicos, suporte social e estratégias de intervenção”.

Sabemos que em Portugal, desde o início da epidemia de infeção por VIH que é principalmente da responsabilidade dos hospitais o seguimento e tratamento de todas as pessoas que vivem com esta infeção, nomeadamente as grávidas. No entanto, Diniz et al. (2015) salientam a importância do envolvimento das unidades de cuidados de saúde primários, entre outras, para o planeamento, implementação e avaliação das ações de intervenção nos campos da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da infeção por VIH/SIDA.

No Brasil, as gestantes diagnosticadas com VIH também devem ser encaminhadas para a vigilância pré-natal de alto risco ou serviço de atenção especializada, de acordo com a situação clínica. No entanto, devem manter o vínculo com das unidades de cuidados de saúde primários (Atenção Básica)(Brasil, 2019).

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes, a primeira aborda o enquadramento conceptual do tema, nomeadamente, a história do VIH/SIDA e a mulher e o VIH/SIDA. Por sua vez, a segunda parte explana o enquadramento metodológico, em particular, a questão de investigação, os objetivos do estudo, o desenho do estudo e, por fim, as considerações éticas. Na terceira parte são apresentados e analisados os resultados. Na última parte são discutidos os resultados deste estudo e finalmente as conclusões deste trabalho.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem por finalidade proporcionar ao leitor uma visão geral do embasamento teórico que sustenta esta pesquisa. O capítulo inicia-se com uma breve linha do tempo do VIH/SIDA até os dias atuais. E, em seguida, é abordado a temática sobre a mulher e o VIH/SIDA, em um contexto que inclui a incidência de casos nas mulheres, fatores que propiciam a contaminação da mulher, e, por fim, a gravidez e vigilância do pré-natal de grávidas com VIH/SIDA.

1.1. A história do VIH/SIDA

Há quase 40 anos o mundo vem vivendo e convivendo com os desafios, tanto para o contexto científico, como para o social, da doença chamada SIDA. A SIDA, proveniente da infecção do vírus chamado VIH, tem como veículo de transmissão, o sangue, assim como sêmen, fluidos vaginais, líquido amniótico, e leite materno (Brasil, 2016).

Nos anos de 1977 e 1978 foram notificados os primeiros casos da SIDA nos Estados Unidos, Haiti e África Central (Silva et al., 2013). Entretanto, a SIDA foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um crescente número de pacientes adultos, do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “*sarcoma de Kaposi*”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, atualmente, já são reconhecidos como sintomas da SIDA (Pinto et al., 2007).

No Brasil, o primeiro caso foi descoberto em 1980, mas assim como em outros países, foi classificado em 1982 (Camargo, 2017). A notificação compulsória da SIDA no país teve início com a publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. A Infecção pelo VIH em Gestantes, Parturientes ou Puérperas e Crianças expostas ao risco de transmissão vertical do VIH passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000.

O primeiro caso da SIDA registado em Portugal foi diagnosticado em 1983. Assim, foi criado em 1985 um sistema de vigilância epidemiológica assente na notificação clínica dos casos, entretanto, só passou a ser obrigatória a partir de 2005 (Portugal, 2018).

Em 1983 foi identificado o VIH, descrito como vírus pertencente a subfamília lentivírus dos retrovírus humanos, sendo responsável pelas manifestações clínicas relacionadas a SIDA (Rachid & Schechter, 2017). O subtipo mais comum do VIH no mundo inteiro é o VIH-1. O

VIH-2 foi identificado em 1986 na África Ocidental. Entretanto, alguns casos de VIH-2 foram diagnosticados na Europa e Américas do Norte e Sul (Paula, 2018).

O VIH sendo um retrovírus, armazena suas informações genéticas como ácido ribonucleico (ARN). Ao entrar em uma célula humana, ele libera seu ARN, e uma enzima chamada transcriptase reversa faz a cópia do DNA do ARN do VIH. O DNA do VIH resultante é integrado no DNA da célula infectada. Este processo é o reverso do que é usado pelas células humanas, o qual fazem a cópia do ARN do DNA. Assim, o VIH é chamado de retrovírus por fazer o processo reverso. (Temerozo, 2018).

As principais células que serão infectadas são aquelas que possuem as moléculas (Cluster of differentiation 4) CD4 em sua superfície, que são predominantemente os linfócitos CD4, os macrófagos e as células dendríticas. Na superfície do linfócito CD4, existem receptores do vírus que viabilizam a invasão celular do VIH.

A SIDA é definida por Brasil (2019) e Cachay (2019):

- Infecção por VIH que leva a qualquer destas doenças: (infecções oportunistas graves; cânceres como o sarcoma de *Kaposi* e linfoma não *Hodgkin*, disfunção neurológica;
- Contagem de CD4+ para T-linfócitos (células auxiliares) de < 200/mcL;
- Percentual de células CD4+ de $\leq 14\%$.

Em 1986, o azidotimidina (AZT) foi aprovado pelo órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos FDA ("*Food and Drug Administration*"), sendo comercializado pelos laboratórios *Burroughs-Wellcome* em 1987 (Souza & Almeida, 2003).

No ano de 1996, na 11a conferência internacional sobre a SIDA (Vancouver, Canadá), foi apresentada uma mistura conhecida como coquetel de drogas, que reduz em 100 vezes o ritmo de reprodução do vírus em relação à monoterapia até então empregada (Rossi et al., 2006).

A introdução da Highly active antiretroviral therapy (HAART) em 1996, levou a uma grande queda na letalidade e morbidade das pessoas infectadas e que haviam apresentado o desenvolvimento da doença pelo VIH, passando a ser encarada então como doença crônica (Rachid & Schechter, 2017).

Com relação à mortalidade por VIH/SIDA, observa-se importante redução global (45% de 2005 a 2015). De 2010 a 2015, houve também redução em diversas regiões: 38% no leste e sul da África; 24% na Ásia e no Pacífico; 24% na Europa Ocidental e América do Norte; 18% na América Latina e Caribe, 10% na África Ocidental e Central. No entanto, na Ásia Central, na Europa Oriental, no Norte da África e no Oriente Médio houve aumento de 22% (Guimarães et al., 2017).

Segundo o boletim epidemiológico de VIH/SIDA 2017, a taxa de detecção de casos de SIDA no Brasil foi de 18,5 casos por 100 mil habitantes - uma redução de 5,2% em relação a 2015,

quando eram registrados 19,5 casos. Já quanto à mortalidade, observa-se uma queda de 7,2%, a partir de 2014 (quando foi ampliado o acesso ao tratamento para todos), passando de 5,7 óbitos por 100 mil habitantes para 5,2 óbitos, em 2016.

Em Portugal no período de 2017, surgiram 1068 novos casos de infecção por VIH, o que corresponde a uma taxa de 10,4 novos casos por 105 habitantes. Houve uma redução quando comparado ao ano 2016 que teve uma taxa de 12,7 casos/105 habitantes. Quanto a mortalidade, em 2017 foram notificados 261 óbitos em doentes infetados por VIH, dos quais 134 registaram-se em casos de SIDA (Portugal, 2018).

Até o final de 2018 foram relatados 32 milhões de mortes relacionadas a SIDA, sendo que no final deste mesmo ano, há uma estimativa de 1,7 milhão de novas infecções por VIH. Há 37,9 milhões de pessoas vivendo com VIH mundialmente, e sabe-se que mais de 95% das novas infecções por VIH são na Europa do Leste e na Ásia Central, e 95% no Oriente Médio e Norte da África (UNAIDS, 2020).

Atualmente a SIDA não é mais vista como uma sentença de morte como no passado. Embora o preconceito ainda se faça presente, não parece ter as mesmas características de antes. A SIDA tornou-se uma doença crônica, e controlável através de medicamentos. Se no passado o VIH levava à morte em um curto prazo, hoje as pessoas infectadas tem uma qualidade e expectativa de vida mais próxima de uma pessoa saudável (Araújo, 2015).

1.2. A mulher e o VIH/SIDA

1.2.1. A incidência de casos nas mulheres

O aumento da incidência de casos na população feminina pode ser confirmado através da diminuição da razão entre os sexos ao longo dos anos. Em 1986, para cada 15 casos entre homens, havia um caso em mulher. Em 2016, essa relação é de 2,5 homens para uma mulher. Isso é explicado pelo fato de as mulheres serem mais susceptíveis biologicamente, epidemiologicamente e socialmente, tornando-as três vezes mais propensas a adquirir o VIH de um parceiro masculino do que o episódio inverso (Silva et al., 2019).

O sexo feminino representou aproximadamente 48% do total de novas infecções mundiais por VIH em 2019 (UNAIDS, 2020). No Brasil, os casos de infecção pelo VIH notificados no (SINAN) no período de 2007 a junho de 2019, foram 207.207 (69,0%) casos em homens e 93.220 (31,0%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2018 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (Brasil, 2019).

Em Portugal, de 1 de julho de 2018 e 30 de junho de 2019, foram rececionadas 1027 notificações de casos com diagnóstico em anos anteriores e que estavam em atraso. Os 970 casos diagnosticados durante o ano 2018 em adolescentes e adultos, ocorreram maioritariamente (n=691; 71,2%) em homens, representando os casos em mulheres apenas 28,8% (n=279) do total, o que corresponde a um ratio homem/mulher (H/M) de 2,5 (Portugal, 2018).

Na África subsaariana, as mulheres adultas e adolescentes representaram 59% do total de novas infecções pelo VIH, e, em algumas regiões, a probabilidade de contrair uma infecção por VIH é 1,5 vezes maior no caso de mulheres que já sofreram violência física ou sexual dentro da relação do que em comparação às que não sofreram esse tipo de violência (UNAIDS, 2020).

Esse aumento na incidência de VIH/SIDA entre as mulheres revela não só as dificuldades para oferecer respostas para conter a epidemia, como também, remete as questões de gênero, que construíram os papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria tem grande impacto no aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção, sendo um obstáculo para a percepção da vulnerabilidade à infecção ou à reinfeção pelo VIH (Silva et al., 2019).

Por ser o grupo mais vulnerável à SIDA, não só pelas suas condições anatomofisiológicas, como também pela sua situação social, económica e cultural, o seu papel na família coloca-as frente aos desafios de uma doença que, apesar de crónica, tem, ainda hoje, um desfecho fatal. Em 80% dos casos de SIDA pediátrica temos na transmissão vertical, a possível origem da doença (Chaves et al., 2016).

Segundo a OMS, o crescimento da SIDA entre mulheres tem e terá um grande impacto social que vai além das implicações dessa epidemia para a população feminina em si. Se considerarmos que nos dias de hoje, as mulheres ainda assumem culturalmente o papel de “agregadoras e cuidadoras” dos núcleos familiares, com o seu adoecimento ou morte, há um esvaziamento desse papel e isso pode levar a uma desestruturação de suas famílias.

1.2.2. Fatores causais para infecção nas mulheres

As mulheres são especialmente vulneráveis ao VIH/SIDA por características biológicas: a mulher recebe o sêmen do homem, que permanece em contato prolongado com a mucosa vaginal, que é relativamente extensa, tendo o sêmen maior concentração de VIH do que o líquido vaginal, facilitando assim a transmissão do vírus (Silveira et al., 2002).

As características sociais também tornam as mulheres vulneráveis ao VIH/SIDA. Vários estudos comprovam que a vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA está relacionada com a idade (mulheres jovens), com baixos níveis de instrução e socioeconômico (Campos et al., 2020;

Silva et al., 2018). Manenti et al. (2011) acrescentam ainda o comportamento sexual dos parceiros e as relações sexuais desprotegidas.

De facto, fatores estruturais, influenciam as mulheres e adolescentes a se protegerem ou não do VIH, tais como as normas sociais de gênero, o acesso limitado à escolaridade e a serviços de saúde, casamento precoce, violência de gênero e violência impetrada por parceiro íntimo (Holzmann et al., 2020; Silva et al., 2018). Associando a isso, tem os fatores comportamentais, que atuam em conformidade com os estruturais e que normalmente estão associados a situações em que a dificuldade de negociação do preservativo é maior e há pouca percepção de si e do parceiro como alguém passível de ter VIH (Silveira et al., 2002; UNAIDS, 2017).

Diversos aspectos ligados às relações sociais de gênero geram um baixo poder de negociação sexual das mulheres, tornando-as mais propensas a terem relações sexuais desprotegidas, aumentando, conseqüentemente, as suas chances de exposição ao VIH (Santos et al., 2009).

A submissão das mulheres aos homens no que diz respeito ao exercício da sexualidade e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas, dificulta o diálogo com seus parceiros e deixando-as mais susceptíveis a infecção. Diante disso, não é possível pensar em ações de prevenção sem considerar as relações de gênero enquanto relações de poder. Desta forma, se faz necessário que os serviços de saúde ultrapassem a distribuição de preservativos e realizem aconselhamento, orientação sobre utilização correta, capacitação e empoderamento das mulheres sobre as possibilidades de prevenção, dando-lhes informação para negociação e adoção de estratégias de prevenção mais adequada para o casal (Santos et al., 2009; Silva et al., 2019).

1.2.3. Gravidez e vigilância pré-natal na gestante com VIH/SIDA

De uma maneira geral, a associação do VIH/SIDA na gestação é considerada uma condição de alto risco. A população de grávidas é especialmente importante como parte do sistema de vigilância do VIH, não só pelo risco de terem tido relações sexuais com homens infectados pelo VIH, como também pela possibilidade de transmissão vertical para seus bebês (Brasil, 2019; Cardoso et al., 2007)

Os fatores de risco da transmissão vertical incluem (Cachay, 2019):

- Soroconversão durante a gestação ou amamentação (principal risco);
- Concentração plasmática alta de ARN viral (principal risco);
- Doença materna avançada;
- Baixa contagem materna de células T CD4+ periféricas.

Estima que a taxa de transmissão vertical do VIH de mãe para filho sem qualquer tratamento durante a gravidez, o parto ou a amamentação varia de 25% a 30% (Cachay, 2019). A maior parte dos casos de contaminação (65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, com risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno - que se renova a cada exposição da criança ao peito e varia de 7% a 22% (Santos & Souza, 2012).

Entretanto, com o uso dos medicamentos antivirais e acompanhamento médico, a chance reduz para 1%. Por isso é fundamental contar com diagnóstico precoce, pré-natal adequado e acompanhamento durante o trabalho de parto, o parto e a amamentação, com o intuito de minimizar os riscos de contaminação dos bebés (Friedrich et al., 2016).

As gestantes que forem diagnosticadas com VIH durante o pré-natal têm indicação de tratamento com os medicamentos antirretrovirais durante toda gestação e, se orientado pelo médico, também no parto (Brasil, 2019; Brasil, 2007). O recém-nascido deve receber o medicamento antirretroviral (xarope) e ser acompanhado no serviço de saúde, sendo contraindicado o aleitamento materno, evitando assim a transmissão do VIH para o bebé (Barroso & Galvão, 2007).

Em Portugal, a gravidez constitui uma indicação absoluta para iniciar (ou manter) um esquema de terapia antirretroviral combinada (TARc) (Guerreiro et al., 2015). A grávida sem experiência prévia de TARc, deve inicia-lo no fim do 1º trimestre: entre as 10 e as 12 semanas. No entanto, deve ser iniciada mais cedo, se existir imunodepressão grave ou carga vírica elevada. A justificação para o início da terapêutica após o 1º trimestre é, principalmente, evitar uma má adesão e irregularidades nas tomas, motivadas por náuseas e vômitos, frequentes no 1º trimestre (Guerreiro et al., 2015).

No leite materno humano, detectou-se a presença do VIH tanto nas células, como nas frações livres de células. A incidência de transmissão pelo aleitamento materno é de aproximadamente 6/100 crianças alimentadas no peito/ano. Estimativas do risco global de transmissão pela amamentação são de 12 a 14%, refletindo a variação do tempo de amamentação. Essa transmissão parece ser maior em mães que se infectaram durante a gestação ou durante o período de amamentação (Cachay, 2019).

Segundo a UNAIDS (2020), em 2019, 85% de mulheres grávidas que vivem com VIH tiveram acesso a medicamentos antirretrovirais para evitar a transmissão do VIH para seus filhos.

Em 2001, o Brasil, buscando conhecer a prevalência do VIH em gestantes e crianças expostas, tornou obrigatória a notificação das gestantes em que for detectada a infecção pelo VIH (diagnóstico laboratorial de infecção pelo VIH em conformidade com as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde). Da mesma forma, é obrigatória a

notificação das crianças nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo VIH (ROSA, et.al, 2015).

Atualmente, o início precoce da TARc, para as grávidas infectadas, com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de TV do VIH, ou grávidas em uso de ARV e com supressão da CV-VIH sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada, associada à profilaxia medicamentosa perinatal e à supressão do aleitamento materno, compõe a melhor combinação para a diminuição da TV, sendo estas medidas recomendadas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2019).

Em Portugal é recomendado que a opção da via de parto deve ser discutida com a gestante, devidamente informada e a sua decisão deve ser respeitada. Os estudos revelam que não existe benefício da cesariana eletiva em grávidas sob TARc quando a virémia materna é inferior a 1.000 cópias/mL. Com valores de carga vírica superiores a 1.000 cópias/mL, é recomendada a cesariana eletiva. Para virémias entre a indetetabilidade e as 1.000 cópias/mL, a decisão deve ser individualizada, atendendo à trajetória de descida da carga vírica e à duração e adesão à TARc. A cesariana eletiva para profilaxia da transmissão mãe-filho deve ser programada para as 38 semanas. Se a carga vírica for indetetável e a indicação para cesariana for outra (obstétrica ou materna) pode ser agendada para as 39/40 semanas (Diniz et al., 2015).

Para contribuir para mudanças saudáveis nas atitudes das mulheres, o profissional, durante sua consulta no pré-natal, deve acolher e desenvolver ações educativas individuais ou em grupos, fundamentais para a adesão ao tratamento e ao cuidado durante o ciclo gravídico puerperal, evitando assim a transmissão vertical (Jordão et al., 2016). As mulheres com VIH merecem, como todas as mulheres, um tratamento humanizado e tecnicamente correto, adequado a sua condição de saúde.

Brasil (2019) sugere um roteiro para orientar o profissional no acompanhamento inicial da gestante infetada pelo VIH:

- Avaliar o nível de conhecimento da gestante sobre a doença, explicar a infeção pelo VIH e sua evolução, assim como o risco de transmissão vertical e a elevada eficácia das medidas preventivas;
- Enfatizar o impacto positivo do início do uso de terapia antirretroviral (TARV) para a prevenção da transmissão vertical (PTV) e para a qualidade de vida, salientando a importância da adesão nesse processo;
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, tais como sinais e sintomas sugestivos de infeções oportunistas e a necessidade de iniciar sua profilaxia;
- Avaliar a possível infeção pelo VIH nos parceiros sexuais e filhos(as);
- Abordar aspetos relacionados com a saúde sexual e a prevenção combinada.

Recomenda ainda que durante a vigilância da gestante infectada pelo VIH, devem ser realizados pelo menos três exames de carga viral-VIH durante a gestação (Brasil, 2019):

- Na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia;
- Duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento;
- A partir da 34^a semana, para indicação da via de parto.

CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O presente capítulo explana as opções metodológicas tomadas, bem como o percurso seguido para o desenvolvimento do trabalho de investigação, de forma a dar resposta à questão orientadora do estudo e aos objetivos delineados.

2.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

Como referido anteriormente, a infecção pelo VIH geralmente ocorre em fase reprodutiva, e assim, envolve a vivência da gravidez e maternidade em diversos aspectos clínicos, sociais e emocionais relacionados a epidemia, necessitando assim de uma atenção urgente e efetiva. Deste modo, emergiu a seguinte questão de investigação:

- Qual a tendência das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA na prevenção da transmissão vertical, que já tenham iniciado o tratamento?

De forma a dar resposta à problemática em estudo, delineamos os seguintes objetivos:

- Conhecer as intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical;
- Analisar o impacto das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical.

A finalidade do estudo será contribuir para a elaboração de um programa destinado às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA que já tenham aderido ao tratamento para reduzir a transmissão vertical.

2.2. Desenho do Estudo

Em virtude da complexa e crescente quantidade de informações na área da saúde, tornou-se indispensável o desenvolvimento de artifícios no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capaz de delimitar etapas metodológicas mais precisas, propiciando aos

profissionais uma melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos (Souza et al., 2010).

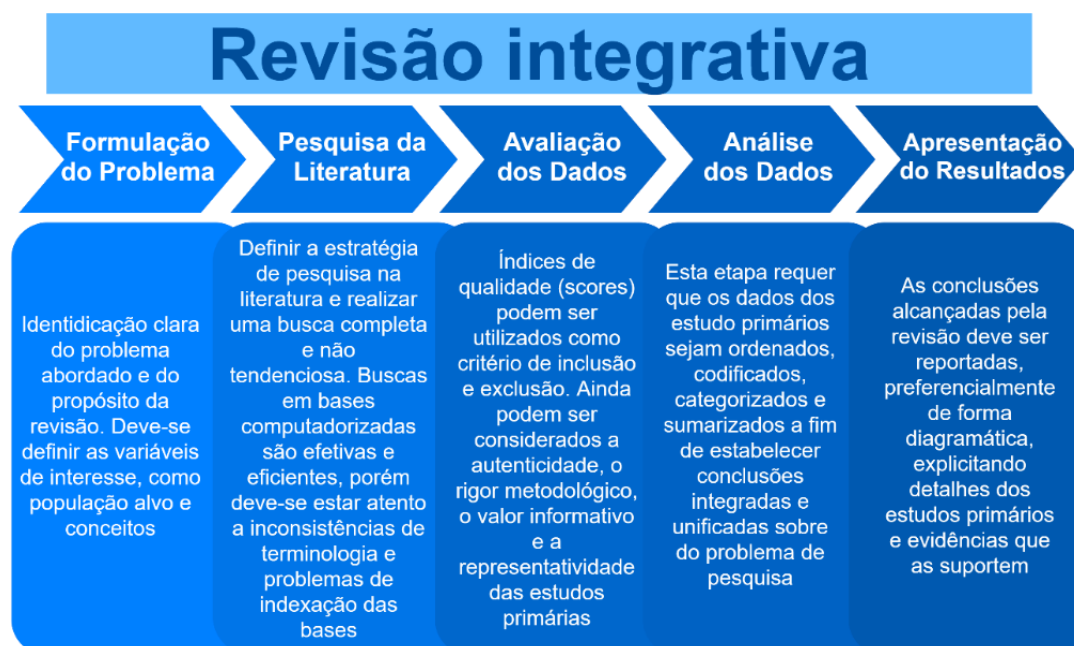
Neste sentido, a revisão integrativa apresentou importante destaque na área da enfermagem na última década. Essa condição parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, no contexto individual ou coletivo, como um trabalho complexo que requer auxílio e integração de conhecimentos de diversas disciplinas (Soares et al., 2014).

Este tipo de revisão difere das clássicas modalidades de meta-análise e revisão sistemática, pois permite incluir todo o tipo de literatura relacionada com o objeto de estudo e, desta forma, conhecer melhor o tema.

O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método. Para Whittemore e Knafl (2005), é nesse ponto que se evidencia o potencial para construir a ciência. Segundo os autores, uma boa revisão integrativa apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias. O método de revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, experimental e de pesquisa não experimental). Assim sendo, na realização deste estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura usando o modelo proposto por Whittemore e Knafl (2005).

De acordo com estes autores, a concretização de uma revisão integrativa da literatura é composta por cinco passos que se encontram bem definidos: (1) formulação do problema; (2) pesquisa da literatura; (3) avaliação dos dados; (4) análise e interpretação dos dados; (5) apresentação dos resultados. A Figura 1 mostra um breve resumo sobre as etapas de revisão integrativa proposta por Whittemore e Knafl (2005)

Figura 1: Etapas metodológicas da revisão integrativa proposta por Whittemore e Knafl (2005)



2.2.1. Formulação do Problema

Segundo Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa da literatura deve ter como ponto de partida a identificação clara do problema que se está a investigar, juntamente com seus objetivos e finalidades, pois isso facilitará todos os outros estágios da revisão, particularmente a capacidade de diferenciar informações pertinentes e impertinentes no estágio de extração de dados.

Relativamente à problemática em estudo, questão de partida, objetivos e finalidade estes aspetos encontram-se descritos no início deste capítulo.

2.2.2. Pesquisa da Literatura

Esta etapa está intimamente relacionada com a fase anterior. A fase da pesquisa da literatura, segue, de maneira a obter um conjunto de estudos relevantes que deem resposta aos objetivos e finalidade da investigação. O próximo passo é a definição dos descritores ou palavras-chave, da estratégia de busca, bem como dos bancos de dados a serem utilizados, e critérios de inclusão e exclusão (Botelho et al., 2011).

Os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo claros e objetivos, entretanto podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos e durante a elaboração da revisão integrativa (Botelho et al., 2011; Ganong, 1987; Ursi & Gavão, 2006).

A pesquisa bibliográfica foi concretizada exclusivamente em bases de dados online: Medline (via PubMed), EBSCO, Portal de Periódicos CAPES/MEC, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O RCAAP e o Google académico a princípio também estariam incluídos nesta etapa, no entanto, a RCAAP estava com falha no website no período de recolha de dados, não permitindo fazer o download dos dados. Reportei essa falha ao servidor em questão, pelo que foi respondido que: “Neste momento não é possível repor os resultados do *rss feed*. Foi propositadamente desativado devido a uma situação de ataque que se está a tentar resolver. Ainda não é expectável a data de reposição dos resultados.” E o Google Académico por motivos de que o mesmo indexa múltiplas bases de dados, inclusive as que já fazem parte da nossa pesquisa, e que o mesmo estava gerando resultados abissais, inviáveis para serem inseridos no período de seleção da pesquisa, e que na sua grande maioria seriam duplicados, acabamos por não os colocar. Sendo assim, por estes motivos, não puderam fazer parte dos dados bibliográficos desta revisão. Os descritores utilizados foram: *vertical transmission*, *HIV/AIDS*, *evaluation*, *program*, *project*. As conjugações utilizadas, em língua portuguesa e

inglesa foram: “*vertical transmission AND HIV/AIDS AND evaluation AND program AND Project*”, “*vertical transmission AND HIV/AIDS AND evaluation AND program*”, “*vertical transmission AND HIV/AIDS AND evaluation AND project*”. Em todas as combinações foram mantidas as palavras-chaves “*transmissão vertical*”, “*HIV/AIDS*”, e “*avaliação*”, pois estes eram o cerne da nossa busca. A “*transmissão vertical*” se refere a díade mãe-filho, pois quando se buscava por “*grávida*”, os resultados gerados eram poucos ou nenhum, desta forma, utilizar o termo foi a estratégia mais indicada. O “*HIV/AIDS*” também tinha que se manter em todas as buscas, visto que a nossa população de estudo é formada por grávidas com HIV/AIDS, vale ressaltar que a escolha da palavra chave foi a sigla em inglês ao invés de português, pois o escopo da pesquisa engloba artigos tanto em português, tanto em inglês, sendo que a maioria dos artigos em português se refere principalmente a sigla em inglês. Se não colocasse essa palavra-chave em todas as combinações, poderiam surgir resultados de transmissão vertical relacionados com outras doenças, o que não era nosso objetivo. E a “*avaliação*” também se manteve, pois procurávamos por programas que tivessem sido avaliados, portanto, essas três palavras-chaves eram sempre mantidas, combinando com as variações das outras palavras-chaves restantes.

Os critérios de inclusão dos artigos que consideramos para este estudo foram os que se seguem:

Com o objetivo de identificar a evidência científica atual, foi considerado o período de publicação compreendido entre janeiro de 2010 e janeiro de 2020 (últimos 10 anos, à data da pesquisa, para garantir a atualidade da informação colhida); programas voltados para grávidas maiores de 18 anos, artigos em inglês e português, e artigos que abordassem diretamente o tema. Os artigos de exclusão estabelecidos foram: todo e qualquer tipo de revisão, artigos com score iguais a zero, artigos que não abordassem diretamente o tema, artigos que fossem publicados antes de janeiro de 2010, e os artigos que tivessem outro idioma que não fosse português ou inglês. A seleção dos artigos para obtenção do resultado final foi direcionada pelos critérios de exclusão. Pois os artigos excluídos resultavam automaticamente nos artigos incluídos, e esta estratégia otimizou bastante o tempo hábil para a seleção no software.

Assim sendo, a estratégia de pesquisa adotada permitiu a identificação de 10.799 artigos, dos quais 95 da base de dados Medline (via PubMed), 4.960 da base de dados Portal de Periódicos CAPES/MEC, 885 da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde, e 4.859 da base de dados EBSCO.

Para auxiliar na filtragem e seleção dos artigos, utilizei o software *StArt (State of the Art through Systematic Review)*, que foi desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa em Engenharia de Software (LaPES) da Universidade Federal de São Carlos (UFScar). O *StArt* é dividido em três módulos principais: Planejamento, que inclui o protocolo de busca, no qual o pesquisador pode preencher o protocolo de pesquisa, inserindo objetivos, questão

norteadora, palavras-chaves, critérios que serão utilizados para avaliar as fontes, idiomas dos estudos considerados, métodos de pesquisa das fontes, critérios de exclusão e inclusão, seleção de estudos iniciais, avaliação da qualidade dos estudos (o qual categorizei em ótimo, bom e ruim), e os critérios de extração e resultados. Na Execução, o pesquisador pode adicionar e avaliar os artigos em etapas de identificação, seleção e extração, obtendo informações dos artigos mais adequados ao tema da pesquisa. Por fim, na sumarização, é possível registrar os resultados finais da revisão (Zamboni et al., 2010). O StArt foi desenvolvido para auxiliar as revisões sistemáticas, que compartilha diversas etapas com outras revisões, inclusive com a revisão integrativa, podendo assim ser utilizado como ferramenta de auxílio na automatização dessas etapas comuns. em outras revisões, inclusive as revisões integrativas. O auxílio desse software foi de grande valia no processo de organização, categorização e extração de informações dos artigos de forma ágil, prática e objetiva.

Deste modo, numa fase inicial da identificação dos estudos, obteve-se um total de 10.799 artigos, 5.983 foram identificados como duplicados. A maioria foi identificado automaticamente, entretanto, devido a diferença de formatação em diferentes bases, por exemplo, em relação a “Ç”, “-”, os artigos repetidos não eram devidamente identificados, porém, o start possui uma ferramenta de similaridade que sugere artigos semelhantes, embora não idênticos, através dessa ferramenta foi possível realizar manualmente um ajuste fino para identificar todos os artigos duplicados, restando então 4.816 artigos. Em seguida foram eliminados 1.521 artigos por se tratarem de artigos publicados antes de janeiro 2010, para isso esses artigos foram ordenados por anos de publicação, ficando para análise 3.295 artigos. Com a finalidade de reduzir ainda mais esse número, após várias rondas na tentativa de atribuir peso aos critérios de: palavras-chaves no título, palavras-chave no resumo, e palavras-chave em palavras-chaves, com o intuito de que elessem como prioridade os artigos em que tivessem de acordo com o propósito do estudo, o peso atribuído ficou: 100 para palavras-chaves no título, 10 para palavras-chave no resumo, e 30 palavras-chaves em palavras-chaves. O peso maior foi atribuído ao título, pois o título é o principal descritor do conteúdo do artigo, posterior a isso, o peso maior seguiu para as palavras-chaves, e por fim, a palavras-chaves no resumo, não tinha como atribuir um peso maior aqui, pois o resumo tem muitas palavras repetidas, e isso estava sendo um viés na seleção, pois estava colocando no topo do ranking artigos que não eram de fato os que procurava. Depois de ter ajustado esse critério por meio do peso atribuído, e tendo verificado através de leitura transversal os artigos que ficaram, rejeitei todos os artigos com score iguais a zero, eliminando assim, 1.525 artigos, sobrando ainda 1.770 artigos. Em seguida foram eliminadas 161 revisões, e 195 artigos que o público alvo fossem gestantes menores de 18 anos, restando ainda 1414 artigos. Destes 1.414 artigos, foram rejeitados 1.378 por não estarem relacionados ao tema. E, curiosamente, eliminamos apenas 1 artigo, por se enquadrar no critério de exclusão de artigos que não fossem em inglês, ou português, sendo esse, um artigo em espanhol. Por fim, ficaram 35 artigos para serem analisados, em

que, após breve leitura integral, foram excluídos 4 artigos por falta de resultado, 4 artigos por falta de intervenção, 2 artigos porque o programa não estava claro, e 1 artigo porque era só um protocolo.

Figura 2: Relação da quantidade de artigos escolhidos em cada etapa da seleção.

10799	Total de artigos encontrados
-5983	Duplicados
4816	Subtotal
-1521	Anteriores a 2010
3295	Subtotal
-1525	Score igual a 0
1770	Subtotal
-161	Pesquisas secundárias (revisões)
1609	Subtotal
-195	Abordagens a menores de 18 anos
1414	Subtotal
-1378	Não relacionados ao tema
36	Subtotal
-1	Outro Idiomas
35	Artigos a serem avaliados

2.2.3. Avaliação dos Dados

Concluída a etapa de identificação dos estudos foi necessário selecionar aqueles que se consideravam relevantes para responder à pergunta da presente investigação. Segundo Cooper, (1982), depois dos dados coletados, o pesquisador faz o julgamento crítico sobre a qualidade dos dados individuais, o qual será examinado, para saber se está contaminado por fatores irrelevantes para o problema e as variáveis definidas previamente. Esse procedimento é realizado para se saber se os dados são pertinentes com o objeto de interesse do estudo e, portanto, se vão colaborar com o resultado final do estudo.

Tendo como linha orientadora as recomendações de Whitemore e Knafl (2005), não existe um padrão de “ouro” para a avaliação dos dados, que em geral representa a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. A qualidade dos artigos selecionados foi avaliada com ferramentas de avaliação da qualidade do Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2014).

Assim, a amostra final desta revisão é constituída por 24 artigos. De referir que a análise do material foi realizada no período compreendido entre Abril a Junho de 2020.

Os dados foram extraídos por dois revisores de forma independente, após construção de um instrumento de extração de dados e uma tabela de documentação de dados padronizada (The Joanna Briggs Institute, 2014) que incluiu informações sobre: primeiro autor, ano, país, número dos participantes, média das idades dos participantes, local onde foi desenvolvido o programa, formato da intervenção, grupo comparativo, duração da intervenção, *follow-up*, e resultados pertinentes obtidos através da implementação da intervenção.

2.2.4. Análise dos Dados

A análise dos dados segundo Whittemore e Knafl (2005), é a etapa em que se procede à síntese dos dados presentes nos artigos selecionados e, em paralelo, convertem-se os dados extraídos em categorias sistemáticas de forma a facilitar a identificação de padrões, temas, variações e possíveis relações entre as categorias. É neste estágio que, dados isolados, serão articulados em um grupo unitário e consistente respondendo ao problema delimitado ou à questão orientadora do estudo Cooper, (1982).

Assim sendo, no capítulo seguinte será apresentado as categorias que foram extraídas dos artigos incluídos nesta revisão.

2.2.5. Apresentação dos Dados

O passo a seguir na análise de dados, é a exibição de dados que envolve a conversão dos dados extraídos de fontes individuais, em uma exibição que reúne os dados de várias fontes primárias em torno de variáveis ou subgrupos específicos. As exibições de dados podem ter a forma de esquemas, gráficos, e tabelas e preparar o cenário para a comparação em todas as fontes primárias Whittemore e Knafl (2005).

As tabelas resultantes dos artigos incluídos no estudo podem ser consultadas na íntegra através dos anexos. Todavia, ao longo da apresentação dos resultados, foram criados gráficos que representam a síntese dos resultados que emergiram em cada contexto de categorias. No capítulo seguinte serão apresentados os resultados obtidos da pesquisa.

2.3. Considerações Éticas

Nas últimas décadas, os estudos de revisão integrativa têm ocupado um espaço importante nos periódicos de impacto. As revisões, em teoria, oferecem as melhores evidências sobre determinados tópicos, são estudos originais e não requerem a aprovação em Comissões de Ética (Santos et al., 2018). No entanto, a presente revisão integrativa seguiu o preconizado por (Fortin & Salgueiro, 2003): manter a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações pesquisadas, de forma a assegurar o rigor da análise e fidelidade dos métodos. Foram ainda realizadas as devidas citações e referências, de acordo com a norma da *American Psychological Association*.

CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo inclui, numa primeira fase, a caracterização dos estudos incluídos na revisão, posteriormente, procedemos à apresentação e análise dos resultados considerando os objetivos da pesquisa.

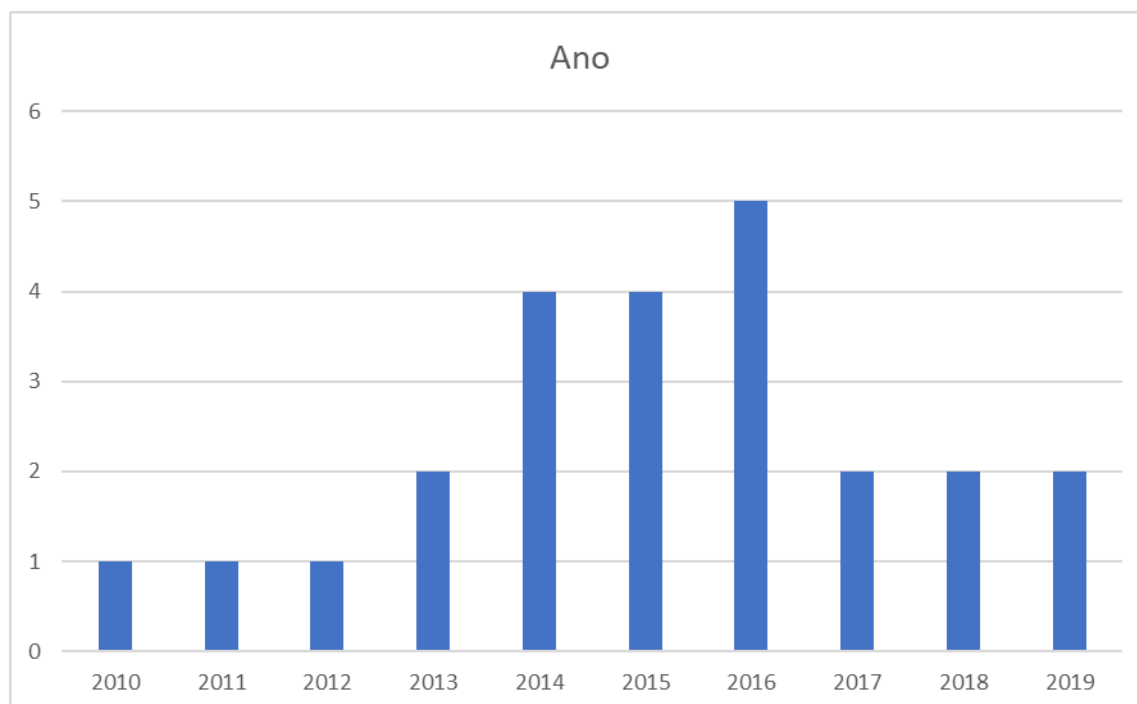
3.1. Caracterização dos Estudos

Tal como referimos anteriormente, a presente revisão integrativa inclui 24 artigos. Todos os estudos recolhidos apresentam informações relevantes para dar resposta aos objetivos desta pesquisa, focalizada nas intervenções para grávidas com VIH/SIDA, que podem ser visualizadas na íntegra no Anexo 1 e 2 deste documento.

3.1.1. Ano de Publicação

Iniciamos a apresentação dos resultados expondo a distribuição dos estudos selecionados por ordem cronológica referente ao ano de publicação. Relembramos que um dos critérios de inclusão no estudo era que os estudos tivessem sido publicados no período compreendido entre 2010 e 2019. Podemos observar no Gráfico 1, que o maior número de publicações reporta-se ao ano de 2016, com 5 publicações, totalizando aproximadamente 21% dos estudos (Altan et al., 2016; Audet et al., 2016; Fatti et al., 2016; Makoni et al., 2016; Rustagi et al., 2016), seguidos dos anos de 2014 e 2015, ambos com 4 artigos publicados, aproximadamente 33% (Araujo et al., 2014; Bucagu & Muganda, 2014; Gill et al., 2015; Herce et al., 2015; Patricio et al., 2015; Richter et al., 2014; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015). Importa ainda referir que, entre 2010 e 2012 foi registrado o menor número de estudos publicados, 1 estudo por cada ano, aproximadamente 13% (Futtermann et al., 2010; Myer et al., 2012; Phaswana-Mafuya et al., 2011).

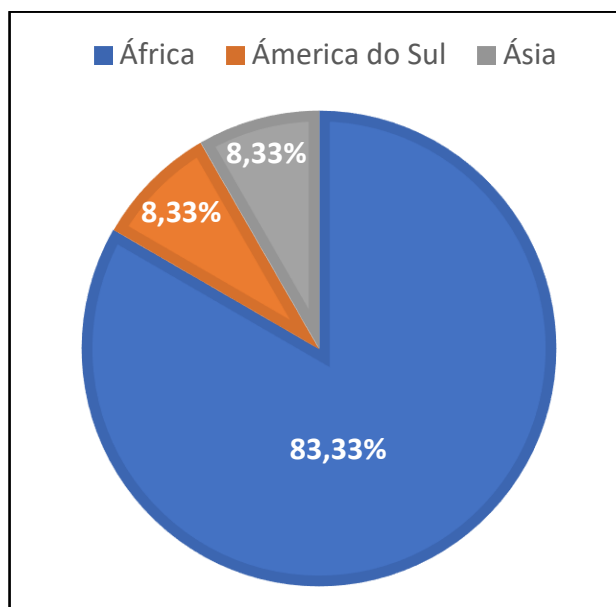
Gráfico 1: Distribuição dos estudos incluídos por ano de publicação.



3.1.2. Países

Relativamente aos países de proveniência dos artigos selecionados, conforme podemos constatar no Gráfico 2, a maioria tem origem nos países Africanos 83,33%, nomeadamente, África do Sul com 7 publicações (Fatti et al., 2016; Futterman et al., 2010; Jones et al., 2013; Myer et al., 2012; Peltzer et al., 2017; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Richter et al., 2014), seguindo-se o Malawi, Moçambique, Tanzânia e Zimbabué com 2 publicações cada (Audet et al., 2016; Herce et al., 2015; Lyatuu et al., 2018; Makoni et al., 2016; Nance et al., 2017; Rustagi et al., 2016; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015) e Camarões, Costa do Marfim, Lesoto, Nigéria, Quênia, Ruanda e Uganda com 1 publicação cada (Altan et al., 2016; Bucagu & Muganda, 2014; Gill et al., 2015; Igumbor et al., 2019; Liu et al., 2019; Rustagi et al., 2016). Dos restantes artigos, 8,33%, foram publicados na Ásia, destes, destacamos a China e a Índia ambas com 1 publicação (Shan et al., 2013; Suryavanshi et al., 2018). Por fim, a América do Sul também surge com 8,33% (2 artigos do Brasil) (Araujo et al., 2014; Patricio et al., 2015). Vale salientar ainda que, nesta amplitude temporal, não encontramos nenhum estudo publicado em Portugal. É importante ressaltar que o estudo de Rustagi et al. (2016), foi aplicado em três países (Costa do Marfim, Quênia, Moçambique). Por isso seu nome aparece mais de uma vez, quando se refere aos autores de cada estudo.

Gráfico 2: Caracterização percentual dos estudos incluídos por continente.



3.1.3. Tipos de estudo

Quanto ao tipo de estudo, a maior parte dos artigos, aproximadamente 29%, era composto por estudos randomizados, sendo 5 artigos em cluster (Jones et al., 2013; Liu et al., 2019; Nance et al., 2017; Peltzer et al., 2017; Richter et al., 2014; Rustagi et al., 2016; Suryavanshi et al., 2018), 25% tipo coorte (Altan et al., 2016; Araujo et al., 2014; Bucagu & Muganda, 2014; Fatti et al., 2016; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015), aproximadamente 13% transversal (Gill et al., 2015; Herce et al., 2015; Patricio et al., 2015), e, por fim, aproximadamente 4% eram do tipo quase-experimental, controle de caso, e avaliação de implementação não randomizado (Igumbor et al., 2019; Lyatuu et al., 2018; Makoni et al., 2016). Vale salientar que aproximadamente 21% dos artigos não deixaram claro o tipo de estudo aplicado (Audet et al., 2016; Futterman et al., 2010; Myer et al., 2012; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Shan et al., 2013).

3.1.4. Número de participantes

Em relação ao número de participantes, obteve-se um total de 32.736. A maioria dos estudos ($\approx 63\%$), tinha como população alvo apenas mulheres (Altan et al., 2016; Bucagu & Muganda, 2014; Futterman et al., 2010; Gill et al., 2015; Herce et al., 2015; Liu et al., 2019; Lyatuu et al., 2018; Myer et al., 2012; Nance et al., 2017; Peltzer et al., 2017; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Richter et al., 2014; Shan et al., 2013; van Lettow et al., 2014; Vogt et al.,

2015). Aproximadamente 13% eram compostos pelos pares mãe-bebê (Araujo et al., 2014; Fatti et al., 2016; Igumbor et al., 2019), ≈13% dos estudos incluía homens e mulheres (Audet et al., 2016; Jones et al., 2013; Suryavanshi et al., 2018), ≈4% tinham como população alvo apenas os homens (Makoni et al., 2016), ≈4 % dos estudos eram com crianças (Patricio et al., 2015), e, por fim, ≈4% dos estudos não explicitaram de forma clara o número de participantes (Rustagi et al., 2016).

3.1.5. Idade média dos participantes

Relativamente à idade dos participantes, a maioria (54%) tinha menos de 30 anos. A idade variou entre 0 (zero) meses, no estudo de Patricio et al. (2015), aos 37 anos, no estudo de Suryavanshi et al. (2018).

3.1.6. Local onde decorre o programa

A maioria dos estudos (≈63%) incluíram programas realizados exclusivamente em centros de saúde (Audet et al., 2016; Bucagu & Muganda, 2014; Fatti et al., 2016; Futterman et al., 2010; Gill et al., 2015; Herce et al., 2015; Jones et al., 2013; Lyatuu et al., 2018; Myer et al., 2012; Nance et al., 2017; Peltzer et al., 2017; Richter et al., 2014; Rustagi et al., 2016; Suryavanshi et al., 2018; Vogt et al., 2015). Apesar de encontrar nos artigos várias nomenclaturas referentes aos cuidados de saúde primários na população, consideramos todos eles como centros de saúde. Em seguida tivemos ≈17% programas realizados paralelamente em centros de saúde e hospitais (Igumbor et al., 2019; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Shan et al., 2013; van Lettow et al., 2014). Três estudos em centros de referência para o VIH/AIDS (≈13%)(Altan et al., 2016; Araujo et al., 2014; Patricio et al., 2015), e por fim, dois estudos em âmbito hospitalar (≈8%)(Liu et al., 2019; Makoni et al., 2016).

3.1.7. Formato da intervenção

Como é possível verificar na Tabela 1, que é a síntese do Anexo 2, relativamente ao formato de intervenção, 50% das publicações abordaram o aconselhamento, informação sobre VIH e prevenção da transmissão

Tabela 1: Intervenções mais utilizadas nos artigos selecionados

INTERVENÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Aconselhamento e informação sobre VIH e PTV	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-
Apoio de mãe mentora	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Início imediato da TARV	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contato telefônico, visita domiciliar ou carta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X
Treinamento e orientação de profissionais	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-
Participação de parceiros masculinos	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-
Remuneração de participantes	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
Uso de testes CD4	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Notificação e inclusão no sistema de vigilância obstétrica	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicação pré-embalada para grávidas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento padrão	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-
Apoio psicossocial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-

vertical (PTV) (Audet et al., 2016; Bucagu & Muganda, 2014; Fatti et al., 2016; Jones et al., 2013; Makoni et al., 2016; Myer et al., 2012; Nance et al., 2017; Peltzer et al., 2017; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Shan et al., 2013; Suryavanshi et al., 2018; Vogt et al., 2015), sendo esta a intervenção mais referenciada, seguindo-se da participação masculina (20,8%) como incentivo e apoio às mães nos serviços de assistência pré-natal (Audet et al., 2016; Herce et al., 2015; Jones et al., 2013; Lyatuu et al., 2018; Makoni et al., 2016). As intervenções que utilizam as estratégias de mães mentoras (Futtermann et al., 2010; Igumbor et al., 2019; Richter et al., 2014), contacto telefónico (Liu et al., 2019; Suryavanshi et al., 2018; Vogt et al., 2015), representam 12,5% dos estudos (cada uma). O início imediato da TARV (Fatti et al., 2016; Myer et al., 2012), o apoio psicossocial (Fatti et al., 2016; Herce et al., 2015), e a remuneração dos participantes (Jones et al., 2013; Liu et al., 2019) constam em 8,3% das intervenções (cada uma), por fim, as medicações pré-embaradas (Gill et al., 2015), é a menos referenciadas nos estudos, 4,16%.

3.1.8. Grupo comparativo, duração e follow-up

À maior parte dos estudos (aproximadamente 42%) não incluíram um grupo comparativo (Altan et al., 2016; Araujo et al., 2014; Audet et al., 2016; Gill et al., 2015; Myer et al., 2012; Patricio et al., 2015; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Suryavanshi et al., 2018; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015). A duração das intervenções limitou-se, na sua grande maioria, ao período gestacional (75%) (Altan et al., 2016; Araujo et al., 2014; Bucagu & Muganda, 2014; Fatti et al., 2016; Futtermann et al., 2010; Gill et al., 2015; Igumbor et al., 2019; Jones et al., 2013; Liu et al., 2019; Lyatuu et al., 2018; Myer et al., 2012; Nance et al., 2017; Patricio et al., 2015; Peltzer et al., 2017; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Richter et al., 2014; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015). Quanto ao *follow-up*, 67% dos artigos implementam essa abordagem, variando desde 6 semanas após o parto (Fatti et al., 2016; Igumbor et al., 2019; Myer et al., 2012; Richter et al., 2014; Vogt et al., 2015), a 28 meses pós-intervenção (Phaswana-Mafuya et al., 2011).

3.1.9. Principais resultados

Independentemente das características das intervenções, a maioria dos resultados foram positivos, pois os participantes adquiriram conhecimento sobre o VIH e prevenção da transmissão vertical (Futtermann et al., 2010; Jones et al., 2013; Makoni et al., 2016; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Suryavanshi et al., 2018), tiveram acesso a testes de VIH durante a gravidez (Audet et al., 2016; Phaswana-Mafuya et al., 2011; Shan et al., 2013;

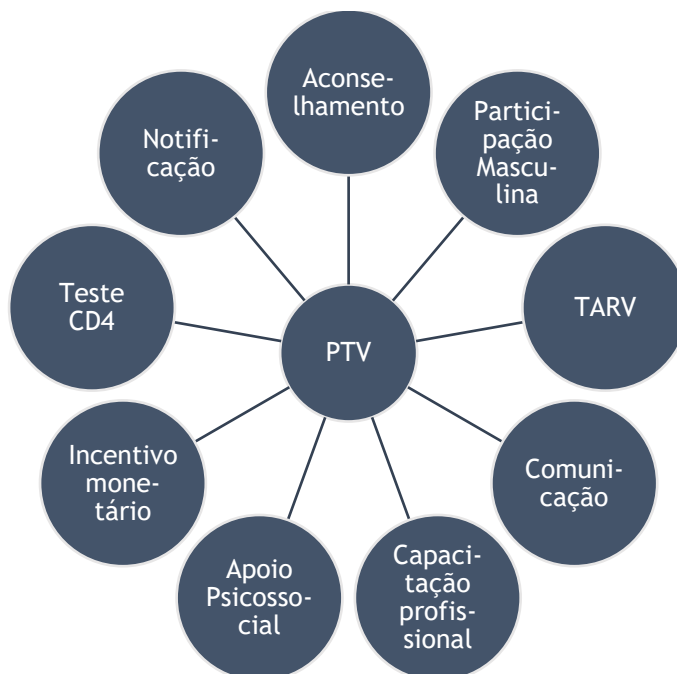
van Lettow et al., 2014), assim como acesso imediato à TARV (Fatti et al., 2016; Myer et al., 2012), favorecendo assim a uma melhor qualidade de vida para mãe-bebê. Além disso, foi possível perceber que houve engajamento masculino (Audet et al., 2016; Lyatuu et al., 2018; Makoni et al., 2016), assim como retenção ao longo da cascata da PTV (Igumbor et al., 2019; van Lettow et al., 2014; Vogt et al., 2015), teste de diagnóstico precoce no RN (Herce et al., 2015; Liu et al., 2019; Rustagi et al., 2016). Em consequência, pôde-se verificar redução na transmissão vertical (Altan et al., 2016; Bucagu & Muganda, 2014; Herce et al., 2015; Patricio et al., 2015; Shan et al., 2013), na perda de acompanhamento após início do tratamento (Igumbor et al., 2019), redução em nado-mortos (Fatti et al., 2016) e redução em comportamento sexual de risco (Jones et al., 2013).

CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados do estudo. Da mesma forma, será estabelecido sempre que possível um paralelo entre os resultados deste estudo e o conhecimento atual de outros trabalhos científicos. Quando pertinente serão ainda desenvolvidas algumas reflexões que foram emergindo ao longo da realização da investigação.

Da análise cuidada de cada artigo incluído, resultou a sugestão das tendências das intervenções neles identificadas, como capazes de fornecer resposta à nossa pergunta de partida: “Qual a tendência das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA na prevenção da transmissão vertical, que já tenham iniciado o tratamento?” As quais foram comparadas e organizadas, de acordo com a sua semelhança a nível de conteúdo, em nove categorias, representadas na Figura 3.

Figura 3: Esquema representativo das intervenções encontradas no estudo para prevenção da transmissão vertical.



A categoria de aconselhamento envolve orientação, avaliação de riscos e apoio emocional aos pacientes, sendo considerado instrumento estratégico para quebra da cadeia de transmissão do VIH/SIDA nas ações de prevenção e assistência (Galindo et al., 2013). No

contexto brasileiro e mundial, constitui uma importante ferramenta no combate ao VIH/SIDA, tanto pelo baixo custo de sua aplicação, como pelo seu potencial de efetividade (Barbosa et al., 2015).

Segundo Scheeffer (1976, p.18), o aconselhamento é um processo que visa: “aumentar a autocompreensão e a compreensão das exigências do ambiente, a fim de possibilitar a avaliação de alternativas viáveis, definir problemas e dificuldades relacionadas aos papéis sociais, e conduzir escolhas e decisões vitais realistas”

O aconselhamento faz parte do protocolo de atendimento a pacientes com VIH/SIDA, e sendo assim, foi bastante referido em diversos estudos desta revisão. No estudo de Phaswana-Mafuya et al. (2011), foi visto uma melhoria significativa nas experiências ou sentimentos relatados por clientes pós-natais sobre aconselhamento, as mulheres se sentiam relaxadas e confiantes. Entretanto foi visto neste estudo, que a divulgação da soropositividade ainda constitui um desafio para muitos, especialmente as mulheres. O mesmo achado foi encontrado no estudo de Phaswana-Mafuya et al. (2011), em que, apesar do programa não exigir a revelação do status de soropositividade aos parceiros e familiares, algumas clínicas exigiam isso como parte do processo preparatório, e isso também era uma questão desafiante, pois só tinham adesão ao tratamento com a revelação divulgada. Portanto, se faz necessário intensificar ações neste sentido, pois a aceitação de serviços de assistência e apoio, como a adesão ao tratamento ARV, melhora onde os indivíduos divulgam seu status de VIH em sua rede próxima.

O estudo de Myer et al. (2012), menciona que o apoio no aconselhamento desempenhou um papel importante no enfrentamento da doença, sendo constatado na fala a seguir: “Quando eles me disseram a princípio, eu neguei. Eu disse que não, não quero fazer tratamento, mas após o aconselhamento foi quando percebi que tinha que usar ARVs”. Estratégias de enfrentamento se fazem necessárias para a construção de novos caminhos, particularmente quando se vivenciam as peculiaridades de uma infecção como o VIH, crônica e incurável, ainda envolta em estigma social, abandono e perdas (Galvão & Paiva, 2011).

O estudo de Audet et al. (2016), traz uma perspectiva de aconselhamento individual com a mulher, e também aconselhamento com o casal, aconselhando o homem sobre o impacto negativo da violência de gênero e a necessidade deles fornecerem apoio físico e emocional a suas parceiras durante a gravidez. Isso se mostrou relevante, porque como vimos nos estudos supracitados, a revelação do status se torna uma barreira na cascata de intervenção da PTV. No entanto, neste estudo, a hipótese de que o aumento do apoio masculino, principalmente se o parceiro também testasse positivo, aumentaria a captação da PTV materna, não se fez presente, pois independentemente do status de VIH do parceiro, o envolvimento e o teste do parceiro masculino não estavam associados a uma maior adesão materna da TARV. Embora a intervenção geral tenha resultado no aumento da captação da TARV, esse resultado esteve associado às assistentes de parto tradicionais, que

aconselharam efetivamente as mulheres sobre a importância da TARV, levando a esse aumento na aceitação. Ainda que a captação de tratamento entre mulheres grávidas com parceiros engajados não tenha melhorado, dados qualitativos sugerem que a adesão entre mulheres com parceiros de apoio é maior. A intervenção pode ser implementada para aumentar a aceitação do parceiro pelo diagnóstico de VIH, resultando em maior impacto nos resultados de saúde para mãe e bebê.

No estudo de Herce et al. (2015), foi visto que os teste e aconselhamento dos casais, influenciaram ou foram adotados pelo programa nacional Option B+ para fortalecer a cascata da PTV em todo o Malawi, sugerindo a escalabilidade e sustentabilidade da abordagem do programa.

No estudo de Suryavanshi et al. (2018), cujo o programa teve como objetivo identificar os desafios e oportunidades para profissionais do programa de prevenção da transmissão de mãe para filho (VIH) com a finalidade de melhorar suas intervenções, foi visto que o aconselhamento era uma barreira que precisava ser aprimorada de forma que os profissionais se envolvessem efetivamente com os pacientes para lidar com o diagnóstico e a TARV. Esses dados levaram a um foco mais intenso no fortalecimento das habilidades de aconselhamento dos outreach workers (ORWs) para se comunicar de maneira mais eficaz com seus pacientes nesse contexto, e com isso a criação de scripts e vídeos especiais de aconselhamento, desenvolvidos no idioma local, que ajudaram as ORWs a fornecer mensagens consistentes durante o aconselhamento às mães VIH + e as ajudaram a superar barreiras para otimizar o atendimento à PTV. A ajuda de recursos audiovisuais embora não seja algo inovador, visto que a UNAIDS publica materiais sobre assuntos relevantes para a infecção por VIH e SIDA, inclusive a disponibilização de recursos audiovisuais, entre outros, mas é algo que facilitou o processo de ensino-aprendizagem, e por isso, é algo viável e efetivo, quer para os profissionais, quer para os pacientes.

Fatti et al. (2016) relatam em seu estudo, que o aconselhamento com o apoio individual focado e sustentado fornecido por conselheiros da comunidade leiga, treinados nos aspectos psicossociais da gravidez, iniciação e adesão à TARV, provavelmente explica a melhoria da iniciação da TARV entre as mulheres que receberam a intervenção, e que ainda, apesar de não ser clara a associação, também teve contribuição na redução de natimortos, sendo plausível dizer que o aconselhamento e apoio em relação à nutrição e assistência social possam ter melhorado o estado nutricional materno, o que é um importante preditor de melhores resultados ao nascer, considerando que as mulheres sul-africanas grávidas infectadas pelo VIH têm alto risco de desnutrição.

No estudo de Makoni et al. (2016), o aconselhamento contribuiu com a maior probabilidade de se envolverem na PTV. Testes e aconselhamento prévios para VIH em casais foram associados ao envolvimento masculino na PTV. Os casais que estão cientes de seu status não têm medo de testagem e aconselhamento ao VIH, diferentemente daqueles que não estão

cientes. Isso sugere que a promoção de testes e aconselhamento para o casal em todos os outros pontos de entrada da HTC pode aumentar o envolvimento masculino na PTV.

No que concerne à participação masculina, Mendes (2007), diz que na maioria dos países o envolvimento masculino e o suporte dado aos homens são decisivos para melhorar o entendimento das questões chaves dos serviços e ações dos programas da prevenção da transmissão vertical do VIH.

Na perspectiva da participação masculina, os achados revelaram que no estudo de Audet et al. (2016), a participação masculina foi associada a maiores chances de teste materno do HIV, aceitação de três consultas pré-natal (CPN), e prestação de serviços de saúde. Por outro lado, se o parceiro recusasse o teste, a gestante apresentava menor chance de teste. No entanto, vale ressaltar que mulheres acompanhadas por seus parceiros a pelo menos um serviço de CPN mostraram pouca diferença nas chances de início da TARV, em comparação com mulheres desacompanhadas, embora o número absoluto de pessoas que aceitem tratamento tenha aumentado, dada a maior aceitação do teste de VIH, houve pouca diferença na captação para a TARV com base no status do parceiro ou na vontade de testar. Embora o acompanhamento do parceiro não tenha sido diretamente associado à captação para a TARV, a presença deles influenciou positivamente na cascata da PTV. Nos dados qualitativos das discussões em grupos focais indicam que o apoio masculino à TARV afeta o comportamento. Os membros da comunidade sugerem que as mulheres com parceiros não favoráveis adotam a TARV em taxas iguais (sob pressão dos clínicos para aceitar o tratamento), mas serão menos propensas a aderir ao regime. A aceitação da intervenção não é a mesma coisa que a adesão. O estudo refere ainda esta como uma área importante de pesquisas futuras. Embora a captação de tratamento entre mulheres grávidas com parceiros engajados não tenha melhorado, os dados qualitativos sugerem que a adesão entre mulheres que tem apoio dos parceiros é maior. O estudo ainda menciona que os membros da comunidade que receberam a intervenção relataram fornecer aconselhamento semelhante a amigos e familiares, ou seja, foram agentes multiplicadores, e isso a longo prazo, sendo bem trabalhado, pode ser benéfico a toda comunidade.

Lyatuu et al. (2018), sugerem que ao fortalecer a participação de parceiros masculinos através dos líderes comunitários, a intervenção pode contribuir para melhorar a aceitação, adesão e retenção nos serviços de CPN e PTV entre mulheres grávidas, seus parceiros, bebês e famílias. Isso, portanto, garante a entrega eficaz de intervenções de PTV, de modo a ter o máximo impacto na eliminação de novas infecções por VIH em crianças nascidas de mulheres vivendo com VIH. De forma geral, o estudo mostrou que o envolvimento efetivo dos líderes comunitários foi seguido por uma rápida melhoria na participação de parceiros masculinos nos serviços de CPN e PTV.

No estudo de Makoni et al. (2016), os achados revelaram que os homens que apoiaram suas esposas no programa de PTV apresentaram maior probabilidade de se envolverem em PTV,

mas os resultados não eram estatisticamente significantes. Altos níveis de conhecimento sobre a PTV aumentam o interesse e aceitação do programa. Este estudo recomenda a implementação de estratégias inovadoras para alcançar os homens sexualmente ativos e em idade reprodutiva. Isso inclui campanhas educacionais de PTV durante os fins de semana em cervejarias, igrejas e comunidade, envolvimento de partes interessadas (chefes locais, líderes religiosos, líderes políticos, hospitais privados, Centros Novos Iniciais e Organizações Não Governamentais) na defesa e mobilização social, aconselhamento, avaliação de riscos e apoio emocional aos pacientes. Corroborando com Mendes (2007), que menciona que algumas atividades propostas para que esse envolvimento masculino seja maior e resulte de forma efetiva, são centradas na informação e educação na comunidade e líderes masculinos sobre prevenção da transmissão vertical do VIH, no aconselhar, orientar casais, criar meios de referência dos parceiros masculinos para clínicas de testagem e programas para homens são alguns exemplos de atividades para a participação masculina nos programas de prevenção da transmissão vertical do VIH. Ou seja, intervenções simples, baratas e totalmente aplicáveis.

Em relação à TARV, essa terapia em pacientes vivendo com VIH/SIDA resultou na diminuição da morbidade, aumento da sobrevida, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão vertical em todo o mundo (Angola, 2015; Brasil, 2008; Fernandes et al., 2009).

O momento ideal de se iniciar a TARV são pactuadas em consensos nacionais e internacionais e fundamentadas em diretrizes clínicas preconizadas mundialmente com base em evidências científicas.

No Brasil, desde 1996, segundo a Lei nº 9.313/96, o governo brasileiro garante a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à TARV, e, desde 2013, como nova abordagem para frear a epidemia de SIDA, iniciou-se tratamento a todas as pessoas vivendo com VIH, independente da carga viral (Brasil, 2020; Coutinho et al., 2018).

Em Portugal toda a população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). No que respeita à infeção VIH/SIDA, cada doente infetado, de acordo com as normas nacionais, é considerado apto para a TARV e tem acesso gratuito aos medicamentos. Assim, a partir de 1987, a medicação antirretroviral passou a ser comparticipada pelo Estado Português a 100% do seu custo e a partir de 1992 os indivíduos portadores de VIH passaram a gozar de isenção de pagamento da “taxa moderadora” (Cunha-Oliveira et al., 2016).

Corroborando com o protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS) em vigor, que diz que qualquer pessoa infectada com o VIH/SIDA deve começar o tratamento antirretroviral logo após o diagnóstico, o mais rápido possível, tivemos o estudo de Myer et al. (2012), com um programa piloto, com o objetivo de iniciar a TARV no mesmo dia em que a elegibilidade

fosse determinada. A condição clínica foi avaliada por um médico ou enfermeiro, usando histórico clínico e exame estruturados. Sangue para testes de rotina pré-TARV foram coletados nesta visita e enviado ao laboratório local. Na ausência de contraindicação clínica significativa, ou preocupações psicológicas, as mulheres iniciaram a TARV no mesmo dia em que compareceram aos serviços de TARV. Isso resultou em uma grande proporção de mulheres grávidas elegíveis a iniciar a TARV antes do parto, aumentou a duração da TARV, e reduziu o tempo desde a primeira visita a CPN até o início da TARV de uma média de 5 semanas para 1-4 dias. No entanto, o estudo ressalta que os resultados mais importantes de qualquer tentativa de melhorar os serviços onde decorre a TARV para mulheres grávidas são a transmissão vertical do VIH e a retenção das mães na TARV após o parto. E por isso, se faz necessário um acompanhamento a longo prazo para determinar os resultados em mulheres VIH positivas inscritas neste programa piloto e em seus bebês expostos ao vírus.

No estudo de Fatti et al. (2016), a estratégia utilizada para diminuir significativamente o atraso do início da TARV, foi a de associar o apoio comunitário, que logo mais à frente será abordado, desta forma, o estudo conseguiu que as mulheres grávidas vivendo com VIH iniciassem a TARV e a Zidovudine (ZDV) com atrasos mais curtos.

Visto que o início imediato da TARV é uma intervenção importante para impedir a transmissão mãe-filho do VIH e assim promover a saúde do binômio mãe-bebê, faz-se necessário que as abordagens atuais para iniciar a TARV na gravidez que ainda são problemáticas em muitos contextos, com encaminhamentos entre cuidados pré-natais, e atrasos na preparação do paciente antes do início da TARV sejam mais eficientes, ágeis e assertivos. Estas etapas contribuem para uma proporção considerável de mulheres que não recebem a TARV de forma adequada antes do parto, aumentando assim o risco de transmissão vertical. Não adianta ter a medicação, se a mesma é oferecida tardiamente.

Em relação a capacitação profissional, a cronicidade da SIDA coloca os serviços de saúde, especificadamente os profissionais que atuam diretamente com a doença, em uma posição extremamente importante, não só para garantir a adesão dos pacientes, mas como um elo entre o paciente, a doença e o tratamento (Ribeiro et al., 2006).

Neste contexto, se torna imprescindível o treinamento e orientação dos profissionais, a fim de ofertar, não só uma melhoria do serviço pela perspectiva do profissional, como também, contribuir positivamente nas escolhas daqueles que recebem os serviços. É necessário capacitar estes profissionais, pois não temos como ofertar algo em prol de melhoria, se nem sabemos como agir para tal.

Sendo assim, o estudo de Vogt et al.(2015), teve como intervenção, a capacitação de agentes comunitários, em que foram oferecidos treinamento para técnicas de rastreamento e aconselhamento para os faltosos, e oficinas educacionais, promovendo mensagens básicas de saúde (PTV, e vacinação infantil), com o intuito de rastrear os ausentes do programa de PTV, aumentar a retenção, e assim, diminuir a transmissão vertical. No entanto, neste

estudo, a intervenção com os agentes comunitários de saúde (ACS), não foi tão efetiva, pois não reduziu significativamente a transmissão perinatal do VIH. A retenção melhorou moderadamente durante o período pós-natal, mas a retenção cumulativa diminuiu rapidamente mesmo após a intervenção. Essa pesquisa mostrou que os ACS não são garantia de melhores resultados do programa, embora possam ter um importante valor agregado na implementação de algumas dessas estratégias, pois eles são essenciais na identificação tanto das gestantes que não realizaram o pré-natal e testagem para o VIH nas comunidades que atuam, quanto das vulnerabilidades e risco dessas mulheres. Eles são parte de um conjunto de adaptações necessárias dos sistemas nacionais de saúde, mas não podem superar as deficiências estruturais na prestação de serviços a longo prazo.

No estudo de Suryavanshi et al. (2018), também utilizou-se como estratégia os agentes comunitários associado a uma intervenção móvel. Esta intervenção móvel de saúde foi apoiada por um treinamento comportamental focado em empoderar e motivar os profissionais, de forma a fornecer a eles habilidades de comunicação para envolver os pacientes com mais eficácia. No entanto, teve como perspectiva os desafios, e opiniões sobre a eficácia do programa pela visão destes profissionais. E, nesta perspectiva, foi visto o que era preciso melhorar pra que o programa tivesse êxito. Os profissionais relataram experienciar dificuldades significativas na prestação de cuidados de PTV, nos três níveis avaliados: pessoal (incluía a divulgação de seu próprio status de VIH e os custos de viagem para visitas domiciliares), social (falta de motivação dos pacientes e/ou equipe de saúde, estigma social e comportamento grosseiro da equipe de saúde e sua falta de vontade de prestar serviços de maternidade a mulheres no programa de PTV) e estrutural (incluía normas culturais sobre alimentação infantil, escassez de kits de teste de HIV, escassez de medicamentos antirretrovirais e profilaxia para nevirapina (NVP) infantil e falta de treinamento/conhecimento relacionado às diretrizes de alimentação infantil de PTV pela equipe do hospital). Isso contribuiu para o desenvolvimento de um módulo de treinamento e intervenção, abordando as lacunas de informação e minimizando os desafios da implementação dos serviços de PTV. Todos os ORWs viram o programa de PTV como um programa muito importante para prevenir a transmissão do HIV, ficaram muito satisfeitos com seu trabalho, que facilitou sua implementação e foram motivados a ajudar e fazer a diferença na vida de mulheres soropositivas. O interessante desta intervenção, em comparação com a anterior, é que enquanto no artigo anterior, a intervenção oferecia meios para capacitar os agentes comunitários, neste estudo, foram os próprios agentes comunitários que foram os agentes ativos da mudança, e ofereceram meios para melhorar o programa, fazendo parte do todo, de forma mais engajada e direta, refletindo na sua satisfação pessoal, e melhor consciência do impacto do seu serviço na PTV.

No estudo de Herce et al. (2015), o treinamento e orientação dos profissionais de saúde fizeram parte de uma intervenção composta por 4 linhas de ação. O resultado desta intervenção sugere que o treinamento dos profissionais e a orientação intensiva na prestação

de serviços de PTV, incluindo a Opção B+, podem ter contribuído para um atendimento mais aderente às diretrizes e uma rápida disseminação das melhores práticas.

No estudo de Peltzer et al. (2017), as mulheres grávidas vivendo com VIH, que participaram na condição de intervenção aprimorada, tiveram os Lay Health Worker (LHW), que são membros da comunidade que receberam algum treinamento para promover a saúde ou para realizar alguns serviços de saúde, como agentes atuantes na intervenção, onde foram treinados, e conduziram quatro sessões de pré-natal, duas sessões de pós-parto e sessões de “Proteja sua família”. No entanto, apesar do empenho, a intervenção aprimorada dirigida pelos LHW não mostrou nenhum impacto salutar sobre o status infantil do VIH, adesão à TARV, conhecimento sobre VIH e PTV. Uma das justificativas é que as reduções significativas na PTV, em todos os centros de saúde que tiveram atendimento padrão para o PTV, criaram uma linha de base, sendo este um dos motivos para explicar o nenhum ganho adicional com a intervenção. No entanto, a capacitação dos profissionais se faz importante e necessária para que conheçam a doença, seus estigmas, tratamento e dificuldades de adesão, inclusive para que se estimule a formação de uma rede de proteção e suporte aos pacientes e familiares.

Referente a remuneração dos participantes, o tema é controverso. Alguns a classificam como indevida, exploradora e moralmente condenável, enquanto outros assinalam sua importância para angariar número suficiente de indivíduos participantes (Albuquerque & Barboza, 2016). Incentivos financeiros podem ser utilizados a fim de superar barreiras particulares a certos subgrupos na população pesquisada, como falta de recurso para deslocamento, falta de recurso alimentício, entre outros. Isto pode ser uma alternativa benéfica para atrair as pessoas, principalmente, os participantes de baixa renda, que são normalmente os mais afetados com relação aos cuidados com a saúde.

O estudo de Jones et al. (2013), refere de forma pontual, o incentivo financeiro. Em que os participantes que concluíram todas as avaliações que, com exceção das informações demográficas, foram coletadas na entrada do estudo e dentro de uma janela de 1 a 3 semanas após a sessão final do grupo. Os participantes foram reembolsados por suas viagens durante avaliações e sessões com cupons de alimentos (aproximadamente 10 dólares à época, hoje correspondente a 8,24 euros), e a taxa de retenção para avaliações pós-intervenção foi de 100%. O estudo não deixa claro que o sucesso da taxa de retenção tenha sido pelo reembolso financeiro, mas isso pode ser sim uma explicação.

No estudo de Liu et al. (2019), as gestantes VIH positivas que se submeteram ao pré-natal, receberam incentivos financeiros condicionados à conclusão das etapas da cascata de tratamento da PTV, que seriam: se matricular nos cuidados de pré-natal; dar à luz no mesmo hospital em que se registrou, e retorno ao estabelecimento para obter um teste de diagnóstico precoce do bebê. Os achados do estudo revelam que, a intervenção aumentou a aceitação de duas etapas criticamente importantes na cascata da PTV (dar à luz na mesma

instituição, sendo possível assim administrar a nevirapina ao recém-nascido, e o retorno para o teste de diagnóstico precoce do bebê), quando comparada ao atendimento padrão da PTV sem os incentivos. Neste estudo fica claro que a intervenção obteve êxito por meio do incentivo financeiro, sendo possível utilizar esta estratégia como parte do programa de prevenção a transmissão vertical.

No que concerne ao apoio psicossocial, é preciso operacionalizar uma assistência humanizada, que, além das ações clínicas direcionadas à prevenção e tratamento do VIH/SIDA, também enfatize a condição emocional e sociocultural da gestante (Cartaxo et al., 2013).

No estudo de Igumbor et al. (2019), o apoio psicossocial foi oferecido por mães mentoras, e a intervenção foi bem sucedida, pois teve como resposta maior retenção nos cuidados com o VIH a cada passo da cascata da PTV, nas mães soropositivas e seus filhos expostos ao VIH. Esse achado corrobora com o estudo de Futterman et al. (2010), que também teve como apoio psicossocial mães mentoras, com um acréscimo de ter associado uma intervenção de natureza cognitivo-comportamental, em que o resultado mostrou uma melhora significativamente maior no estabelecimento de apoio social, redução dos escores de depressão, e melhorias no enfrentamento positivo. O maior efeito do programa foi aumentar os escores de conhecimento sobre o VIH, particularmente no que diz respeito à compreensão do significado e da importância da carga viral e dos resultados dos testes de CD4. Esse programa mostrou que essa intervenção pode ser eficaz na transmissão de informações e na melhoria da perspectiva emocional e da esperança de mulheres grávidas VIH positivas. Os dois estudos tiveram como estratégia de intervenção a utilização de mães mentoras, entretanto um obteve uma melhora direta na cascata de intervenção, enquanto o outro trouxe o apoio e informação, agindo de forma indireta na cascata, mas que também tem influência na redução da transmissão vertical. Pois uma vez que a informação seja valorizada, podemos inferir que os pacientes busquem sua adesão, e consequentemente adesão. O estudo de Fatti et al. (2016), não deixa as aquisições conquistadas com o apoio psicossocial, mas explica que provavelmente o apoio individual fornecido por conselheiros da comunidade leiga, treinados nos aspectos psicossociais da gravidez, iniciação e adesão à TARV provavelmente tenha relação na melhoria da iniciação da TARV entre as mulheres que receberam a intervenção. Herce et al. (2015), refere a utilização dos grupos de apoio psicossocial comunitário para mulheres, que foram realizados com a finalidade de reduzir as barreiras individuais à utilização dos serviços de PTV, e como incentivo a participação, e apoio para o desmame seguro da amamentação, onde foi oferecido 2 kg de farinha à base de soja enriquecido com vitamina a essas mães, em cada reunião do grupo, tendo este gerado um resultado positivo, pois, a intervenção alcançou resultados favoráveis, e entre as cinco razões elencadas para explicar o resultado, o apoio psicossocial está relacionado com a possibilidade de reduzir parcialmente as barreiras aos serviços de PTV, melhorar o estigma associado ao VIH e incentivar a adoção dos serviços HIV Testing and Counselling (HTC), TARV

e Early infant HIV diagnosis (EID). Esta estratégia de apoio psicossocial, e acréscimos de suprimentos alimentícios para os bebês, ainda não tinha sido encontrada nos demais estudos, mas se mostrou um acréscimo positivo para programas de PTV. Richter et al. (2014) também referem o apoio psicossocial realizado por pares mentores, e o resultado mostrou que o grupo de intervenção, comparado ao grupo que recebeu atendimento padrão, mostrou probabilidade significativamente menor relacionado ao ARV durante a gravidez. No entanto, no grupo de intervenção, era mais provável que as mulheres pedissem aos parceiros que testassem o VIH, protegessem melhor seus bebês da transmissão do VIH e eram menos propensas a ter humor deprimido e bebês com atraso no desenvolvimento. Embora a adesão aos grupos de intervenção fosse baixa, houve benefícios para a saúde materna e infantil 1,5 meses após o nascimento. De fato, o apoio psicossocial se faz necessário, não apenas por profissionais de saúde, mas de mães mentoras, amigos e familiares, todos eles constituem ferramenta importante, que somadas a outras intervenções, vão gerar resultados significativos para redução da transmissão vertical.

Foi referido em um único estudo desta revisão, Gill et al. (2015), a abordagem de uma estratégia com o uso de uma embalagem com medicação, como forma de minimizar as oportunidades perdidas das grávidas soropositivas, devido as interações limitadas com o sistema de saúde. A medicação pré-embalada mãe/bebê foi desenvolvida para fornecer medicamentos antirretroviral para mulheres grávidas VIH positivas. O estudo revelou que a embalagem ajudou as mulheres na toma adequada da medicação e na promoção de uma gravidez saudável. Foi referido também a qualidade do serviço após a introdução da embalagem, devido a um aconselhamento mais abrangente. Esses achados revelam uma estratégia viável, e aplicável, principalmente para população mais carente, e de áreas de difícil acesso aos serviços de saúde.

No que se refere ao uso dos testes CD4, os testes para a contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ visam o monitoramento da evolução clínica de indivíduos infectados pelo VIH, no início da TARV para novos pacientes. Esse monitoramento possibilita a adoção de terapias preventivas às infecções oportunistas (IO) e busca a efetividade do tratamento.

A contagem de linfócitos T-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias para IO. Com esse exame, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias (Brasil, 2018).

No estudo de Myer et al. (2012), foi utilizado um programa piloto para o início rápido da TARV, de modo a minimizar as barreiras enfrentadas para o início da TARV, como o acesso limitado aos laboratórios, atrasos no transporte de amostras, testes e retorno de resultados. O programa consistia no uso dos testes CD4 no pré-natal, nas mulheres já identificadas com VIH, para definir mulheres elegíveis para TAR com contagem de células CD4 ≥ 535 células/ml,

oferecendo assim o início imediato da TARV no mesmo dia em que a elegibilidade fosse determinada, diminuindo os riscos de transmissão vertical. Essa intervenção teve êxito, pois aumentou a proporção de mulheres grávidas elegíveis a iniciar a TARV antes do parto, e acresceu a duração da TARV antes da entrega, reduzindo o tempo desde a primeira visita do ANC até o início da TARV de uma média de 5 semanas para 14 dias.

No estudo de Altan et al. (2016) a TARV tinha início se CD4 fosse inferior a 350 células/mm³; e em mulheres que apresentavam uma contagem de CD4 superior a 350 células/mm³ iniciou-se a TARV com 25 semanas de idade gestacional e interrompeu a TARV após 6 meses após o parto, e isso trouxe benefícios potenciais para a saúde de mães e bebês com início precoce da TARV.

No entanto, a nova recomendação, considera o uso racional do CD4 e reforça que, em pacientes estáveis, em uso da TARV e com carga viral indetectável, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a detecção precoce de falha virológica (quando há indicação de troca do medicamento antirretroviral). Este aspecto não foi abordado nos estudos, mas se faz relevante considerá-lo em investigações futuras.

Em relação a notificação e vigilância, em Portugal, o sistema de notificação de casos de infeção por VIH e SIDA teve início em 1985, sendo a notificação clínica e com carácter voluntário. Em 1 de fevereiro de 2005 a infeção por VIH integrou a lista de doenças de declaração obrigatória. Atualmente a vigilância epidemiológica nacional, incluindo a infeção por VIH e SIDA, é regida pelo Despacho nº 15385-A/2016, da DGS publicado em 21 de dezembro (Portugal, 2019).

No Brasil, a SIDA foi incluída na relação de agravos de notificação compulsória em 22 de dezembro de 1986 pela Portaria MS nº 542.1. A notificação de HIV/Aids é registrada no Sinan por meio das fichas notificação/investigação em: pacientes com 13 anos de idade ou mais; pacientes menores de 13 anos de idade; crianças expostas ao HIV; gestantes, parturientes e puérperas VIH positivo (Brasil, 2018).

No estudo de Shan et al. (2013), foram notificados por meio de uma rede ativa de vigilância obstétrica, as gravidezes locais em mulheres com VIH diagnosticado e crianças com infeção pelo VIH e bebês nascidos de mulheres infectadas. De 2005 a 2010, o número de mulheres grávidas submetidas ao rastreamento de VIH aumentou duas vezes. Isso significa uma melhor cobertura, de forma a minimizar as subnotificações, e oportunidades perdidas para o tratamento, e efetivar melhorias nas políticas de saúde.

CONCLUSÃO

Neste capítulo são apresentadas as conclusões obtidas com este estudo na área das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA na prevenção da transmissão vertical.

A infecção pelo VIH geralmente ocorre em fase reprodutiva, e assim, envolve a vivência da gravidez e maternidade em diversos aspectos clínicos, sociais e emocionais relacionados a epidemia, necessitando assim de uma atenção urgente e efetiva, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical.

Sabemos que a implementação eficaz da PTV acelera significativamente a taxa de declínio da transmissão do VIH da mãe para o filho se a aplicação for apoiada por boas políticas de saúde em cada país e que o uso adequado dos medicamentos antivirais e acompanhamento médico, reduz a chance para 1%. Por isso é fundamental contar com diagnóstico precoce, pré-natal apropriado e acompanhamento durante o trabalho de parto, o parto e a amamentação, com o intuito de minimizar os riscos de contaminação dos bebês (Friedrich et al., 2016).

Neste âmbito, no decurso do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária decidimos aprofundar os conhecimentos acerca das tendências das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento e as implicações destas na prevenção da transmissão vertical. Os objetivos deste trabalho de investigação foram: Conhecer as intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical e analisar o impacto das intervenções dirigidas às grávidas com diagnóstico positivo para o VIH/SIDA, que já tenham iniciado o tratamento como forma de reduzir a transmissão vertical.

Este trabalho consistiu em uma revisão integrativa, composta pelas cinco etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005): formulação do problema, pesquisa da literatura, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados. Foram incluídos 24 artigos, o maior número de publicações reportou-se ao ano de 2016, o país de maior procedência foram os países africanos, a maior parte dos estudos foram randomizados, a população alvo foram as mulheres e a idade média dos participantes foi inferior a 30 anos. A maioria dos estudos decorreu em centros de saúde, e as intervenções foram categorizadas em 9 temáticas (Aconselhamento, Participação Masculina, TARV, Comunicação, Capacitação profissional, Apoio Psicossocial, Incentivo monetário, Teste CD4 e Notificação e Vigilância). A maior parte dos estudos não incluiu um grupo comparativo, e as intervenções limitaram-

se na sua grande maioria ao período gestacional, o follow-up variou desde as 6 semanas até aos 28 meses pós-intervenção.

Os resultados encontrados nesta revisão corroboram que o aconselhamento é uma intervenção crucial, pois neste período há o aumento de vínculo e confiança no profissional, fazendo com que as mulheres exponham suas dúvidas e medos, deixando-as relaxadas e confiantes, favorecendo o enfrentamento consciente da infecção e captação a TARV. No entanto, precisa-se intensificar ações no sentido da divulgação da soropositividade, pois essa questão ainda é vista como uma barreira, dificultando a adesão ao tratamento, por falta de rede de apoio familiar. A participação masculina se mostrou eficaz, embora não tenha sido associada a adesão a TARV, teve influência positiva na cascata PTV, e seu engajamento neste contexto fez diferença na aceitação dos testes maternos e consultas de pré-natal. Em relação as intervenções sobre início imediato da TARV, estas foram bem-sucedidas, pois houve o aumento na proporção de mulheres elegíveis para a TARV, e diminuição no seu tempo de início para o tratamento. A capacitação profissional, mostrou-se uma intervenção pertinente, visto que o profissional é o elo entre o doente, a doença e o serviço de saúde, e esta se mostrou positiva, pois os profissionais se sentiram engajados e empoderados sobre a importância do seu trabalho e o quanto ele impacta e faz diferença na vida das mulheres soropositivas. Vale ressaltar que as intervenções com os agentes comunitários, embora não tenha sido eficaz na redução da TV, foram importantes na implementação de algumas estratégias na cascata PTV. A intervenção que teve como parte o incentivo financeiro, o estudo não deixou claro que o sucesso da taxa de retenção tenha sido pelo reembolso financeiro, mas isso pode ser sim uma explicação. O outro estudo revelou que a intervenção obteve êxito por meio do incentivo financeiro, em cada etapa da cascata PTV que a mulher cumpria, sendo possível utilizar esta estratégia como parte do programa de prevenção a transmissão vertical. O apoio psicossocial se mostrou eficaz, pois aumentou os escores de conhecimento sobre o VIH, particularmente no que diz respeito à compreensão do significado, da importância da carga viral, dos resultados dos testes de CD4, a perspectiva emocional e a esperança nas mulheres soropositivas, contribuiu assim de forma direta e indireta para a redução da TV, inclusive na redução dos nado-mortos. O estudo deixou claro o que ocasionou esse resultado, embora seja plausível dizer que o aconselhamento e apoio e assistência social possam ter melhorado o estado nutricional materno, o que é um importante preditor de melhores resultados ao nascer. A medicação pré-embalada se mostrou uma estratégia viável, e aplicável, principalmente para população mais carente, e de áreas de difícil acesso aos serviços de saúde e teve como resultado a toma adequada da medicação, e promoção de uma gravidez saudável. Sobre o teste CD4, este trouxe benefícios potenciais para a saúde de mães e bebês com início precoce da TARV, diminuindo principalmente os riscos de transmissão vertical. Por fim, a notificação e vigilância, que já é tida como obrigatória tanto em Portugal, como no Brasil, revelaram que o número de mulheres grávidas submetidas ao rastreamento de VIH duplicou. Isso significa

uma melhor cobertura, de forma a minimizar as subnotificações, e oportunidades perdidas para o tratamento, e efetivar melhorias nas políticas de saúde.

Sendo assim, os resultados permitem responder à questão de investigação e perceber que existem intervenções que não estão nos protocolos padrão do VIH/SIDA, mas que possuem eficácia na prevenção da transmissão vertical, pois, independente das estratégias utilizadas, os resultados apontaram efeitos benéficos, quer a nível físico, emocional e social, e apresentaram resultados na redução da transmissão vertical, na adesão ao tratamento e redução dos nado-mortos. Além disso permite perceber que, para se obter sucesso nas políticas atuais de tratamento e acompanhamento de gestantes infectadas pelo VIH durante o pré-natal, parto e pós-parto, a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão e retenção ao tratamento, como a não aceitação da soropositividade, a falta de rede de apoio, a não divulgação do status de soropositividade, os efeitos colaterais, a falta de confiança no profissional de saúde, a falta de compreensão da importância da medicação.

Para a redução da transmissão vertical do VIH, é necessário que os serviços de saúde estabeleçam confiança e respeito, de forma a favorecer o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo a atenção completa e assertiva, acessibilidade aos serviços de saúde durante todo o contexto gravídico e pós-parto com profissionais de saúde capacitados, serviços de aconselhamento, disposição de testes de VIH gratuitos; laboratório disponíveis e ágeis para monitorar os parâmetros sanguíneos do VIH de forma a diminuir os atrasos na iniciação do tratamento.

Como limitações do estudo, identifiquei o fator tempo, delimitado pelo contexto do mestrado (aproximadamente 1 ano), pois considero que com mais tempo esta revisão poderia ter sido mais aprofundada, uma vez que o estudo sobre intervenções dirigidas às grávidas com VIH/SIDA possui muitas vertentes e todas elas de extrema importância. Esta revisão demonstra apenas uma parte daquilo que poderia ser abordado no que toca ao impacto das intervenções dirigidas às grávidas com VIH/SIDA.

Além disso, a não atualização da pesquisa à data atual, e o fato de não terem sido encontrados estudos realizados na Europa, uma vez que este estudo faz parte de um com dimensões maiores que envolve Portugal, também se apresentam como limitação.

Este trabalho permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção de uma melhor assistência a nível de escuta, de aconselhamento e orientação sobre aspectos relacionados ao VIH/SIDA, a adesão e retenção ao tratamento, a importância deste para redução da transmissão vertical, e, consequentemente, na melhoria da qualidade de vida destas mulheres e famílias envolvidas.

Como possibilidades de pesquisas futuras, pretende-se colaborar na elaboração de programas destinados às grávidas com diagnóstico positivo para o HIV/AIDS que já tenham

aderido ao tratamento para reduzir a transmissão vertical, utilizando as temáticas levantadas nesta revisão para alavancar a sua taxa de sucesso. Tais programas terão grande apelo de aplicação em Portugal e no Brasil, pois a revisão foi construída no contexto de saúde dos dois países, entretanto, não há impedimento de aplicação em outros países, desde que se respeite as devidas particularidades.

Além disso, esta revisão pode ser expandida, de forma a abordar com mais profundidade todas as vertentes relacionadas com as intervenções dirigidas das as grávidas com VIH/SIDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A., & Barboza, H. H. (2016). Remuneração dos participantes de pesquisas clínicas: Considerações à luz da Constituição. *Revista Bioética*, 24(1), 29-36.
- Altan, A. M. D., Taafo, F., Fopa, F., Buonomo, E., Marazzi, M. C., Nielsen-Saines, K., Orlando, S., Scarcella, P., Ciccacci, F., Mancinelli, S., Lio, M. M. S., & Palombi, L. (2016). An assessment of option B implementation for the prevention of mother to child transmission in Dschang, Cameroon: Results from the DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition) cohort. *The Pan African Medical Journal*, 23, 72. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.72.7958>
- Angola. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA. (2015). *Normas de Tratamento Antirretroviral*. Ministério da Saúde. https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-05/Angola_Nat_Guidelines_ART_2015_pt.pdf
- Araújo, A. M. (2015). *Retratos da AIDS: Um estudo preliminar a partir de obras audiovisuais selecionadas* [Universidade Federal Fluminense]. http://www.pordentrodaafrica.com/wp-content/uploads/2015/12/ANDRÉ_TCC_final.pdf
- Araujo, E. S. P., Friedman, R. K., Camacho, L. A. B., Derrico, M., Moreira, R. I., Calvet, G. A., de Oliveira, M. S., Veloso, V. G., Pilotto, J. H., & Grinsztejn, B. (2014). Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 18(3), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2013.11.002>
- Audet, C. M., Blevins, M., Chire, Y. M., Aliyu, M. H., Vaz, L. M. E., Antonio, E., Alvim, F., Bechtel, R., Wester, C. W., & Vermund, S. H. (2016). Engagement of Men in Antenatal Care Services: Increased HIV Testing and Treatment Uptake in a Community Participatory Action Program in Mozambique. *AIDS and Behavior*, 20(9), 2090-2100. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1341-x>
- Barbosa, T. L. de A., Gomes, L. M. X., Holzmann, A. P. F., Paula, A. M. B. De, & Haikal, D. S. A. (2015). Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: Percepção e prática profissional. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 28(6), 531-538.
- Barroso, L. M. M., & Galvão, M. T. G. (2007). Avaliação de atendimento prestado por

- profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(3), 463-469. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300012>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. *Gestão e Sociedade*, 5(11 SE-Artigos). <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. (2020). *Solidariedade global, responsabilidade compartilhada: 01/12 - Dia Mundial da Aids 2020*. <http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3369-solidariedade-global-responsabilidade-compartilhada-01-12-dia-mundial-da-aids-2020>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2016). *História da aids*. <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2019). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Ministério da Saúde. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. (2007). *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de bolso*. Ministério da Saúde. http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59206/protocolo-bolso02web_1.pdf?file=1&type=node&id=59206&force=1
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Ministério da Saúde. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Transmissíveis. (2018). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde. http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1
- Bucagu, M., & Muganda, J. (2014). Implementing primary health care-based PMTCT interventions: Operational perspectives from Muhima cohort analysis (Rwanda). *The Pan African Medical Journal*, 18, 59. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.18.59.3895>
- Cachay, E. R. (2019). *Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)*.

<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doencas-infecciosas/virus-da-imunodeficiencia-humana-hiv/infeccao-pelo-virus-da-imunodeficiencia-humana-hiv>

- Camargo, A. B. M. (2017). Mortalidade por Aids entre idosos no Brasil. *Anais*, 1-19.
- Campos, D. P., Kanaan, S., Lourenção, L. G., Lopes, V. G. S., & Xavier, A. R. (2020). Clinical and epidemiological profile of pregnant HIV positive pregnant at a municipal hospital in Niterói. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 52, 2288-2295.
- Cardoso, A. J. C., Griep, R. H., Carvalho, H. B. de, Barros, A., Silva, S. B. da, & Remien, R. H. (2007). Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. *Revista de Saúde Pública*, 41, 101-108.
- Cartaxo, C. M. B., Nascimento, C. A. D. do, Diniz, C. M. M., Brasil, D. R. P. de A., & Silva, I. F. da. (2013). Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 419-427.
- Chaves, C., Ramalho, M. J., Carrilho, P., & Araújo, T. (2016). Sida e a mulher. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 31, 100-127.
- Cooper, H. M. (1982). Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*, 52(2), 291-302.
- Coutinho, M. F. C., O'Dwyer, G., & Frossard, V. (2018). Tratamento antirretroviral: Adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde Em Debate*, 42, 148-161.
- Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., & Cardoso, S. M. (2016). VIH/Sida: Situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. *Debater a Europa*, 14, 141-174.
- Diniz, A., Vieira, A., Santos, D., Oliveira, J., Mansinho, K., Serrão, R., Sarmiento e Castro, R., & Branco, T. (2015). *Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH*. <https://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/rede-de-referenciacao-hospitalar/rede-nacional-hospitalar-de-referenciacao-para-a-infeccao-por-vih-pdf.aspx>
- Fatti, G., Shaikh, N., Eley, B., & Grimwood, A. (2016). Effectiveness of community-based support for pregnant women living with HIV: A cohort study in South Africa. *AIDS Care*, 28(sup1), 114-118. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1148112>
- Fernandes, J. R. M., Acurcio, F. de A., Campos, L. N., & Guimarães, M. D. C. (2009). Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1369-1380.
- Fortin, M.-F., & Salgueiro, N. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.

- Friedrich, L., Menegotto, M., Magdaleno, A. M., & Silva, C. L. O. (2016). Transmissão vertical do HIV: Uma revisão sobre o tema. *Boletim Científico de Pediatria-Vol*, 5(3).
- Futterman, D., Shea, J., Besser, M., Stafford, S., Desmond, K., Comulada, W. S., & Greco, E. (2010). Mamekhaya: A pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*, 22(9), 1093-1100. <https://doi.org/10.1080/09540121003600352>
- Galindo, W. C. M., Francisco, A. L., & Rios, L. F. (2013). Subjetividade no aconselhamento em HIV/Aids. *Revista Psicologia Política*, 13(26), 129-145.
- Galvão, M. T. G., & Paiva, S. de S. (2011). Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1022-1027.
- Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- Gill, M. M., Hoffman, H. J., Tiam, A., Mohai, F. M., Mokone, M., Isavwa, A., Mohale, S., Makhohlisa, M., Ankrah, V., Luo, C., & Guay, L. (2015). Pregnant and Postpartum Women's Experiences and Perspectives on the Acceptability and Feasibility of Copackaged Medicine for Antenatal Care and PMTCT in Lesotho. *AIDS Research and Treatment*, 2015, 435868. <https://doi.org/10.1155/2015/435868>
- Guerreiro, C., Aldir, I., Oliveira, J., Mansinho, K., Marques, L., Mendão, L., Doroana, M., Camacho, R., Sarmiento e Castro, R., Dias, S., & Branco, T. (2015). Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2. *Programa Nacional Para a Infecção VIH/SIDA*, 1. pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/recomendacoes-nacionais-/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-2015-pdf.aspx
- Guimarães, M. D. C., Carneiro, M., Abreu, D. M. X. de, França, E. B., Guimarães, M. D. C., Carneiro, M., Abreu, D. M. X. de, & França, E. B. (2017). Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: Motivos para preocupação? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(suppl 1), 182-190. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050015>
- Herce, M. E., Mtande, T., Chimbwandira, F., Mofolo, I., Chingondole, C. K., Rosenberg, N. E., Lancaster, K. E., Kamanga, E., Chinkonde, J., Kumwenda, W., Tegha, G., Hosseinipour, M. C., Hoffman, I. F., Martinson, F. E., Stein, E., & van der Horst, C. M. (2015). Supporting Option B+ scale up and strengthening the prevention of mother-to-child transmission cascade in central Malawi: Results from a serial cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 15(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1065-y>
- Holzmann, A. P. F., Silva, C. S. de O. e, Soares, J. A. S., Vogt, S. E., Alves, C. dos R., Taminato, M., Barbosa, D. A., Holzmann, A. P. F., Silva, C. S. de O. e, Soares, J. A. S.,

- Vogt, S. E., Alves, C. dos R., Taminato, M., & Barbosa, D. A. (2020). Preventing vertical HIV virus transmission: Hospital care assessment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0491>
- Igumbor, J. O., Ouma, J., Otworld, K., Musenge, E., Anyanwu, F. C., Basera, T., Mbule, M., Scheepers, E., & Schmitz, K. (2019). Effect of a Mentor Mother Programme on retention of mother-baby pairs in HIV care: A secondary analysis of programme data in Uganda. *PLOS ONE*, 14(10), e0223332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223332>
- Isoldi, D. M. R. (2019). *Associação da autoestima e do uso de álcool, tabaco e outras substâncias com qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS* [Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28625>
- Jones, D. L., Peltzer, K., Villar-Loubet, O., Shikwane, E., Cook, R., Vamos, S., & Weiss, S. M. (2013). Reducing the risk of HIV infection during pregnancy among South African women: A randomized controlled trial. *AIDS Care*, 25(6), 702-709. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.772280>
- Jordão, B. A., Espolador, G. M., Sabino, A. M. N. F., & Tavares, B. B. (2016). Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 18(2), 26-34.
- Lima, A. C. M. A. C. C., Sousa, D. M. do N., Mendes, I. C., de Oliveira, L. L., Oriá, M. O. B., & Pinheiro, P. N. da C. (2017). Transmissão vertical do HIV: Reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. *Avances En Enfermería*, 35(2), 181-189.
- Lima, T. C., & Freitas, M. I. P. (2012). Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 110-115. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100016>
- Liu, J. X., Shen, J., Wilson, N., Janumpalli, S., Stadler, P., & Padian, N. (2019). Conditional cash transfers to prevent mother-to-child transmission in low facility-delivery settings: Evidence from a randomised controlled trial in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2172-3>
- Lyatuu, G. W., Naburi, H., Urrio, R., Mwashemele, S. Z., Mdingi, S., Panga, R., Koda, H., Chende, Y., Tsere, M., Mhalu, A., Siril, H., Lema, I. A., Aris, E., Muya, A. N., Galanti, M. R., Biberfeld, G., Kilewo, C., & Ekström, A. M. (2018). Engaging community leaders to improve male partner participation in the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *PLOS ONE*, 13(12), e0207986. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207986>
- Makoni, A., Chemhuru, M., Chimbete, C., Gombe, N., Mungati, M., Bangure, D., & Tshimanga, M. (2016). Factors associated with male involvement in the prevention of

- mother to child transmission of HIV, Midlands Province, Zimbabwe, 2015 - a case control study. *BMC Public Health*, 16(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2939-7>
- Manenti, S. A., Galato Júnior, J., Silveira, E. da S., Oenning, R. T., Simões, P. W. T. de A., Moreira, J., Fochesato, C. M., Brígido, L. F. de M., Rodrigues, R., & Romão, P. R. T. (2011). Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 15(4), 349-355. <https://doi.org/10.1590/S1413-86702011000400008>
- Mendes, C. V. D. da S. (2007). *Prevenção da transmissão vertical do HIV: os dilemas do profissional de saúde de uma maternidade no Rio de Janeiro* [Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Dissertação de Mestrado]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5252>
- Myer, L., Zulliger, R., Black, S., Pienaar, D., & Bekker, L.-G. (2012). Pilot programme for the rapid initiation of antiretroviral therapy in pregnancy in Cape Town, South Africa. *AIDS Care*, 24(8), 986-992. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.668173>
- Nance, N., Pendo, P., Masanja, J., Ngilangwa, D. P., Webb, K., Noronha, R., & McCoy, S. I. (2017). Short-term effectiveness of a community health worker intervention for HIV-infected pregnant women in Tanzania to improve treatment adherence and retention in care: A cluster-randomized trial. *PLOS ONE*, 12(8), e0181919. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181919>
- Patricio, F. R. L., Rutherford, G. W., Barreto, J. H. S., Rodamilans, C., & Badaró, R. (2015). Effectiveness of the prevention of mother-to-child HIV transmission in Bahia, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 19(5), 538-542. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bjid.2015.06.006>
- Paula, M. S. de. (2018). *Análise da diversidade genética e mutações no gene da integrase de isolados do HIV-1 de pacientes atendidos no município de Jataí/Goiás* [Universidade Federal de Goiás, Dissertação de Mestrado]. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8470>
- Peltzer, K., Weiss, S. M., Soni, M., Lee, T. K., Rodriguez, V. J., Cook, R., Alcaide, M. L., Setswe, G., & Jones, D. L. (2017). A cluster randomized controlled trial of lay health worker support for prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) in South Africa. *AIDS Research and Therapy*, 14(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12981-017-0187-2>
- Phaswana-Mafuya, N., Peltzer, K., Ladzani, R., Mlambo, G., Davids, A., Phaweni, K., Dana, P., & Ndabula, M. (2011). Pre- and post-intervention assessment of a PMTCT-

- programme-strengthening initiative in a rural area of the Eastern Cape, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 10(1), 83-93. <https://doi.org/10.2989/16085906.2011.575551>
- Pinto, A. C. S., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., & Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *DST J Bras Doenças Sex Transm*, 19(1), 45-50.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Jorge Ricardo. (2019). *Infeção VIH e SIDA em Portugal*. DGS/INSA. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Relat-VIH-SIDA-2019.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2018). *Infeção VIH e SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017*. INSA IP. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5666/5/INSA_Relatorio_VIH_e_SIDA_2017.pdf
- Rachid, M., & Schechter, M. (2017). *Manual de HIV / Aids*. Thieme Revinter. <https://books.google.pt/books?id=WwBnDwAAQBAJ>
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. da P. L., Saldinha, A. A. W., & Castanha, A. R. (2006). Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(1), 75-81.
- Richter, L., Rotheram-Borus, M. J., Van Heerden, A., Stein, A., Tomlinson, M., Harwood, J. M., RoCHAT, T., Van Rooyen, H., Comulada, W. S., & Tang, Z. (2014). Pregnant Women Living with HIV (WLH) Supported at Clinics by Peer WLH: A Cluster Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior*, 18(4), 706-715. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0694-2>
- Rodrigues, S. T. C., Vaz, M. J. R., & Barros, S. M. O. (2013). Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 158-164. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200009>
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P., Rangugni, V., Singh, D. Z., Goltzman, P., Cymerman, P., Vila, M., & Touzé, G. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4), 741-750. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000400013>
- Rustagi, A. S., Gimbel, S., Nduati, R., Cuembelo, M. de F., Wasserheit, J. N., Farquhar, C., Gloyd, S., & Sherr, K. (2016). Implementation and Operational Research: Impact of a Systems Engineering Intervention on PMTCT Service Delivery in Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique: A Cluster Randomized Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72(3), e68-76. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001023>

- Santos, N. J. S., Barbosa, R. M., Pinho, A. A., Villela, W. V, Aidar, T., & Filipe, E. (2009). Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, s321-s333.
- Santos, R. C. S., & Souza, M. J. A. (2012). HIV na gestação. *Estação Científica (UNIFAP)*.
- Santos, W. M., Secoli, S. R., & Püschel, V. A. de A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.
- Scheeffter, R. (1976). Psicologia humanística. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 28(4), 166-169.
- Shan, D., Sun, J., Khoshnood, K., Fu, J., Duan, S., Jiang, C., Zhang, Y., Bulterys, M., Guo, H., Sante, M., Liu, H., & Hu, Y. (2013). The impact of comprehensive prevention of mother-to-child HIV transmission in Dehong prefecture, Yunnan province, 2005-2010: a hard-hit area by HIV in Southern China. *International Journal of STD & AIDS*, 25(4), 253-260. <https://doi.org/10.1177/0956462413499010>
- Silva, C. M. da, Alves, R. de S., Santos, T. S. dos, Bragagnollo, G. R., Tavares, C. M., Santos, A. A. P. dos, Silva, C. M. da, Alves, R. de S., Santos, T. S. dos, Bragagnollo, G. R., Tavares, C. M., & Santos, A. A. P. dos. (2018). Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 1), 568-576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>
- Silva, M. M. da, Vasconcelos, A. L. R. de, & Ribeiro, L. K. de N. P. (2013). Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2131-2135. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161112>
- Silva, T. C. F. da, Sousa, L. R. M., Jesus, G. J. de, Argolo, J. G. M., Gir, E., Reis, R. K., Silva, T. C. F. da, Sousa, L. R. M., Jesus, G. J. de, Argolo, J. G. M., Gir, E., & Reis, R. K. (2019). Factors associated with the consistent use of the male condom among women living with HIV/AIDS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0124>
- Silveira, M. F., Béria, J. U., Horta, B. L., & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36, 670-677.
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., Silva, D. R. A. D., Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Integrative review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

- Sordi, B. A., de Sousa Malcher, C., Lima, M. L. C., & Moreira, A. C. G. (2015). A feminização da aids: Efeitos da moral médica. *Polêm! Ca*, 15(2), 13-28.
- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, Carvalho, R. de, Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Souza, M. V. N. de, & Almeida, M. V. de. (2003). Drogas anti-VIH: Passado, presente e perspectivas futuras. *Química Nova*, 26(3), 366-372. <https://doi.org/10.1590/S0100-40422003000300014>
- Suryavanshi, N., Mave, V., Kadam, A., Kanade, S., Sivalenka, S., Kumar, V. S., Harvey, P., Gupta, R., Hegde, A., Gupte, N., Gupta, A., Bollinger, R. C., & Shankar, A. (2018). Challenges and opportunities for outreach workers in the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT) program in India. *PLOS ONE*, 13(9), e0203425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203425>
- Temerozo, J. R. (2018). *Estudo da participação de proteínas quinases e de reguladores da transcrição na atividade inibitória de VIP e PACAP sobre o HIV-1*.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (2017). *When Women Lead Change Happens: Women Advancing the End of AIDS*. UNAIDS.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (2020). *Estatísticas*. <https://unaids.org.br/estatisticas/>
- Ursi, E. S., & Gavão, C. M. (2006). Prevenção de lesões de pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 124-131. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
- van Lettow, M., Bedell, R., Mayuni, I., Mateyu, G., Landes, M., Chan, A. K., van Schoor, V., Beyene, T., Harries, A. D., Chu, S., Mganga, A., & van Oosterhout, J. J. (2014). Towards elimination of mother-to-child transmission of HIV: Performance of different models of care for initiating lifelong antiretroviral therapy for pregnant women in Malawi (Option B+). *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 18994. <https://doi.org/https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18994>
- Vogt, F., Ferreyra, C., Bernasconi, A., Ncube, L., Taziwa, F., Marange, W., Wachi, D., & Becher, H. (2015). Tracing defaulters in HIV prevention of mother-to-child transmission programmes through community health workers: Results from a rural setting in Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 20022. <https://doi.org/https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20022>

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- Zamboni, A., Thommazo, A. D., Hernandez, E. C. M., & Fabbri, S. (2010). StArt uma ferramenta computacional de apoio à revisão sistemática. *Proc.: Congresso Brasileiro de Software (CBSOFT'10)*, Salvador, Brazil, 91-96.

ANEXOS

ANEXO 1 - Sumário de estudos

Estudo (Primeiro autor, ano)	País	Nº de participantes	Média de idade em anos	Local onde decorre o programa	Tipo de estudo
(Futterman et al., 2010)	África do Sul	83 mulheres	26,1 anos	Clínica de pré-natal	-
(Phaswana-Mafuya et al., 2011)	África do Sul	142 mulheres	-	Clínicas e hospitais	-
(Myer et al., 2012)	África do Sul	98 mulheres	27 anos	Clínica pré-natal	-
(Shan et al., 2013)	China	716 mulheres	-	Centros de saúde materno-infantil, hospitais gerais e clínica pré-natal	-
(Jones et al., 2013)	África do Sul	239 casais (478 indivíduos)	28 anos	Clínica pré-natal	Estudo controlado randomizado
(Bucagu & Muganda, 2014)	Ruanda	700 mulheres	27 anos	Centro de saúde	Estudo de coorte prospectivo
(Araujo et al., 2014)	Brasil	997 mulheres / 1260 bebês	26 anos	Clínica de Assistência Familiar ao HIV	Estudo de coorte retrospectivo
(Richter et al., 2014)	África do Sul	544 mulheres	26,5 anos	Clínica (saúde comunitária ou clínica de saúde primária)	Estudo controlado randomizado por cluster
(van Lettow et al., 2014)	Malawi	457 mulheres	-	Hospitais distritais / Hospital comunitário / Centros de saúde / Clínicas privadas	Estudo de coorte
(Vogt et al., 2015)	Zimbábue	1820 mulheres	27 anos	Unidades de saúde	Estudo de coorte retrospectivo
(Herce et al., 2015)	Malawi	8.441 mulheres	-	Instituições públicas	Estudo transversal seriado
(Patricio et al., 2015)	Brasil	232 crianças	0 a 36 meses	Centro de referência para HIV/AIDS	Estudo transversal
(Gill et al., 2015)	Lesoto	437 mulheres	26 anos	Unidade de saúde	Estudo transversal
(Audet et al., 2016)	Moçambique	2,928 Homens / 4,024 grávidas	25 anos (mulheres)	Clínica na comunidade	-

Estudo (Primeiro autor, ano)	País	Nº de participantes	Média de idade em anos	Local onde decorre o programa	Tipo de estudo
(Fatti et al., 2016)	África do Sul	264 pares mãe-bebê incluídos (528)	-	Instituições públicas urbanas	Estudo de coorte
(Rustagi et al., 2016)	Costa do Marfim, Quênia, Moçambique	-	-	Instituições de Saúde	Estudo randomizado por cluster
(Altan et al., 2016)	Camarões	298 mulheres	30,24 anos	Centro DREAM	Estudo de coorte prospectivo
(Makoni et al., 2016)	Zimbábue	112 homens	32 anos	Hospitais distritais com configurações rurais e urbanas.	Estudo de controle de caso
(Peltzer et al., 2017)	África do Sul	342 mulheres	28 anos	Centro comunitário de saúde	Estudo randomizado controlado por cluster
(Nance et al., 2017)	Tanzânia	866 mulheres	-	Unidades de saúde	Estudo randomizado por cluster
(Suryavanshi et al., 2018)	Índia	60 ORWs (58 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino.)	37 anos (homens e mulheres)	Clínica de pré-natal	Estudo randomizado em cluster
(Lyatuu et al., 2018)	Tanzânia	4.588 mulheres	-	Unidades de saúde	Estudo de avaliação de implementação não randomizado
(Igumbor et al., 2019)	Uganda	1161 pares mãe-bebê (2.322)	menos de 30 anos	Hospitais e centros de saúde	Quase experimental
(Liu et al., 2019)	Nigéria	263 mulheres	28 anos	Hospitais públicos	Estudo controlado randomizado

ANEXO 2 - Sumário de Intervenções

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
1 - (Futerman et al., 2010)	- Apoio de uma mãe mentora; - 8 sessões de um CBI (intervenção cognitivo-comportamental) de Mamekhaya.	Sim	Durante a gestação	6 meses após o parto.	- Conhecimento sobre o HIV, com melhoria na perspectiva emocional e de esperança; - Entendimento da carga viral, dos resultados de CD4 e da eficácia dos ARVs.	
2 - (Phaswana-Mafuya et al., 2011)	- Aconselhamento e teste de HIV; - Planejamento familiar; - Aconselhamento nutricional; - Acompanhamento infantil; - Recursos humanos. - Monitoramento - Avaliação	Não (pré-intervenção e pós-intervenção)	Durante a gestação	28 meses após a implementação	- Conhecimentos sobre HIV; - Conhecimento do programa de PTV; - Testes para o HIV durante a gravidez; - Mulheres cientes do ATV antes de vir para o serviço de saúde; - Mulheres que conheciam o resultado do teste de HIV; - Experiências úteis de aconselhamento pré-teste e / ou pós-teste.	- Nascidos entregues por médicos.
3 - (Myer et al., 2012)	- Uso de testes CD4 para identificar mulheres elegíveis para TARV; - Início imediato da TARV em mulheres elegíveis; - Aconselhamento e apoio intensivo sobre HIV, início da TARV e adesão; - Avaliação quanto ao abuso de substâncias e sofrimento psicológico usando o AUDIT e Kessler-10.	Não	Durante a gestação	aproximadamente até 6 semanas após o parto.	- Proporção de mulheres grávidas elegíveis a iniciar a TARV antes do parto; - Duração da TARV antes do parto, reduzindo o tempo desde a primeira visita do ANC até o início do TARV de uma média de 5 semanas para 14 dias.	

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
4 - (Shan et al., 2013)	- Aconselhamento e testagem, foram fornecidos para mulheres HIV positivas antes, durante e após o parto; - Notificação sobre seu status de HIV positivo e inclusão no sistema de vigilância obstétrica; - Teste de anticorpo anti-HIV realizado em bebês aos 18 meses; - Gestantes infectadas pelo HIV foram solicitadas a tomar zidovudina (AZT) p lamivudina (3TC) p nevirapina (NVP) (CD4 <250 / mm3) ou AZT p 3TC p EFV (CD4 > 250 / mm3) após 3 meses gravidez; - Crianças foram obrigadas a tomar o AZT TC 3TC p NVP.	-	-	-	- Adoção de testes pré-natais de HIV; - Rastreamento de HIV na gravidez; - Acesso à TARV.	- Transmissão vertical.
5 - (Jones et al., 2013)	- Quatro sessões semanais de 90 a 120 minutos, para melhorar a comunicação, negociação sexual, resolução de conflitos, prevenção de DST / HIV, PTV, uso de preservativos masculinos e femininos e questões relevantes ao gênero; - As sessões foram estruturadas, de acordo com o gênero, limitadas a 10 participantes por grupo (masculino e feminino); - As sessões foram conduzidas por dois conselheiros de HIV treinados; - Os participantes foram reembolsados por suas viagens com cupons de alimentação (~ US \$ 10, por visita).	Sim	Durante a gestação	6 a 8 semanas pós-intervenção	- Nenhuma mulher na intervenção soroconverteu entre a entrada no pré-natal e as 32 semanas de gestação; - Conhecimento sobre o HIV; - O uso de estratégias de negociação para resolução de conflitos.	- Redução do sexo desprotegido; - Uso da comunicação negativa e VPI entre casais.

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
6 - (Bucagu & Muganda, 2014)	- Visitas pré-natais (testagem e aconselhamento de HIV, com incentivo a presença do parceiro), parto, e cuidados pós-natais para a mãe e o recém-nascido; - ATR prescrito para grávidas e recém-nascidos; - Apoio a práticas de alimentação de recém-nascidos / bebês e escolhas de planejamento familiar.	-	Durante a gestação	-	- Aceitação de testes e aconselhamento em HIV para parceiros masculinos.	- Taxa de transmissão Vertical.
7 - (Araujo et al., 2014)	- Diagnóstico do HIV antes e durante a gravidez: terapia antirretroviral pré-natal (TARV) + zidovudina intraparto IV (ZDV) + xarope para ZDV + fórmula para o recém-nascido; - Diagnóstico de HIV no trabalho de parto / parto: intraparto IV ZDV + xarope para ZDV + fórmula para o recém-nascido; - Diagnóstico de HIV durante o pós-parto imediato: xarope de ZDV + fórmula para o recém-nascido.	Não	Durante a gestação			- Baixo acesso ao pacote completo de intervenções para a prevenção da transmissão vertical do HIV.
8 - (Richter et al., 2014)	- Atendimento padrão; - Quatro sessões pré-natais e quatro pós-natais em pequenos grupos lideradas por Peer Mentors.	Sim	Durante a gestação	1,5 mês após o nascimento	- Adesão cumulativa às tarefas na cascata da PTV; - Relações com os parceiros e a depressão; - Saúde materna e infantil 1,5 meses após o nascimento.	- Bebês desnutridos e atrofiados após o nascimento.

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
9 - (Van Lettow et al., 2014)	- Quatro “modelos de cuidados”: A) Instituições onde recém-identificados HIV positivos as mulheres são iniciadas e acompanhadas na TARV na clínica pré-natal (ANC) até ao parto; B) Instituições onde mulheres HIV positivas recém-identificadas recebem apenas a primeira dose de TARV na clínica do ANC e ser encaminhado à clínica de TARV para acompanhamento; C) Instituições onde mulheres HIV-positivas recentemente identificadas são encaminhadas do ANC à clínica de TARV para iniciar e acompanhar a TARV; D) Mulheres HIV-positivas que servem como sites de referência de ART (não fornecendo ANC).	Não	Durante a gestação	6 a 12 meses	- Proporção de mulheres testadas para o HIV durante o ANC nas Instituições que aplicam o Modelo A; - Taxas de retenção nas instituições que aplicam o Modelos C e D.	
10 - (Vogt et al., 2015)	- Rastreamento de grávidas e recém-nascidos; - Recrutamento de voluntários como ACS para visitas domiciliares aos faltosos; - Treinamento dos ACS para técnicas de rastreamento e aconselhamento aos para os faltosos; - Oficinas educacionais para os ACS, promovendo msgs básicas de saúde (PTV, e vacinação infantil); - Vigilância da gravidez através de contacto telefónico ou visita domiciliária (inexistência de telefone) ou carta; - Retorno do inadimplente com pelo menos uma sessão de aconselhamento e retorno aos cuidados.	Não (pré-intervenção e pós intervenção).	Durante a gravidez	6 semanas após o parto	- Retenção moderada durante o período pós-natal.	

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
11 - (Herce et al., 2015)	- Treinamento e orientação de profissionais de saúde; - Envolvimento do casal ao teste de HIV, e participação masculina no pré-natal; - Grupos de apoio psicossocial de mulheres; - Fortalecimento dos sistemas de saúde e laboratórios para facilitar o diagnóstico precoce infantil.	-	-	-	- Adesão aos serviços de teste e aconselhamento; - Tratamento anti-retroviral materna; - Profilaxia infantil e diagnóstico precoce.	Bebês infectados pelo HIV.
12 - (Patricio et al., 2015)	- Triagem pré-natal universal para HIV; - Profilaxia antirretroviral para mães e recém-nascidos; - Fornecimento de fórmula livre para evitar a exposição através do leite materno.	Não	Durante a gestação e 36 meses pós parto	-		- Transmissão de VIH entre mãe-bebê.
13 - (Gill et al., 2015)	- Embalagem com medicamentos pré-embalados centralmente para todas as mulheres grávidas.	Não	Durante a gestação	5 meses	- Adesão ao tratamento e promoção de uma gravidez saudável; - Tempo de aconselhamento; - Melhora na qualidade do serviço após a introdução do pacote.	
14 - (Audet et al., 2016)	- Integração de todos os TBAs, no sistema de saúde do governo; - Recrutamento, treino e desenvolvimento "Homens campeões"; - Instituições de Saúde amigas dos homens; - Sessões de aconselhamento para o casal.	Não (pré-intervenção e pós intervenção)	6 meses	6 meses	- Captação de aconselhamento e testes de HIV entre grávidas, devido a aceitação masculina; - Captação abrangente da TARV; - Engajamento masculino, demonstrada na porcentagem de acompanhamento nas consultas; - Comparcimento a consulta durante a gravidez.	

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
15 - (Fatti et al., 2016)	- Aconselhamento sobre iniciação e adesão a TARV; - Apoio psicossocial às mulheres; - Incentivo a aceitação dos componentes da cascata materna da TARV e da PTV.	-	Durante a gestação	6 semanas após o parto	- Início do tratamento antirretroviral pré-natal, e de zidovudine em menos tempo.	Nado-mortos
16- (Rustagi et al., 2016)	- Quantificação das desistências e identificação do número de mãe-bebê que completariam a vigilância se a desistência fosse eliminada; - Mapeamento do fluxo de pacientes e identificação da etapa a adaptar; - Desenvolvimento e implementação de uma "microintervenção"; - Atualização do PCAT e avaliação do impacto da microintervenção nos desistentes; - Modificação da microintervenção inicial ou implementação de uma nova.	Sim	9 meses	1 ano após o início	- Cobertura de tratamento ARV nas mulheres grávidas; - Triagem precoce em bebês expostos ao VIH.	
17 - (Altan et al., 2016)	- Início da ART se CD4 inferior a 350 células/mm³; - Mulheres que apresentaram uma contagem de CD4 superior a 350 células / mm³ iniciou a TARV com 25 semanas de idade gestacional e interrompeu a TARV após 6 meses após o parto; - Amamentação exclusiva, e introdução de alimentos quando a criança atingisse os 5 meses de idade e a desmamar a criança aos 6 meses de idade; - As mulheres que não queriam / não podiam amamentar foram aconselhadas a dar leite em pó exclusivo até os 6 meses de idade; - Exames mensais nas mulheres e aconselhamento nutricional; - Dose única de Neviparina aos bebês no nascimento e avaliação quanto a infecção pelo HIV.	Não	Durante a gestação	6 meses após o parto	- Viabilidade e eficácia da implementação da Opção B; - Saúde de mães e bebês com início precoce da TARV.	- Transmissão vertical; - Baixo peso dos bebês.

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
18 - (Makoni et al., 2016)	- Testagem e aconselhamento com esposa grávida no ANC.	-	6 meses	-	- Níveis de conhecimento foram significativamente altos entre os homens envolvidos na PTV.	-
19 - (Peltzer et al., 2017)	- Padrão de tratamento da PTV; - Três sessões semanais pré-natais de 2 horas em grupo, seguidos por uma sessão individual de aconselhamento e 2 sessões mensais individuais de aconselhamento (uma pré-natal e duas pós-parto) lideradas por funcionários da clínica treinados no estudo.	Sim	Durante a gravidez	Até 12 meses após o parto		- Reduções significativas na PTV, em todos os centros de saúde, que tiveram atendimento padrão para o PTV, criando uma linha de base, sendo este um dos motivos para justificar a nenhum ganho adicional com a intervenção.
20 - (Nance et al., 2017)	1) Ligação formal dos ACS com os serviços de saúde; 2) Aconselhamento sobre adesão à terapia anti-retroviral liderada por ACS; 3) Perda de rastreamento de acompanhamento pelos ACS; 4) Distribuição de Action Birth Cards (ABCs), uma ferramenta de planejamento de nascimentos.	Sim	Durante a gestação	90 dias após o parto	- Adesão à TARV entre as mulheres pós-parto infectadas pelo HIV.	

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
21 - (Suryavanshi et al., 2018)	- Treinamento comportamental especializado dos ORWs; - Scripts e vídeos pré-testados de aconselhamento / educação para a PTV; - Aplicativo de saúde móvel em tablet com envio de alertas automáticos por SMS para telefones celulares dos ORWs e mães matriculadas.	Não (pré-intervenção e pós intervenção)	8 meses		- Conhecimento sobre a importância do programa de PTV; - Satisfação pessoal em nível profissional, e importância e impacto que ele tem na vida de mulheres soropositivas.	
22 - (Lyatuu et al., 2018)	- Sensibilização, e compromisso das equipes de liderança clínica e não clínica para fornecer serviços amigáveis para casais; - Abordagem integrada entre instituições de saúde e comunidade para melhorar a participação de parceiros masculinos no ANC e na PTV; - Construção de parceria funcional entre os prestadores de serviços de saúde e os líderes comunitários locais; - Identificação e envolvimento de campeões de líderes comunitários para a promoção da participação masculina; - Integração da participação masculina nas reuniões comunitárias e ANC; - Desmitificação que as clínicas de CPN são só para mulheres e também sobre o estigma sobre os serviços de HIV.	Sim	Durante a gestação	6 a 9 meses após a intervenção.	- Engajamento e participação ativa dos líderes comunitários; - Teste de HIV para o casal; - Participação de parceiros masculinos nos serviços de ANC e PTV.	

Estudo (Primeiro autor, ano)	Formato da intervenção	Grupo comparativo	Duração	Follow-up	Resultados com melhoria em	Resultados com diminuição em
23 - (Igumbor et al., 2019)	- Padrão de atendimento para a PTV; - Apoio psicossocial fornecido pelas Mães Mentoras do m2m.	Sim	Durante a gestação	6 semanas após o nascimento o, 6 semanas após a interrupção da amamentação e 18 meses após o parto.	- Retenção ao longo da cascata da PTV em todos os momentos medidos; - Mães VIH positivas que permaneceram ativos na TARV 12 meses após o início da TARV; - Mães soropositivas e bebês expostos ao VIH, tiveram maior retenção aos cuidados de com o VIH ao longo da cascata da PTV.	- Perda de acompanhamento após o início do tratamento.
24 - (Liu et al., 2019)	- Chamadas telefônicas; - Mensagens de texto durante a intervenção; - Incentivo financeiro; - Reforço da importância do parto ocorrer no serviço de saúde; - Obtenção de um teste de diagnóstico precoce para o RN.	Sim	Durante a gravidez até 10 semanas após o parto	-	- Parto realizado no hospital; - Teste de diagnóstico precoce no RN; - Administração de nevirapina aos RN nascidos no hospital.	