

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

CARLA FERREIRA BERTOLDO.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO GESTACIONAL

**UBERABA-MG
2014**

CARLA FERREIRA BERTOLDO.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO GESTACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: ELIMAR ADRIANA DE OLIVEIRA

**UBERABA-MG
2014**

CARLA FERREIRA BERTOLDO.

**TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PERÍODO
GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

**UBERABA-MG
2014**

*Dedico este trabalho as pessoas que lutam diariamente ao meu lado, transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência, e coragem, tornando os meus dias mais felizes e bonitos. Aos meus **Pais**, ao meu **namorado**, e à todos da minha **família**. Sem vocês eu não seria nada!*

“O amor é o único nexo permanente válido nas relações familiares. Amar e ser amado é um desejo de todos. E também um direito que a sociedade deveria proteger e estimular.”

(Knobel, 1992).

AGRADECIMENTOS

Ao todo criador, **Deus**, que está acima de todas as coisas deste mundo. Concebendo sempre os nossos desejos e vontades, mesmo quando de forma oculta.

Aos meus Pais, pelo amor e carinho, por me incentivarem e estarem sempre presentes em todos os momentos de minha vida.

Agradeço por me mostrarem que o estudo e a dedicação são os alicerces fundamentais para o crescimento profissional.

Agradeço a todos da minha **família**, que sempre me apoiaram e me deram força, para esse longo trajeto em minha vida e estiveram presentes em todos os momentos de minha vida...

Aos meus **amigos**, pela amizade eterna e por todos esses anos de convivência e amizade.

Aos meus **professores**, pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho e pelo conhecimento transmitido durante todo esse ano.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, realizado com o objetivo de conhecer a nível nacional na área da saúde sobre a atuação da enfermeira durante o pré-natal da gestante soropositiva para o HIV.

Trabalho de atualização sobre a redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV), um dos grandes desafios para a assistência de enfermagem no próximo milênio.

Os resultados apontaram que o papel da enfermeira no pré-natal da gestante soropositiva para o HIV, no Brasil, vai ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde, pois ela executa a consulta de enfermagem, realiza grupos de gestantes, informa as medidas disponíveis para a diminuição da redução da transmissão vertical, a necessidade de não amamentar, a importância do uso de preservativos nas relações sexuais e a testagem do parceiro, dessa forma oportunizando uma qualidade de vida às mulheres soropositivas no período gravídico-puerperal. A enfermeira ainda é descrita como uma profissional capacitada e facilitadora do processo de educação em saúde a partir de um vínculo que estabelece, contribuindo uma relação de confiança entre ela (profissional), a gestante e a família.

Palavra-chave: Pré-natal, Enfermagem, HIV.

ABSTRACT

This is a revision Cross performed in order to meet national output on health on the nurses actions during prenatal care of pregnant women seropositive for HIV.

The results showed that the role of the nurse in prenatal HIV soropositivo pregnant women in Brazil meets the recommendations of the Ministry of Health because she performs nursing consultation, conducts groups of pregnant women, reports the measures available to the decrease in reducing vertical transmission, the need not to breastfeed, the importance of using condoms during sexual intercourse and partner testing, so the opportunity for a quality of life for HIV-positive women during pregnancy and childbirth. The nurse is still described as a professional and skilled facilitator of the process of health education from establishing a bond, contributing a trust relationship between her (professional), the mother and family.
Keyword: Prenatal Care, Nursing, HIV.

SIGLAS

AZT – Zidovutina

CD3 – Contagem de Linfócitos CD3

CD4 – Contagem de Linfócitos CD4

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

TARV – Terapia antiretroviral

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 O PROCESSO INICIAL DA GESTAÇÃO	12
2.2 O DIAGNOSTICO DA DOENÇA.....	12
2.3 AS DOENÇAS QUE REPRESENTAM PERIGO DURANTE A GESTAÇÃO.....	13
2.4 O TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO.....	14
2.5 DESAFIOS VIVENCIADOS A GESTANTES PORTADORAS DE HIV.....	15
2.6 A VIVÊNCIA DO MEDO E PRECONCEITO SOFRIDO PELA GESTANTE.....	16
2.7 A PROBLEMÁTICA DA NÃO AMAMENTAÇÃO.....	18
2.9 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A GESTANTE PORTADORA DE HIV.....	19
3.0 PLANO DE AÇÃO.....	23
3.1 DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS.....	23
3.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	23
3.3 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS SELECIONADOS.....	24
3.4 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	24
3.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRITICOS.....	24
3.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES.	26
3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRITICOS.	25
3.8 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO.....	26
3.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

1-INTRODUÇÃO

Nova Ponte está situada no triângulo mineiro a 80 quilômetros de Uberlândia e 75 quilômetros de Uberaba possui uma população de aproximadamente 13.000 mil habitantes. A população no território de atuação é de 4.789 pessoas a área enfrenta um problema grave que é drogas e alto índice de mulheres infectadas pelo HIV. O objetivo deste estudo é direcionar as ações para o enfrentamento e diminuição da propagação do vírus, e direcionar o tratamento para a gestante HIV soropositivo da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Odelmo Leão Carneiro.

A gestação é um período importante na vida de qualquer mulher, sendo caracterizada por mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais (SCHIMIZU E LIMA, 2009).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com a grávida, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para a mulher e sua família. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança (BRASIL, 2006).

Segundo GALVÃO et al. (2010) O cotidiano da gestante portadora do papiloma vírus humano HIV é denominado por interrogações, dúvidas e incertezas. Ela preocupa-se com a revelação do diagnóstico convive com expectativas quanto ao futuro da criança, se o filho será ou não portador do HIV, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se ela ficará sob os cuidados da família e, ainda, por sofrer diversas situações permeadas por preconceito e estigma. A infecção pelo HIV é, atualmente, um grave problema no contexto da Saúde Pública, de caráter pandêmico, com evolução letal e para a qual não existe, ainda, tratamento curativo ou vacina. Além disso, é uma doença cercada de mitos e preconceitos morais e sociais, que podem afetar o aspecto psicológico, as relações familiares, afetivas, sociais e profissionais do portador.

Sabe-se que, modo geral, a maternidade é um desejo inato de qualquer mulher (OLIVEIRA; JÚNIOR, 2003). Entretanto, embora exista o desejo de concepção, no caso de uma mulher com condição sorológica ao vírus, nota-se que são muitos os impeditivos para que a gestação transcorra de forma tranqüila e natural, tornando-a um momento muito difícil na vida da gestante e uma barreira para a construção do vínculo materno-fetal (OLIVEIRA; JÚNIOR, 2003).

Conforme o Ministério da Saúde, a gestante soropositiva para o HIV necessita de cuidados especiais durante todo seu período gravídico, visto que lhe serão exigidas condutas diferenciadas das demais gestantes. Nesse sentido, enfatiza-se a importância do acompanhamento dessa mulher durante o pré-natal, visando o suporte e

as orientações necessárias a essa futura mãe. Sendo assim, é imprescindível que a enfermeira compreenda o significado desta fase para a gestante soropositiva e sua família para que, desta forma, possa lhe ajudar vivenciar a gravidez com naturalidade, realizar corretamente o tratamento antirretroviral e estimular o vínculo da tríade mãe-bebê-família.

A motivação em abordar essa temática em meu trabalho de conclusão de curso provém em meu interesse pela área de enfermagem obstétrica. Em vários estudos pude observar que ao realizar o pré-natal a enfermeira contribui para a qualidade da assistência prestada às usuárias, sendo fundamental a sua participação, e acompanhamento durante a gravidez. A partir desta observação e, por atuar junto a pesquisas sobre temática HIV/AIDS, surgiu-me o interesse em abordar como objetivo a atuação com gestante soropositivas para o HIV, sendo fundamental a sua participação e acompanhamento durante a gestação.

JUSTIFICATIVA

Acredito que reconhecer como tem sido a atuação da equipe de enfermagem pode possibilitar uma reflexão especificamente, sobre sua atividade diária no atendimento da gestante soropositiva e no cuidado prestado ao binômio mãe-bebê. Além disso, instiga a pesquisadores a aprofundar conhecimentos científicos e abordar o significado de ser soropositiva para o HIV e estar grávida, e a importância do pré-natal para as gestantes soropositivas. Para orientar a revisão integrativa da literatura resolvi elaborar a seguinte questão norteadora: Quais cuidados que podem ser oferecidos pela enfermeira durante o pré-natal da gestante soropositiva?

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é propor um plano de ação para ser implantado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Odelmo Leão Carneiro visando intensificar a busca ativa das mulheres soropositivas. Utilizando o mesmo para que se futuramente a mulher vir a engravidar, saber como tratar de sua doença durante o período gestacional e saber também como cuidar do bebê. Conhecer o que a literatura refere sobre os cuidados da enfermeira durante o pré-natal da gestante soropositiva para o HIV, um dos artigos da minha seleção, afirma que: O papel das enfermeiras vai ao encontro de recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pois executam a consulta de enfermagem, os encaminhamentos necessários, realizam os grupos de gestantes, favorecendo a compreensão da mulher e da família quanto à necessidade do pré-natal, do tratamento do HIV, do ato de não amamentar, a necessidade da testagem do parceiro e uso de preservativo nas relações sexuais, favorecendo o processo de cuidar em saúde.

METODOLOGIA

A metodologia desse contexto trata-se de um estudo da revisão descritiva e qualitativa que é a uma modalidade de pesquisa de revisão, por permitir a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais questões teóricas e empíricas.

2-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2-1 O Processo inicial da gestação.

A evolução da epidemia da AIDS atingiu de forma acentuada as gestantes, suscitando a implementação de políticas públicas como a oferta, durante a assistência pré-natal de sorologia para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) , (French CE, Cortina-Borja,2008).

Para as mulheres, a gravidez e a maternidade refletem expectativas sociais e culturais muito amplas que surgem no imaginário social, ligadas à saúde, à felicidade, à continuidade de sua vida, de sua família e da espécie (PRAÇA, 2009).

2-2 O diagnóstico da doença.

No final dos anos 80, com o aumento da transmissão heterossexual do HIV, a frequência de casos entre as mulheres cresceu consideravelmente: a razão homem/mulher que em 1985 era 28:1 em 2000 tornou-se 2:1 (BRASIL, 2003).

Segundo MayoAbad (2008), essa “feminilização” da AIDS é reflexo do comportamento social da população associado à maior vulnerabilidade do sexo feminino. A mulher, por ter entrado mais tardiamente na dinâmica da doença – não fazia parte dos “grupos de risco” iniciais – sente-se menos exposta. Além disso, especialmente nos países em desenvolvimento é baixo o número de casais que usa preservativo – por resistência do homem, pudor ou falta de iniciativa da mulher e também por pressão da sociedade e religião quanto à questão reprodutiva – e muitas mulheres, embora monogâmicas, adquirem a infecção por promiscuidade do seu parceiro (ARAÚJO, 2008).

Nesse contexto, ter o resultado positivo para o HIV durante o período gestacional pode acarretar um grave impacto na vida das mulheres, pois a maternidade se revela como um sinal de vida e esperança em contraposição à idéia de morte relacionada à AIDS (ARAÚJO et al., 2008).

Estar grávida e ser soropositivo para o HIV implicam em uma rotina repleta de questionamentos, incertezas e insegurança. Pode trazer preocupações e sobrecargas psicológicas relacionado ao enfrentamento do diagnóstico, do *status* de saúde e do estigma do HIV/AIDS, a revelação ou não da doença para a família e a incerteza quanto ao seu futuro e da criança (GONÇALVES; PICCININI, 2008).

A gestação, em particular, induz um processo de introspecção e de preocupação da mulher para com a geração de uma criança sadia (PRAÇA, 2009).

Durante a gravidez ou após o parto, as mulheres falam do medo de morrer e não poder cuidar dos filhos. Isso faz com que desperte a aflição ante o desconhecimento.

Várias patologias podem surgir durante a gestação, descobertas durante o período gestacional devem ser monitoradas de perto pelo médico durante toda gravidez.

É descrita na literatura a associação entre a infecção pelo HIV e alterações metabólicas, hormonais; diminuição da ingestão alimentar e má absorção de nutrientes com conseqüente perda de massa magra, de gordura e de massa corporal, agravados por infecções oportunistas (VICTORA CG E AQUINO EM 2011).

2-3 As doenças que representam perigo durante a gestação.

Todavia, as doenças que geralmente representam perigo durante a gravidez são:

Anemia: A anemia (baixo nível de hemoglobina no sangue) por insuficiência de ferro no sangue ocorre em aproximadamente 20% das grávidas. A falta de células sanguíneas vermelhas e/ou hemoglobina ocasiona a redução da habilidade do sangue transferir oxigênio para os tecidos a hemoglobina (proteína que carrega oxigênio nas células vermelhas do sangue) tem que estar presente para garantir a oxigenação adequada de todos os tecidos do organismo. O ferro é necessário para a formação da hemoglobina materna e fetal, o componente do sangue que transporta o oxigênio. Uma vez que o volume de sangue da mulher aumenta de 25 a 40% durante a gravidez e o bebê está produzindo células do sangue também, a necessidade de ferro aumenta, colocando a mãe em risco de anemia. Durante o último trimestre de gravidez, o bebê recebe uma parte das reservas de ferro necessárias durante os primeiros seis meses de vida (ANUNES, 2012).

Diabetes: Surge em razão da deficiência na produção ou utilização da insulina, que é o hormônio responsável pelo controle dos níveis de açúcar (glicose) do organismo.

O diabetes que a mulher pode ter durante a gravidez é um caso típico. Se diagnosticado corretamente e bem controlado, pode levar a gravidez a termo e a mulher pode ter um bebê saudável.

Sempre lembrando que sua participação é tão importante quanto a de seu médico e que, para o bem da mãe e do bebê, a parceria médico-paciente deve existir para valer (LEITE, 2000).

Hipertensão: hipertensão arterial sistêmica é considerada como uma das mais sérias complicações da gravidez, embora haja um crescente estudo a respeito, nota-se que ainda hoje é a principal causa de mortalidade materna e perinatal, a partir desta investigação conclui-se que, quanto mais cedo acontecer à identificação da doença, maior é a probabilidade de impedir sua evolução (REIMBERG, 2002). Também caracterizada como uma emergência hipertensiva na gestação a pré-eclâmpsia surge normalmente em torno da 20ª e 24ª semanas de gestação e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, edemas, alterações nos reflexos musculares, presença anormal de proteinúria e ganho de peso rápido e progressivo (aproximadamente um quilograma por semana) devido à retenção anormal de fluídos em lugar do acúmulo de gordura, e em casos mais severos, pode surgir cefaléia, edemas nas mãos e pernas, diminuição da acuidade visual e dores abdominais. Se esta doença não for tratada, pode evoluir para uma situação mais grave, a Eclampsia, onde existe o risco de ocorrer alterações da coagulação do sangue, problemas do fígado, convulsões e até mesmo, em casos raros, a morte da mãe ou do bebê (REIMBERG, 2002).

Doença Renal: São os órgãos responsáveis pela filtração do sangue e controle do volume de líquidos, mantendo sempre um equilíbrio perfeito do organismo. Eles eliminam os resíduos e excesso de açúcares, gorduras e proteínas. Quando os rins não funcionam bem, passam a reter substâncias tóxicas no organismo, o que é perigoso. Portanto, as disfunções e afecções renais devem ser combatidas prontamente (BRASIL, 2006).

Doenças Pulmonares: Qualquer doença do pulmão que a gestante sofre o pulmão deve ser monitorada de perto pelo médico durante toda a gravidez. Dentre elas, destacamos: Tuberculose, Enfisema pulmonar, Asma, dentre outras (BRASIL, 2006).

Infecções: Ao passar pelo canal do parto e tomar contato com o colo do útero e a vagina, que contêm bactérias, o bebê está arriscado a contrair alguma infecção.

Segundo, Ministério da Saúde (2006), o bebê pode também, ser infectado pela mãe durante a gravidez com rubéola, hepatite B, sífilis, AIDS, toxoplasmose ou doença de chagas.

Em qualquer um destes casos, o bebê é levado à unidade de terapia intensiva logo após o parto e tratado com antibióticos e com um rigoroso controle da respiração, da temperatura e das perdas que ele tem através de diarreias, vômitos e secreções (BRASIL, 2006).

Ao se deparar com a confirmação de estarem soropositivas para o HIV, as mulheres apresentam reações frente a esta descoberta. Num primeiro momento, estas reações manifestam-se sob a forma de sentimentos de desespero, atribuindo à infecção um fator determinante de sua sentença de morte, levando-as a analisar seus planos familiares (PRAÇA, 2009).

As mulheres passam por uma fase em que pensam na alternativa do abortamento para interromper a gravidez inesperada visando poupar-se da sujeição ao tratamento, ao preconceito e a discriminação social (PRAÇA, 2009).

Descobrir se grávida sem planejamento levou-as a reações de pânico e de desespero por não conseguir enfrentar o fato, prejudicando, a princípio, sua identificação com a condição de ser/estar grávida (PRAÇA, 2009).

Mulheres demonstram receio de ter um filho soropositivo. Estar com AIDS parece ser incompatível com o ser mãe.

A AIDS ainda simboliza uma sentença de morte para muitas pessoas e o papel social da mãe é cuidar do filho, logo, muitas vezes, ela acredita que não cumprirá seu papel, quebrando assim seu contrato social.

2-5 Desafios vivenciados a gestantes portadoras de HIV.

Outros desafios se encontram na dimensão cotidiana das mulheres, as quais vivenciam a gestação com a possibilidade de transmissão do HIV para seu filho, e isso se torna uma de suas maiores preocupações. Devido ao preconceito, convivem com limitações no cuidado de si e na interação social. Essas mulheres expressam esperança, fé, incertezas e buscam o significado da gestação e da vida (Moreira leitão Cardoso, Maria Vera Lúcia 2010).

Conforme Preussler e Eidt (2007), toda mulher, ao gerar um bebê, carrega consigo uma série de preocupações inerentes a esse período de sua vida. Na gestante soropositiva, agrega-se possibilidade da mesma estar gerando uma criança portadora do vírus HIV. Sente-se ela culpada e responsável pela possibilidade de ser a transmissora de uma patologia grave, incurável, sobretudo, não aceita pela sociedade.

Muitas das vezes o parceiro e/ou a família não toma conhecimento da situação de saúde que a gestante está levando. A revelação do diagnóstico torna-se então uma

questão muito delicada sendo apenas mais uma das difíceis situações que a gestante tem que enfrentar.

2-6 A vivência do medo e preconceito sofrido pela gestante.

As mulheres ocultam sua condição sorológica de seus familiares e, por vezes, de seu companheiro sexual, por medo de conseqüências nas relações do cotidiano familiar, social e do trabalho. Convive com a impossibilidade de amamentar, conduta identificada pelo enfaixamento das mamas, que é considerado doloroso e punitivo. No entanto, envolve a possibilidade de manter seu bebê sadio, o que implica aspectos biológicos, sociais, culturais e emocionais (Moreira leitão Cardoso, Maria Vera Lúcia 2010).

Segundo Ministério da Saúde (2006), todas gestantes infectadas que conhecem sua soropositividade, durante a gravidez procuram acompanhamento médico, porque se sentem preocupadas com a saúde do filho que esta sendo gerado. Tem como objetivo esforçar-se ao máximo para que seu bebê nascesse soronegativo para o HIV, para que ela própria se mantivesse saudável para poder cuidar de sua criança. Além disso, as gestantes buscam acompanhamento pré-natal e realiza o tratamento antirretroviral corretamente, pois acreditam nos efeitos dos medicamentos para soro converter o bebê, caso este nascesse infectado para o HIV. Conclui, se que mesmo com a presença do vírus a gestante esforça-se para manter uma vida igual à de qualquer outra pessoa, porque para ela, ser mãe é muito importante. Diante dessas, verificou-se que elas centravam seus esforços para manter a qualidade de vida e para reduzir a transmissão vertical (MOURA 2006).

Sabe-se que a gravidez representa um momento de grandes transformações na vida de uma mulher e no caso de uma gravidez soropositiva requer ainda um cuidado especial, complexo e de difícil aceitação ou mesmo elaboração. Por isso, faz-se necessário a presença dos familiares neste momento do processo gestacional de uma mulher HIV positiva para que a mesma se sinta confortada e com condições de realizar o tratamento (ARAÚJO, 2008). Entretanto, nem sempre essas mulheres podem contar com esse apoio, resistindo em compartilhar o resultado do exame e tendo de enfrentar sozinho todo o sofrimento que essa doença pode gerar.

Toda a presença e apoio de familiares são totalmente indispensáveis na vida dessa gestante, pois o período da amamentação de seu bebê dificulta ainda mais o processo gestacional na vida dessa mulher.

2.8 A problemática da não amamentação.

A amamentação é fundamental na vida e na saúde de um bebê, promove um vínculo afetivo entre mãe e filho, dentre muitas outras vantagens, que a amamentação promove tanto na vida da mãe, quanto na do seu bebê.

A sociedade, em geral, reconhece que a amamentação natural é fundamental ao desenvolvimento e à saúde do bebê, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho, dentre outras vantagens.

Segundo o Ministério da Saúde, a prática do aleitamento materno oferece benefícios, tanto para o crescimento e desenvolvimento lactente, como para a mãe, criança e família, do ponto de vista biológico e psicossocial.

No entanto, esta deixa de ser vantajosa e passa a representar riscos reais para os bebês quando nascidos de mães soropositivas. O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado, entre 7% e 22%, e renova-se a cada exposição/mamada (BRASIL, 2006).

Não poder amamentar é outra problemática enfrentada por essas mulheres, principalmente quando indagadas por terceiros sobre o motivo pela qual a criança não está sendo amamentada (MOURA 2006).

Sobre a alimentação infantil adequada para os bebês de mães HIV positivos, é aconselhado que as mães não alimentem seus bebês com leite materno, e sim utilizem os substitutos do leite materno, conforme o bebê for aceitando, e que sejam seguros e sustentáveis.

No Brasil, a recomendação é que às mães, portadoras do HIV positivo não amamentam seus filhos, nem doem leite para Banco de Leite Humano (BLH). Contra-indica-se também o aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher) orienta-se a “secagem” do leite da lactante e disponibiliza-se gratuitamente a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas (BRASIL, 2003).

O saber cuidar a uma mulher soropositiva para o HIV no ciclo gravídico-puerperal em Enfermagem evidencia uma prática complexa, visto que se trata de um fato existencial que compreende questões que envolvem afeto, sexualidade, cultura, espaço do ser feminino no mundo, dentre outras, inquietações e dificuldades que permeiam a vida dessa mulher e do cuidador em Enfermagem (COELHO E MOTTA, 2002).

Somente orientar corretamente a mulher não é garantia de um processo de maternidade responsável. Muitos outros fatores estão implicados quando se trata do HIV. Nesse sentido, ainda os desafios são muitos para os profissionais da saúde em geral e para enfermeira especificamente. Em virtude disso é que se acredita que a relação entre a enfermeira e a mulher soropositiva deve ser permeada de confiança e solidariedade a fim de que essa gestante enfrente todo o processo de gestação e maternidade com o máximo de segurança e responsabilidade.

Devido à importância e ao significado da gestação da vida de uma mulher, o Ministério de Saúde em 2000, criou um programa, que preconiza um número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, um no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Além disso, garante a realização de uma consulta no puerpério, visando à continuidade e qualidade da assistência. (BRASIL, 2000).

É imprescindível que a gestante realize as consultas de pré-natal corretamente e com responsabilidade, desta forma, ela poderá receber o apoio e as orientações necessárias para assegurar a sua saúde e a do seu bebê.

2-9 A assistência pré-natal a gestante portadora de HIV.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o principal objetivo do pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação das condutas acolhedoras, do fácil acesso a serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, proteção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.

É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a equipe de saúde (RIOS; VIEIRA, 2007). O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo como o novo ser.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher necessita de um acompanhamento e orientação mais de perto para que possa viver o parto de forma positiva e ter menos riscos de complicações no puerpério. Considerando o pré-natal e o nascimento para momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde deve assumir uma postura de educadores

que compartilham saberes, buscando fornecer a mulher autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

De acordo com Duarte e Andrade (2008), a assistência pré-natal não deve restringir às ações clínico obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem.

A realização do pré-natal envolve procedimentos simples, o que permite ao profissional de saúde ouvir a mulher, buscando atender as necessidades que só podem ser percebidas através de um diálogo sincero.

É importante enfatizar que a atenção pré-natal, por não envolver procedimentos complexos, favorece a interação entre o profissional e a gestante e sua família. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com o serviço de saúde durante todo o período gestacional.

Segundo Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério de Saúde (2006), a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. Questionamentos, fantasias, medo, são constantes na vida das gestantes soropositivas e, com frequência, poderão suscitar dúvidas ou necessidades de esclarecimento. Desta forma, saber acolher essa dúvida, sem banalizar suas queixas e estabelecer relações de confiança e respeito mútuos são aspectos importantes do pré-natal. É durante a consulta pré-natal que o profissional de saúde deve dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto.

O cuidado à mulher soropositiva para o HIV tem como responsabilidade permitir um cuidar livre de julgamento e de avaliações sobre estilos de vida, devendo esse tipo de conduta não fazer parte do relacionamento, pois não representa benefício à paciente. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção daquele que realiza o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação (COELHO MOTTA, 2002).

Uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permite à mulher falar de sua intimidade com segurança, ajuda a gestante a construir o conhecimento sobre si mesmo, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis.

A gestação de uma mulher soropositiva deve transcorrer de forma similar à de qualquer gestante, sendo que as peculiaridades da situação serão orientadas por um

profissional que necessita de um conhecimento, sensibilidade, atitudes e comportamentos muito especiais, durante as realizações de consultas do pré-natal. Desta forma, durante o período gravídico-puerperal, a enfermeira fornece às gestantes informações comuns a qualquer gestação, tais como: a importância da realização do pré-natal, o desenvolvimento da gestação, as modificações corporais e emocionais, sintomas comuns na gravidez, sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, febre, perdas vaginais). Além dessas, o enfermeiro auxilia no preparo para o parto, onde a escolha do parto é influenciada pela carga viral materna, sendo, muitas vezes, realizada a cesariana como medida preventiva contra infecção do bebê (BRASIL, 2006). O enfermeiro também informa sobre os benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a lei do Acompanhante, ou seja, a importância da participação do pai durante o parto para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido e também sobre a importância do retorno ao serviço de saúde de sete a dez dias após o parto.

Além dessas informações já preconizadas e estabelecidas, orientar a gestante a cerca da importância da realização do tratamento antirretroviral também é função da enfermeira. Os cuidados desenvolvidos a essa mulher são diferenciados dos dispensados às demais, pois é preciso intervir no que diz respeito à maternidade associada ao vírus, reduzindo ao máximo, as chances de transmissão da mãe para o bebê (COELHO MOTTA, 2002).

Sabe-se que, quanto menor for a carga viral da mãe, menor será a possibilidade de transmissão vertical.

O objetivo da profilaxia com medicamentos antirretrovirais, cujos efeitos visam fazer com que a gestante HIV positiva chegue ao momento do parto com menos carga viral possível, de preferência indetectável ou pelo menos que seja menor que 1.000 cópias virais por ml (MOURA 2006).

A Zidovudina (AZT) pode reduzir a transmissão vertical do HIV em 67,5% devendo ser usada pela mulher a partir da 14ª semana de gestação, na dose diária de 500mg a 600mg até o momento do parto. No trabalho de parto a mulher deve receber AZT injetável até o clampeamento do cordão umbilical. É importante que as mulheres que não receberam terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação recebam AZT injetável durante o trabalho de parto. Já o recém-nascido deve receber AZT – solução oral de 10mg/ml, na dose de 2mg/kg, a cada 6 horas, iniciando-se preferencialmente até a 8ª hora, podendo, entretanto ser iniciada até 24 horas após o parto, e mantida durante seis semanas (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério de saúde de (2007), alguns critérios são preconizados para que a taxa de transmissão vertical seja reduzida. Logo após o parto, o recém-nascido é separado da sua mãe para que alguns cuidados possam ser realizados, por ser filho de uma mãe portadora do vírus HIV o bebê deverá receber cuidados diferenciados, tais como o clampeamento imediato do cordão umbilical, a lavagem da pele com água e sabão, a aspiração das vias aéreas delicadamente, o uso da terapia antirretroviral nas primeiras horas após o parto, somando-se ainda a oferta de leite artificial.

Todas essas medidas utilizadas pelos profissionais logo após o parto podem prejudicar o apego e o vínculo entre mãe e filho nesse primeiro momento. Cabe à enfermeira identificar alternativas para propiciar o vínculo da mãe com seu filho e orientar à gestante ainda durante o pré-natal. A prática da amamentação no peito não pode ser realizada, entretanto, a mãe ao fazer uso de fórmulas infantis, tem condições de proporcionar momentos de intenso prazer por meio uma alimentação artificial, pelo contato olho a olho e a proximidade corporal com o bebê fatores que certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimento de segurança e de proteção para a criança e de autoconfiança e de realização para a mulher (BRASIL, 2003).

A enfermeira deve continuamente motivar à futura mãe sobre alimentar seu bebê com prazer, conversando com ele, acariciando-o, pois este é um dos momentos propícios para a construção do vínculo afetivo entre eles. É de suma importância que pessoas significativas para a gestante, também ofereçam apoio.

Outra orientação diz respeito a abordar a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais. Também informar sobre a necessidade do acompanhamento periódico da criança em serviço especializado de pediatria para crianças expostas ao HIV é uma questão importante que deve ser discutida com a gestante na consulta de pré-natal pela enfermeira. Além, disso pode ser solicitados exames para o monitoramento da situação imunológica (contagem de linfócitos CD3 e CD4) e virologia (quantidade da carga viral), realizados no início do pré-natal e pelo menos no período próximo ao parto (BRASIL, 2001).

A gravidez da mulher com sorologia positiva para o HIV merece uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde. Por exigir, cuidados especiais ao longo do período gravídico-puerperal, é importante que a enfermeira, ao realizar o pré-natal, assista à gestante sanando suas dúvidas e oriente a melhor conduta a ser seguida durante e após a gestação e, ainda, permita que a mulher questione, reflita suas posturas e se torne realmente ativa no processo da maternidade. Pois, compreender o significado de

ser soropositiva para o HIV e estar grávida é fundamental para a enfermeira poder apoiar e orientar essa gestante, visto que, as dificuldades durante a gestação podem afetar não apenas a gestação, mas ter um importante impacto na relação mãe-bebê.

3.0 PLANO DE AÇÃO

Apesar de todos os avanços preventivos e terapêuticos notou-se que gestantes soropositivas para HIV ainda não tinham um suporte efetivo para a doença, com base nestes dados foi realizado um plano de ação para que as prioridades estejam centralizadas em ações que garantam à melhoria do atendimento a gestante portadora do vírus da imunodeficiência adquirida.

3.1 DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS.

Com base no diagnóstico situacional da ESF Odelmo Leão Carneiro evidenciamos que não há nenhuma conduta específica visando apoio a gestantes portadoras do HIV.

3.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.

O teste anti-HIV faz parte de um pré-natal de qualidade, que é um direito de toda gestante. Para poder prevenir a transmissão do HIV da mãe para o bebê, é importante que as gestantes façam o teste anti-HIV durante o pré-natal. Caso a gestante não tenha realizado o teste anti-HIV no pré-natal, é importante fazer o teste rápido na hora do parto, podendo assim ainda prevenir a transmissão do HIV para o bebê.

3.3 DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS SELECIONADOS.

Os exames são pedidos pelo médico ginecologista no início do pré-natal, a gestante realiza todos os exames, incluindo o teste HIV, se o resultado apresentar positivo, é realizado outra amostra de teste, dando esse a conclusão do diagnóstico.

Sendo o diagnóstico positivo: o paciente é encaminhado pelo ginecologista para tratamento e monitoramento no hospital das Clínicas de Uberlândia.

3.4 EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS.

A falta de explicação sobre o teste anti-HIV na gestação implica em medo e desespero. Tornar-se gestante soropositiva para o HIV muda tudo; e não amamentar significa a perda da identidade materna. A descoberta da infecção pelo HIV na gravidez intensifica o medo da transmissão vertical do vírus, o que reforça o sentimento de culpa pela infecção nas gestantes. A vivência da impossibilidade da amamentação é descrita pelas pacientes como uma experiência marcada pelo sentimento de perda de uma etapa fundamental para o exercício pleno da maternidade. Não amamentar o filho foi relatado pelas pacientes atendidas como a denúncia de sua diferença em relação a outras mães. O direcionamento para o acompanhamento pré-natal e o controle da infecção pelo HIV em serviço especializado foi revelado como uma experiência positiva para a maioria das participantes.

3.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.

Há um aumento muito grande na quantidade de mulheres jovens, em idade reprodutiva, isto é, que podem engravidar infectadas pelo HIV, com exemplos:

- Pouca informação.
- Falta de preocupação das famílias.
- Transfusão de sangue.

3.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES.

Para a solução dos nós críticos, foram estabelecidas as operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Odelmo Leão, através de atividades teóricas educativas e atividades práticas. O quadro a seguir apresenta o desenho das operações para os "nós críticos" selecionados.

ATIVIDADES EDUCATIVAS PROPOSTAS	
NÓ CRÍTICO	AÇÃO DA ESF ODELMO LEÃO
Pouca informação	Palestras educativas para orientação.
Falta de acolhimento das próprias famílias	Orientar familiares a interação sobre o assunto
Transfusão de sangue	Testar previamente sangue e hemoderivados para transfusão
Atividade sexual sem uso de preservativo.	Orientar quanto ao uso de preservativos.

Fonte: Autoria própria (2014).

Pouca informação: a intenção das palestras e de distribuição dos panfletos, é esclarecer assuntos relacionados a saúde da gestante e do bebê.

Falta de preocupação das famílias: Orientar que se haja interação dos familiares, para que a gestante se sinta segura, durante todo o processo de sua gestação.

Transfusão de sangue: O HIV pode ser transmitido por meio de transfusão de sangue contaminado. É importante exigir sangue com certificado de teste de AIDS.

Durante atividade sexual sem proteção: O vírus da AIDS pode ser transmitido em toda e qualquer relação sexual – anal, oral e vaginal – com penetração e sem camisinha. O preservativo é necessário do começo ao fim do ato sexual.

3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRITICOS.

No quadro seguir, foram identificados os recursos críticos para execução das operações. Tais recursos não estão disponíveis inicialmente, porém são essenciais para aplicação do projeto.

PROJETO	RECURSOS CRITICOS
Um centro de atendimento especial, a gestantes portadoras do vírus HIV, para acompanhamento e monitoramento;	Político: Apoio da gestão
Saúde e Prevenção na Escola;	Palestras com profissionais de saúde, com abordagem ao assunto, PSE programa saúde na escola.
Prevenção: o melhor remédio;	Distribuição de preservativos e anticoncepcionais.

Fonte: Autoria própria (2014).

3.8 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO.

Considerando que a equipe da ESF Odelmo Leão, não é controladora de todos os recursos necessários, foram identificados os atores controladores e seu provável posicionamento diante do projeto, a fim de se traçar estratégias favoráveis a sua

execução. No quadro a seguir, esta apresentada à proposta de ação para motivação dos atores.

PROJETO	RECURSOS CRITICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRITICOS		OPERAÇÕES ESTRATEGICAS
		QUEM CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
Criação de centro de atendimento especial, a gestantes portadoras do vírus HIV, para acompanhamento e monitoramento;	Político: apoio da gestão	Secretaria Municipal de saúde e coordenação geral das ESFs	A diminuição dos números de casos.	Apresentação do projeto para SMS (Secretaria Municipal de Saúde) e coordenador da Atenção Primária a Saúde.
Saúde e Prevenção na Escola;	Palestras com profissionais de saúde, com abordagem ao assunto.	Secretaria Municipal de saúde e coordenador da Atenção Primária a Saúde.	Orientação sexual precoce para garantir informações para adolescentes.	Já é realizado e inserido no PSE (programa saúde na escola)
Prevenção: o melhor remédio;	Distribuição de preservativos e anticoncepcionais.	Secretaria Municipal de saúde e coordenador da Atenção Primária a Saúde.	Diminuição não do vírus HIV, mas diminuir a taxa de outra DTS.	Já é inserido nas práticas diárias na Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Autoria própria (2014).

3.9 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.

Foram designados os responsáveis e profissionais envolvidos em cada operação e estabelecido um prazo para a sua realização. A seguir apresenta a elaboração do plano operativo.

- Adequar a rede de atenção, revisando fluxos de referência e contra-referência entre serviços de pré-natal e laboratórios de testagem, inclusive utilizando novas tecnologias como teste rápido, que são disponibilizados pelo Governo Federal;
- Estimar as necessidades locais de teste rápido para diagnóstico do HIV.
- Programar e monitorar a vigilância do HIV em gestantes e monitorar as ações de vigilância epidemiológica.
- Monitorar a transmissão vertical do HIV e o tratamento em gestantes e neonatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o número crescente de mulheres infectadas em idade reprodutiva, as gestantes portadoras do HIV constituem uma situação especial para a assistência pré-natal, tanto em relação ao desenvolvimento da gestação e do feto, quanto em relação aos aspectos psicológicos, sociais e familiares. O aprendizado em realizar essa metodologia de pesquisa, os caminhos percorridos, as incertezas e inseguranças foram aos poucos me incentivando a ir em frente e finalizar o trabalho.

Ao rever os objetivos do estudo por muitas vezes, ao ouvir as experiências de vários profissionais, ao certifica-me que realmente na literatura, a atuação da enfermeira que atua no pré-natal de gestantes soropositivas não aparece de maneira visível, mas sim miscigenada ao de todos os membros da equipe de saúde, pude abstrair que é necessária uma maior divulgação por parte dessa profissional de seu papel durante o desenvolvimento do pré-natal.

A enfermeira, pela sua formação, é uma profissional capacitada para atuar ativamente no pré-natal da gestante soropositiva. Na prática ela desempenha essa função, seja nas consultas de enfermagem, na realização de grupos para gestantes ou como integrante de uma equipe multidisciplinar. Após a intensa busca na literatura sobre a temática em estudo, o que foi realizada de maneira exaustiva e trabalhosa, e a leitura de diversos artigos, pode-se inferir que, a enfermeira é descrita como uma profissional importante no desenvolvimento do pré-natal. O estabelecimento do vínculo dessa profissional com a gestante e a sua atenção não apenas para o tratamento medicamentoso, mas também para as demais orientações que a gestante deve receber, é fundamental para o reconhecimento dessa profissional no papel de facilitadora no processo de educação em saúde da mulher soropositiva.

Espera-se que esse estudo possa trazer contribuições para a enfermagem no sentido de disparar reflexões sobre a prática de cuidado à mulher gestante soropositiva e desperte nos profissionais o desejo de descobrir estratégias para visibilizar a atuação da

enfermeira em situações de pré-natal. Que possibilite ao leitor, seja ele acadêmico docente ou profissional, o interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre essa temática tão complexa e permeada de significados ainda desconhecidos e de difícil abordagem para o desenvolvimento de ações de um cuidado a essa parcela da população. Outros estudos ainda precisam ser realizados nas expectativas de assistir esse binômio e sua família no ciclo gravídico puerperal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANUNES BA, **Anemia na Gravidez: uma leitura da patologia**. São Paulo, SP. 2002.

Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros . Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011

ARAÚJO, M.A.L, et. al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 589-94, Set-Out, 2008.

COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. Cuidado a mulher soropositiva no ciclo gravídico-puerperal: percepções de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 55, n. 1 p. 92-100, Jan-Fev. 2002.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. O Significado do pré-natal para mulheres grávidas: Uma experiência do município de Campo Grande. Brasil, **Saúde e Sociedade**, v. 17, n.2, p. 132-9, 2008.

GALVÃO, M.T.G. et al. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 371-6, maio-jun. 2010.

GONÇALVES, T.R.; PICCININI, C.A. Experiência da Maternidade no Contexto do HIV/Aids aos Três Meses de Vida do Bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 459-70, Out-Dez. 2008.

LEITE, S. P. H; **Fatores de Risco Durante a Gravidez**. São Paulo, SP. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MOURA, E.L.; PRAÇA, N.S.; Transmissão Vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 405-13, Mai-Jun, 2006.

OLIVEIRA, L.A; JÚNIOR, I.F. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 315-23, 2003.

PRAÇA NS. **Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico**. São Paulo, SP. 2009.

PREUSSLER, G.M.I.; EIDT, O.R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 117-25, 2007.

RIOS, T.C.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexões sobre consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, Mar-Abr, 2007.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 387-92, Maio-Jun, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais guia de tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Manuais, n.46).

French CE, Cortina-Borja M, Thorne C, Tookey PA. Incidence, patterns, and predictors of repeat pregnancies among HIV-infected women in the United Kingdom and Ireland, 1990-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;59(3):287-93.