Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Adesão ao tratamento do HIV em gestantes: o papel da relação médico-paciente na prevenção da transmissão vertical

Adherence to HIV treatment in pregnant women: the role of the doctor-patient relationship in preventing vertical transmission

Adherencia al tratamiento del VIH en gestantes: el papel de la relación médico-paciente en la prevención de la transmisión vertical

Marcio Peixoto Rocha da Silva[1], Vitória Boiczuk Kleinhans[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar o papel da relação médico-paciente na adesão ao tratamento do HIV durante a gestação, com foco na prevenção da transmissão vertical. **Revisão bibliográfica:** A literatura destacou que, embora a cobertura do pré-natal e da terapia antirretroviral (TARV) seja elevada, a adesão ainda está aquém da meta necessária para eliminar a transmissão vertical. Entre os fatores que comprometem o cuidado, destacam-se o estigma, o medo da revelação do diagnóstico, a ausência de apoio social, barreiras estruturais e falhas na comunicação clínica. Por outro lado, práticas centradas na paciente, fundamentadas em empatia, escuta ativa, comunicação clara e respeito à autonomia, mostraram-se fundamentais para promover vínculos terapêuticos e favorecer a continuidade do tratamento. **Considerações finais:** A adesão ao tratamento do HIV em gestantes é fortemente condicionada pela qualidade da relação médico-paciente. O fortalecimento desse vínculo, aliado a estratégias interprofissionais e à abordagem humanizada, constitui elemento essencial para reduzir a transmissão vertical e alcançar melhores desfechos maternos e infantis.

Palavras-chave: HIV, Gestação, Relação médico-paciente, Adesão ao tratamento, Transmissão vertical.

ABSTRACT

Objective: To analyze the role of the doctor-patient relationship in adherence to HIV treatment during pregnancy, emphasizing the prevention of vertical transmission. **Literature review:** The reviewed literature shows that despite high coverage of prenatal care and antiretroviral therapy (ART), adherence often falls short of the threshold necessary to eliminate vertical transmission. Several factors negatively influence this process, such as persistent stigma, fear of disclosure, insufficient social support, structural barriers, and challenges in doctor-patient communication. These barriers can compromise continuity of care and reduce treatment effectiveness. On the other hand, strategies based on empathy, active listening, clear communication, and respect for autonomy strengthen therapeutic bonds, improve trust, and facilitate treatment adherence. Patient-centered practices proved essential to overcome resistance, foster a sense of safety, and ensure long-term engagement. **Final considerations:** Adherence to HIV treatment among pregnant women is strongly influenced by the quality of the doctor-patient relationship. Strengthening this bond, in association with interprofessional strategies and a humanized approach, is key to reducing vertical transmission and improving maternal and child outcomes.

Keywords: HIV, Pregnancy, Doctor-patient relationship, Treatment adherence, Vertical transmission.

[1] Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo - SP.
[2] Universidade do Contestado, Mafra - SC.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 10/2025** | **PUBLICADO EM: 11/2025**

RESUMEN

Objetivo: Analizar el papel de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento del VIH durante el embarazo, con énfasis en la prevención de la transmisión vertical. **Revisión bibliográfica:** La literatura mostró que, aunque la cobertura del control prenatal y de la terapia antirretroviral (TARV) es elevada, la adherencia sigue por debajo del nivel necesario para eliminar la transmisión vertical. Entre los factores que dificultan el cuidado destacan el estigma, el miedo a revelar el diagnóstico, la falta de apoyo social, barreras estructurales y problemas de comunicación clínica. En contraste, las prácticas centradas en la paciente, basadas en empatía, escucha activa, comunicación clara y respeto a la autonomía, resultaron fundamentales para fortalecer el vínculo terapéutico y garantizar la continuidad del tratamiento. **Consideraciones finales:** La adherencia al tratamiento del VIH en gestantes está influida por la calidad de la relación médico-paciente. Su fortalecimiento, junto con un abordaje interprofesional y humanizado, es esencial para reducir la transmisión vertical y mejorar los resultados maternos e infantiles.

Palabras clave: VIH, Embarazo, Relación médico-paciente, Adherencia al tratamiento, Transmisión vertical.

INTRODUÇÃO

O HIV permanece como um dos maiores desafios da saúde pública global, especialmente na gestação, onde a transmissão vertical ainda representa risco significativo. Desde sua identificação nos anos 1980, destacou-se pela elevada letalidade, rápida disseminação e ausência de cura (LIOI FM, et al., 2023). A transmissão pode ocorrer por via sexual, exposição sanguínea ou verticalmente, da mãe para o feto, sendo esta última de grande relevância no contexto materno-infantil (RACHID M e SCHECHTER M, 2017).

No Brasil, a transmissão vertical constitui a principal via de infecção em crianças, responsável por mais de 90% dos casos de AIDS em menores de 13 anos (BRASIL, 2024). Fatores como carga viral elevada, ausência de terapia antirretroviral, ruptura prolongada da bolsa amniótica, via de parto, prematuridade e uso de drogas aumentam esse risco (TRINDADE LNM, et al., 2021). Estratégias preventivas, como o início precoce da terapia antirretroviral combinada, a cesariana eletiva, a profilaxia perinatal e a suspensão do aleitamento, podem reduzir a taxa de transmissão para 1% a 2% (HOLZMANN APF, et al., 2020). No Brasil, entre 2011 e 2021, a cobertura do tratamento antirretroviral em gestantes aumentou de 92,3% para 94,3%, demonstrando avanços, mas ainda com desafios relacionados à adesão (MIRANDA AE, et al., 2023).

Apesar desse progresso, o estigma social associado ao HIV continua a ser uma barreira para o diagnóstico precoce e a adesão terapêutica. Medo, preconceito, ausência de apoio familiar e desconhecimento dificultam o seguimento clínico, sendo o estigma o fator mais relevante (SOUZA D, et al., 2023). Durante a gestação, essas dificuldades se intensificam, pois esse período já é marcado por vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais, agravadas pela presença de uma condição crônica e estigmatizante (SILVA CB, et al., 2023).

Nesse cenário, a relação médico-paciente assume papel central para favorecer a adesão ao tratamento antirretroviral. O vínculo estabelecido no pré-natal, baseado em escuta ativa, empatia e comunicação clara, contribui para superar barreiras psicossociais e garantir a continuidade do cuidado (PONTIKI G, et al., 2022). A atenção primária à saúde (APS) destaca-se nesse processo por sua capilaridade e longitudinalidade, garantindo o acompanhamento integral, inclusive em áreas rurais com menor disponibilidade de serviços especializados. O objetivo deste estudo foi analisar como a relação médico-paciente influencia a adesão ao tratamento do HIV em gestantes e contribui para a prevenção da transmissão vertical.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Panorama epidemiológico e contexto da transmissão vertical

A infecção pelo HIV mantém relevância epidemiológica entre mulheres em idade reprodutiva e gestantes, constituindo um desafio contínuo para sistemas de saúde no Brasil e em diferentes regiões do mundo. Em Vitória/ES, entre 2000 e 2006, foram notificados 137 casos de gestantes HIV-positivas,

correspondendo a uma prevalência de 0,44%, valor semelhante ao observado em âmbito nacional, evidenciando estabilidade relativa da taxa de infecção em gestantes (VIEIRA ACB, et al., 2011). Dados mais recentes do Ministério da Saúde mostram que, entre 2000 e junho de 2024, houve a notificação de 166.237 gestantes, parturientes ou puérperas com infecção pelo HIV no Brasil. A maioria residia na Região Sudeste (36,7%), seguida das regiões Sul (28,4%), Nordeste (19,4%), Norte (9,5%) e Centro-Oeste (6,0%), indicando disparidades regionais que refletem desigualdades estruturais e assistenciais (BRASIL, 2024).

Embora o percentual de realização de pré-natal seja elevado, próximo a 90%, persistem lacunas críticas na adesão à terapia antirretroviral (TARV). Em 2023, apenas 70,4% das gestantes com HIV fizeram uso de TARV durante o pré-natal, abaixo da meta de 95% estabelecida para a certificação de eliminação da transmissão vertical (BRASIL, 2024). Nesse mesmo período, 12,4% das gestantes não usaram TARV, e em 17,2% dos casos essa informação foi ignorada nos registros, sinalizando fragilidade na vigilância epidemiológica e no acompanhamento clínico (BRASIL, 2024).

A transmissão vertical continua sendo a principal via de infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos no Brasil. Em 2023, todos os casos nessa faixa etária com categoria de exposição conhecida foram atribuídos à transmissão vertical (BRASIL, 2024). Além disso, chama atenção o aumento de 29,8% nos casos de transmissão vertical em adultos, que passaram de 601 em 2019 para 780 em 2023, revelando que a vulnerabilidade persiste em diferentes fases do ciclo de vida (BRASIL, 2024).

Em termos de tendência histórica, houve uma redução de 60,2% nos casos de aids em crianças menores de 5 anos entre 2013 e 2023, correspondendo a uma diminuição média de 27 casos ao ano. No entanto, observou-se um aumento de 34,4% entre 2021 e 2022, quando os casos passaram de 163 para 219, possivelmente associado a dificuldades de acesso aos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2024).

Comparativamente, a América Latina enfrenta desafios semelhantes. Entre 2010 e 2020, muitos países da região registraram aumento do número de novos casos de HIV, embora as taxas de mortalidade tenham se mantido estáveis ou em queda. No Brasil, a incidência de novas infecções manteve-se estável nesse período (0,25 para 0,23 por 1000 habitantes), enquanto países como Chile e Costa Rica apresentaram crescimento significativo (QUINTÃO BLM, et al., 2022). A cobertura da TARV, apesar de avanços, permanece distante da meta global definida pela UNAIDS, o que reforça a necessidade de estratégias mais efetivas (QUINTÃO BLM, et al., 2022).

Em outras regiões, como na África, a prevalência de HIV entre mulheres em idade reprodutiva é de 4,34%, sendo que fatores como idade materna, nível educacional e condição de emprego influenciam diretamente o risco de infecção (GEDEFIE A, et al., 2025). Estudo conduzido na Nigéria mostrou que 7,22% das gestantes vivem com HIV, com variações importantes entre zonas geográficas, evidenciando que políticas de prevenção e tratamento precisam ser sensíveis ao contexto (OZIM CO, et al., 2023).

Além dos indicadores nacionais, a leitura integrada dos dados chama atenção para gargalos assistenciais que extrapolam a disponibilidade de consultas e exames. A proporção de gestantes com informação ignorada sobre uso de TARV e a fração que não utiliza a terapia indicam falhas na coordenação do cuidado e na comunicação entre níveis assistenciais, o que pode levar a atrasos no início do tratamento e a perdas na retenção durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2024). O contraste entre a elevada cobertura de pré-natal e a subutilização de TARV sugere que a qualidade do encontro clínico e a capacidade de manejo de barreiras psicossociais são tão determinantes quanto a oferta de serviços, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social e geográfica (QUINTÃO BLM, et al., 2022). Nesse sentido, metas de eliminação da transmissão vertical requerem monitoramento ativo, busca de faltosos e linhas de cuidado com elos claros entre atenção primária, serviços de referência e vigilância epidemiológica, com ênfase na responsabilidade compartilhada pelos desfechos (BRASIL, 2024).

Fatores psicossociais e adesão ao tratamento

A gestação é um período de maior vulnerabilidade física e emocional, sendo que, entre mulheres vivendo com HIV, esse cenário se intensifica devido ao estigma, ao medo da rejeição e à insegurança

diante da maternidade (CUNHA AC, et al., 2016). O apoio familiar e o suporte social constituem fatores decisivos para adesão à TARV, ao passo que a ausência desse suporte pode agravar quadros de depressão e ansiedade, comprometendo a evolução da gestação e o vínculo mãe-bebê (RAFFO VT, et al., 2021).

No Brasil, estudos qualitativos relatam que a dificuldade de comunicação com o parceiro e o receio de revelar o diagnóstico são barreiras frequentes, somadas à incerteza sobre o futuro do bebê e à tensão sobre a manutenção do sigilo (SILVA CB, et al., 2023). Esses achados convergem com evidências internacionais. Em revisão sobre países de baixa e média renda, apenas 73,5% das gestantes HIV-positivas apresentaram adesão considerada ótima ao tratamento, sendo os principais fatores associados o estresse físico, emocional e econômico, a depressão, o uso de álcool ou drogas e a alta frequência posológica (NACHEGA JB, et al., 2012).

A saúde mental ocupa papel central na adesão. Sintomas depressivos e ansiosos, comuns no ciclo gravídico-puerperal, podem reduzir motivação, memória prospectiva e capacidade de organização, impactando diretamente a tomada dos antirretrovirais e a presença às consultas (CUNHA AC, et al., 2016). Ao mesmo tempo, a negociação do sigilo do diagnóstico com parceiros e familiares expõe a gestante a conflitos interpessoais e a riscos de rejeição, situação que, quando mal conduzida, fragiliza o vínculo com o serviço e a continuidade da TARV (ISMAIL N, et al., 2021). Assim, estratégias de cuidado que reconheçam e acolham esses dilemas subjetivos—como consultas mais longas para escuta e planejamento, envolvimento gradual de pessoas de confiança e planos de segurança quando houver risco de violência—tendem a melhorar a experiência de cuidado e a adesão (LEDDY AM, et al., 2019).

O medo da revelação do status sorológico e o estigma são barreiras amplamente documentadas (ISMAIL N, et al., 2021). Em Uganda, BUREGYEYA E, et al. (2017) observaram que a ausência de apoio do parceiro e de grupos familiares reforça a vulnerabilidade e reduz a adesão, destacando a importância do suporte social estruturado. A violência de gênero também exerce papel significativo, dificultando a testagem, o acesso ao cuidado e a continuidade do tratamento (LEDDY AM, et al., 2019).

Apesar das barreiras, a motivação para cuidar dos filhos aparece como um fator protetor importante. Em estudo com gestantes na África, o desejo de proteger os filhos motivou mulheres a superar barreiras individuais, interpessoais e relacionadas ao sistema de saúde (KANGUYA T, et al., 2022). Esse achado se soma à perspectiva de que a construção de metas de vida associadas ao autocuidado pode melhorar a adesão (DICLEMENTE-BOSCO K, et al., 2022).

O sentido de maternidade opera como potente facilitador psicológico para a adesão, pois conecta o comportamento terapêutico a um projeto de vida concreto — proteger o bebê —, criando oportunidade para intervenção clínica centrada em metas e agência da mulher (KANGUYA T, et al., 2022). A orientação sobre “indetectável = intransmissível” contribui ao reduzir medo e autoculpa, favorecendo autoeficácia e regularidade do tratamento durante a gestação e o puerpério (LIOI FM, et al., 2023). Em síntese, a adesão não é evento isolado, mas processo dinâmico que responde a apoios emocionais, redes sociais e clareza informacional, reforçando a necessidade de planos de cuidado individualizados e revisáveis a cada consulta (MBUAGBAW L, et al., 2020).

Intervenções que abordam barreiras econômicas, logísticas e psicossociais de forma integrada mostram-se mais efetivas para iniciar, manter e ampliar a adesão (MBUAGBAW L, et al., 2020). No Brasil, a relevância desses fatores psicossociais é ainda mais evidente no contexto da Atenção Primária à Saúde, onde a equipe multiprofissional tem maior proximidade com a realidade social das gestantes e pode articular intervenções comunitárias para favorecer a adesão.

Estigma, comunicação clínica e relação médico-paciente

A qualidade da comunicação clínica é um dos principais determinantes da adesão ao tratamento. Estudos apontam que a falta de informações claras e a fragilidade do vínculo com a equipe geram insatisfação e dificultam o seguimento (LEYSER-WHALEN O, et al., 2024). Em hospitais norte-americanos, mais de 40% das gestantes relataram problemas de comunicação durante o pré-natal, e 24% perceberam discriminação durante a internação para o parto, reforçando a magnitude desse problema (ATTANASIO L e KOZHIMANNIL KB, 2015).

A competência comunicacional não se resume à transmissão de informações biomédicas; envolve escuta ativa, validação de sentimentos, linguagem não estigmatizante e pactuação de metas factíveis, sobretudo quando a rotina terapêutica inclui múltiplas tomadas diárias ou efeitos adversos (CROFT RL, et al., 2022). Treinamentos estruturados em comunicação mostram efeito mensurável sobre adesão, e devem integrar programas de educação permanente, com simulações, feedback formativo e supervisão longitudinal (RATKA A, 2018). Esses componentes são particularmente relevantes em contextos de discriminação percebida, nos quais a empatia atua como mediadora para reconstruir a confiança e a participação ativa da gestante no plano terapêutico (LEYSER-WHALEN O, et al., 2024).

No campo do HIV, práticas de empatia e escuta ativa têm mostrado impacto positivo na adesão, satisfação e desfechos clínicos. Empatia pode ser ensinada e desenvolvida durante a formação em saúde, sendo considerada um elemento central da prática clínica (RATKA A, 2018). Treinamentos em comunicação aumentam significativamente as taxas de adesão, chegando a 1,62 vezes mais em pacientes acompanhados por médicos capacitados em relação àqueles sem esse preparo (PONTIKI G, et al., 2022). Estratégias de escuta de alta frequência elevam a percepção de empatia por parte dos usuários, melhorando a relação terapêutica (CROFT RL, et al., 2022).

Em estudo com mulheres afro-americanas vivendo com HIV, práticas de empatia e escuta ativa foram diretamente associadas à maior adesão, demonstrando que intervenções comunicacionais são particularmente relevantes em contextos de vulnerabilidade social (OKORO O e ODEDINA F, 2017).

No campo do HIV na gestação, o alfabetismo em saúde precisa ser trabalhado com materiais e linguagem adequados, checando compreensão por meio de ensinar-de-volta e uso de resumos escritos das condutas, inclusive sobre sinais de alarme e vias de acesso rápido ao serviço (RATKA A, 2018). A abordagem ativa do estigma, com mensagens consistentes sobre direitos, sigilo e não discriminação, e a explicação clara do racional da TARV e do conceito “indetectável = intransmissível”, são pilares para reduzir dúvidas, resistências e abandonos (LIOI FM, et al., 2023).

Outro aspecto fundamental é a disseminação do conceito “indetectável = intransmissível”, que representa um marco na luta contra o estigma. Mulheres que compreendem esse conceito relatam menor ansiedade e maior confiança no tratamento, além de redução do medo de transmitir o vírus ao bebê ou ao parceiro (LIOI FM, et al., 2023). No contexto da gestação, esse conhecimento fortalece a adesão e promove o empoderamento da paciente.

Ética, autonomia e decisão compartilhada

A legislação brasileira assegura o sigilo sorológico, mas sua efetivação depende da prática cotidiana dos profissionais de saúde (BRASIL, 2022). Comunicação empática e respeito à autonomia são centrais para promover a adesão e garantir um cuidado humanizado (FRANÇA GV, 2019).

A literatura destaca que o profissional deve oferecer todas as opções de cuidado disponíveis, baseando-se em evidências e respeitando as decisões da gestante (FRANÇA GV, 2019). A autonomia da mulher durante a gestação e o parto é influenciada pelo estilo de comunicação e pelo modelo de cuidado adotado, sendo maior em contextos centrados na paciente, como aqueles liderados por enfermeiros obstetras e parteiras (VEDAM S, et al., 2019).

A decisão compartilhada alinha preferências e valores da gestante à melhor evidência disponível, diminuindo a assimetria informacional e fortalecendo a autonomia relacional — isto é, exercida em contexto de vínculos e responsabilidades (FRANÇA GV, 2019). Em situações de recusa de condutas recomendadas, a literatura propõe percursos graduais: reconhecer razões, negociar alternativas seguras, revisar barreiras logísticas e psíquicas e manter canais abertos para reavaliação, evitando rupturas assistenciais (WILKINSON D, et al., 2024). Tais práticas protegem o sigilo sorológico e valorizam a dignidade da gestante, ao mesmo tempo em que preservam o foco na redução do risco de transmissão vertical (BRASIL, 2022).

Contudo, dilemas éticos podem surgir quando há recusa de tratamento ou solicitações fora das recomendações científicas. Nesses casos, a literatura aponta a necessidade de ponderar os limites da autonomia, preservando a dignidade e a segurança da gestante e do bebê (WILKINSON D, et al., 2024). A decisão compartilhada aparece, assim, como caminho para equilibrar autonomia e responsabilidade clínica, fortalecendo o vínculo e a confiança entre equipe e paciente.

Atenção Primária à Saúde e abordagem interprofissional

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na prevenção da transmissão vertical, especialmente pela capilaridade e pela longitudinalidade de seu cuidado. O vínculo estabelecido entre profissionais da APS e gestantes favorece a adesão, como descrito em estudos brasileiros (LOPES BB, et al., 2023).

Na APS, o vínculo longitudinal permite identificar precocemente riscos psicossociais e barreiras operacionais (transporte, horários, cuidados de outros filhos), ajustando o plano terapêutico e o calendário de consultas a cada ciclo de vida familiar (PINHEIRO PNC, et al., 2005). As equipes podem estruturar lembretes de comparecimento, sincronia de consultas e dispensações e busca ativa de faltosos, medidas associadas à melhor retenção e continuidade do cuidado (LOPES BB, et al., 2023).

As visitas domiciliares, conduzidas por agentes comunitários de saúde, fortalecem o apoio familiar e comunitário e ampliam a adesão ao tratamento, com repercussões positivas para a saúde materno-infantil (LEVY M, et al., 2021). Entretanto, ainda existem desafios na execução de protocolos, como evidenciado por ARAÚJO TCV e SOUZA MB (2020), que observaram limitações na administração adequada de medicamentos, mesmo com elevada adesão aos testes rápidos.

O achado de dificuldades na administração medicamentosa em serviços de APS indica a necessidade de protocolos operacionais padrão simples, com fluxos para prescrição, dispensação, manejo de reações e encaminhamentos rápidos em intercorrências (ARAÚJO TCV e SOUZA MB, 2020). A experiência de visitas domiciliares e apoio de agentes comunitários mostrou impacto em apoio familiar, adesão e bem-estar materno-infantil, reforçando que intervenções territoriais são decisivas para reduzir iniquidades (LEVY M, et al., 2021). Modelos colaborativos com farmacêuticos comunitários e médicos ampliam a supressão viral e podem ser adaptados ao pré-natal, com revisão de interações, adesão e educação em uso correto (BYRD KK, et al., 2020).

A integração de serviços no pré-natal, como as ações conjuntas para HIV e sífilis, tem se mostrado eficaz para reduzir desfechos negativos e melhorar a qualidade do cuidado (JOSEPH DAVEY D, et al., 2025). Modelos colaborativos entre farmacêuticos comunitários e médicos também mostraram impacto positivo, com aumento de 15% na taxa de supressão viral (BYRD KK, et al., 2020).

A educação permanente e a educação interprofissional são eixos estruturantes para padronizar aconselhamento, atualizar equipes e fortalecer a empatia e o trabalho colaborativo, com reflexos na qualidade do cuidado e nos desfechos (FENN N, et al., 2022). A integração com a vigilância epidemiológica deve prever indicadores de processo e resultado monitoráveis na unidade (por exemplo, proporção de gestantes em TARV, supressão viral no terceiro trimestre e comparecimento ao puerpério), orientando ciclos de melhoria contínua (BRASIL, 2024).

Estratégias clínicas e organizacionais para prevenção da transmissão vertical

A eliminação da transmissão vertical exige não apenas adesão individual, mas também estratégias organizacionais. O reteste universal no terceiro trimestre e a testagem do parceiro são medidas efetivas para identificar infecções incidentes e iniciar TARV precocemente (YANG L, et al., 2023).

Em termos de linha de cuidado, recomenda-se explicitar na unidade os pontos de checagem: testagem na primeira consulta, início precoce de TARV, reteste no terceiro trimestre, condução do parto conforme carga viral e seguimento do binômio no puerpério, com registro padronizado e responsáveis nomeados por etapa (BRASIL, 2024). A definição de prazos-objetivo (por exemplo, início de TARV em até sete dias após diagnóstico) e de atalhos de acesso (agenda protegida, dispensação na própria unidade, contato telefônico ativo) reduz o tempo até a supressão viral e diminui perdas no percurso assistencial (BRASIL, 2024).

No Brasil, a elevada cobertura do pré-natal contrasta com a subutilização da TARV, o que reforça a necessidade de qualificação das equipes e da vigilância ativa (BRASIL, 2024). Experiências internacionais mostram que intervenções multifacetadas — combinando suporte psicossocial, redução de barreiras logísticas e qualificação da comunicação — obtêm melhores resultados de início, adesão e retenção (MBUAGBAW L, et al., 2020).

Além disso, o enfrentamento do estigma e a valorização do apoio emocional são essenciais para que gestantes consigam lidar com o desafio cotidiano de manter a adesão, descrito por SHORE JE, et al. (2020) como um "ato de equilíbrio" entre as exigências da terapia e os encargos emocionais e sociais da gestação.

A experiência internacional reforça que intervenções multifacetadas — combinando suporte psicossocial, redução de barreiras logísticas e qualificação da comunicação — obtêm melhores resultados de início, adesão e retenção (MBUAGBAW L, et al., 2020). No Brasil, tais estratégias precisam dialogar com desigualdades regionais e com a estabilidade/instabilidade das tendências epidemiológicas na América Latina, exigindo adaptação local, metas realistas e avaliação contínua (QUINTÃO BLM, et al., 2022). Consolidar processos centrados na paciente e apoiar o enfrentamento emocional do "ato de equilíbrio" cotidiano descrito na literatura são componentes essenciais para sustentar resultados até o puerpério e além (SHORE JE, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise narrativa realizada permitiu compreender que a adesão ao tratamento do HIV em gestantes não depende apenas de fatores clínicos, mas é fortemente influenciada pelo contexto psicossocial e, sobretudo, pela qualidade da relação médico-paciente. A literatura mostra que o estigma, o medo da revelação do diagnóstico e a ausência de apoio social permanecem como barreiras relevantes, ao passo que práticas comunicacionais pautadas em empatia, escuta ativa e respeito à autonomia podem favorecer vínculos mais sólidos e sustentação terapêutica. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde e a atuação interprofissional despontam como espaços privilegiados para um cuidado integral e humanizado. Mais do que sintetizar evidências, este trabalho buscou ampliar o debate sobre o papel do vínculo terapêutico na prevenção da transmissão vertical, apontando a necessidade de fortalecer políticas, práticas e pesquisas que valorizem a dimensão relacional no acompanhamento de gestantes vivendo com HIV.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO TCV, SOUZA MB. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2020; 54: e03645.
2. ATTANASIO L, KOZHIMANNIL KB. Patient-reported communication quality and perceived discrimination in maternity care. Medical Care, 2015; 53(10): 863-871.
3. BRASIL. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
4. BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
5. BUREGYEYA E, et al. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017; 17(1): 94.
6. BYRD KK, et al. Adherence and viral suppression among participants of the Patient-centered HIV Care Model project: a collaboration between community-based pharmacists and HIV clinical providers. Clinical Infectious Diseases, 2020; 70(5): 789-797.
7. CROFT RL, BYRD CT, KELLY EM. The influence of active listening on parents' perceptions of clinical empathy in a stuttering assessment: a preliminary study. Journal of Communication Disorders, 2022; 100: 106274.
8. CUNHA AC, et al. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. Estudos de Psicologia (Campinas), 2016; 33(4): 601-611.
9. DICLEMENTE-BOSCO K, et al. Empowerment in pregnancy: ART adherence among women living with HIV in Cape Town, South Africa. Social Science & Medicine, 2022; 296: 114738.
10. FENN N, et al. Empathy, better patient care, and how interprofessional education can help. Journal of InterprofessionalCare, 2022; 36(5): 660-669.

11. FRANÇA GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019.
12. GEDEFIE A, et al. Prevalence and determinants of HIV among reproductive-age women (15–49 years) in Africa from 2010 to 2019: a multilevel analysis of demographic and health survey data. Frontiers in Public Health, 2025; 12: 1376235.
13. HOLZMANN APF, et al. Preventing vertical HIV virustransmission: hospital care assessment. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73(3): 1-9.
14. ISMAIL N, et al. Barriers to timely disclosure of HIV serostatus: a qualitative study at care and treatment centers in Dar es Salaam, Tanzania. PLoS One, 2021; 16(8): e0256537.
15. JOSEPH DAVEY D, et al. Opportunities to optimize outcomes of diagnosis and treatment of HIV and syphilis in pregnancy: the quest to eliminate maternal and vertical transmission. Current HIV/AIDS Reports, 2025; 22(1): e0739.
16. KANGUYA T, et al. Identifying barriers to ART initiation and adherence: an exploratory qualitative study on PMTCT in Zambia. PLoS One, 2022; 17(1): e0262392.
17. LEDDY AM, et al. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. BMC Public Health, 2019; 19(1): 897.
18. LEVY M, et al. Health and social outcomes of HIV-vulnerable and HIV-positive pregnant and post-partum adolescents and infants enrolled in a home visiting team programme in Kenya. Tropical Medicine & International Health, 2021; 26(6): 640-648.
19. LEYSER-WHALEN O, et al. Patient-provider satisfaction and communication in U.S. prenatal care: a systematic review. Maternal and Child Health Journal, 2024; 28(9): 1485-1494.
20. LIOI FM, et al. Tratamento como prevenção na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/aids. Acta Paulista de Enfermagem, 2023; 36: 1-11.
21. LOPES BB, et al. Epidemiologia do HIV em gestantes e sua relação com o período da pandemia de COVID-19. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2023; 57: 1-7.
22. MBUAGBAW L, et al. Overview of systematic reviews on strategies to improve treatment initiation, adherence to antiretroviral therapy and retention in care for people living with HIV: part 1. BMJ Open, 2020; 10(9): e034793.
23. MIRANDA AE, et al. Perspectives and challenges for mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B, and syphilis in Brazil. Frontiers in Public Health, 2023; 11: 1182386.
24. NACHEGA JB, et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. AIDS, 2012; 26(16): 2039-2052.
25. OKORO O, ODEDINA F. HIV treatment in African American women—care that makes a difference. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2017; 4(3): 376-384.
26. OZIM CO, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) among pregnant women in Nigeria: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open, 2023; 13(3): e050164.
27. PINHEIRO PNC, et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005; 13(4): 569-575.
28. PONTIKI G, et al. Good communication and trust relationships with women are critical for HIV positive pregnant woman. European Journal of Midwifery, 2022; 6: 1-2.
29. QUINTÃO BLM, et al. Análise comparativa dos casos de HIV na América Latina. Research, Society and Development, 2022; 11(16): e188111637843.
30. RACHID M, SCHECHTER M. Manual de HIV/AIDS. Rio de Janeiro: Thieme Brasil, 2017.
31. RAFFO VT, et al. Os sintomas psicopatológicos na gestação e no puerpério de alto risco: estudo realizado em uma maternidade de um hospital geral de Curitiba-PR. Brazilian Journal of Development, 2021; 7(7): 75059-75071.
32. RATKA A. Empathy and the development of affective skills. American Journal of Pharmaceutical Education, 2018; 82(10): 7192.
33. SHORE JE, et al. The lived experience of antiretroviral therapy for pregnant women: antiretroviral therapy adherence as a balancing act. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2020; 31(4): 448-456.
34. SILVA CB, et al. Young women born with HIV: communication of seropositivity to partners. Saúde em Debate, 2023; 47: 129-141.
35. SOUZA D, et al. Relatos sobre um livro com experiências de estigma/discriminação de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Saúde em Debate, 2023; 47: 264-276.
36. TRINDADE LNM, et al. HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021; 74(Suppl 4): e20190784.
37. VEDAM S, et al. Patient-led decision making: measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. Patient Education and Counseling, 2019; 102(3): 586-594.
38. VIEIRA ACB, et al. HIV prevalence among pregnant women in Vitória, Espírito Santo State, Brazil, 2000–2006. Revista de Saúde Pública, 2011; 45(4): 644-651.
39. WILKINSON D, et al. Ethics round table: choice and autonomy in obstetrics. Journal of Medical Ethics, 2024; 50(2): 117-124.
40. YANG L, et al. The end is in sight: current strategies for the elimination of HIV vertical transmission. Current HIV/AIDS Reports, 2023; 20(3): 121-130.