



DESVELANDO O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

UNVEILING THE KNOWLEDGE OF HIV PREGNANT WOMEN ABOUT HIV VERTICAL TRANSMISSION

REVELANDO EL CONOCIMIENTO DE GESTANTES SEROPOSITIVAS ACERCA DE LA TRASMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Sabrina Fernanda Andrade Arruda¹, Amanda Haissa Barros Henriques², Janaina von Söhsten Trigueiro³, Monise Gleyce Araújo Pontes⁴, Édija Anália Rodrigues Lima⁵, Isolda Maria Barros Torquato⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. **Método:** estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública de referência em gestação de alto risco do município de Campina Grande/PB, com 10 gestantes soropositivas, a partir de entrevista semiestruturada. As análises dos discursos deram-se a partir da Técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** as gestantes possuem um conhecimento insuficiente acerca das formas de TV do HIV, como também sobre as medidas de prevenção da mesma. **Conclusão:** o desconhecimento acarreta fragilidades na adoção das medidas necessárias para evitar a transmissão vertical, bem como aponta para o fato de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos biopsicossociais, necessitando de atenção multiprofissional. **Descritores:** Gravidez; Infecções por HIV; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of HIV pregnant women about HIV transmission. **Method:** exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed in a reference public hospital in high-risk pregnancies in the city of Campina Grande/PB, with 10 HIV pregnant women, from semi-structured interviews. The analysis of the speeches was from the content analysis technique. **Results:** pregnant women have insufficient knowledge about the VT forms of HIV, as well as on measures to prevent it. **Conclusion:** ignorance causes weaknesses in the adoption of the necessary measures to prevent vertical transmission, and points to the fact that this is a poorly assisted population in their biopsychosocial aspects, requiring multidisciplinary attention. **Descriptors:** Pregnancy; HIV Infections; Vertical Transmission of Infectious Disease.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento de gestantes seropositivas acerca de la transmisión vertical de VIH. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en una maternidad pública de referencia en gestación de alto riesgo del municipio de Campina Grande/PB, con 10 gestantes seropositivas, a partir de entrevista semi-estructurada. Los análisis de los discursos se dieron a partir de la Técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** las gestantes poseen un conocimiento insuficiente acerca de las formas de TV de HIV, como también sobre las medidas de prevención de la misma. **Conclusión:** el desconocimiento acarreta fragilidades en la adopción de las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical, bien como apunta el hecho de que esta es una población aún poco asistida en sus aspectos biopsicossociales, necesitando de atención multiprofesional. **Descritores:** Embarazo; Infecciones por VIH; Trasmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa.

¹Enfermeira, Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: sabrinnafernanda5@gmail.com;

²Enfermeira. Mestra, Egressa, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: amandahaissa@gmail.com; ³Fonoaudióloga e Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: janavs_23@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Discente, Pós-graduação, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: monise_gleyce@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: edijaprof@hotmail.com; ⁶Fisioterapeuta e Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: isoldatorquato@ig.com.br

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o panorama da AIDS sofreu alterações no seu perfil epidemiológico, quando deixou de ser uma doença predominantemente masculina e passou a se fazer presente também na população feminina. Este fato é demonstrado por índices cada vez mais alarmantes, por exemplo, entre 1980 e 1989, eram 1.905 casos, já entre 2000 e 2009, 128.753 casos foram notificados, totalizando 188.396 mulheres infectadas pelo vírus, principalmente aquelas com baixos níveis de renda e escolaridade. Assim, constatou-se não somente a heterossexualização, mas, associada a esta, a feminização, pauperização e a interiorização da epidemia.^{1,2}

Hodiernamente, no contexto mundial, cerca de metade das pessoas que vivem com o HIV é mulher e a probabilidade é de que esse número aumente nos próximos anos, pois a incidência na faixa etária de 13 a 17 anos já é maior entre as meninas do que entre os meninos. É comum as mulheres serem infectadas pelo contato sexual com seus próprios companheiros e, embora tentem praticar o sexo seguro por meio do uso de preservativos, frequentemente, ficam desprotegidas devido à submissão, conduta arraigada na socialização das mulheres no contexto brasileiro e latino-americano.³

Nessa conjuntura, o crescimento no número de mulheres soropositivas em idade reprodutiva traz, como consequência, o aumento nas taxas de transmissão do HIV, significando a possibilidade real de contaminação da criança, chamada de Transmissão Vertical (TV).⁴

Dados revelam que, no Brasil, na última década, foram notificados 41.777 casos de gestantes com HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano. Estima-se que cerca de 65% dos casos de TV ocorra durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% remanescentes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto, através do aleitamento materno, situado entre 7% e 22%, renovado a cada exposição da criança ao peito.^{2,5}

Mediante isto, a população infantil encontra-se em vulnerabilidade, visto que quase todos os casos de AIDS em menores de 13 anos de idade têm a transmissão vertical do HIV como fonte de infecção. Assim, a taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer

interferência, gira em torno de 25,5%, sendo possível reduzir para níveis entre zero e 2% por meio de intervenções preventivas.⁶

Objetivando reduzir as taxas de TV, o Brasil adotou como política pública o oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes durante o acompanhamento pré-natal, além de proporcionar o tratamento com a quimioprofilaxia, caso seja constatada sua soropositividade, o que acaba por reduzir, desta forma, o risco de infecção para a criança.⁷

Porém, para que ocorra a diminuição do risco de infecção, é imprescindível que haja, além de profissionais capacitados para o acompanhamento da mãe e da criança, a participação efetiva das mães em realizar as medidas profiláticas recomendadas, sendo fundamental conhecer a percepção destas em relação a estes cuidados.

Desse modo, o desejo em investigar acerca da TV do HIV surgiu a partir da afinidade de algumas das autoras com a experiência acadêmica e com práxis assistencial em Enfermagem Obstétrica, mantendo um contato mais íntimo com a temática e melhor aprofundamento dos conhecimentos.

Nessa perspectiva, emergiram algumas inquietações sobre o tema, as quais nortearão esta investigação: As gestantes soropositivas estão cientes da possibilidade da TV do HIV para seus filhos? As mães soropositivas conhecem as formas de TV do HIV? As gestantes soropositivas consideram que a adoção de medidas profiláticas pode trazer benefícios para seus filhos?

Para responder a tais questionamentos, objetiva-se analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), situado na cidade de Campina Grande/PB. O ISEA é uma maternidade-escola municipal que desenvolve atividades de assistência e ensino, sendo considerada como referência na macrorregião, atendendo gestantes egressas do pré-natal de baixo e, sobretudo, de alto risco.

Integraram-se ao estudo sete mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar sendo acompanhada pelo serviço de pré-natal de alto risco do ISEA; possuir o diagnóstico de soropositividade para o HIV; concordar em participar livremente do estudo mediante

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados efetivou-se no mês de agosto de 2013, por meio de uma entrevista semiestruturada organizada em duas partes: a primeira, com fins de realizar a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes, e a segunda, no intuito de atender aos objetivos concernentes ao foco do estudo.

Em seguida, houve a transcrição e leitura minuciosa do material empírico, o qual foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin, uma vez que esta permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto através de procedimentos especializados e científicos. Dentro dessa análise, foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos dos sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.⁸

Por tratar-se de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹ e a fim de assegurar o anonimato das participantes, utilizou-se codinomes de estrelas. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e aprovado em 30 de julho de 2013, sob o número CAAE: 15399713.3.0000.5182.

RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos, os achados revelaram que a faixa etária das participantes oscilou entre 28 e 37 anos; grande parte delas tinha baixo nível educacional, variando entre 4 a 7 anos de estudo; a renda familiar mensal se enquadrava em uma média entre 1 e 2 salários mínimos; o estado civil predominante foi a união estável e em relação à ocupação, apenas três gestantes possuíam trabalho remunerado, enquanto as demais referiram ser donas de casa.

No que se refere à caracterização obstétrica das colaboradoras do estudo, observou-se que todas possuíam pelo menos dois filhos vivos e a idade gestacional no momento da entrevista se concentrou entre 12 a 32 semanas. Convém ressaltar que a quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes variou entre 3 e 7 atendimentos. Um dado que merece ênfase é que, dentre as entrevistadas, somente duas descobriram a soropositividade durante a

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

gestação atual e o restante engravidaram cientes desta condição.

As informações expostas até aqui estabelecem uma base para contextualização dos conteúdos expressos durante as entrevistas e, após uma leitura detalhada, nomeou-se a Unidade Temática Central “A vivência da soropositividade ao HIV durante período gestacional”, da qual se originaram quatro categorias, são elas: Conhecimento das gestantes sobre a infecção pelo HIV; A experiência subjetiva da maternidade em contexto de soropositividade; As formas de Transmissão Vertical do HIV sob a ótica das gestantes soropositivas; e Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV.

♦ CATEGORIA I: O conhecimento das gestantes sobre a infecção pelo HIV

Ao serem questionadas a respeito do que sabiam sobre o HIV, a maior parte delas referiu conhecer as formas de transmissão mesmo antes de se infectarem, como fica explícito nos seguintes depoimentos:

Eu sei que é quando a gente tá com AIDS [...] e é uma doença que tem que tratar com muito cuidado porque é séria demais, aí pode até matar se não cuidar né, eu tenho muito medo disso. E que pega por relação sexual sem camisinha, foi assim que eu peguei. (Betria)

O povo diz que é uma doença que vai matando aos poucos, que é muito grave, que a pessoa tem que se cuidar bem. E o tratamento a pessoa tem que saber fazer pra num dá errado, porque se der errado a pessoa pode dar uma recaída, e a pessoa baixar no hospital por conta disso. E eu sei que pega por alicate de unha, transando sem camisinha. (Syrma)

O entendimento predominante nas declarações deste estudo é que a transmissão do HIV se dá por via sexual, evidenciando as relações de gênero como um comportamento socialmente construído por meio do qual é atribuído à mulher o papel de esposa fiel, enquanto a infidelidade do homem é algo esperado e aceito, o que dificulta a negociação do sexo seguro, deixando-a ainda mais vulnerável à infecção pelo HIV.

Eu não usava camisinha, porque eu confiava muito no meu marido, e ele não gostava de usar sabe, aí eu também não me importava, mas por causa disso eu acabei pegando isso. (Betria)

Aí assim, eu sabia que tinha que usar camisinha, mas quando eu fiquei com o pai dele, ele não gostava de usar camisinha, aí acabou acontecendo sem mesmo, só que aí eu acabei pegando AIDS né. (Alifa)

♦ CATEGORIA II: A experiência subjetiva da maternidade em contexto de soropositividade

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

Ao serem indagadas no que diz respeito às experiências relacionadas à gestação, algumas gestantes relataram, inicialmente, a falta de planejamento reprodutivo com consequente gravidez indesejada. Este fato determinou que algumas delas considerassem o aborto como alternativa de solução da situação inesperada visando poupar-se da sujeição ao tratamento, ao preconceito e à discriminação social, como assinalado nas falas:

Eu num queria não, por mim eu mandava tirar, porque a pessoa está grávida com esse problema, é muito difícil pra pessoa. (Electra)

Essa gravidez é uma preocupação... portanto eu não queria que tivesse acontecido essa segunda gravidez, porque eu fico com medo. (Rubídea)

Outro ponto percebido durante as entrevistas foi de que a gravidez, para algumas das mulheres entrevistadas, possibilitou seu reposicionamento diante da doença, resultando em maior adesão ao tratamento, principalmente em benefício dos filhos, e uma sobreposição das questões maternas em relação à sua doença. Nos relatos, nota-se que a maternidade se torna o foco principal, quando a doença passa a ocupar um lugar de menor valor e impacto em suas vidas.

Eu não fico muito preocupada assim comigo mesma... Eu fico preocupada só com o nenê, com a criação dela, em terminar de criar ela, porque é ruim deixar na mão dos outros. (Betria)

Eu tenho medo só da minha filha ser (HIV+), por mim eu nem ligo mais, se eu morrer ou se eu ficar viva pra mim tanto faz. (Syrma)
Pra mim significa ser mãe mais uma vez, é mais uma chance de ser mãe. Porque eu sempre quis ser mãe de novo, aí agora eu consegui e tô muito feliz sabe. (Almeisan)
Pra mim é uma felicidade e uma preocupação né, porque quando eu soube eu fiquei muito feliz, porque eu queria ter um filho, mas eu fico preocupada dele nascer com esse problema. (Meissa)

No que concerne ao medo de estarem gerando uma criança com HIV, as mulheres se preocupam em não transmitir o vírus para a criança, por isso iniciam o tratamento imediatamente.

Eu tenho medo que ele (bebê) se contamine, mas eu tô fazendo o tratamento aqui direitinho para que isso não aconteça. (Alifa)

Eu fico pensando que meu filho vai nascer com esse problema, aí fico muito preocupada sabe, então eu venho e faço todo o tratamento, tomo todos os remédios. (Electra)

Tô fazendo o tratamento que é pra ela ter a oportunidade de nascer sem o vírus. (Almeisan)

◆ CATEGORIA III: As formas de Transmissão Vertical do HIV sob a ótica das gestantes soropositivas

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

Ao serem questionadas acerca do risco de TV, algumas mulheres referiram o parto como principal preocupação, como pode ser observado:

Antes eu não sabia que passava da mãe para o bebê, mas agora eu tô sabendo pode passar no parto e pelo cordão por causa do sangue, aí é muito arriscado. (Alifa)

Na hora do parto, eu tenho medo de transmitir, porque assim dizem que é perigoso né, na hora do parto infectar a criança, eu fico com medo sobre isso aí. (Rubídea)

A amamentação também foi citada pelas gestantes como fator de risco potencial para transmissão materno-infantil, como revelam as próximas narrativas:

Pelo pouco que eu sei que é amamentação, que no leite né, eu só sei essa, por sinal eu não amamentei meu outro filho. (Rubídea)

Pelo leite também passa, aí por isso que não vou poder amamentar ele. (Alifa)

Não pode dar de mamar né, ele vai ter que tomar outro leite, e eu vou tomar o remédio pra parar de descer o leite. (Meissa)

Já com relação à transmissão intrauterina, a mesma foi mencionada por apenas uma das gestantes:

Por que quando a gente tem a criança assim dentro, espera ele dentro da barriga, eu sei que ele nasce com esse problema de todo jeito, por isso que eu nunca quero ter um filho mais. (Electra)

◆ CATEGORIA IV: Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV

O pré-natal foi trazido pelas gestantes como instrumento potencial na prevenção da TV do HIV, visto que consideraram o mesmo fundamental para adoção das medidas necessárias para obtenção da saúde de seus filhos:

O que sei é que tem que fazer o pré-natal aqui e fazer tudo direitinho que eles mandam pra evitar que o nenê pegue né. (Betria)

Fazendo o pré-natal direitinho, é uma das prevenções que a gente deve ter [...] ir ao médico direitinho, fazer o pré-natal e o acompanhamento direitinho, a gente vai ter 99% de chance do nosso bebe nascer com saúde, sem o vírus. (Almeisan)

É importante vir para o pré-natal, fazer o acompanhamento todo. (Alifa)

As falas das entrevistadas revelam também a adesão ao tratamento durante a gravidez como forma de prevenção da TV do HIV, assim como o uso da terapia antirretroviral, após o nascimento:

Ah, eles falam que eu tenho que tomar o coquetel né, e que tem que fazer o tratamento certinho pra proteger minha nenê. Eu me preocupo mais com ela né (a criança), mas aí quando eu tomo os remédios eu fico um pouquinho mais tranquila. (Betria)

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

Tem que tomar os medicamentos que eles mandam, porque aí diminui o vírus e aí não passa pro meu filho. (Alifa)

Tem umas medicações que a gente tem que tomar pra o bebê nascer saudável, então eu tomo tudo. (Almeisan)

Tem né o remédio, eles sempre dão o remédio pra o bebê quando nasce e colocam pra gente também. (Electra)

O nenê tem que tomar o soro assim que nascer pra evitar. (Syrma)

Tem que dar os remédios depois que nasce na hora do parto, pra reforçar né. (Meissa)

A escolha da via de parto também foi alegada, por algumas gestantes, como uma medida na profilaxia TV do HIV, sendo a operação cesariana apontada por elas como a melhor e mais segura opção:

A gente tem de fazer a cesariana pra não passar a doença, que é o contato do sangue né na hora, se o bebe nascer normal ele vai correr o risco de ser um portador. (Almeisan)

Fazer o cesáreo pra ela num correr risco. Ai a doutora disse que a pessoa tem que fazer a cesárea pra ela num correr o risco de pegar. (Syrma)

Por fim, outra forma fundamental de se prevenir a TV do HIV apontada pelas participantes diz respeito a não recomendação do aleitamento materno, levando as puérperas a enfrentarem um grande conflito e gerando sentimentos de medo, tristeza, dor, angústia e culpa, pois além de serem portadoras e transmissoras do vírus, ainda se deparam com a impossibilidade de amamentar os filhos ao expressarem ter recebido orientações para evitar a amamentação natural após o parto:

Não dar de mamar a ela, isso é o que eu fico mais triste, porque o pessoal fala tanto que é importante pro bebê, mas fazer o que, se é pra saúde dela, é isso que importa. (Betria)

Aí eu acho ruim sou sincera, porque dizem que o leite do peito é muito saudável né, faz bem pra criança eu sei, mas ela não vai poder mamar infelizmente. (Rubídea)

DISCUSSÃO

O fato de a maioria das gestantes entrevistadas engravidar mesmo sabendo da soropositividade pode sugerir que essas mulheres talvez não disponham dos recursos necessários para tornar efetivas suas escolhas reprodutivas; ou pode ser evidenciado que estas mulheres desejam ou têm intenção de ter filhos, possuem parceiros com sorologia desconhecida ou negativa e pouco conhecem sobre os meios de prevenção da TV do HIV.¹⁰

Por outro lado, alguns estudos indicam que a infecção pelo HIV não diminui o desejo de ser mãe, e que os profissionais de saúde devem ter consciência de que, para essas mulheres, seu estado sorológico poderá não ser considerado na tomada da decisão da

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

gravidez, como também para o uso de métodos anticoncepcionais e para interrupção da gestação.¹¹

No que concerne à discussão dos conteúdos expressos durante as entrevistas, especificamente na Categoria I, podemos perceber que as interpretações acerca do vírus HIV, como doença que mata, que não possui cura ou que representa o fim, alegam que aquele que se vê diante de um diagnóstico positivo vive um sentimento de decretação de morte antecipada pela equivalência imaginária que é feita entre o binômio HIV e morte.¹²

É nítida nos discursos a submissão da mulher ao homem que não aceita ou não gosta de fazer uso do preservativo na relação sexual, contribuindo ainda mais para a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV. Porém, as escolhas sobre o uso do preservativo dependem de um conjunto de fatores correlatados, e não somente do risco aparente. O problema vai além de usá-lo ou não, perpassando por questões maiores ligadas à sexualidade, construção social, mudança de hábitos e promoção da saúde.¹³

A compreensão das diferenças quanto ao uso de preservativos requer análises específicas para cada um dos sexos, uma vez que as escolhas estão intimamente conectadas à existência de diferenças de sexo no que se refere às percepções de vínculo afetivo-sexual e à necessidade de proteção.¹⁴

Os relatos abordados nesta categoria suscitam a ideia de que as gestantes soropositivas, embora tenham ciência da infecção por transmissão sexual desprotegida e sejam acompanhadas por serviços de saúde, não apresentam conhecimentos significativos acerca da soropositividade. Logo, percebeu-se que a prática preventiva em saúde demonstra que a comunicação unidirecional, dogmática e autoritária não tem sido eficaz. Ademais, sabe-se que o aprendizado não é fruto da simples aquisição de informação.

A Categoria II, por sua vez, expressa a experiência subjetiva da maternidade em contexto de soropositividade, em que, apesar de as mulheres culturalmente apresentarem o desejo da maternidade intimamente relacionado ao anseio de constituir uma família, haja vista a identidade feminina ser historicamente direcionada ao projeto de vida de compor um lar e formar uma família¹⁵, encontramos discursos associados à gravidez indesejada e ao aborto como opção de resolução da situação diante da soropositividade.

Os relatos apontam que o HIV/AIDS representa uma ameaça à sua saúde e à vida

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

do seu filho. Estar grávida por si só já é uma experiência que gera ansiedades e inseguranças e, neste caso, a essa vivência soma-se a condição da soropositividade ou mesmo a descoberta do vírus durante a gestação, o que exigirá uma assistência a essas mulheres cada vez mais eficaz e de qualidade.¹⁶

Em suma, as narrativas revelam que a gravidez surpreendeu a maioria das mulheres, que não planejavam engravidar naquela ocasião. Nesse grupo, ressaltam-se três situações distintas: as mulheres que não planejaram, mas que ficaram felizes com a gestação; as que não planejaram e tiveram dificuldade para aceitar a gestação; e as que não planejaram e pensaram em abortar ou até mesmo fizeram alguma tentativa concreta nesse sentido.

Acredita-se que a gravidez sem planejamento comprova, mais uma vez, que os serviços de saúde instituídos ao acolhimento de pessoas portadoras de HIV ainda não conseguiram desenvolver um trabalho efetivo de auxílio às questões vinculadas ao planejamento reprodutivo, à sexualidade feminina na presença do HIV e aos direitos reprodutivos dos portadores do vírus.¹⁷

É inegável a presença da associação da AIDS com a morte nos discursos; por outro lado, o fato de que ter um filho traz felicidade e realização para portadoras do HIV, havendo entre elas expectativas positivas com relação a uma gravidez e à capacidade de cuidar da criança, especialmente se há o apoio familiar.^{15,18}

Toda mulher, ao gerar um bebê, carrega consigo uma série de preocupações inerentes a esse período de sua vida. Na mulher gestante e HIV positivo, acrescenta-se a possibilidade de a mesma estar gerando um filho com problemas ou que possa ser contaminado. Logo, ela se sente culpada e responsável pela probabilidade de ser a transmissora de uma doença grave, incurável e, nomeadamente, não aceita pela sociedade. Assim, as mães veem como benefício da adesão aos procedimentos profiláticos a chance de que seu filho seja saudável, sendo essa percepção preponderante na aceitação do tratamento.¹⁶

A TV do HIV acontece pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação. Sem qualquer ação profilática, o risco de que isso aconteça fica em torno de 30%. Do total de transmissões até o nascimento, cerca de 35% ocorrem durante a gestação e 65% no parto,

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

podendo ocorrer ainda na amamentação, com um risco de 7 a 22% por mamada.⁷

Quanto ao conhecimento das gestantes soropositivas acerca das formas Transmissão Vertical do HIV, as falas da Categoria III apontam o momento do parto como o principal meio de contágio, visto que a transmissão intraparto leva à exposição da pele e da mucosa do recém-nascido às secreções e ao sangue materno, sendo que alguns fatores influenciam esta forma de transmissão, como nível e HIV no trato genital, úlcera genital, complicações durante o parto, quebra da barreira placentária, ruptura prolongada de membranas e laceração vaginal ou cervical durante o parto.¹⁹

Assim, o desconhecimento sobre como se executam, na prática, a profilaxia durante o trabalho de parto gera ansiedade e apreensão entre as gestantes portadoras do HIV, fazendo com que o cotidiano da mãe portadora do HIV/AIDS seja dominado por interrogações, quando a mesma convive com a expectativa de o filho ser ou não portador do HIV, se ela sobreviverá o suficiente para cuidar do filho ou se este ficará sob os cuidados da família.¹³

A amamentação também é apontada nos discursos como fator de risco para a TV do HIV, caracterizando todo um contexto sociocultural arraigado ao aleitamento materno, o qual é fortemente estimulado por diversas campanhas governamentais e pelas equipes de saúde, pois é notório os benefícios para o binômio mãe-filho e, no entanto, quando a gestante se depara com o diagnóstico de soropositividade para HIV ou o mesmo já é conhecido, a amamentação é desaconselhada para que se evite a contaminação da criança através do leite materno.²⁰

Considerando os múltiplos sentimentos vivenciados pelas mães soropositivas diante da impossibilidade de amamentar, percebe-se o forte impacto que esta realidade denota em suas vidas e, conseqüentemente, em sua saúde, principalmente quando o diagnóstico da soropositividade é descoberto durante gestação. Para que essa situação seja encarada da melhor forma possível, é primordial que a mulher seja bem acompanhada desde o pré-natal para sentir-se segura durante parto e puerpério, minimizando os sentimentos negativos relacionados com o reverso da amamentação.²¹

E, por fim, uma participante se atentou para a transmissão intrauterina do HIV, que ocorre através da detecção do HIV no líquido amniótico, tecidos fetais e placenta, em que o período de maior risco de transmissão do vírus

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

é concentrado no terceiro trimestre da gravidez e, principalmente, no período intraparto.⁶

Em síntese, percebeu-se que as gestantes possuem um conhecimento restrito a respeito das formas de TV do HIV. Essa situação ratifica o desinteresse dos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento destas em promover e avaliar as medidas de educação e saúde oferecidas nos serviços de referência.²²

O conhecimento sobre uma enfermidade é de suma importância para fortalecer e subsidiar o cumprimento das medidas de prevenção. No tocante à prevenção da TV do HIV, o fato de as gestantes terem conhecimentos relacionados ao assunto pode evitar a contaminação de seus filhos e, com certeza, impedir futuros casos de infecção pelo HIV.⁴

Assim, como vimos na Categoria IV, o pré-natal foi apontado nos discursos das gestantes como medida de prevenção da TV do HIV, sendo preconizado que toda gestante compareça mensalmente ao pré-natal, quinzenalmente do sétimo ao nono mês, e semanalmente no último mês até o parto. No caso das gestantes com HIV, é necessário cumprir esse parâmetro ou exigir mais consultas com intuito de melhor aconselhamento, realização do teste anti-HIV e efetiva utilização da terapia antirretroviral.²³

Outra medida profilática contra a TV do HIV sob a ótica das gestantes diz respeito à adesão ao tratamento durante a gravidez e também o uso da terapia antirretroviral após o nascimento, como foi verificado nas falas das participantes. Tais fatos são motivados pelo cuidado ao bebê, isto é, para evitar transmissão do vírus à criança e, ao mesmo tempo, pode significar também uma maneira de minimizar a sua culpa de estar expondo a criança à possibilidade de transmissão do vírus que ela carrega.¹⁰

De toda forma, a inserção destas medicações provoca insegurança, no sentido de que parece contraditória a sua ingestão, ou seja, elas precisam ingerir medicações durante a gravidez, fato este sempre proibido no cotidiano de qualquer gestante. Por isso, é imperativo oferecer suporte e ajudá-las a desconstruir conceitos apreendidos e apoiá-las no esclarecimento de dúvidas e na construção e no fortalecimento de vínculos afetivos com seus filhos.²⁴

Diante dos discursos, podemos perceber que algumas participantes sugerem a cirurgia cesariana como sendo mais segura quando o

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

assunto é o tipo de parto. Há evidências que o momento do parto representa o maior risco de TV do HIV (65%), quando a mãe é portadora. A infecção intraútero representa 35% dos riscos enquanto que o aleitamento materno oferece riscos entre 7 e 22%.²⁰

O manejo da via de parto será realizado em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, de acordo com a avaliação do obstetra e do infectologista que realizam o acompanhamento da gestante. Nos casos em que a mulher possua diagnóstico anterior de HIV ou AIDS, faz-se necessária uma avaliação da carga viral para a indicação da melhor via de parto.⁶

O não oferecimento do aleitamento materno também se faz presente nas falas das gestantes soropositivas como medida de proteção da TV do HIV. Considerando os múltiplos sentimentos vivenciados pelas mães soropositivas diante da impossibilidade de amamentar, percebe-se o forte impacto que esta realidade denota em suas vidas e, conseqüentemente, em sua saúde, principalmente quando o diagnóstico da soropositividade é descoberto durante gestação. Logo, é primordial que a mulher seja bem acompanhada desde o pré-natal para sentir-se segura durante o parto e puerpério, minimizando os sentimentos negativos relacionados com o reverso da amamentação.²¹

As campanhas de amamentação devem oferecer não apenas incentivo mas também esclarecimento. Devem ser apresentadas orientações adequadas sobre os riscos e benefícios que a amamentação pode oferecer e esclarecer que, em alguns casos, a amamentação não é recomendada, assim como pode ser, inclusive, prejudicial ao bebê, como é o caso de infecção pelo HIV.^{25,26}

A pesquisa revelou que as mães HIV positivo que tiveram um acompanhamento adequado no pré-natal mostraram-se conscientes da recomendação da não amamentação natural devido ao risco da transmissão do HIV pelo leite materno e, por mais doloroso que representasse o reverso da amamentação, elas manifestaram consciência que o mesmo não poderá ser oferecido à criança visando à saúde e bem-estar infantil.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é notório que as informações que as participantes da pesquisa dispõem em torno da TV do HIV na gestação, parto e pós-parto e acerca de sua prevenção, independentemente do mês de gestação em que se encontravam, de ser ou não sua

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

primeira gravidez, são bastante fragmentadas, às vezes, inconsistentes ou mesmo inexistentes.

Este desconhecimento pode acarretar fragilidades na adoção das medidas necessárias para evitar a contaminação do feto pelo vírus HIV, bem como aponta para o fato de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos biopsicossociais, necessitando de atenção multiprofissional em aspectos que vão além de um transcorrer normal de uma gestação e de procedimentos obstétricos.

É essencial a efetivação de um cuidado humanizado às mães soropositivas a fim de proporcionar subsídios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas, sendo indispensável que os profissionais se aproximem da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todas as suas dúvidas, bem como percebendo possíveis riscos para a saúde da mulher e do filho.

A educação em saúde se mostra, então, como melhor caminho para suprir essas deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas. Sendo os Grupos de Gestantes apontados como importante ferramenta para troca de informações entre profissionais e pacientes, como também entre as próprias participantes. Deste modo, este estudo se tornou de grande relevância para as pesquisas neste campo, visto que evidenciou necessidades camufladas desta parcela da população e que necessitam ser revistas pelas equipes que realizam o acompanhamento destas mulheres nos serviços especializados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [Internet]. 2006 [cited 2014 Sept 05]. Available from: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf
3. Streck VS. A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. Estudos Teológicos [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 10];52(2):345-56. Available from:

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/view/305

4. Leal AF, Roese A, Sousa AS. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05];30(1):44-54. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/8737/10619>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 07]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf
6. Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 05];26(2):158-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200009
7. Bernardes MJC, Sousa MV, Azevedo Filho FM. Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a Enfermagem. Enfermería Global [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 08];(28):377-85. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_revisio_n4.pdf
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed revista e actualizada. Portugal: Edições 70; 2009.
9. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 - Regulamenta a Resolução Nº 196/96 acerca das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; [Internet]. 2012 [cited 2014 Jul 01]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05];17(7):1709-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700009
11. Braghetto ACM, Carvalho AMP. Narrativa de mulher, mãe, infectada pelo HIV. Saúde & Transf Soc. [Internet]. 2013 [cited 2014 Ago 25];4(1):47-52. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753009.pdf>
12. Bernardo EM. "Contar ou Não Contar?" Do conhecimento do diagnóstico positivo do HIV/SIDA aos dilemas da revelação. Monografia. Departamento de Sociologia. Faculdade de

Arruda SFA, Henriques AHB, Trigueiro JvS et al.

Letras e Ciências Sociais. Universidade Eduardo Mondlane [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 05]. Available from:

<http://www.saber.ac.mz/bitstream/10857/4141/1/Monografia%20de%20Edgar%20pdf>

13. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 05];63(3):371-6. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>

14. Melo HMA, Leal MCC, Marques APO, Marino JG. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 July 05];17(1):43-53. Available from:

www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622007

15. Silva RM. Um Corpo que Abriga uma vida e um vírus: O Significado da Maternidade para Mães Soropositivas Para HIV. Dissertação. Programa De Pós-Graduação Em Psicologia. Universidade Federal da Bahia [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05]. Available from:

<http://repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/12253>

16. Machado AG, Padoin SMM, Cardoso de Paula C, Vieira LB, Peres do Carmo DR. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. Rev Rene. [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 25];11(2):79-85. Available from:

http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a09v11n2.pdf

17. Cordova FP, Luz AMH, Innocente AP, Silva EF. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 05];66(1):97-102. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100015

18. Galvão MTG, Lima ICV, Cunha GH, Santos VF, Mindêllo MIA. Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença. Cogitare Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 05];18(2):230-7. Available from:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/27630/20684>

19. Menezes LSH. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública de referência no estado do Pará. Programa De Pós-Graduação Em Doenças Tropicais. Belém (PA): Universidade Federal Do Pará [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05]. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n2/a3676.pdf>

20. Bazani AC, Silva PM, Rissi MRR. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. Saúde & Transf Soc [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 16]; 2(1):45-55. Available from:

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas...

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1054/1292>

21. Contin CLV, Arantes EO, Dias IMVA, Siqueira LP, Santos MMC, Dutra TL. Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. HU Revista. [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 05];36(4):278-284. Available from:

<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1172/458>

22. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids a Terapia Antirretroviral. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 05];24(4):396-403. Available from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820855016>

23. Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Manejo clínico da gestante com HIV positivo. Esc Anna Nery. [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 05];14(3):468-76. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300006&script=sci_arttext

24. Pereira FW, Souza MB, Souza NS, Neves ET, Silveira A. Atendimento de Gestantes HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento na perspectiva dos Profissionais. Rev Enferm Ufsm [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 05];2(2):232-41. Available from:

<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5362/3747>

25. Neves CV, Marin AH. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. Barbarói. Santa Cruz do Sul [Internet]. 2013 [cited 2014 Sept 05];(38):198-214. Available from:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/.../2988>

Submissão: 08/07/2015

Aceito: 12/02/2016

Publicado: 15/04/2016

Correspondência

Sabrinna Fernanda de Andrade Arruda
Rua José Hepaminondas, 411
Bairro Novo
CEP 58200-000 – Guarabira (PB), Brasil