



GESTANTES E PUÉRPERAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV E SUAS INTERFACES DE CUIDADO

HIV-POSITIVE PREGNANT AND PUERPERAL WOMEN AND THEIR INTERFACES OF CARE

GESTANTES Y PUÉRPERAS SEROPOSITIVAS PARA EL VIH Y SUS INTERFACES DE CUIDADO

Suhaila Hoffmann Rahim¹, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz², Tatiane Machado da Silva Soares³, Viviane Marten Milbrath⁴, Eda Schwartz⁵

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de ser gestante/puérpera soropositiva para o HIV. **Método:** estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado com uma gestante e duas puérperas internadas soropositivas para o HIV. Os dados foram obtidos por meio entrevista com questões semiestruturadas. A análise das informações ocorreu a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática. **Resultados:** da análise, emergiram duas categorias << A percepção da doença >> e << O ser gestante/puérpera soropositiva para HIV >>. O desfecho dos cuidados em saúde tem relação direta com a assistência profissional, em que práticas humanizadas, pautadas numa relação empática de apoio e acolhimento, mostram-se eficazes para o desenvolvimento do autocuidado e cuidado do outro. **Conclusão:** considera-se necessário criar ações intersectoriais que repercutam na assistência prestada às portadoras do HIV, sensibilizando os profissionais para acolher este público, em todos os níveis atenção. **Descritores:** Soropositividade para HIV; Cuidado pré-natal; Gestantes; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of being a HIV-positive pregnant/puerperal woman. **Method:** qualitative, descriptive and exploratory study conducted with a HIV-positive pregnant woman and two HIV-positive puerperal women who were hospitalized. The data were collected through interview with semi-structured questions. The analysis of the information occurred through content analysis in the thematic analysis modality. **Results:** from the analysis, two categories emerged: 'Perception of the disease' and 'The HIV-positive pregnant/puerperal woman'. The outcome of health care is directly related to professional care, in which humanized practices, based on an empathic relationship of support and reception, have shown to be effective for the development of self-care and care for the other. **Conclusion:** multidisciplinary actions that impact on the care provided to HIV carriers should be implemented, thus raising professionals' awareness to welcome this public at all levels of care.

Descriptors: HIV Seropositivity; Prenatal Care; Pregnant Women; Pregnancy, High-Risk; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de ser gestante/puérpera seropositiva para el VIH. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, realizado con una gestante y dos puérperas internadas seropositivas para el VIH. Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con preguntas semi-estructuradas. El análisis de las informaciones fue a partir de la técnica de análisis de contenido en la modalidad de análisis temática. **Resultados:** del análisis surgieron dos categorías << La percepción de la enfermedad >> y << El ser gestante/puérpera seropositiva para VIH >>. El resultado de los cuidados en salud tiene relación directa con la asistencia profesional, en que prácticas humanizadas, pautadas en una relación empática de apoyo y acogimiento, se muestran eficaces para el desarrollo del autocuidado y cuidado del otro. **Conclusión:** se considera necesario crear acciones intersectoriales que repercutan en la asistencia prestada a las portadoras del VIH, sensibilizando los profesionales para acoger este público en todos los niveles de atención. **Descriptor:** Seropositividad para VIH; Atención Prenatal; Mujeres Embarazadas; Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde da Criança, Prefeitura Municipal de Balneário Arroio do Silva (SC), Brasil. E-mail: surahim@hotmail.com;

²Enfermeira, Professora Doutora em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: tatibi_tati@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, / Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGenf/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: vivianemarten@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora (Pós-Doutora em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem / Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas/PPGenf/UFPEL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A experiência da gravidez e do nascimento, para muitas mulheres, se caracteriza como um evento único e repleto de sentimentos e emoções.¹ Neste período, a mulher vivencia emoções ambivalentes como amor/raiva e segurança/insegurança. No entanto, para gestantes HIV positivas, essa ambivalência vem acompanhada de ansiedade e temor em torno de si e do filho.²

Diversos são os fatores determinantes da gestação de alto risco, dentre eles, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV-*Human Immunodeficiency Virus*). Diante disso, a soropositividade para o HIV na gestação adquire diversos significados para a mulher, ao passo que ela convive com o estigma ainda existente diante do diagnóstico e a possibilidade de transmitir a doença ao bebê. Assim, o HIV/AIDS impacta significativamente na saúde materna e infantil.¹

Partindo desse pressuposto, destaca-se que a maternidade no contexto do HIV requer atenção especial das equipes de saúde devido às peculiaridades desta experiência na vida da gestante e do futuro bebê, sendo este tema ainda uma lacuna nas produções sobre o HIV. Cabe ressaltar que, é um direito da mulher HIV positivo gestar, no entanto, é um dever dos profissionais da saúde empoderá-la quanto aos cuidados que devem ser tomados para diminuir os riscos da transmissão vertical, bem como orientá-la em relação a todo o processo de ser uma gestante e, após, uma puérpera com HIV.

Sob essa ótica, os profissionais de saúde que atuam no contexto de atenção à saúde da mulher, necessitam considerar a reprodução assistida como forma de minimizar o risco de contágio da criança. Para tanto, é imprescindível ampliar e qualificar a atenção pré-natal, resgatando a autonomia das mulheres e legitimando-as como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos.¹

Em 22 de março de 2005 foi homologada a Portaria Nº426/GM³, que institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, e apresenta a reprodução humana assistida como forma de diminuir a transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infectocontagiosas, como é o caso do HIV/AIDS, observa-se que é necessário informar as mulheres sobre essa opção. Nesse sentido, seria imprescindível que os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde da mulher repensassem sua forma de atuação e as orientações que prestam para mulheres em idade fértil que possuem o HIV/AIDS, permitindo o empoderamento da mulher e de

seu parceiro, minimizando a possibilidade de transmissão horizontal e vertical.

OBJETIVO

- Compreender a percepção de ser gestante/puérpera soropositiva para o HIV.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Optou-se pela abordagem qualitativa, pois possibilita a busca da realidade a partir da análise aprofundada dos fatos, descrevendo significados e importância dos fenômenos. O cenário do estudo foi a maternidade de uma instituição hospitalar de médio porte de um município do Sul do Brasil. O serviço é referência na região no atendimento de gestantes de alto risco, sobretudo as soropositivas para o HIV.

As participantes da pesquisa constituíram-se de uma gestante e duas puérperas soropositivas para o HIV, que aceitaram participar da pesquisa. Utilizou-se como critérios de inclusão: mães soropositivas para o HIV cujos filhos, neonatos, estavam internados na UTI neonatal e pediátrica, Unidade de Cuidados Semi-Intensiva e/ou Pediatria; mães soropositivas e seus bebês internados no alojamento conjunto/Maternidade; mães que foram informadas sobre o diagnóstico de soropositividade para o HIV. Ressalta-se que o número reduzido de participantes se deve a recusa das demais abordadas, 15 mulheres, em participar do estudo.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2013, por meio de uma entrevista com questões semiestruturadas sobre os cuidados de saúde da mãe, informações acerca do tratamento e apoio familiar/social. Para a seleção das participantes da pesquisa, optou-se por abordá-las individualmente, em um local reservado, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram resguardados confidencialidade e anonimato das informações obtidas. A pesquisa observou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁴

A interpretação das informações ocorreu a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática. A análise desdobrou-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁵ Da análise dos dados, emergiram duas categorias << A percepção da doença >> e << O ser gestante/puérpera soropositiva para HIV >>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 17399413.8.0000.5317 e número de protocolo 307.303, no dia 28 de maio de 2013.

RESULTADOS

Participaram do estudo três mulheres, sendo uma gestante e duas puérperas. A idade das participantes variou entre 24 e 29 anos. Quanto ao perfil sociodemográfico, uma delas possuía ensino fundamental incompleto, outra, o ensino fundamental completo e a outra, o ensino médio completo. A renda familiar declarada foi de um salário mínimo e meio, sendo que uma das participantes relatou não possuir renda. Com relação ao estado civil, uma era solteira e duas possuíam companheiro.

O tempo de diagnóstico variou entre quatro meses e seis anos. Para duas participantes, foi a segunda gestação e para uma a primeira. A gestação atual foi planejada no caso de duas mulheres.

◆ Percepção da doença

Nesta categoria, apresentam-se os resultados selecionados nas falas das participantes que se referem à concepção sobre a patologia e os receios e estigmas que estão implicados nela.

Um ponto importante refere-se à evolução da compreensão sobre a patologia, as participantes destacam que a reação em relação ao impacto inicial da descoberta representa uma situação inaceitável, no entanto, com o desenrolar do tempo, passam a encarar sua nova condição existencial com maior naturalidade, como se percebe nos depoimentos que seguem:

[...] no início [...] eu não conseguia aceitar. Eu ficava mal, eu chorava [...]. Hoje para mim é natural. Parece que eu estou normal. (E1)

Eu me assustei mais quando eu descobri que tinha o vírus [...]. Eu me sinto bem [...] me sinto à vontade. Antes eu me sentia mal, eu sentia uma coisa me sufocando, que era a depressão [...] por causa da doença. (E3)

Por outro lado, o conhecimento em relação ao HIV foi elencado como uma ferramenta que auxilia no processo de aceitação, como pode se perceber na fala de E2:

Só que para mim, isso era uma coisa que eu não conhecia, depois que eu fiquei sabendo que eu era soropositiva e conversando com algumas pessoas [...] aí tu vai te esclarecendo[...] porque tu na ignorância tudo fica mais difícil de tu lidar. Hoje em dia eu sou bem tranquila com essa questão. (E2)

Em contrapartida, a falta de informação leva a uma percepção errônea das formas de transmissão.

Na realidade todo mundo tem esse vírus. [...] porque todo mundo já nasce com isso, só não se desenvolve em todo mundo. [...] Não, tu já tem isso, só precisa de um empurrãozinho para se declarar [...] mesma coisa que um mosquito te morder, como tu vai saber se um mosquito não passou meu vírus para ti. (E3)

Cabe salientar que, um dos fatores destacados pelas participantes como extremamente negativo na vivência do HIV é o preconceito.

[...] eu pensava, meu Deus, é muito preconceito [...] minha mãe não me procurou mais porque estou com a doença [...] e isso para mim é um preconceito seríssimo. [...] Porque meu medo não é a doença [...] doença é doença, tem que tratar, tem que cuidar. Meu medo é o preconceito. Isso eu não admito de jeito nenhum. (E1)

Pela discriminação que meus filhos podem sofrer. [...] de não saberem lidar até porque são muito pequenos. (E2)

Porque julgar, a gente julga muito as pessoas só pela aparência, a gente não sabe o que ela sente. A gente tem que estar no lugar delas para saber. Eu tinha uma amiga com o vírus HIV, nunca passava na minha cabeça o que ela sentia. Agora como eu tenho o vírus, eu sei como é que ela se sente. (E3)

Além do receio que as participantes possuem do preconceito, existe ainda a compreensão do diagnóstico do HIV como fatal, sendo uma doença que condena à morte, como observado na fala de E3:

Porque quando a pessoa descobre que ela tem o vírus HIV, ela tem que pensar não só nela, mas em quem vive com ela. Minha irmã pergunta se eu vou arranjar um marido. Eu não quero ninguém. Não é porque eu sei que eu vou morrer que eu vou sair por aí matando meio mundo [...] Se eu sei que eu estou condenada, eu não tenho que condenar mais ninguém. (E3)

◆ O ser gestante/puérpera soropositiva para HIV

Nesta categoria são apresentados os depoimentos das gestantes/puérperas que envolvem o cuidado de si, do outro e o cuidado recebido. Nesse sentido, identificou-se a dimensão subjetiva do pré-natal, as relações humanas, o diálogo e o acolhimento recebido. O cuidado em planejar a gestação foi ressaltado por duas mulheres:

Assim, antes de engravidar eu fiz o meu acompanhamento com infectologista. As coletas de CD4, carga viral, enfim sempre fiz tudo bem direitinho. [...] quando eu imaginei que eu podia (estar grávida), eu já fui no médico fazer os exames e procurar saber,

Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS et al.

porque eu não tomava medicação antes, eu não precisava tomar. E eu sabia que eu ia precisar tomar durante a gestação, aí começou todo um lance de eu procurar me informar melhor como é que seria. Como, quando começaria a medicação; quais seriam as reações que eu teria, se teria algum risco para o bebê. (E2)

A médica me falou os dias férteis, e aí nos dias férteis a gente teve relação [...], aí ele injetou o líquido, pegou uma seringa, puxou o líquido da camisinha e injetou em mim [...] e a gente foi tentando, tentando até que um dia deu. (E1)

Seguindo no contexto do autocuidado, as falas das participantes trazem diversas medidas adotadas por elas, bem como a preocupação com a gestação e com o bem-estar do bebê e do companheiro.

Eu sabia que se eu engravidasse eu ia ter todo o cuidado do mundo, desde o início. [...] todos os cuidados, assim. Na hora da relação, ali, sempre usar camisinha. Mesmo não estando engravidando, usando sempre a proteção, tudo direitinho, porque desde o início que eu descobri, a gente seguiu usando, sempre. [...] tem que ter muita autoestima, porque sem isso não dá, por causa da imunidade que pode baixar. (E1)

Os cuidados que a gente tem que ter são mínimos, são simples, e não tem porque não tê-los. Ainda mais quando tem as crianças envolvidas. [...] a medicação de tomar nos horários certos, de fazer as coletas de CD4, e agora, de genotipagem que eu fiz da última vez para saber como estava o nenê; enfim, como ele estava reagindo à medicação. Esses foram os cuidados, assim, mais, e aí a alimentação, todos os cuidados de gravidez normal. E mais alguns por causa do HIV, que foi na verdade a medicação, de tomar certinho [...]. (E2)

Tomar remédio, fazer os exames, tudo direitinho. (E3)

As participantes referiram também dificuldades para adoção dessas medidas de cuidado, como para engolir os comprimidos, os sintomas gástricos. Observa-se, ainda, na fala de E2 a possibilidade de esquecimento quanto ao uso da medicação:

Até acostumar, com aqueles três comprimidos, aqueles “baita” comprimidos, que eu tenho dificuldade para engolir. Enfim, e a azia, enjôo, até por causa do remédio, por causa da gravidez. E aí esquecer, porque eu não estava acostumada. Enfim, é porque é um remédio que tu toma sem “tá” sentindo nada. Então, é mais difícil porque tu esquece de tomar, muitas vezes [...]. (E2)

Os remédios são horríveis, [...] tanto que é difícil de se adaptar, mas eu “to” tentando. [...] tem uns que eu boto na boca e chega na metade e volta. Tem que tomar água.

Estratégias utilizadas por familiares cuidadores para...

Comida não tem como comer se eu tomar ele agora. Porque ele me tira a fome, isso é ruim. (E3)

Outro ponto destacado nos relatos foi a importância da atenção recebida durante o pré-natal que influencia na maneira como as mulheres entendem os cuidados de si e do outro, exercendo efeito positivo.

A médica é como se fosse da família. [...] Às vezes eu “to” “pra baixo”, “meio jururu”, daí eu consulto com ela, que me encaminha para a psicóloga. [...] então não dá tempo de eu ficar mal. Não dá, não dá tempo. É muita gente na volta. É muita gente ajudando. [...] Porque todo mundo lá (Ambulatório) me trata com muito carinho, me tratam até hoje [...]. É bom demais que me deram esse incentivo, para seguir adiante. (E1)

Em contrapartida, quando há falta de acolhimento e vínculo, pode-se gerar uma relação conflituosa entre o profissional e o usuário do serviço de saúde, o que fica evidente na revolta da entrevistada:

Eu me “botei” nelas, me “botei” nos médicos daqui. Às vezes eles acham que é manhosa, [...], mas não é manha. Tu tá sentindo parece que tu “tá” morta, parecido com que tu “tais” morrendo, e tem que achar um meio de sair. E eles só queriam que eu fizesse soro (referindo-se a falta de preocupação com ela) [...] minha bolsa “rebentou”, aí eles tiveram que fazer em cima da hora. (E3)

Observa-se ainda que a compreensão dos cuidados a serem adotados é buscada em diversas fontes, como relata E2:

[...] eu tenho assim pela internet, a gente entra, pesquisa. Eu tenho uma amiga soropositivo também, e a gente “troca ideia” [...]. São essas as informações que eu tenho. E dos médicos [...] Eu tenho a minha obstetra [...] que me auxilia bastante, tira bastante dúvida. Meu infectologista, também, eu vou sempre. Faço minhas consultas e tiro as minhas dúvidas com eles [...]. (E2)

Por outro lado, a falta de esclarecimentos quanto à profilaxia, prevenção e as formas de contágio são fatores que estão implicados na realização dos cuidados prestados pelas mulheres gerando receio perante a transmissão vertical, que se constitui em uma das grandes dificuldades para mulher que enfrenta a descoberta e o convívio com o diagnóstico, como pode ser observado na fala:

Aí é complicado [...]ter que tomar cuidado em tocar nele, no que tu vai fazer com ele. Tudo tu tem que tomar cuidado. Se ele “tá” com uma feridinha na mão, tu já tem que tomar cuidado pra ver se tu não tem nenhuma ferida, pra não contaminar ele. (E3)

DISCUSSÃO

Ao receber o diagnóstico do HIV, muitos portadores vivenciam uma série de sentimentos que transitam entre a negação e a aceitação da doença. Em muitas destas etapas, medos, angústias e fantasias fazem-se presentes. “A descoberta do diagnóstico do HIV/Aids se configura como um momento de transição na vida da pessoa. Desorganiza o ser, as relações e a vida em sociedade, principalmente entre os mais próximos, como família e amigos”.^{6:}
338

A descoberta do HIV na gestação constitui-se em um marco na vida da mulher, que precisa lidar com uma nova realidade que gera revolta e desespero,⁷ contudo o choque inicial da descoberta é amenizado ao longo da gestação,⁸ quando a mulher passa a conhecer a doença e suas implicações.

Heidegger⁹ refere que viver um presente diferente do imaginado, que não tenha sido programado pela pessoa, faz com que o ser se desestruture e tenha que reorganizar sua forma de ser no mundo para ressignificar a sua existência. Nesse processo de reorganização da existência, as participantes, depois do choque inicial, adotaram uma atitude autêntica e passaram a conviver de forma harmônica com a cronicidade do HIV.

O ser humano é um ser vulnerável e, como tal, exposto a vivenciar inúmeras situações que o fazem perceber sua condição de ser no mundo. Nessa perspectiva existencial, o homem é capaz de refletir, de olhar para sua vida e buscar formas de modificá-la, sendo assim, as participantes da pesquisa encontram no conhecimento/informação uma ferramenta capaz de auxiliá-las em seu processo de adaptação a condição de existir com o HIV.

Apenas quando o ser conhece sua realidade, consegue intervir nela.¹⁰ Assim, estar empoderado sobre o que é o HIV, suas formas de contágio, tratamentos, prognósticos, traz a possibilidade para as mulheres de fazerem escolhas conscientes sobre suas vidas e sobre a vida do outro ser, que pretendem gerar ou estão gerando.

Por outro lado, a desinformação pode ser apontada como dificultador no processo de aceitação da doença. A falta de conhecimento agregada às representações simbólicas do HIV faz com que o diagnóstico seja visto numa perspectiva de ameaça e medo; em muitos casos, afastando os portadores do convívio social e familiar por medo da contaminação. Estudo apontou que a descoberta da soropositividade é um momento crítico “marcado por angústia e medo, não apenas

pela insegurança de ter uma doença sem cura mas também pelo medo do abandono e da rejeição”,^{11:42} de forma que a ocultação do diagnóstico é mantida para preservar a identidade pessoal e as relações familiares e sociais. Nesse sentido, as mulheres soropositivas para HIV selecionam para quem irão expor seu diagnóstico, em geral, pessoas com as quais se sentem mais confortáveis.¹²

Em estudo realizado na Tanzânia, mulheres gestantes apontam que tem medo de conhecer o resultado do exame, sendo que saber que tem HIV positivo seria o fim das suas vidas, além disso, temem que outras pessoas saibam de sua condição, se essa for positiva para o HIV, pois suas comunidades desprezam quem tem HIV positivo.¹³ Complementarmente, estudo realizado no Sudão mostra que, embora as mulheres tenham receio de conhecer seu *status* de HIV, devido ao preconceito e estigma que envolvem a doença, o médico tem papel fundamental na decisão positiva pela realização da testagem.¹⁴

Em contrapartida, a fala de E3 mostra que ela possuía preconceito antes de ser portadora do vírus e mudou sua compreensão a partir do momento em que foi diagnosticada, estabelecendo uma nova concepção da condição de saúde a partir da própria vivência. Percebe-se, através das falas, que o maior desafio enfrentado pelos portadores, ainda, encontra-se no âmbito cultural, fortemente marcado pelo preconceito que impõe uma série de restrições aos portadores, inclusive de revelação do diagnóstico.

Estudo⁶ aponta que a soropositividade faz com que a mulher se distancie do convívio social, evitando situações que possam expor seu estado de saúde. O preconceito está presente na vida dessas mulheres estigmatizando-as no ambiente de trabalho, com os amigos e com a própria família.¹² Nesse contexto, o medo do preconceito é um dos principais propulsores para o desajuste emocional.⁷

A anulação de aspectos importantes da saúde da mulher como a vivência da sua sexualidade e vida afetiva fica evidente na fala de E3, sendo que a doença pode gerar “sequelas na sexualidade e na afetividade, o que poderá comprometer a autoestima e a qualidade de vida [...] impedindo essas mulheres de externar a sua sexualidade como desejavam”.^{15:45}

Além disso, pode-se observar a concepção de doença fatal que circunda o diagnóstico da soropositividade para o HIV, o estigma de ‘estar condenado’ e também a preocupação em não passar adiante o vírus que lhe foi repassado por

Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS et al.

outra pessoa. Um estudo sobre as imagens e significados da AIDS para usuárias de serviços de saúde corrobora com estes dados, comprovando que o diagnóstico está associado à morte, ao sofrimento, à perpetuação da doença e outras adjetivações associadas à deterioração da saúde.¹⁶

O enfermeiro precisa atentar para as necessidades biopsicossociais das mulheres soropositivas, considerando o medo que elas possuem de contaminar outras pessoas da família, isolando-se e/ou sentindo-se culpadas, além do conflito mental e das questões reprodutivas envolvidas, buscando conferir qualidade à assistência.⁶ Nesse contexto, reforça-se o papel da educação em saúde como forma de contrapor os mitos e o preconceito diante do diagnóstico do HIV. Espaços de convivência e grupos de saúde podem servir como alternativas para oportunizar o compartilhamento de experiência entre os portadores, além de ser um espaço privilegiado para promoção da saúde, pois, conforme Freire,^{10:96} “ninguém educa ninguém, tampouco ninguém educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”.

A partir da compreensão das falas das participantes, observou-se que o entendimento da doença, quando agregado ao suporte profissional, é fator de desenvolvimento de resiliência nestas mulheres, diante de uma condição de saúde que se mostra permanente. Para desenvolver estratégias de redução do estigma, é necessário garantir a aceitação destas nos serviços de saúde, onde as mulheres recebem seus cuidados pré-natais. Assim, quando ocorrer o deslocamento do olhar para a cultura dos cuidados de saúde e a compreensão de como práticas, políticas e pesquisas podem criar condições marginalizantes e desigualdades, será possível garantir que gestantes e mães que vivem com o HIV não se sintam diminuídas e desvalorizadas ao acessar os serviços de saúde.¹⁷

O cuidado é inerente aos indivíduos e representa uma atitude de atenção e preocupação com o outro. O conceito ontológico de Heidegger⁹ propõe o cuidado como um modo-de-ser que permeia a existência humana, e sua ausência repercute em prejuízo para o indivíduo e o que está a sua volta. O cuidado apresenta-se como uma forma de ser no mundo e de ser com o outro.

Na perspectiva da saúde, é necessário que o cuidado inclua a formação e fortalecimento do vínculo dos profissionais com as mulheres, bem como o acolhimento destas buscando a integralidade da assistência prestada. Assim, a

Estratégias utilizadas por familiares cuidadores para...

ampliação do acesso das gestantes aos serviços de saúde e à assistência pré-natal de qualidade pode impactar enormemente na redução da transmissão vertical do HIV. A qualificação da assistência à gestante HIV positiva pode ser aprimorada com o acesso a tecnologias de diagnóstico melhores mas também com a qualificação dos processos de escuta, que podem ampliar a abordagem às mulheres, organizando planos terapêuticos singulares, específicos para as necessidades de cada uma.¹

O autocuidado no ciclo gravídico-puerperal é um dos enfoques das linhas de cuidado à saúde da mulher nas políticas de saúde brasileiras. Nessa conjuntura, a assistência ao pré-natal é de extrema importância, sobretudo para mulheres em condições crônicas de saúde, como no contexto do HIV. Estudo reforça a importância de práticas humanizadas como mecanismo de qualificação da prestação de serviço, bem como de adesão por parte do usuário ao pré-natal.¹⁸ Para tanto, é imprescindível haver conexão entre a atenção básica e os serviços de referência para HIV/AIDS, a fim de maximizar as oportunidades de cuidado e prevenção vertical do HIV, entre as mulheres que buscam assistência à saúde.¹⁹

A equipe de enfermagem tem um papel importante para a promoção do autocuidado das mulheres HIV positivo, sendo que “o enfermeiro deve estar ativo na educação e prevenção dessas mulheres em idade reprodutiva para diminuir o número de soropositivas,^{20:297} bem como prevenir a transmissão vertical.

Pode-se observar, nas falas, a utilização e o aconselhamento de métodos que visam à prevenção da transmissão do vírus, o que viabiliza e diminui os riscos, principalmente em situações onde o casal é sorodiscordante. Percebe-se, também, que este método é relativamente simples e de baixo-custo.

Dessa forma, a assistência prestada a estas mulheres contempla os eixos norteadores do Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde,¹ que tem como alicerce a humanização do atendimento através da criação de um ambiente acolhedor por parte dos profissionais e de uma assistência ética e solidária com a mulher e sua família, visando a integralidade do cuidado.

O autocuidado e o cuidado com o bebê ficam claros nos relatos que apontam a terapia antirretroviral como o principal cuidado para estas mulheres, o qual pode ser verificado no enfoque e repetição da palavra ‘medicação’ nas falas das participantes. Este dado vai de encontro com estudo que aponta que a falta de adesão ou a suspensão voluntária da terapia

Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS et al.

antirretroviral ainda é um dos grandes desafios encontrados por parte dos profissionais.²¹ A não aceitação do diagnóstico, a ausência de sinais ou sintomas, a falta de entendimento sobre a gravidade dos sintomas clínicos e a existência de efeitos colaterais são fatores que podem estar associados à não adesão ao tratamento.²¹

Quanto aos cuidados realizados durante a gestação, observa-se a importância das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, pois ao informar e esclarecer sobre o diagnóstico e questões associadas, o profissional instrumentaliza a mulher para a autonomia no seu cuidado.

A formação do vínculo e do acolhimento são indispensáveis para a adesão ao tratamento, conforme foi destacado nos depoimentos, sendo que o cuidado afetivo aproxima os usuários dos profissionais. De acordo com as falas, pode-se observar o valor da atenção profissional, ao passo que são considerados como membros da família, pois existe uma relação de afeto, confiança, acolhimento e apoio, repercutindo no modo como as mulheres vivenciam a sua condição de saúde.

A proposta de conhecer as interfaces do cuidado de gestantes e puérperas soropositivas para o HIV permitiu a compreensão de que a figura do profissional de saúde destaca-se, demonstrando a importância que isso adquire no contexto da saúde como um todo. Por outro lado, percebe-se, na fala da participante E3, que a falta de compreensão e apoio por parte da equipe de saúde prejudica a confiança e a formação de vínculo, o que gera uma percepção negativa da assistência recebida. A fragilidade de ações humanizadas distancia as mulheres dos profissionais, por outro lado, serviços que fornecem apoio e esclarecimentos favorecem a aceitação do diagnóstico e do tratamento.¹¹

Assim sendo, ressalta-se a necessidade de uma intervenção ampliada do profissional de saúde, visto o evidente papel que assume na qualidade de vida destas pessoas, como demonstrado através das falas das participantes. Investir em atividades de promoção da saúde, que incluam familiares e não portadores do vírus são modos de conduzir saúde num contexto em que o sociocultural se sobrepõe ao biológico.

A compreensão dos cuidados necessários, tanto no período gestacional quanto no puerpério, é imprescindível para o autocuidado e o cuidado do bebê. Portanto, se a gestante/puérpera HIV positivo tiver acesso a informações de fontes seguras e claras, ela poderá adotar cuidados adequados. Em contrapartida, a falta de acesso a informações

Estratégias utilizadas por familiares cuidadores para...

confiáveis pode prejudicar o autocuidado e o cuidado do bebê.

Nesse contexto, é necessária uma abordagem multidisciplinar às gestantes e puérperas a fim de orientá-las quanto às possibilidades terapêuticas e as implicações do uso da terapia antirretroviral, bem como criar um espaço de escuta e diálogo sobre o convívio com a doença e os cuidados necessários. Essas medidas, além de facilitar o processo terapêutico, auxiliam no processo de enfrentamento da doença, proporcionando uma assistência integralizada, embasada nas necessidades de saúde e comunicação efetiva de cada mulher.¹⁸

Destaca-se ainda a necessidade de ampliar o foco da assistência de saúde para além da prevenção materno-infantil, atentando para saúde mental materna, com vistas a proteger também a criança em seu desenvolvimento.⁸ Para tanto, é preciso compreender os componentes sociais que circundam o HIV na gestação, acolhendo as mulheres e auxiliando-as a conhecer seus direitos e a encontrar apoio familiar e social efetivo.⁸

CONCLUSÃO

Os cuidados com a saúde de gestantes e puérperas compõem uma gama de ações que vão além de práticas assistencialistas, centradas no processo terapêutico. Conhecer a percepção dessas mulheres sobre sua saúde e os cuidados associados permite a descoberta de aspectos importantes para estes grupos, bem como refletir sobre aqueles que se mostram deficitários.

O estudo mostra que o desfecho dos cuidados de saúde tem relação direta com a assistência profissional. Práticas humanizadas, pautadas numa relação empática de apoio e acolhimento, mostram-se eficazes para o desenvolvimento do autocuidado e cuidado do outro.

Como uma limitação do estudo, está o número reduzido de participantes e a representação de uma realidade específica não pretendendo generalizações, entretanto os resultados podem apontar estratégias de cuidado, especialmente para enfermagem, que ocupa um papel de extrema importância na assistência da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal. Mostrar-se disponível para acolher e dialogar com a mulher e sua família, orientando e esclarecendo sobre o diagnóstico e as condições de saúde dos portadores, torna-se essencial nesses cuidados.

Observa-se, ainda, a necessidade de criação de ações intersetoriais que repercutam na assistência prestada às portadoras do HIV,

Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS et al.

sobretudo no contexto da maternidade. Sensibilizar os profissionais para acolher este público, em todos os níveis atenção, mostra-se como alternativa de qualificação dos recursos humanos e assistência em saúde.

Sugere-se a realização de mais pesquisas sobre a temática, buscando conhecer a percepção da família e a rede de apoio em torno dessas mulheres no enfrentamento do ser gestante/puérpera soropositiva para HIV.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) [internet]. Universidade Estadual do Ceará. Programa de Humanização do parto e do nascimento. 4ª ed. Brasília: 2014 [cited 2015 Oct 06]. Available from: <http://editora.saude.gov.br/epub/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>
2. Cartaxo CMB, Nascimento CAD, Diniz CMM, Brasil DRPA, Silva IF. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. *Estud Psicol (Natal)* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 06]; 18(3):419-27. Available from: www.scielo.br/pdf/epsic/v18n3/02.pdf.
3. Portaria Nº426/GM de 22 de março de 2005 (BR). Institui, no Âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF), MS, 2005 [cited 2015 Oct 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.
4. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR): diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em pesquisa [Internet]. Brasília: MS, 2012 [cited 2015 Oct 06]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Editora HUCITEC; 2012.
6. Silva MSS, Moura MAV, Pereira ML. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 July 06]; 22(2): 335-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a09.pdf>.
7. Camillo SO, Silva LO, Cortes JM, Maiorino FT. O desejo de ser mãe com a infecção por HIV/AIDS. *Rev Enferm Cent-Oest Min* [internet]. 2015 [cited 2017 Aug 30];5(1):1439-56. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/552/834>.
8. Faria ER, Piccinini CA. Representações maternas no contexto do HIV: gestação ao segundo ano da criança. *Psicol Estud* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 30];20(4): 625-37. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28749/pdf>.
9. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.
10. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 56ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2014.
11. Renesto HMF, Falbo ARR, Souza E, Vasconcelos MG. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 06]; 48 (1): 36-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0036.pdf>.
12. Figueiredo MRB, Thomé A, Pinto PC, Prates CS. Vivências de mães soropositivas para o HIV acompanhadas no serviço de assistência especializada. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 06];5(4):638-49. Available from: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15406/pdf>.
13. An SJ, George AS, Le Febre A, Mpembeni R, Mosha I, Mohan D, et al. Program synergies and social relations: implications of integrating HIV testing and counselling into maternal Health care on careseeking. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 26];15(24):1-12. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-014-1336-3>.
14. Elsheikh IE, Crutzen R, Van den Borne HW. Perceptions of Sudanese women of reproductive age toward HIV/AIDS and services for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. *BMC Public Health (Online)* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 30];15:674. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504455/?tool=pubmed>.
15. Moura ERF, Lima DMC, Silva RM. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/AIDS, o que mudou com a soropositividade. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 July 06]; 28 (1): 37-48. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf05112.pdf>.
16. Marques, SC; Tyrrell, MAR; Oliveira, DC. Imagens e significados da AIDS entre usuárias dos serviços da rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro. *Psicol* [Internet].

2009 [cited 2016 July 06]; 11(3):97-113. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1938/193814403009.pdf>.

17. Greene S, Ion A, Kwaramba G, Smith S, Loutfy MR. "Why are you pregnant? What were you thinking?": How women navigate experiences of HIV-related stigma in medical settings during pregnancy and birth. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 30];55(2):161-79. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981389.2015.1081665>.

18. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 06]; 20 (spe): 255-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>.

19. Miranda AE, Pereira GFM, Araújo MAL, Silveira MF, Tavares L de L, Silva LCF, Moreira-Silva SF, Saraceni V. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 30];32(9):e00118215. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00118215.pdf>.

20. Carvalho CFS, Silva RAR. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres soropositivas em um pré-natal de alto risco. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 06]; 19(2): 292-8. Available from: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/article/view/36981/22750.

21. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/AIDS à terapia antirretroviral. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 06];24(4):396-403. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40820855016.pdf>

Submissão: 06/11/2016

Aceito: 15/07/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz
Faculdade e Enfermagem - Campus Porto
Universidade Federal de Pelotas/UFPEl
Rua Gomes Carneiro, 01
Bairro: Porto
CEP: 96015-000 - Pelotas (RS), Brasil