

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**GESTANTES/PUÉRPERAS COM HIV/AIDS: DO
CUIDADO À PRODUÇÃO DA VIDA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Carla Mario Brites

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

GESTANTES/PUÉRPERAS COM HIV/AIDS: DO CUIDADO À PRODUÇÃO DA VIDA

Carla Mario Brites

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elenir Fedosse

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

GESTANTES/PUÉRPERAS COM HIV/AIDS: DO CUIDADO À PRODUÇÃO DA VIDA

Carla Mario Brites; Eliane Rodrigues; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa; Elenir Fedosse.

Resumo: Parcela considerável dos diagnósticos de HIV/AIDS na população feminina ocorre no período gestacional; há, portanto, urgência em qualificar uma atenção pré-natal por meio de um acompanhamento multiprofissional. Caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa que objetivou conhecer o perfil de gestantes/puérperas que vivem com HIV/AIDS, conhecer de que forma elas acessam o serviço de pré-natal de alto risco de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, bem como verificar como elas compreendem e vivenciam sua doença. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas. São mulheres jovens, múltiparas, que não planejaram a gestação. O acesso ao serviço de pré-natal de alto risco deu-se, grande parte, pelos profissionais e este foi motivado pelo diagnóstico das mulheres. A descoberta do diagnóstico foi difícil, mas convivem bem com sua doença. A infecção deu-se pelo companheiro e a preocupação é em não transmitir o vírus para o bebê, por isso, realizam o tratamento. Assim, os profissionais devem estar capacitados para reconhecer essas mulheres, a fim de um adequado acolhimento e aconselhamento, bem como as empoderar para que sejam protagonistas do seu cuidado e de seus filhos.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto; Relações Interprofissionais.

1. INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) teve seu marco histórico mundialmente na década de 80. Foi descoberta nos Estados Unidos e expandiu-se rapidamente pela população mundial e, atualmente, milhares de pessoas apresentam-se infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BASTA, 2006).

Embora inicialmente vinculada ao homossexualismo masculino e compreendida na época, como doença específica de grupos de risco (hemofílicos, drogados, prostitutas), o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres casadas, crianças e homens com prática heterossexual (SANTOS et al,2002).

Atualmente a epidemia, no mundo e no Brasil, caracteriza-se pelo aumento entre mulheres em idade reprodutiva (fenômeno de feminilização da AIDS) e, por conseguinte, o aumento de crianças expostas ao HIV, principalmente em indivíduos de baixo nível socioeconômico, quer seja pelo aumento das vulnerabilidades sociais, quer seja pela falta de informação a respeito das formas de contaminação e prevenção da doença (BARBOSA e KNAUTH,2003).

Tal situação pode ser visualizada pelas notificações, as quais demonstram que entre 1980 e 2011, no Brasil, foram registrados 210.538 novos casos de HIV/AIDS em mulheres. De forma regional, no estado do Rio Grande do Sul, constatou-se 23.761 novos casos, sendo 556 casos notificados no município de Santa Maria (BRASIL, 2008).

Sabe-se que nacionalmente o maior número de casos é de mulheres em idade fértil/reprodutiva (entre 10 e 49 anos), o que tem demonstrado a necessidade de ampliar as estratégias de prevenção atreladas à saúde da mulher, contemplando os períodos pré e pós-parto, a fim de impactar na diminuição da transmissão vertical, bem como para evitar novos casos de infecção em adultos (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2004). Estudo aponta que a atenção dispensada à saúde da mulher deve ser mediada pelo diálogo, por meio da valorização das relações humanas, no processo de interação profissional de saúde e mulher, a fim de favorecer o conhecimento da mulher para conviver com a doença, compreender suas implicações biológicas, culturais e sociais (PADOIN e SOUZA, 2008).

Assim, compreender as vivências de gestantes/puérperas com HIV/AIDS contribui para o aprimoramento das equipes na atenção pré-natal e para o levantamento de casos, a fim de se pensar intervenções que colaborem para a redução das taxas de Transmissão Vertical do HIV e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres e suas famílias. A propósito, os objetivos

deste estudo foram: *i)* conhecer o perfil de gestantes/puérperas que vivem com HIV/AIDS; *ii)* conhecer de que forma elas acessam o serviço de pré-natal de alto risco de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul; *iii)* verificar como elas compreendem e vivenciam sua doença.

2. MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa, dedica-se a gestantes/puérperas soropositivas que realizaram acompanhamento no ambulatório de pré-natal de alto risco de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul ou que estiveram internadas na Unidade de Alojamento Conjunto deste mesmo hospital no período de 31 de outubro a 30 de novembro de 2012.

As participantes deste estudo foram selecionadas por conveniência e o número estabelecido por saturação. Conveniência diz respeito à escolha de participantes que já são acompanhadas ou que estão iniciando acompanhamento no serviço. Neste sentido, a amostra por conveniência ou acessibilidade ocorre quando o pesquisador seleciona para participar do estudo pessoas às quais tem acesso, admitindo que estas possam de alguma forma, representar o universo de interesse da pesquisa (GIL, 2002).

Sobre a saturação dos dados, reconhece-se que, embora as experiências sejam únicas e individuais é comum pessoas de um meio social específico compartilhar experiências semelhantes (GASKELL, 2005). Quando o pesquisador sentir-se confiante na compreensão do fenômeno estudado ou quando perceber semelhanças/recorrências nos dados colhidos é sinal que a coleta pode cessar.

Convém dizer que esta pesquisa foi iniciada por breve leitura dos prontuários de gestantes/puérperas portadoras de HIV acompanhadas no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e/ou internadas na Maternidade/Alojamento Conjunto, por ocasião do agendamento prévio de consultas e/ou das consultas propriamente ditas, as gestantes/puérperas foram convidadas a participarem da pesquisa. A propósito, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal mantenedora do Hospital Universitário sob o número 07934312.4.0000.5346. O anonimato das participantes foi preservado utilizando-se um sistema alfanumérico para identificação das mesmas, sendo a letra “G” para gestantes e a “P” para puérperas, ambas seguidas de números em ordem crescente.

Após a identificação dos sujeitos desta pesquisa, foi realizada uma entrevista semiestruturada com cada participante que contou com perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas dizem respeito aos dados sócio-demográficos, às informações sobre saúde reprodutiva e às formas de acesso aos serviços de saúde. As abertas correspondem à compreensão da doença e às percepções da atual gestação.

As entrevistas foram transcritas ortograficamente e os dados analisados por meio da análise de conteúdo. Sabe-se que a análise de conteúdo possibilita averiguar hipóteses

pensadas anteriormente, e desvendar o que está implícito no discurso manifesto (BARDIN, 2004). Para a análise na íntegra, foi utilizada uma ficha de extração de dados e, então, aplicados os critérios da análise de conteúdo temática, seguindo-se as etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2002). Ressalta-se que a categorização e a organização das informações são fundamentais para se alcançar a compreensão dos fenômenos estudados (GIL, 2002). As categorias temáticas aqui apresentadas e discutidas são: Quem são e como (sobre)vivem as gestantes/puérperas com HIV/AIDS desse estudo? Como essas gestantes/puérperas acessam os serviços de saúde? e Como se compreendem com a doença?

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Quem são e como (sobre)vivem as gestantes/puérperas com HIV/AIDS desse estudo?

Traçar o perfil epidemiológico da população, de uma dada localidade, é importante nas situações de epidemia, como é o caso do HIV/AIDS. Saber quem adoece, do que adoece e quando adoece é de fundamental importância para a definição de prioridades e avaliação das ações locais tendo, assim, bases mais consistentes para enfrentamento de um dado problema de saúde (BRASIL,2006).

No período de coleta de dados, quatorze gestantes/puérperas soropositivas realizaram acompanhamento pré-natal ou estiveram internadas na Unidade de Alojamento Conjunto. Destas duas foram excluídas: uma por apresentar limitações cognitivas e outra por ser adolescente. Das que contemplaram os critérios de inclusão, duas recusaram (uma gestante e outra puérpera).

Ressalta-se que a região de procedência da maioria foi do município onde se encontra o hospital Universitário, sendo quatro de municípios vizinhos. Os demais dados (sócios demográficos e de saúde reprodutiva) são apresentados no quadro a seguir (Quadro 1).

Sujeitos	Idade	Cor/raça	Estado Civil	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda Per capita	Número Gestações
G1	31	Branca	Solteira	Ensino Fundamental Completo	Servente Limpeza	128 reais	Cinco
G2	33	Parda	Solteira	Ensino Fundamental Completo	-----	----	Seis
G3	33	Branca	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Técnica Agropec.	1000 reais	Duas
G4	28	Branca	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	428 reais	Quatro
G5	18	Parda	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Estudante	400 reais	Uma
G6	28	Branca	União Estável	Ensino Médio Incompleto	Do Lar	173 reais	Quatro
P7	39	Negra	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Recicladora	60 reais	Duas

G8	32	Parda	União Estável	Ensino Fundamental Incompleto	Doméstica	100 reais	Quatro
P9	22	Negra	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Do Lar	78 reais	Quatro
G10	24	Parda	União Estável	Ensino Médio Completo	Do Lar	155 reais	Quatro

Quadro 1- Características sócio demográficas e reprodutivas de gestantes/puérperas com HIV/AIDS

Note-se que a idade variou entre 18 e 39 anos (média de 28,8 anos). A grande maioria era não branca. Sete declaram-se solteiras e três em união estável. Quanto à escolaridade apenas uma apresentou ensino médio completo, tendo a profissão de técnica em agropecuária. A renda per capita dos sujeitos variou entre 60 reais a 1000 reais. Esclarece-se que a renda da participante mantida em reclusão (tutela do Estado), não foi especificada.

A condição de não branca associada à solteirice, multiparidade, baixa escolaridade e inespecificidade profissional intensifica a situação de vulnerabilidade social trazida pela infecção do HIV/AIDS. Tais condições aliada à falta de acesso a vários segmentos caracteriza o núcleo da pobreza, que na perspectiva atual é maior na população feminina, caracterizando-se como a pobreza de gênero (HOUSE, 2012). Portanto, as mulheres deste estudo tal como as de outros estão expostas a vulnerabilidades como: i) remuneração, em geral, menor do que aquela advinda de trabalho masculino; ii) famílias chefiadas por elas, com dupla jornada de trabalho ; iii) mobilidade comprometida pela falta de creches em tempo integral; iv) dificuldade de acesso à política habitacional e ao conjunto de políticas públicas ,apesar das políticas públicas que incorporam as relações de gênero ainda persistem as desigualdades entre homens e mulheres (HOUSE,2012; GUROVITZ, 2003).

A propósito, constatou-se que seis delas recebem benefício sócio assistencial (Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada- BPC), conforme prevê a Política de Assistência Social. Três declararam ter sido ou ainda serem acompanhadas pelo Conselho Tutelar de sua região/município. Este fato revela que, em muitos casos, as mulheres com HIV/AIDS necessitam acessar uma rede de serviços/instituições que ultrapassam o campo da saúde, demonstrando a vulnerabilidade em que vivem e os mecanismos que dispõem para enfrentamento da complexidade das situações vivenciadas (BRASIL, 1990).

Verificou-se também que oito revelaram ter moradia própria e o número de componentes familiar variou de um a nove conviveres. Esclarece-se que a moradia da participante mantida em reclusão não foi especificada.

Outro fator é o uso de álcool/fumo/outras drogas durante a gestação, em que cinco das participantes declararam não fazer uso de nenhum tipo de droga, quatro como sendo somente fumante e uma fazendo uso de álcool, fumo e outras drogas.

O número de gestação das participantes variou entre uma a seis gestações. A maioria é múltipara e realizou o acompanhamento pré-natal. A propósito consideramos que a discussão sobre planejamento familiar é um importante tema a ser abordado durante a realização do pré-natal, do nosso ponto de vista, ainda incipientemente tratado.

No caso de gestantes com HIV/AIDS convém discutir o planejamento familiar, não só pelo número de gestação, mas, sobretudo pela possibilidade de uma gestação segura, com menor risco de transmissão vertical (BRASIL, 2010). Este estudo revelou que a maioria das mulheres não planejou a gestação como pode ser visualizado nas falas abaixo.

“Não! Foi um descuido! Até já encaminhei meus papel pra fazer laqueadura.”(G1)

“Aconteceu... sem querer. Não usava nada.” (G3)

“Não sei... A gente tava preparando pra ter outro, mas não para agora... mas se veio agora a criança não tem culpa” (G6).

Embora não tenham planejado a gestação, apreende-se que a maioria delas passou a desejar a criança. Infere-se que a maternidade para essas mulheres é contraditória, pois a possibilidade de gerar filhos convive com o medo da transmissão vertical e, muitas vezes, ao estigma de viver com essa patologia (MONTICELLI, SANTOS e ERDMANN). Possivelmente, o medo de transmitir o vírus ao filho e de que ele seja privado de sua presença no futuro faz com que muitas com HIV/AIDS não desejem engravidar (KIRSHENBAUM et al, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde o pré-natal configura-se como importante procedimento para a prevenção da transmissão do HIV, já que durante sua realização deve-se ofertar o teste anti- HIV e aconselhamento (pré e pós) .A prevenção da transmissão vertical é conseguida, por meio de intervenções como, por exemplo, uso de antirretrovirais combinados, uso de quimioprofilaxia com o AZT e a não amamentação. Está comprovado que tais estratégias preventivas podem reduzir a transmissão vertical a níveis inferiores a 1% (BRASIL, 2010).

Outro fator a ser tratado na transmissão vertical, é a amamentação. A propósito, as mulheres deste estudo, quando indagadas sobre o que pensam sobre a amamentação, apresentaram diferentes reações e respostas. Muitas trazem “o não poder amamentar” como uma dificuldade, pois estaria privada de interação, oferta de carinho e proteção ao bebê.

Entretanto, referem certa conformação com o fato, considerando que esta atitude é o melhor para a criança:

“Ah, no começo eu chorava... eu não vo poder amamentar... por que senão passa o vírus pro bebê... que vão dar aquele leite né... ah eu queria amamentar... mas é melhor pra ele que não...” (G5).

“Me dói na alma, tudo que queria era amamentar ... mas tem que aceitar não poder dar agora...”(P9).

Há autores que afirmam que o fato de não amamentar acarreta sofrimento para a mãe, à medida que está impedida de uma prática que traz vários benefícios ao filho, contrariando tudo que é divulgado e preconizado em relação à amamentação (WIETHAUPER, CECHIN e CORREIA, 2003; PAIVA e GALVÃO, 2004).

Outras mulheres referem que o “não amamentar” não lhes incomoda, pois na dinâmica da vida moderna essa prática já não é realizada por todas as mulheres.

“Não, esse aqui eu sei, dão um remédio para não amamentar... Eu me sinto normal, porque eu tenho uma amiga que não tem e simplesmente não gosta de dar mama no peito. É muito difícil hoje em dia uma pessoa querer dar mamar no peito, por causa de serviço assim...” (G6).

“Olha... pra mim... é normal. Eu tinha que largar eles na creche e também batalha pra dar sustento pra eles... pra não viver as custas da minha família, né...”(G2).

3.2 Como essas gestantes/puérperas acessam os serviços de saúde?

A Constituição Brasileira é um marco na história do nosso país, pois a partir dela as políticas sociais passaram a ser dever do Estado e direito do cidadão: institui-se um Estado de Bem Estar Social e de Direito, com políticas que versam sobre o respeito à liberdade, aos direitos civis e aos direitos sociais. Este último remete-nos ao acesso à educação e à saúde, por exemplo, de forma universal (BRASIL, 1988).

Ressalta-se que acesso à saúde não é mera oferta de cuidados em distintos serviços; sua efetivação depende de fatores econômicos, sociais, organizacionais e culturais envolvendo, pois, servidores e população (FURTADO e PEREIRA, 2010).

Conhecer de que forma as gestantes/puérperas acessam os serviços de saúde é importante para traçar estratégias de cuidado. O modo como as entrevistadas acessaram o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco deu-se de diferentes maneiras: cinco foram

encaminhadas por profissionais da Atenção Básica após iniciarem o pré-natal nas respectivas unidades (três por médicos e duas por enfermeiros); duas pelo médico do Ambulatório de Doenças Infecção-contagiosas; uma por conta própria e uma foi encaminhada pelo médico do Centro Obstétrico, por intercorrências na gestação.

Note-se que a maioria das mulheres referiu ser encaminhada para o pré-natal no Ambulatório de Alto Risco por serem soropositivas previamente ou por terem descoberto na gestação atual.

Sabe-se que uma gestação é considerada de alto risco quando a vida/saúde da mãe e/ou do feto podem ser atingidas, como: presença de hipertensão arterial, cardiopatias, neoplasias, entre outras. Destaca-se que a literatura sobre gestação de alto risco não inclui a mulher soropositiva, apesar de merecer cuidados especiais (BRASIL, 2010).

Segundo parâmetros do Ministério da Saúde, a gestante portadora do HIV deve ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de Referência desde o início da gestação, não perdendo o vínculo com a unidade de saúde (BRASIL, 2005).

O que se constatou é uma clara especialização do cuidado da gestante/puérpera com HIV/AIDS, uma vez que a maioria das entrevistadas remete o fato de que os profissionais as encaminharam para um serviço mais especializado somente por sua patologia, esquecendo-se que estas são gestantes e que o cuidado de pré-natal pode e deve ser realizado na Atenção Básica de Saúde.

Arriscamos dizer que os serviços da Atenção Básica tal como os de Especialidades tem se mostrado deficitários para acolher, aconselhar e tratar as complexas questões envolvidas na situação de mulheres com HIV/AIDS, deixando, assim, de favorecer o empoderamento delas e/ou do casal. Essa fragmentação do cuidado pode ser explicada pelo privilégio conferido às especialidades na formação em saúde, o que desvia o olhar da totalidade dos sujeitos para a eficiência dos procedimentos (MATTOS, 2001).

Vale ressaltar que oito mulheres referiram perder o vínculo com as suas Unidades de origem ou permaneceram com vínculo parcial, procurando-as quando necessitam resolver “pequenas queixas” ou pela visita das agentes comunitárias de saúde:

“Não, só aqui... ah não fui mais lá... Por que eles me encaminharam direto pra cá.” (G5).

“Lá no postinho eu vou assim se eu tenho uma dor de cabeça... uma coisinha assim só.” (G6).

Na Atenção Básica tem-se ambiente propício para a criação de vínculo e para melhor avaliação da vulnerabilidade, garantindo-se atenção resolutiva e articulação com outros

serviços (BRASIL, 2006). A propósito, estudo local revela que o sistema de referência e contra referência é precário, não garantindo a continuidade das ações e conseqüentemente fragmentando o cuidado (HOFFMANN, 2008).

Apesar da descontinuidade do cuidado de saúde das gestantes/puérperas deste estudo, quando questionadas sobre o que acham dos serviços, estas em sua totalidade referem que “*está tudo bom*” (G2), “*ta bom assim*” (G5), “*fui bem tratada*” (P7). Tais respostas refletem a falta de empoderamento dessas mulheres, desconhecedoras da saúde como direito. Contudo, quando perguntamos o que deveria ser diferente no tratamento/acompanhamento de HIV/AIDS, quatro mulheres disseram que faltam locais e profissionais especializados em suas regiões e/ou municípios. Uma das entrevistas (G1) (re)clama pelo sigilo nos serviços de saúde, pois refere que este não é mantido por muitos profissionais e por isso sente-se exposta.

O estigma que aflige a pessoa com HIV/AIDS, decorrente de como foi incorporada a ideia de grupo de risco e de doença incurável, faz com que pessoa seja marginalizada e desse modo, revelar a soropositividade é expor-se à rejeição e ao preconceito (FELISMINO, COSTA e SOARES, 2008). Portanto, o sigilo profissional garante proteção, à medida que está relacionado com obrigatoriedade legal e exigências morais.

3.3 Como se compreendem com a doença?

Do nosso ponto de vista, dar voz aos sujeitos que convivem com o HIV/AIDS é uma atitude que permite conhecer os seus anseios, dificuldades, sentimentos ante um diagnóstico que se constitui um fenômeno social indesejado. Dessa forma, conhecer o significado de viver com HIV/AIDS das gestantes/puérperas deste trabalho serve para favorecer ações em saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos que vivem com o HIV/AIDS.

Frente aos relatos, entende-se a percepção particular da sua vida e patologia; a maioria refere dificuldades no início, na revelação do diagnóstico. Após mantiveram uma vida considerada por elas normal.

“Ah agora eu to normal, tento nem pensar... antes eu só chorava... mas agora eu to tranquila... ah sei lá... é que eu nunca imaginei né...” (G5).

“Às vezes eu não acredito que eu tenho... Eu só lembro quando tem consulta... É eu acho que no momento que todo mundo descobre uma doença se entrega mais rápido. Eu levo a vida normal, faço de conta que eu nem tenho” (G6).

“Pra mim é normal sabe... Só no começo que eu fiquei um pouco assustada com a ideia, mas levo minha vida normalmente.” (G10).

O choque do diagnóstico é inquestionável; no entanto, o enfrentamento cotidiano de uma doença crônica também o é. A partir do tratamento com antirretrovirais há uma naturalização da infecção e até mesmo a confiança que não existe risco na transmissão sexual do HIV, contribuindo para a vulnerabilidade das pessoas que convivem com HIV/AIDS e seus parceiros (REIS e GIR, 2009).

Descobrir-se infectada gera impacto emocional, todavia a aceitação ao diagnóstico positivo pode vir com o tempo. A aceitação do diagnóstico depende da filosofia de vida de cada pessoa, a qual irá determinar a forma de encarar a sua nova realidade. Assim sendo, diferentemente do início da epidemia, no qual a condição de infectado, sem tratamento adequado, fixava limites sobre o planejamento de vida, hoje a pessoa com HIV/AIDS tem mais expectativas de vida e pode buscar uma vivência íntegra (CARVALHO, MARTINS e GALVÃO, 2006; ARAÚJO, 2005).

A maioria (nove) das mulheres deste estudo descobriu o diagnóstico na gestação. Cinco delas em gestações anteriores e quatro na gestação atual. Observa-se que apenas uma refere ter descoberto o diagnóstico anteriormente, não estando gestante. Desse modo a Rede Cegonha é uma rede de cuidados, operacionalizada pelo SUS, que assegura o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e ao direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Com a revelação do diagnóstico outro conflito permeia a vida dessas mulheres, pois esta traz sentimentos controversos relacionados à forma de transmissão que, na grande maioria, é por relações sexuais desprotegidas.

“Uma coisa que nunca usei foi drogas... eu tenho medo de morrer e se usasse eu ia morrer... foi por relação sexual.” (G6).

“Porque da onde eu ia tirar isso meu Deus... só pode ser dele (companheiro), eu não ando com ninguém... nunca me envolvi com homem na rua.” (P7).

Percebe-se que as mulheres reconhecem as relações sexuais desprotegidas como a forma de infecção, revelando a dificuldade de negociação de uso do preservativo e a fidelidade ao parceiro como fatores de vulnerabilidade à infecção do HIV/AIDS. Tem-se aqui evidente questão ligada às relações de gênero, historicamente construídas com desigualdade entre os sexos. À mulher está reservado o cuidado doméstico-casa e filhos. Sabe-se que esta questão está ligada às relações de poder, de domínio dos homens sobre as mulheres (ideologia

dominante), deixando-as mais vulneráveis ao sofrimento, adoecimento e conseqüentemente a morte (ARAÚJO et al, 2008).

Assim, convém que o trabalho com mulheres com HIV/AIDS volte-se para o seu fortalecimento e emancipação. Para isto, há que se agir de modo interativo, baseando-se na escuta/no acolhimento, dedicando-se, especialmente, à adesão ao medicamento e ao acompanhamento periódico.

Quando questionadas sobre a realização do tratamento e sua frequência, seis mulheres referiram realiza-lo durante o período gestacional, não o mantendo em outros períodos.

“Olha, agora que eu to grávida que eu to tomando... por causa do bebê né. Que a gente não quer que passe nada” (G2).

“Não, eu comecei agora, na gestação... quando meu filho nasceu, eu usei...” (G3).

“Eu andei faltando muitas consultas... e dai eu ia uma vez cada dois anos... na verdade eu venho uma vez por ano quase e agora na gestação”(G6).

A adesão configura-se como um grande desafio, pois esta demanda mudanças de ordem comportamental/hábito diário. Trata-se de um processo dinâmico e multifatorial que demanda decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre profissionais, usuários e a rede social. A adesão vai além da ingestão dos medicamentos; inclui o fortalecimento da autonomia e do autocuidado da pessoa com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo dela com a equipe de saúde; o acesso a informações; o acompanhamento clínico-laboratorial e a adequação aos hábitos e necessidades individuais (BRASIL, 2008).

Outro fator importante no empoderamento e cuidado dessas mulheres é o apoio familiar e de amigos (VIEIRA e PADILHA, 2004). Nesta pesquisa, a maioria das gestantes/puérperas com HIV revelou seu diagnóstico para a mãe ou outros familiares. O apoio dos familiares deve ser valorizado pelos profissionais de saúde, trazendo para os serviços os companheiros e/ou pessoas de convívio diário, para que estes tenham acesso a informações precisas, como elemento essencial para a diminuição da vulnerabilidade à infecção e a diferentes aspectos sociais e culturais que a patologia pode trazer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro e grande desafio dos profissionais da saúde é o reconhecimento das mulheres que convivem com HIV/AIDS, atentando para suas vulnerabilidades, de forma a realizar um adequado acolhimento e aconselhamento.

Este estudo demonstrou que, em sua maioria, temos mulheres jovens, solteiras, do lar, com pouca escolaridade e que contam com rendas familiares muito baixas. Assim, em grande parte, recorrem a recursos do Estado, previstos pela política de assistência social, para manterem sua vida e de seus familiares.

Estas vulnerabilidades também residem na condição do “ser mulher”, uma vez que a forma de infecção está ligada às relações de gênero (dificuldades de negociação do uso de preservativos ou nas decisões pertinentes ao seu cuidado e/ou dos filhos).

Os profissionais de saúde precisam atentar às questões particulares da vivência de cada mulher com HIV/AIDS, na busca do empoderamento destas para uma boa adesão ao tratamento, possibilitando melhores condições de vida/cuidado de si e do outro. Para tanto, acreditamos ser necessária uma equipe multiprofissional de abordagem interdisciplinar que possa realizar um acompanhamento adequado a essas mulheres, abrangendo os diversos segmentos, para um cuidado integral em todos os níveis da atenção em saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria Alix Leite. Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal [tese]. Fortaleza (CE):Universidade Federal do Ceará; 2005.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. Gestantes Portadoras do HIV: Enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Cienc Cuid Saude* 2008. Abr/Jun; 7(2):216-223.

BASTA, Paulo Cesar. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200023&lng=en. Acesso em: 13 out.2012.

BARBOSA, Regina Maria; KNAUTH, Daniela Riva. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Portugal: Edições 70, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

_____. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2005. Acesso em: 11 jan. 2013. Disponível em: www.aids.gov.br/SAE.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **DATA SUS**. Departamento de Informática do SUS. Brasília: 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 06 Mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST E AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.172 p. : il. – (Série Manuais, n. 46)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde,**

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Rede Cegonha**. Ministério da Saúde, 2011. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; MARTINS, Ludimila Feitosa Arrais; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção. **Revista Nursing**. Barueri, v. 100, n. 8, p. 1010-1015, set. 2006.

FELISMINO, Hérica Paiva; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; SOARES, Maria Júlia Guimarães Oliveira. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;10(1):87-99. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a08.htm>.

FURTADO, Cláudia; PEREIRA, João. **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Nova de Lisboa. Lisboa Julho de 2010.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, MW; Gaskell G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. (tradução Pedrinho A. Guareschi). 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. Cap.3, p 64-89.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: **Átlas**, 2002.

GUROVITZ, Elaine. Gênero e pauperização das mulheres. São Paulo: FGV/EAESP, 2003. 135 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de PósGraduação da FGV/EAESP, Área de Concentração: Reforma do Estado e Políticas de Governo).

HOFFMANN, Izabel Cristina. A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

HOUSE, Peter Benenson. Colombia: Invisibles ante la justicia Impunidad por actos de violencia sexual cometidos en el conflicto: **Informe de seguimiento Secretariado Internacional**. Amnistía Internacional, octubre de 2012. Reino Unido.

KIRSHENBAUM, Sheril, et al. “Throwing the Dice”: Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 106-113. Disponível em : <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/3610604.pdf>. Acessado em : 07 jan. 2013.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

Minayo MC, Sanches O. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. **Petrópolis**: Vozes, 2002.

MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV-positivo e para a enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, Set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Jan. 2013.

PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05. Jun. 2012.

PAIVA, Simone de Souza; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto Contexto Enferm.** 2004; 13(3):414-9.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Jan. 2013.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2002, vol.5, n.3, pp. 286-310. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300007> Acesso em: 26 mai. 2012.

WIETHAUPER, Fernanda Scherer; CECHIN, Petronila Libana; CORREIA, Sandra Gomes. AIDS em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, Jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jan. 2013.

VIEIRA, Mariana; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2004 abr;11(2): 351-357.