

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SABRINNA FERNANDA DE ANDRADE ARRUDA

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

**CUITÉ- PB
2013**

SABRINNA FERNANDA DE ANDRADE ARRUDA

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

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro.

Cuité, PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A779d Arruda, Sabrinna Fernanda de Andrade.

Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. / Sabrinna Fernanda de Andrade Arruda. – Cuité: CES, 2013.

73 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Janaina Von Söhsten Trigueiro.

1. Obstetrícia. 2. Gestação - HIV. 3. UIV - transmissão vertical. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.2

SABRINNA FERNANDA DE ANDRADE ARRUDA

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

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado por Sabrina Fernanda de Andrade
Arruda, como exigência parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem pela
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
campus Cuité.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a MSc. Janaína von Söhsten Trigueiro
Orientadora

Prof^aMSc. Glenda Agra
Membro UFCG

Prof^aMSc. Édja Anália Rodrigues de Lima
Membro UFCG

À minha amada mãe Socorro, pelo amor incondicional, por tudo que sou e por tudo que tenho, inclusive a vida. Por toda dedicação, empenho, perseverança para que eu chegasse até aqui, pois sem ela eu não teria alcançado esta vitória, que é dela. Por sempre acreditar em mim, muito mais do que eu mesma, quando tudo parecia dar errado; pelo estímulo em todos os momentos em que pensei desistir; pela enorme força e incentivo nas horas difíceis; por me proporcionar apoio absoluto em todos os projetos, sempre com muito orgulho, para que eu tivesse condições de seguir em frente. Por tudo isso e muito mais, este trabalho representa a superação, a fé e a determinação da minha mãe, a quem devo tudo.

“Eu tenho tanto pra te falar, mas com palavras não sei dizer, como é grande o meu amor por você”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, pois a Ele devo a dádiva da vida. A ele agradeço toda força para persistir e alcançar todas as graças recebidas no decorrer da minha trajetória acadêmica e por dar-me a oportunidade de estar aqui, ele é quem guia e ilumina meus passos.

À minha família, Mainha, Karla e Tainá, por todo amor, apoio incondicional, compreensão e confiança proporcionados durante todos esses anos mesmo estando longe. Sem vocês eu não teria conseguido.

Ao meu noivo Josias Albino, pelo companheirismo, carinho, compreensão, paciência e amor, no decorrer destes longos cinco anos, em que permanecemos longe. Agradeço-te pela motivação e por sempre estar ao meu lado em todos os momentos.

Às minhas queridas amigas Kátia Emanuelle, Bruna Lira, Alana Dionizio e Ana Cláudia, por todos os momentos de alegria, de tristeza, de aprendizado. Aprendemos e amadurecemos juntas, passamos por muitas transformações, mas nossa amizade será sempre inabalável.

A todos os meus companheiros e companheiras da Residência Universitária, com os quais partilhei o lar durante todos estes anos, onde vivi muitas experiências, alegrias e aflições. Com vocês aprendi a dividir, a somar e a subtrair quando necessário. Estes ensinamentos levarei para sempre comigo, assim como levarei vocês em meu coração.

Meu agradecimento muito especial a minha querida orientadora Professora Janaína von Sosthen Trigueiro, pelas orientações e pela forma como conduziu a construção deste trabalho, com sabedoria, objetividade, com muito carinho e muita paciência; agradeço também pelo estímulo e incentivo constante que potencializou a minha formação profissional e acadêmica, sempre valorizando e reconhecendo tudo que fiz. A senhora tem todo meu respeito e gratidão.

Agradeço profundamente à toda família de D. Maria José Evaristo (Kátia, Leticia Raissa, Neto, Tiago, Kaline, Élcio) pelo acolhimento e carinho, ao me receberem em sua casa em Campina Grande, durante todo o estágio com tanta consideração, amor e paciência, que Deus retribua com muitas graças tudo que vocês fizeram por mim. Para sempre muito obrigada.

À banca por ter aceito o convite, e por todas as considerações que engrandeceram meu trabalho.

Aos professores da UFCG- Cuité que contribuíram para minha formação acadêmica.

A todos os pacientes para os quais pude prestar assistência durante a trajetória acadêmica, por terem me confiado suas vidas para que eu pudesse obter o aprendizado.

Agradeço às mulheres que constituem a razão deste trabalho, pois sem elas o estudo não teria sido viabilizado, obrigada pela valiosa contribuição. Elas me mostraram que não podemos desistir da vida, pois, essa nos dá milhares de motivos para continuar. Conheci muitas situações que podem fazer as pessoas se sentirem no fim da linha, o HIV/SIDA não é nenhuma delas.

Por fim, agradeço profundamente a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente tanto para minha formação acadêmica, quanto para a realização deste trabalho, fruto de muito empenho e dedicação.

*“Se meus joelhos não doessem mais
Diante de um bom motivo que
Me traga fê
Se por alguns segundos eu observar
E só observar (...)
Ainda assim estarei pronto pra comemorar
Se eu me tornar menos faminto
Que curioso, que curioso
O mar escuro trará o medo lado a lado
Com os corais mais coloridos (...)
Se eu ousar catar
Na superfície de qualquer manhã
As palavras de um livro sem final.”*

O Rappa – Pescador de Ilusões

RESUMO

ARRUDA, S. F. A. **Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da Transmissão Vertical do HIV**. Cuité, 2013. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

O HIV têm se constituído como um sério problema de saúde pública na atualidade, apresentando alta taxa de morbimortalidade e grande convergência de crescimento e propagação em diversos territórios. De epidemia inicialmente restrita a metrópoles e predominantemente masculina, encontra-se, hoje, um quadro marcado por processos de transformações sociais. Sob este prisma, dados epidemiológicos registram significativo acréscimo de casos em mulheres em idade reprodutiva, caracterizando o que foi denominado de feminização da epidemia. Esse 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) do HIV. Desta forma, este estudo objetivou analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV em uma maternidade municipal da cidade de Campina Grande-PB. O referencial teórico foi subdividido em três tópicos, a saber: O HIV/AIDS: um breve retrospecto; A Feminização da epidemia do HIV/AIDS; A questão da Transmissão Vertical do HIV. Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no ambulatório do pré-natal de alto risco do ISEA. A amostra foi composta por sete gestantes soropositivas, entrevistadas através de um roteiro de entrevista semiestruturado. A análise dos discursos deu-se a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Mediante a leitura detalhada dos discursos obtidos, foi possível a nomeação da Unidade Temática Central: “A vivência da soropositividade ao HIV durante período gestacional”, da qual se conformaram cinco categorias, denominadas: 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; Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV e A abstinência da amamentação como expressão de prevenção. Os resultados mostram que as gestantes possuem um conhecimento superficial e insuficiente acerca das formas de TV do HIV, como também sobre as medidas de prevenção da mesma. Foi possível perceber que a prevenção da transmissão materno-infantil do vírus impõe uma série de procedimentos que podem influenciar intensamente a experiência de ser mãe podendo refletir na relação destas

consigo mesmas e com seus filhos. Infere-se que este estudo possa contribuir com as pesquisas neste campo, visto que evidenciou necessidades ocultadas desta parcela da população e que necessitam ser revistas pelas equipes que realizam o acompanhamento destas mulheres nos serviços de referência. É notório que, embora as informações estejam em todos os lugares, exaltadas por diferentes meios, ela ainda se mostra obscura, visto que não atinge a população como um todo, ou mesmo abrange de maneira superficial e insuficiente. É imperativo que novas pesquisas sejam realizadas nesta área, para que novas estratégias surjam, em prol da melhoria assistencial às mulheres soropositivas.

Palavras-chave: Gestação. HIV. Transmissão Vertical.

ABSTRACT

ARRUDA, S. F. A. **Unveiling the knowledge of HIV positive pregnant women about the Transmission of HIV**. Cuité, 2013. 77f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB - Cuité, 2013.

HIV have constituted a serious public health problem today, with a high mortality rate and strong convergence of growth and spread in different territories. Epidemic initially restricted to cities and predominantly male, is today a framework marked by processes of social transformation. Under this prism, epidemiological data register significant increase of cases in women of reproductive age, characterizing what was called the feminization of the epidemic. This growth in the number of HIV-positive women of reproductive age brings as a consequence the increase in rates of HIV transmission, meaning the real possibility of contamination of the child, called transmission (MTCT) of HIV. Thus, this study aimed to assess the knowledge of HIV positive pregnant women about HIV transmission in a municipal maternity city of Campina Grande. The theoretical framework was divided into three main topics: HIV/AIDS: a brief retrospect, The Feminization of the HIV/AIDS; The issue of vertical transmission of HIV. This was an exploratory, descriptive qualitative approach, performed in outpatient prenatal high risk of ISEA. The sample was composed of seven HIV positive pregnant women, interviewed through a semi-structured interview guide. Discourse analysis was performed based Content Analysis por Bardin proposal. Upon careful reading of the speeches made , it was possible the appointment of Central Thematic Unit: "The experience of HIV seropositivity during pregnancy period" , which conformed five categories called: Knowledge of pregnant women about HIV infection ; Subjective experience motherhood in the context of seropositivity ; forms of Vertical Transmission of HIV from the perspective of HIV positive pregnant women ; Implications on measures to prevent vertical transmission of HIV and abstinence as an expression of breastfeeding for prevention. The results show that pregnant women have a superficial knowledge and insufficient about ways of HIV TV, as well as on measures of avoidance. It could be observed that the prevention of mother to child transmission of the virus requires a set of procedures that can influence – intense mind the experience of being a mother can reflect on themselves and their relation with their filhos. Infere that this study can contribute research in this field, as evidenced camouflaged needs of this portion of the population and need to be reviewed by the teams that

perform the monitoring of these women in referral centers. It is clear that, although the information is everywhere, exalted by different means, it still shows obscure, since not reach the population as a whole , or even covers so superficial and insufficient. It is imperative that further research be conducted in this area so that new strategies arise, in order to improve care for HIV-positive women.

Keywords: Pregnancy. HIV. Transmission.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica das gestantes HIV positivas acompanhadas pelo ISEA. Campina Grande, 2013.....	33
Quadro 2- Caracterização das gestantes soropositivas acompanhadas pelo ISEA quanto à história reprodutiva. Campina Grande, 2013.....	35
Quadro 3- Dados correspondentes à infecção pelo HIV em relação à gestação atual das gestantes soropositivas acompanhadas pelo ISEA. Campina grande, 2013.....	35

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV- Antirretrovirais

AZT – Zidovudina

CDC- Centro de Controle de Doenças Americano

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA- Estados Unidos da América

HAART - Terapia Antirretroviral Altamente Ativa

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

ISEA- Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

RN- Recém-nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV- Transmissão Vertical

UDI- Usuários de drogas injetáveis

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Contextualização do problema e justificativa	17
1.2 Objetivos	20
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específicos	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 O HIV/AIDS: Um Breve Retrospecto	22
2.2 A Feminização do HIV/AIDS	25
2.2.1 A questão da Transmissão Vertical do HIV	27
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	30
3.1 Tipo de Pesquisa	31
3.2 Local da Pesquisa	31
3.3 População e Amostra	31
3.4 Instrumento para Coleta de Dados	31
3.5 Procedimentos para Coleta de Dados	32
3.6 Análise dos Dados	32
3.7 Aspectos Éticos	33
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1 Caracterização das Participantes do Estudo	35
4.2 Unidade Temática Central	39
4.2.1 Categoria I: O Conhecimento das gestantes sobre a infecção pelo HIV	39
4.2.2 Categoria II: A experiência subjetiva da maternidade em contexto de soropositividade	42
4.2.3 Categoria III: As formas de Transmissão Vertical do HIV sob a ótica das gestantes soropositivas	45
4.2.4 Categoria IV: Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV	47
4.2.5 Categoria V: A abstinência da amamentação como expressão de prevenção	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	66

APÊNDICE A	67
APÊNDICE B	69
ANEXOS	71
ANEXO A	72
ANEXO B	73
ANEXO C	74
ANEXO D	75
ANEXO E	76



Fonte: Internet, 2013.

“Mãe com filha” (Flávia Scholles)

1 Introdução

1.1 Contextualização do problema e justificativa

O *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) ou Vírus da Imunodeficiência Humana é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus possuem características comuns, como período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células sanguíneas e do sistema nervoso, como também a supressão do sistema imunológico, causando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+, glóbulos brancos produzidos na glândula timo, que organizam e comandam a resposta diante de agressores (BRASIL, 2006).

O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças. Quando o organismo se torna fragilizado, não apresentando mais condições para combater o vírus, o indivíduo passa a exibir os sinais e sintomas da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS¹) o estágio mais avançado da doença (BRASIL, 2006a).

Assim, esta enfermidade têm se constituído como um sério problema de saúde pública na atualidade, apresentando alta taxa de morbimortalidade e grande convergência de crescimento e propagação em diversos territórios (BARROSO; GALVÃO, 2007).

No início da epidemia no Brasil, a fração populacional masculina composta por homossexuais e bissexuais foi a mais atingida. Entretanto, ocorreu certa estabilização em anos posteriores, em especial entre aqueles homens pertencentes às classes médias, em meio aos quais se verificou saliente mobilização social e mudança de comportamento no sentido de práticas sexuais mais seguras, manifestando-se em redução da participação deste estrato entre os casos notificados (BRITO, 2006).

Convém ressaltar que, em meados da década de 1980, outro segmento populacional, aquele constituído pelos usuários de drogas injetáveis (UDI), passou a ocupar posição de destaque entre os casos secundários à transmissão sanguínea (SZWARCWALD et al., 2000).

Como consequência das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no país revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De

¹A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde deliberou que a palavra aids deve ser considerada substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira. Dessa forma, quando se tratar da epidemia, sua grafia será sempre em letras minúsculas, como postulado para outros agravos. Quando for nome de um setor ou título, a primeira letra será maiúscula e as demais minúsculas. Por exemplo: Coordenação Nacional de DST e Aids. Entretanto, quando o termo estiver junto de outras siglas escritas com letras maiúsculas, sua grafia seguirá a mesma regra. Por exemplo: CN-DST/AIDS.

epidemia inicialmente restrita a metrópoles e predominantemente masculina, encontra-se, hoje, um quadro marcado por processos de transformações sociais (BRITO, 2000).

Sob este prisma, dados epidemiológicos registram significativo acréscimo de casos em mulheres em idade reprodutiva, caracterizando o que foi denominado de feminização da epidemia. Isso indica não apenas dificuldade para oferecer respostas institucionais para conter esta doença, como também, remete para as questões de gênero, que construíram os papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria causa aumento da vulnerabilidade destas à infecção (SILVA; VARGENS, 2009).

Além disso, fatores como o baixo nível de instrução, normas sexuais impostas às mulheres, ausência de oportunidades econômicas e de controle nos relacionamentos, colaboram consideravelmente para o aumento dos índices de infecção pelo HIV na população feminina (MORIMURA et al., 2006).

Esse 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), também denominada transmissão materno-infantil (LEAL; ROESE; SOUZA, 2012).

Convém ressaltar que a TV pode ocorrer inicialmente, durante a gestação, por via transplacentária. Em seguida, durante o trabalho de parto, decorrente da exposição de mucosas fetais ao sangue materno ou secreções vaginais e, por último, no pós-parto, através do aleitamento materno (FERACIN, 2002).

Frente ao exposto, dados revelam que no Brasil 0,4% das gestantes apresentam soropositividade para o 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 (BRASIL, 2010).

É relevante destacar que, alguns estudos demonstram que várias mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade ao realizar o pré-natal ou ainda durante o parto e no pós-parto (BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO, 2012). Por essa razão, é notório que a população infantil se constitui como um público vulnerável para a infecção pelo HIV, com aumento evidente da incidência dos nascidos já infectados por TV (BARROSO; GALVÃO, 2007), que corresponde atualmente mais de 80% dos casos de AIDS em crianças menores de 13 anos (ARAÚJO et al., 2008).

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, acaba por reduzir, desta forma, o risco de infecção para a criança (BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO, 2012).

Sabe-se que em 2003 foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), o Projeto Nascer, que teve como objetivo principal o acolhimento, o aconselhamento e a testagem rápida para HIV nas parturientes que não foram avaliadas no pré-natal, ampliando o acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção (LIMA et al., 2010).

Logo, 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 com o intuito de otimizar a implementação das medidas profiláticas recomendadas. Diante disso, entende-se que é fundamental conhecer a compreensão das mães acerca dos cuidados de cunho preventivo para TV do HIV.

Desse modo, o desejo em investigar as interfaces da TV do HIV surgiu a partir da minha afinidade com a disciplina Enfermagem Obstétrica, na qual tive oportunidade de vivenciar atividades tanto na Atenção Básica quanto no âmbito hospitalar, como também pela minha experiência como monitora da referida disciplina, quando foi possível ter um contato mais íntimo com a temática e aprofundar meus conhecimentos.

Nesta perspectiva, emergiram algumas inquietações sobre o tema, as quais nortearam 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?

1.2 Objetivos

1.2.2 Objetivo geral

Analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV em uma maternidade municipal da cidade de Campina Grande-PB.

1.2.3 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes soropositivas;
- Identificar o conhecimento das gestantes soropositivas em relação às formas de transmissão vertical do HIV;
- Avaliar o conhecimento das gestantes soropositivas a respeito dos métodos de prevenção da transmissão vertical do HIV.



Fonte: Internet, 2013.

“O Último Baluarte - A Ira das Mães” (Cândido Portinari).

2 Revisão da Literatura

2.1 O HIV/AIDS: um breve retrospecto

Há mais de três décadas, a sociedade vivia uma realidade revolucionária que embutia a liberdade sexual sem limites, tendo como preceito básico o direito ao exercício pleno da sexualidade, sem as repressões que faziam parte do cotidiano da vida íntima das pessoas. A juventude escandalizava com a derrubada de tabus e preconceitos, levantando as bandeiras de lutas femininas, do direito ao amor livre, da contracepção, do aborto, e do reconhecimento gay. Em junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças Americano (CDC), alarmou sobre o aparecimento de uma nova doença que agredia homens que faziam sexo com outros homens e/ou faziam uso continuado de drogas injetáveis (ALMEIDA, 2004).

O autor supracitado ainda informa que, ao final de 1982, o CDC decidiu nomear esta nova doença de *Gay Related Immuno Deficiency* (GRID), Imunodeficiência ligada aos homossexuais, ou Peste Gay. Posteriormente, a doença foi denominada AIDS nas línguas anglo-saxônicas e SIDA nas línguas neolatinas. Particularmente no Brasil, embora de língua neolatina, foi adotada a sigla AIDS.

O período concentrado entre 1981 e 1984 foi considerado, por vários autores, como período da descoberta, pois ocorreram as primeiras notificações da nova doença, sendo realizado o isolamento do vírus, nos Estados Unidos da América (EUA) e na França. Foram descobertas as principais formas de infecção e transmissão e buscou-se compreender melhor os fatores de risco associados a esta enfermidade, o que levou a identificação de grupos considerados de maior risco (PUPO, 2007).

De acordo com Marques (2002), a aids surgiu também numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos, suscitando comportamentos e respostas coletivos, nos quais estavam inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos.

Assim, a partir de sua irrupção, a aids representou mais do que uma nova doença, rapidamente, ela preocupou não só os atingidos ou ameaçados, mas a sociedade, mobilizando, além dos médicos e pesquisadores, os artistas e os políticos, colocando em evidência, de forma intensa, a articulação do biológico, do político e do social (HERZLICH; PIERRET, 2005).

Segundo Almeida (2004), diante do desconhecido a população produziu aspectos apoiados no conceito de doença contagiosa, incurável e mortal, fortalecendo o conceito de peste, cujo significado representava uma ameaça à sociedade, vinculada a atitudes de evitamento aos portadores. Além dessa compreensão, a aids era uma enfermidade que estava

associada a grupos considerados discriminados e marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e as prostitutas.

A partir de 1986, o caráter pandêmico da epidemia começa a ser delineado, demonstrando que a mesma atinge grupos sociais distintos em diferentes regiões do mundo, dos dois sexos, de diversas faixas etárias e de variadas orientações sexuais. E são, nesse período, criados e formalizados por agências internacionais, tais como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), grupos de trabalho específicos sobre o assunto da Aids (PUPO, 2007).

Além do estigma, as representações construídas para constituir a aids tiveram como apoio as crenças e interpretações morais, sobretudo as relacionadas à sexualidade, que instituíram valores para elucidar a origem da situação que provocou a infecção. Esse posicionamento moral da sociedade inscreveu culpa e responsabilidade ao portador do HIV/AIDS, reafirmando o caráter castigante da doença (ALMEIDA, 2004).

Segundo o autor supracitado, a pandemia da aids elevou a expressão de uma crise global de rápida disseminação e agravamento, especialmente nos países em desenvolvimento exigindo respostas, e a necessidade urgente de criação de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos que dessem conta dessa problemática com tal magnitude. Nenhuma doença suscitou questões tão complexas, exigiu tamanha amplitude de respostas ou revelou tão impiedosamente os sérios desequilíbrios, as inadequações, injustiças e desigualdades nas sociedades de todos os países.

No Brasil, o primeiro caso clínico de aids foi descoberto em 1983, em um paciente portador de sarcoma de Kaposi. Estudos posteriores permitiram a identificação retrospectiva de casos no período compreendido entre 1980 a 1982. Na primeira metade da década de 1980, a identificação de novos casos manteve-se restrita aos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Nesta ocasião, o perfil epidemiológico caracterizava-se por pacientes do sexo masculino, alto nível socioeconômico, com transmissão de caráter homossexual/bissexual (SADALA; MARQUES, 2006).

De acordo com Grangeiro, Silva e Teixeira (2009), ao final da década de 1980, os indicadores epidemiológicos da aids no Brasil eram parecidos aos de muitos países africanos, com números alarmantes. Análises da época apontavam para o risco de a epidemia se generalizar na população brasileira e gerar significativo impacto na economia e na saúde do país. Esse receio era justificado pela velocidade de crescimento da enfermidade, por ser um local caracterizado pela diversidade social, econômica e cultural, pelo aparecimento de um

expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e pela conservação de altas incidências em grupos sociais considerados mais vulneráveis.

A partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia: a razão de sexo, que foi de 25 homens para cada mulher, em 1991, passou para 2 em 2004 e apresenta-se crescente a ocorrência de casos em indivíduos com baixo grau de escolaridade. O cenário que temos hoje é que a doença vem atingindo todos os grupos sociais e faixas etárias, com um aumento progressivo do número em indivíduos com idade avançada (SOUZA et al., 2012).

Para tanto, diversas ações foram desenvolvidas no Brasil, e ao longo de duas décadas, respostas foram surgindo, mitos foram sendo desfeitos e se acumularam experiências, conhecimentos e novas tecnologias de prevenção. Neste sentido, surgiram no Brasil os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviços de suma importância na ação da prevenção primária do HIV, ou seja, na estimulação de adoção de práticas sexuais mais seguras, e em relação ao uso de drogas injetáveis, objetivando o controle da epidemia (ALMEIDA, 2004).

Conforme Grangeiro, Silva e Teixeira (2009), o movimento da reforma sanitária iniciado na década de 1980, se constituiu como principal base para estruturação da política da Aids, desenvolvida em âmbito governamental, colaborando para fundamentar seus princípios e diretrizes. Este período também foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas. Estas organizações políticas permitiram a imediata reação de movimentos sociais no tocante à tal doença, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e aids.

Outro aspecto que revolucionou as intervenções no âmbito da Aids em 1996, foi a introdução no mercado de uma nova proposta terapêutica composta por fármacos antirretrovirais inibidores de protease e de sua combinação com os inibidores da transcriptase, conhecida também como *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), que reduziram de forma relevante a mortalidade relacionada a esta infecção, e proporcionaram grande aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos (CASTRO; REMOR, 2004).

A disponibilidade da terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas portadoras do vírus, causou impacto na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde em se relacionar com os pacientes (SADALA; MARQUES, 2006).

Todavia, esse novo momento no tratamento da aids repercutiu fortemente nos comportamentos de risco dos indivíduos e na prevenção. Diversos estudos revelam que os avanços no tratamento ocasionaram a diminuição do cuidado e do uso de preservativos nas relações sexuais. Assim, esse aspecto deve ser monitorado pelos profissionais de saúde, visto que a diminuição da preocupação pode ser precursora de comportamentos de risco (CASTRO; REMOR, 2004).

O acesso gratuito e universal aos antirretrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV no Brasil têm reduzido drasticamente a mortalidade e a morbidade por aids e a TV. Tal redução é resultante também do esforço em responder precocemente à epidemia, ao combate do estigma e discriminação, envolvendo a população em geral, organizações não governamentais (ONG's) e a grupos historicamente mais vulneráveis.

Conforme Paiva, Pupo e Barboza (2006) atualmente, abordam-se abertamente temas acerca da sexualidade na mídia e nas escolas e, além de distribuir milhões de preservativos, os programas governamentais de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) incluem projetos com trabalhadores do sexo e distribuem seringas para usuários de drogas injetáveis (UDI's). Ademais, a análise crítica da resposta brasileira tem salientado a importância da integração entre prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A Feminização da epidemia do HIV/AIDS

Desde seu princípio, o panorama da aids vem se transformando no Brasil e no mundo, repercutindo em alterações no seu perfil epidemiológico. Nos primeiros anos da epidemia, a maior parte dos casos era composta por homens e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram, significativamente, maiores do que no sexo feminino. Contudo, embora fossem notificados números maiores de indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia no Brasil, hoje, é maior entre as mulheres (SANTOS et al., 2009).

No intuito de analisar os determinantes estruturais da feminização da soropositividade no Brasil, Bastos (2000 apud Rangel 2010) considerou a interação entre desigualdades sociais e de gênero, sendo esta última definida como sendo o ponto central deste evento e, encontrou, além de fatores gerais, pontos considerados de maior vulnerabilidade, sendo eles fatores biológicos bem como epidemiológicos.

Ao analisar o desenvolvimento da epidemia brasileira no sexo feminino, notam-se três momentos distintos com relação ao risco para a infecção pelo HIV: inicialmente, até meados

de 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais prevalente, como por exemplo, as relações de homossexuais masculinos eram as mais frequentes; ao final da década de 1980 e no início de 1990, quando o uso de drogas injetáveis aparece como uma importante forma de infecção pelo HIV; e, por fim, do início dos anos 90 até o momento atual, que apresenta nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS et al., 2002), sendo esta a que mais tem contribuído para a feminização da epidemia (GALVÃO et al., 2004).

Percebe-se que a aids evoluiu de forma diferenciada e seu aspecto epidemiológico sofreu diversas modificações desde o registro dos primeiros casos, no início da década de 1980. A epidemia foi gradualmente disseminada entre mulheres, por meio de relações heterossexuais sem proteção, caracterizando um processo de heterossexualização (REIS et al., 2008).

Segundo Santos (2009), o perfil dos casos notificados de aids entre mulheres no país remete a alguns fatores que contribuem para a sua vulnerabilidade, como o fato de as soropositivas possuírem menor escolaridade do que os homens em igual situação, e ainda, uma maior proporção de mulheres que apresentam como categoria de exposição para o HIV a multiplicidade de parceiras sexuais de seus companheiros. Ademais, salienta-se que diversos aspectos ligados às relações sociais de gênero, como a submissão das mulheres aos homens no que diz respeito ao exercício da sexualidade e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas causam um baixo poder de negociação sexual das mulheres.

Sabe-se que no contexto mundial a metade das pessoas que vivem com HIV são mulheres e a probabilidade é de que esse número aumente nos próximos anos. Atualmente, a incidência na faixa etária de 13 a 17 anos já é maior entre as meninas do que entre os meninos. Um fato considerável é que a maioria das mulheres foi infectada por via sexual dentro de uma relação estável, ou seja, possivelmente contaminaram-se através do companheiro ou marido (STRECK, 2012).

Elas deixam de se proteger, porque não acreditam no risco de infecção, pois confiam aos parceiros a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao uso do preservativo ou ainda porque precisam se submeter à vontade de parceiros que negam a se protegerem, entre outros motivos (CARVALHO; PICCININI, 2008).

Uma vez que a mulher não possui autonomia sobre o seu próprio corpo, reflexo da denominada educação sexista, o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS torna-se difícil entre o público feminino. As consequências desse tipo de relação podem ser desastrosas, na medida em que, quando se compreende a mulher como mero objeto de prazer, a elas é negado o

direito à liberdade e à individualidade, sendo muitas vezes vítimas de manipulação, agressão e violência sexual (AGUIAR, 2012).

Uma pesquisa realizada no Brasil, Argentina, Chile e Uruguai revelou que 78,1% das mulheres soropositivas entrevistadas sofreram algum tipo de violência durante suas vidas, assinalando a uma relação direta entre a violência física, sexual, psicológica e o HIV. As formas de violência giravam em torno do abuso físico, psicológico ou sexual na infância, e 65% das mulheres foram violentadas antes de serem infectadas pelo vírus. A violência física ou psicológica era infligida por seus pais, inclusive mães, ou outras pessoas da rede familiar. Já a sexual, em geral, era exercida pelo pai, padrasto ou outro homem da organização familiar. É visto que a vulnerabilidade ao HIV associa-se a situações de marginalização e abandono, sendo resultantes ao sofrimento no qual estas são submetidas (STRECK, 2012).

Diante desse quadro, o número de mulheres infectadas pelo HIV segue crescendo, gerando a necessidade não somente de estratégias de prevenção à infecção, mas de atenção à população de pessoas portadoras do vírus. Essa nova demanda de assistência traz consigo uma importante questão de saúde pública, a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Pesquisas revelam que as mulheres soropositivas continuam engravidando como as demais, porém, muitos serviços de saúde designados ao atendimento à essa população ainda não conseguiram desenvolver um trabalho efetivo de subsídio a questões de sexualidade, principalmente no tocante ao planejamento reprodutivo, o que incide em altas taxas de transmissão vertical do HIV (CARVALHO; PICCININI, 2008).

2.2.1 A questão da Transmissão Vertical do HIV

Do ponto de vista biológico, da situação das mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo vírus da HIV, emerge a possibilidade de gestação. No Brasil, na última década, foram notificados 41.777 casos de gestantes soropositivas (MACHADO et al., 2010) e, em razão desse aumento significativo, principalmente na faixa etária de 13 a 19 anos, a população infantil vem constituindo um grupo exposto com nítido aumento da incidência daquelas nascidas já infectadas por TV (CARVALHO et al., 2008).

A decisão de ter ou não um filho é determinada pelo significado que a mulher atribui à maternidade, considerando suas condições objetivas e subjetivas. Mesmo nas situações em que a gestação não foi planejada, é inesperada ou inoportuna, a tendência é que ela decida pela sua evolução natural, determinada pelo sentido e pelo significado que confere à própria experiência (MOURA, KIMURA, PRAÇA; 2010). Paralelamente ao intenso significado da

maternidade para a portadora do HIV, há evidências de que nem sua condição de soropositividade, nem a possibilidade de transmissão do vírus ao feto, determinam sua decisão de interromper a gestação ou não levá-la a termo (MOURA, PRAÇA; 2006).

De acordo com Araújo et al. (2008), um resultado positivo para o HIV pode acarretar um grave impacto na vida das mulheres, especialmente quando o diagnóstico ocorre no período gestacional, pois a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte relacionada à aids. Assim, a experiência da maternidade para essas mulheres torna-se contraditória, visto que a possibilidade de gerar e criar um filho se contrapõe ao medo da TV e ao estigma social devido à infecção (ROMANELLI et al., 2006).

Sobre este aspecto, um estudo realizado com mães soropositivas referiu que estas procuram demonstrar para a sociedade sua preocupação quanto à proteção do filho frente à possibilidade de infecção. Elas buscam a aceitação social, de modo a serem vistas como cuidadoras, ao priorizar a saúde do filho (MOURA; KIMURA; PRAÇA, 2010).

No entanto, muitas gestantes soropositivas não aderem à profilaxia para evitar a TV devido à exposição diante dos serviços de saúde e ao risco de tornar pública sua soropositividade (SANT'ANNA; SEIDL, 2009). As mulheres ocultam sua condição sorológica de seus familiares e, por vezes, de seu companheiro sexual, por medo de consequências nas relações do cotidiano familiar, social e do trabalho. Convivem com a impossibilidade de amamentar, conduta identificada pelo enfaixamento dos seios, que é considerado doloroso e punitivo. Entretanto, envolve a possibilidade de manter o bebê sadio, o que implica aspectos biológicos, sociais, culturais e emocionais (MACHADO et al., 2010).

Há uma concordância nas pesquisas feitas vinculando esse aspecto comportamental a fatores culturais patriarcais, entre as quais também se encontra a religiosidade. O HIV remete à ideia de mulher promíscua, que contrasta com a figura de mulher mãe/dona de casa, ocasionando muitas vezes recusa ao tratamento, o que expõe o bebê à contaminação (STRECK, 2012).

Concomitante aos investimentos nas políticas públicas em saúde e nas ações de prevenção da TV do HIV mantém-se um modelo assistencial que reserva pouco espaço para a saúde da mulher, as quais descobrem que estão infectadas pelo vírus somente quando procuram a assistência pré-natal, o que se configura como um dos desafios da prática de cuidado na saúde às gestantes (MACHADO et al., 2010).

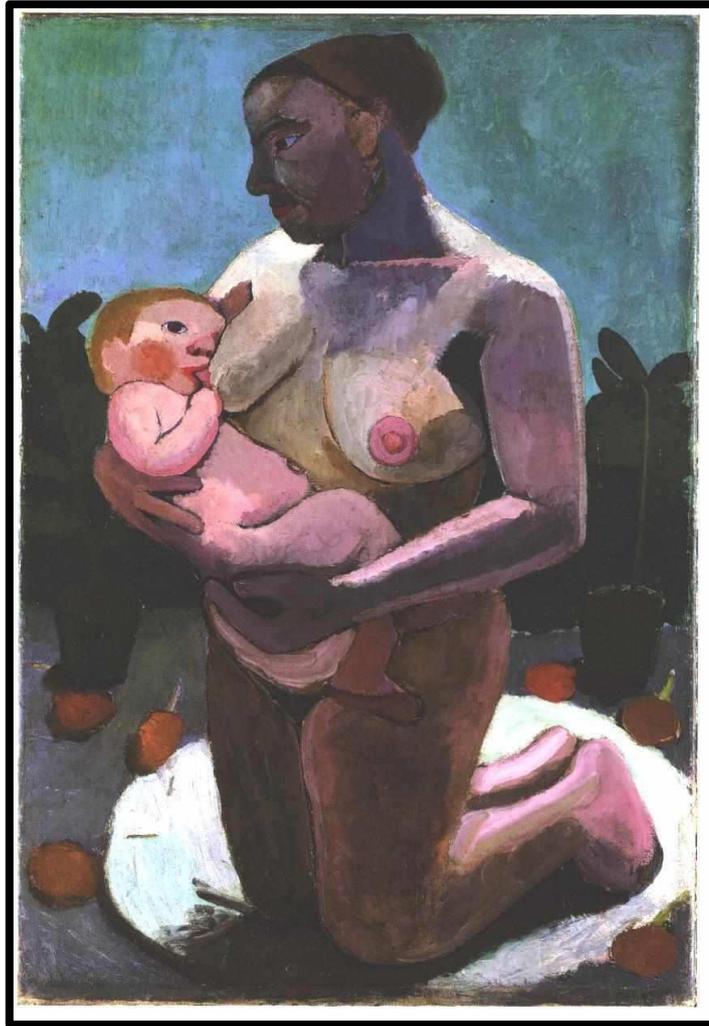
Segundo Leal, Roesse e Souza (2012), apesar de todos os avanços conquistados, no que tange a prevenção da TV do HIV, muitos casos ainda ocorrem, pois alguns fatores dificultam a aplicação das medidas profiláticas para a doença, como a não realização do pré-natal ou este

feito de forma inadequada, o atendimento despreparado nas maternidades, a falta de aconselhamento pré e pós-teste HIV, a falta de adesão ao tratamento dentre várias outras possibilidades.

Além disso, desafios são encontrados na dimensão cotidiana das mulheres, as quais vivenciam a gestação com a possibilidade de transmissão do HIV para seu filho, tornando-se uma de suas maiores preocupações. Devido ao preconceito, convivem com limitações no cuidado de si e na interação social (MACHADO et al., 2010).

Neste sentido, as ações do Ministério da Saúde (MS) para o combate à aids entre as mulheres buscam chamar a atenção para a percepção de que são vulneráveis e que devem procurar mecanismos para sua proteção. Acenam, ainda, que estas devem ser protagonistas da prevenção e da conquista de acesso à saúde. A realização do exame para sorologia do HIV no pré-natal não se constitui numa medida preventiva; contudo, é um momento em que as mulheres têm acesso a um aconselhamento no qual estão inclusas medidas preventivas de DST/AIDS e comportamentos de risco, além de ser uma oportunidade de descobrir a sorologia e iniciar o tratamento (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

Convém ressaltar que, atualmente, o tratamento da gestante é realizado através da combinação de diferentes esquemas terapêuticos com antirretrovirais como a Zidovudina (AZT). A recomendação do MS é que seu emprego seja feito a partir da décima quarta semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa) e ao recém-nascido (RN) por via oral até seis semanas de vida (MOURA; PRAÇA, 2006).



Fonte: Internet, 2013.

*“Mãe ajoelhada com criança”
(Paula Modersohn-Becker).*

3 Considerações Metodológicas

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa. A escolha por este tipo de questão esteve relacionada ao objetivo do estudo, que é promover a compreensão do problema a partir das características encontradas no discurso das gestantes soropositivas.

A pesquisa exploratório-descritiva tem a finalidade de esclarecer conceitos e ideias, proporcionando visão geral acerca de determinado fato, como também descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2009).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada 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 de referência na macrorregião, atendendo gestantes egressas do pré-natal de baixo e alto risco.

3.3 População e amostra

Integraram-se ao estudo sete mulheres com diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids, cujos critérios de inclusão elencados: 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; Concordar em participar livremente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

O número de participantes foi determinado pela saturação das informações, ou seja, a repetição dos dados, além de responder às inquietações e aos objetivos da investigação.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Para obtenção de dados utilizou-se um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), com vistas a nortear as entrevistas, dividido em duas etapas: a primeira, com fins de realizar a caracterização sociodemográfica e obstétrica e a segunda, no intuito de atender os objetivos concernentes ao foco do estudo, as quais foram gravadas em ambiente privado, sem a interferência externa.

Para Manzini (2003), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

3.5 Procedimento para coleta de dados

Inicialmente foi realizado o cadastro na Plataforma Brasil, no qual foi gerado a Folha de Rosto (FR), documento que comprova, por meio de assinaturas específicas, a responsabilidade para com o estudo. Concomitantemente, foram providenciadas as assinaturas do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A), Termo de Autorização Institucional proponente (ANEXO C) e Termo de Submissão (ANEXO D). Após a autorização por escrito, os referidos termos foram anexados juntamente com a FR à página *online* da Plataforma, quando o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO E), cujo número CAAE foi: 15399713.3.0000.5182; a coleta de dados foi realizada no mês agosto de 2013. Inicialmente através da busca nominal das gestantes soropositivas, nos livros de registros dos ambulatórios de pré-natal de alto risco do ISEA, para conhecimento das datas para as quais essas gestantes estavam agendadas. De posse destes dados, foram feitas visitas nos respectivos dias à sala de espera do ambulatório, onde estas gestantes foram convidadas a participar da pesquisa, sendo sempre explicitada a sua finalidade e esclarecendo sobre a garantia do anonimato da identidade daquelas que aceitaram fazer parte da amostra. Salienta-se que os nomes das gestantes foram substituídos por nomes de estrelas de acordo com a escolha das mesmas. Assim, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.6 Análise dos dados

Após a captação dos discursos ou falas, procedeu-se à análise. Inicialmente, houve o processo de transformação do relatado em um texto escrito. Os depoimentos foram explorados ouvindo-se e lendo-se exaustivamente cada um individualmente.

Para o tratamento das informações obtidas, adotou-se a utilização da técnica de Análise de Conteúdo, 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 (MINAYO, 2006).

Para tanto, foram adotados, os seguintes passos propostos por Bardin (1994): 1. Organização e sistematização das ideias; 2. Exploração do material, correspondente à transformação sistemática dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, visando atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão e, conseqüentemente, a compreensão do texto; e 3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Foram analisados os depoimentos e categorizados por inferência de conteúdos semelhantes.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Atendendo às exigências éticas, foram explicitados aos sujeitos participantes os objetivos e importância da pesquisa, garantindo o sigilo e a confidencialidade quanto aos seus dados pessoais e informando de que o estudo não apresenta método invasivo; não acarreta danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual; não causa agravo imediato ou tardio, direto ou indireto ao indivíduo participante; não oferece qualquer tipo de indenização ou remuneração.

Os aspectos supracitados baseiam-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das pesquisas com seres humanos, as quais devem atender as exigências éticas e científicas, priorizando a necessidade do TCLE dos indivíduos alvos (BRASIL, 2012).



Fonte: Internet, 2013.

“Afecto” (Augusto Higa)

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 Caracterização das Participantes do Estudo

A amostra estudada foi composta por sete mulheres portadoras do HIV que são acompanhadas pelo pré-natal de alto risco do Instituto Elpídio de Almeida (ISEA) localizado na cidade de Campina Grande-PB.

No Quadro 1 estão demonstrados os dados sociodemográficos das participantes desta investigação, onde é verificado que houve variação na faixa etária, oscilando entre 28 e 35 anos. Este achado diverge dos dados encontrados por Menezes (2012), em estudo realizado no Pará, com faixa etária predominante entre 18 a 23 anos, com média de 25 anos. Esse fato demonstra que as gestantes atendidas no ISEA, estão diferindo do parâmetro nacional, com relação à idade com que engravidaram, caracterizando também em alguns casos, gravidezes de alto risco.

Quadro 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos das gestantes HIV positivas. Campina Grande, 2013.

Sujeito da Pesquisa	Idade	Anos de estudo	Raça	Renda familiar	Estado civil	Ocupação
Electra	34 anos	1 a 3 anos	Parda	1 a 2 salários mínimos	Solteira	Do lar
Almeisan	37 anos	8 a 11anos	Parda	1 a 2 salários mínimos	Casada	Do lar
Betria	31 anos	8 a 11anos	Negra	1 a 2 salários mínimos	União estável	Domestica
Alifa	28 anos	4 a 7 anos	Branca	2 a 3 salários mínimos	União estável	Vendedora
Rubídea	35 anos	8 a 11anos	Parda	1 a 2 salários mínimos	União estável	Do lar
Meissa	29 anos	4 a 7 anos	Negra	1 a 2 salários mínimos	Casada	Do lar
Syrma	35 anos	4 a 11anos	Branca	2 a 3 salários mínimos	União estável	Domestica

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Ainda de acordo com o quadro acima, grande parte das mulheres possui pouco tempo de estudo, entre 8 a 11 anos, demonstrando baixo nível educacional. Conforme Barroso et

al.(2007), o nível de escolaridade entre portadores do HIV, de ambos os sexos, vem diminuindo progressivamente. No entanto é percebido que as mulheres ainda possuem menor grau de escolaridade, fato presente desde o início da epidemia. Particularmente aquelas com menor escolaridade deparam-se, quase sempre, com a falta de acesso e menos informação para implementar as ações preventivas, acarretando em maior vulnerabilidade para si e para os filhos.

No tocante ao quesito raça, três gestantes se declararam pardas, duas se disseram negras, as demais referiram ser caucasianas, conforme exibido no Quadro 1. Quanto à renda familiar mensal, houve variação entre 1 a 2 salários mínimos. Esse dado é preocupante, considerando o fator epidemiológico da pauperização. Para Fonte (2012), a população mais carente sofre pela dificuldade de acesso a serviços básicos e de qualidade, como educação e saúde, acarretando uma situação de risco social.

Quanto ao estado civil, a maioria delas possui união estável, uma referiu ser solteira e duas se declararam casadas. Segundo Silva e Vargens (2009), é pouco provável que as mulheres de parceria fixa pensem na possibilidade de contaminar-se com doenças sexualmente transmissíveis, pois não se consideram vulneráveis e creem na fidelidade conjugal. Entretanto, a não utilização de preservativos, está associada à imprevisibilidade das relações, crença na diminuição do prazer, nível de conhecimento limitado acerca do uso, dificuldades em negociar o uso da camisinha, poder de gênero, dependência emocional e financeira entre parceiros, tempo de relacionamento e vontade de ter filhos; ocasionando um crescimento no número de mulheres infectadas, entre as que mantem parceiro fixo.

Com relação à ocupação, neste estudo apenas três entrevistadas mencionaram trabalharem remuneradamente, enquanto as demais referiram serem donas de casa. Para Barroso et al. (2007), a situação de trabalho doméstico impõe às mulheres a permanência contínua no lar. Desta forma, as ações de prevenção devem ser fundamentadas em estratégias para garantir o acesso às informações sobre HIV neste ambiente, pois, estudos apontam que aquelas que vivenciam essa situação parecem estar vulneráveis à aquisição do vírus, visto que a responsabilidade de cuidar da casa e das pessoas da família recai, tradicionalmente, sobre a mulher, deixando-a muitas vezes, impossibilitada de recorrer aos serviços de saúde, estimulando o abandono do tratamento.

São apresentadas nos Quadros 2 e 3 informações concernentes aos dados obstétricos das colaboradoras do presente estudo, tais como: número de gestações, partos e abortos; idade gestacional; número de consultas pré-natais até o momento da coleta; tempo de diagnóstico da

soropositividade e o momento da descoberta do diagnóstico de HIV em relação ao início da gestação atual.

Quadro 2: Caracterização das gestantes soropositivas atendidas no ISEA quanto à história reprodutiva. Campina Grande, 2013.

Sujeitos da Pesquisa	Gesta	Para	Abortos	Idade gestacional (momento da pesquisa)	Número de consultas pré-natais
Electra	VI	V	0	30 Semanas	07
Almeisan	V	IV	1	24 Semanas	05
Betria	III	II	0	32 Semanas	07
Alifa	II	I	0	28 Semanas	06
Rubídea	III	II	0	12 Semanas	04
Meissa	II	I	0	16 Semanas	03
Syrma	IX	II	6	28 Semanas	04

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Quadro 3- Dados correspondentes à infecção pelo HIV em relação à gestação atual das gestantes soropositivas atendidas no ISEA. Campina Grande, 2013.

Sujeito da Pesquisa	Conhecimento da soropositividade em relação à gestação atual
Electra	Antes desta gestação
Almeisan	Antes desta gestação
Betria	Antes desta gestação
Alifa	Durante esta gestação
Rubídea	Antes desta gestação
Meissa	Durante esta gestação
Syrma	Antes desta gestação

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

No que se refere à paridade das gestantes acompanhadas, observou-se que todas possuíam pelo menos dois filhos, taxa superior à encontrada em um estudo realizado por Konopka et al. (2010) no estado do Rio Grande do Sul, que foi de apenas 1,6 filhos por mulher. Os autores revelam que a maior fecundidade entre as soropositivas contribui para o incremento de taxas de transmissão materno-infantil, demonstrando a importância de um pré-natal adequado, já que, atualmente, a quase totalidade de casos de SIDA em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a TV.

A realidade das participantes no que diz respeito à idade gestacional no momento da entrevista, como exposto no Quadro 2, se concentra entre 12 a 32 semanas. Convém ressaltar que, nesse mesmo momento, a quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes

variou entre três e sete atendimentos. Quanto ao tempo de diagnóstico da soropositividade, este foi citado desde 2 meses de conhecimento até 14 anos.

Destaca-se aquele que, presumidamente, é o fator mais evidente e peculiar da condição destas participantes em relação a outras mulheres: a descoberta da soropositividade ao HIV e sua relação temporal com a vivência da gestação, como pode ser visto no Quadro 3. Dentre as entrevistadas, somente duas descobriram serem soropositivas durante a gestação atual, por meio dos exames obrigatórios realizados no pré-natal. Este dado corrobora resultados encontrados numa pesquisa realizada em Cuité-PB nas unidades básicas de saúde da família, que enfatizam que o pré-natal é fundamental na identificação das mulheres soropositivas e, conseqüentemente, para a prevenção da TV, uma vez que muitas delas desconhecem seu estado sorológico antes da gestação (MATOS et al., 2009).

Nesta perspectiva, a contextualização do momento de descoberta do diagnóstico em relação à evolução da gestação atual é um dado relevante para discussão e problematização acerca do planejamento reprodutivo entre as mulheres participantes. Assim, é possível questionar as estratégias empregadas para o planejamento ou não da gestação.

As mulheres que engravidam após diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids são jovens, têm poucos anos de estudo, pequena atividade sexual, baixo uso de métodos contraceptivos, maior número de gestações prévias e de abortos induzidos do que as mulheres não portadoras do vírus. Tal fato pode sugerir que essas mulheres talvez não disponham dos recursos necessários para tornar efetivas suas escolhas reprodutivas. Além disso, é 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 (VILLELA et al., 2012).

Por outro lado, alguns estudos indicam que a intenção reprodutiva de mulheres vivendo com HIV pode não ser alterada em função do diagnóstico e que os contextos socioeconômicos e culturais podem ser determinantes nas escolhas reprodutivas do que o próprio conhecimento do estado sorológico (BARBOSA et al., 2009).

Em síntese, as características preponderantes das participantes do presente estudo podem ser resumidas a mulheres jovens, em situação de pauperização, pouco escolarizadas e com relações conjugais estáveis. Percebeu-se ainda que as mulheres foram infectadas por via sexual e souberam apenas quando engravidaram ou quando se submeteram à internações hospitalares em decorrência de outras doenças. Desse modo, observou-se uma estreita relação entre as precárias condições de vida, a forma como as mulheres foram infectadas pelo vírus e

o acontecimento da gravidez, condicionando-as a maior vulnerabilidade ao adoecimento e morte pelo HIV/Aids e a ocorrência da transmissão vertical.

Os dados expostos até aqui estabelecem uma base para contextualização dos conteúdos expressos durante as entrevistas. Cada uma das mulheres relatou situações e experiências que as constituíram como sujeitos específicos em suas relações individuais e coletivas.

4.2 Unidade Temática Central

Mediante a leitura detalhada dos discursos obtidos, foi possível a nomeação da Unidade Temática Central: “A vivência da soropositividade ao HIV durante o período gestacional”, da qual se conformaram cinco categorias, denominadas: 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; Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV e A abstinência da amamentação como expressão de prevenção.

4.2.1 Categoria I: O Conhecimento das gestantes sobre a infecção pelo HIV

É evidente que a sorologia reagente para o HIV traz importantes mudanças no cotidiano das pessoas de modo geral. Contudo, a descoberta da doença remete a necessidade de alguns reconhecimentos, como os aspectos relacionados à infecção, ao conhecimento sobre o vírus, ao tratamento e aos efeitos colaterais decorrentes do uso dos antirretrovirais (NEVES, 2005).

Partindo deste pressuposto, nesta primeira categoria, foram incluídos os relatos sobre o conhecimento da infecção, a partir do entendimento e do enfrentamento das gestantes diante de sua soropositividade. Sendo assim, 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. 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)**

Só sei que pega se transar sem camisinha e que tem que ter muito cuidado, fazer o tratamento pra não entrar em crise, por que se não piora muito, tanta gente morre dessa doença, tem que se cuidar. **(Meissa)**

De acordo com Bernardo (2013), 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.

Em um estudo nacional sobre o conhecimento da população adulta a respeito da infecção pelo HIV, Szwarcwald et al. (2000) apontam que, na maioria dos casos, a relação sexual é destacada como a principal forma de transmissão. Entretanto, possuir informações acerca de determinado assunto não garante a apreensão e a sua incorporação no comportamento.

Do mesmo modo, Antunes et al. (2002) aludem que aumentar o nível de informação sobre as vias de transmissão do HIV, enfatizando a necessidade de usar preservativo, não garante mudanças comportamentais consistentes, indicando a necessidade dos programas preventivos contemplarem o contexto psicossocial do indivíduo e as diferenças de gênero nas campanhas de prevenção. É notório também a relevância de proporcionar ao portador de HIV o conhecimento acerca do vírus e da enfermidade propriamente dita, a diferença entre eles e suas relações, haja vista que a informação servirá de base desde a descoberta do diagnóstico, pois existem maneiras distintas de encarar a soropositividade e de estar com aids, ou seja, com a doença já instalada.

Igualmente constatou-se que, para algumas mulheres, o HIV aparecia com todas as imagens negativas que se propagam na esfera pública, principalmente na mídia e nas campanhas de sensibilização para a prevenção. No entanto, embora reconhecendo esses aspectos, percebeu-se o conhecimento de que seguindo bem o tratamento com todas as recomendações médicas podem atingir qualidade de vida, bastando se cuidar, como é visto nos discursos abaixo:

Eu acho triste né, porque quem tem isso, é muito triste mesmo, e ter esse problema, ainda pega com seu marido, eu num me conformo não, porque é serio demais. **(Electra)**

É uma doença que tem que tratar com muito cuidado por que é sério demais, ai pode ate matar se não cuidar né, eu tenho muito medo disso. **(Betria)**

Bem, eu sei que é um vírus que até hoje ele só tem controle mas não tem a cura, tá em estudo né, a gente tá procurando, e tão procurando novos medicamentos que é pra combater, mas até hoje não tem uma cura, só tem um combate. **(Almeisan)**

A duplicidade de explicações contrastantes sobre o que é o HIV, as quais partem de concepções científicas e se entrelaçam com visões corriqueiras, nos permitem depreender que as formas como as mulheres constroem as suas opiniões provêm de diferentes campos sociais em que são compartilhados modos distintos de compreensão, o que permite a existência de conceitos híbridos sobre a doença (BERNARDO, 2013).

O entendimento predominante nos depoimentos deste estudo é que a transmissão do HIV se dá por via sexual, evidenciando as relações de gênero como um comportamento socialmente construído e marcado por uma cultura que consente disparidades para definir atitudes de homem e mulher, tornando as relações vulneráveis. Enquanto a sociedade impõe ao homem virilidade e potência, a mulher é tida como um ser submisso, o que dificulta a negociação do sexo seguro, deixando-a ainda mais vulnerável à infecção pelo HIV (NEVES, 2005).

Eu não usava camisinha, por que 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)**

Para Bezerra (2012), as escolhas sobre o uso do preservativo dependem de um conjunto de fatores correlatos e não somente do risco aparente. O problema vai além de usar ou não o preservativo, e perpassa por questões maiores ligadas à sexualidade, construção social, mudança de hábitos e promoção da saúde. O autor acresce que a compreensão das diferenças quanto ao uso de preservativos requer análises específicas para cada um dos sexos, pois 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.

Os relatos abordados nesta categoria nos fazem pensar que as gestantes soropositivas, embora 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. Além disso, sabe-se que o aprendizado não é fruto da simples aquisição de informação.

Para tanto, Sant'Anna (2009) menciona que a realização de oficinas educativas que contemplem nível de escolaridade, aspectos religiosos, crenças e valores morais, origem étnica, podem contribuir para a eficácia das práticas preventivas em HIV/Aids. Já Silva e Vargens (2009) ressaltam que, é de especial importância a elaboração de estratégias preventivas voltadas não somente para as mulheres, como também é imprescindível envolver os homens neste processo de mudança.

4.2.2 Categoria II: A experiência subjetiva da maternidade em contexto de soropositividade

Esta categoria visa demonstrar o cotidiano vivido pelas colaboradoras do estudo, no contexto gestacional em condição de soropositividade, considerando os significados atribuídos a este momento singular.

Segundo Silva (2012), as mulheres apresentam o desejo de maternidade intimamente relacionado ao anseio de constituir uma família, haja vista a identidade feminina é historicamente relacionada ao projeto de vida de constituir um lar e de formar uma família. Assim, a pretensão de ter um filho ocorre, na maioria das vezes, em decorrência de um conjunto de fatores, como o anseio de corresponder à expectativa social e a obrigação de se auto afirmar como pessoa saudável em contrapartida ao adoecimento.

Desse modo, Sant'Anna et al. (2008) revela que, quando a mulher se descobre soropositiva em idade reprodutiva é confrontada, muitas vezes, com algumas decisões difíceis, dentre elas a escolha sobre ter ou não filhos. A maternidade, que em nossa sociedade se mostra como algo esperado e valorizado, comumente desejado pelas mulheres, pode se tornar ameaçada pela condição sorológica.

Ao serem indagadas no que diz respeito às experiências relacionadas à gestação, algumas mulheres relataram inicialmente, a falta de planejamento reprodutivo, com consequente gravidez indesejada. Este fato permitiu que essas mulheres passassem por uma fase em que consideraram a alternativa do aborto para interromper a gravidez inesperada, visando poupar-se da sujeição ao tratamento, ao preconceito e à discriminação social, como ilustrado nas declarações:

Eu num queria não, por mim eu mandava tirar, por que 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)**

Os relatos apontam que o HIV/Aids representa para essas mães uma ameaça à sua saúde e à vida do seu filho. De acordo com Machado et al. (2010), estar grávida representa por si só uma experiência que gera ansiedades e inseguranças. E, neste caso, a essa vivência soma-se o fato de ser soropositiva ou mesmo a descoberta do vírus durante a gestação.

Em suma, as narrativas mostram que a gravidez surpreendeu a maioria das mulheres, que não planejavam engravidar naquela ocasião. Nesse grupo, podemos então apontar 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.

Isso nos leva a crer, que o fato dessas mulheres engravidarem 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 as questões vinculadas ao planejamento reprodutivo, à sexualidade feminina na presença do HIV e aos direitos reprodutivos dos portadores do vírus (CORDOVA et al., 2013).

Outro fator observado 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 torna-se 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)**

É inegável a presença da associação da aids com a morte nos discursos, mesmo reconhecendo os progressos na esfera da doença, especialmente em relação aos medicamentos antirretrovirais (GALVÃO et al., 2013).

Por outro lado, o estudo de Silva (2012) assinala 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, sobretudo se a família apoia esse anseio, como destacado nas falas abaixo:

Pra mim significa ser mãe mais uma vez, é mais uma chance de ser mãe. Por que eu sempre quis ser mae de novo, ai agora eu consegui e tô muito feliz sabe. **(Almeisan)**

Pra mim é uma felicidade e uma preocupação né, por que quando eu soube eu fiquei muito feliz, por que 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)**

Tem a mudança dos meus medicamentos né, foram completamente distorcidos, por que eu tomava estorvim e lamiduvina, aí mudou pra lamiduvina e nevirapina que é pra fazer o tratamento pra ela nascer, ter a oportunidade de nascer sem o vírus. **(Almeisan)**

Eu queria ter um filho, mas eu fico preocupada dele nascer com esse problema, eu não queria que ele pegasse essa doença, ele não tem culpa né, mas eu venho sempre aqui pra fazer o acompanhamento, tomar os remédios pra proteger ele, eu faço tudo pra que ele não nasça com essa doença. **(Meissa)**

Sobre isso, Preussler e Eidt (2007) demonstraram que toda a mulher, ao gerar um bebê, carrega consigo uma série de preocupações inerentes a esse período de sua vida. Na mulher gestante HIV positivo, se acrescenta a possibilidade da 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, à chance de que seu filho seja saudável, sendo essa percepção preponderante na aceitação do tratamento.

A partir das respostas das gestantes participantes do estudo, foi visto que a sobrecarga emocional resultante do diagnóstico de HIV pode interferir na aceitação, na importância dada aos diferentes dispositivos envolvidos no tratamento, dentre eles o uso da medicação e consequentemente na adesão ao mesmo, principalmente na situação gravídica.

De acordo com Barros et al. (2011), é possível que a comunicação do diagnóstico possa despertar sentimentos de morte iminente e medo do futuro, principalmente durante o período gestacional. Assim, é essencial que o profissional valorize o aconselhamento durante todo o pré-natal, considere as diferentes formas de enfrentamento, procure oferecer mensagens positivas e adote uma atitude acolhedora.

4.2.3 Categoria III: As formas de Transmissão Vertical do HIV sob a ótica das gestantes soropositivas

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% ocorre durante a gestação e 65% no parto. Caso a transmissão não ocorra na gestação ou no parto, ela poderá ocorrer ainda na amamentação, com um risco de 7 a 22% por mamada (BERNARDES; SOUZA; AZEVEDO, 2012).

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 bebe, mas agora eu tô sabendo pode passar no parto e pelo cordão por causa do sangue, ai é muito arriscado. **(Alifa)**

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

Pelo que eu sei, pode passar na hora do parto, se o bebe tiver contato com o sangue da mãe, dentro da barriga eu acho que não pega. **(Meissa)**

Eu sei que se nascer normal ela corre o risco de ter, ser portadora também de HIV. **(Almeisan)**

Carvalho e Piccinini (2006) ressaltam que 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. O fato de saberem que o parto é um momento decisivo para evitar a infecção da criança pode aumentar a tensão e o medo das gestantes. Consequentemente, o período que se segue ao nascimento é permeado pela incerteza quanto ao diagnóstico do filho, assim como pela necessidade de retomar ou iniciar o próprio tratamento.

Outro fator apontado pelas gestantes como de risco potencial para transmissão materno-infantil, foi a amamentação:

Pelo pouco que eu sei que é amamentação, que no leite né, eu só sei essa, por sinal eu não amamentei meu outro filho, ele tomou o NAN assim que nasceu depois pronto já passou pra tomar o ninho, nunca amamentei ele, no primeiro foi amamentado, mas no segundo não. **(Rubídea)**

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

Ah se der de mamar, a doutora me falou que se der de mamar ela corre o risco de pegar. **(Syrma)**

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)**

O aleitamento materno tem sido estimulado por diversas campanhas governamentais e pelas equipes de saúde, pois é notório que esta prática traz benefícios para o bebê. 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 (BAZANI; SILVA; RISSI, 2011).

No Brasil, é preconizada pelo MS, a inibição do aleitamento materno entre as mulheres infectadas pelo HIV. Assim, a criança deve ficar em alojamento conjunto com sua mãe, sendo então alimentada com fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2006).

Assim, é necessária a interrupção da lactação, através do uso de alguns métodos. A maneira mais comum, além do uso de medicamentos para inibir a lactação, é o método de enfaixamento (não hormonal), que consiste na compressão das mamas e aplicação de bolsas de gelo e compressas frias por um período menor ou igual a dez minutos e esvaziamento da mama até cessar toda a produção do leite materno (MORENO; REA; FILIPE, 2006).

Conforme Batista e Silva (2007), devido à experiência dolorosa de inibição da lactação, a compreensão menos dolorosa por parte destas mães proibidas de amamentar seus filhos somente ocorrerá mediante um acolhimento eficaz e empatia por parte dos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal, a fim de que isso seja enfrentado da melhor forma possível pelas gestantes.

Já com relação à transmissão intrauterina, a mesma foi citada 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)**

Neste sentido, Rodrigues, Vaz e Barros (2013) ressaltam que a TV intrauterina ocorre através da detecção do HIV no líquido amniótico, tecidos fetais e placenta. Eles confirmam que o período de maior risco de transmissão do vírus é concentrado no terceiro trimestre da gravidez, e, principalmente, no período intraparto.

Para Gianvecchio e Goldberg (2005) a enfermidade materna em estágio avançado se constitui em fator de risco para TV intrauterina, pois índices elevados de transmissão são

encontrados entre mães com baixo CD4 ou com sintomas associados à aids. É comum entre mulheres que transmitem infecção intraútero, serem encontrados níveis baixos de anticorpos neutralizantes, quando comparados aos daquelas que transmitem intraparto ou das não transmissoras. Assim, a transmissão pode ocorrer intraparto, a despeito da presença de anticorpos.

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 (BARROS, 2011).

4.2.4 Categoria IV: Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV

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 contaminação (LEAL; ROESE; SOUSA, 2012).

É preconizado que toda gestante deve comparecer 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 ARV (LIMA et al., 2010).

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 medico direitinho, fazer o pré-natal direitinho, o acompanhamento direitinho, a gente vai ter 99 por cento de chance do nosso bebe nascer com saúde, sem o vírus. **(Almeisan)**

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

A preocupação em realizar todas as medidas existentes para evitar a TV do HIV, o agravamento do quadro de sua patologia e a possibilidade de que seu filho cresça e tenha uma vida saudável, estimula as mães a realizarem as orientações dos profissionais de saúde para diminuir a chance da infecção na criança (LEAL; ROESE; SOUSA, 2012).

Esse comportamento da gestante, motivado pela chance de receber assistência, a qual favorecerá a geração de uma criança saudável, é confirmada por uma pesquisa realizada com mulheres de um Hospital Escola, localizado no município de São Paulo, no qual foi demonstrado que quando a mulher já tem congregado dentro de si a importância de um filho, a mesma assume a responsabilidade de cumprir com satisfação a sua função, ou seja, zelar pela própria saúde e pela do feto em desenvolvimento, no intuito de poder dar à luz a uma criança sadia (MOURA; PRAÇA, 2006).

A condição de soropositividade de uma gestante conforma uma situação, na qual medidas profiláticas devem ser adotadas no sentido de reduzir o risco de TV do HIV. Segundo Farias (2008), o uso de ARV diminui a TV do HIV, quando administrados durante a gestação, intraparto e ao neonato desde o nascimento até a sexta semana de vida.

Nesta perspectiva, as falas das entrevistadas revelam que a adesão ao tratamento durante a gravidez é motivada pelo cuidado ao bebê, isto é, para evitar transmissão do vírus à criança. 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 (FERACIN, 2002).

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 ai quando eu tomo os remédios eu fico um pouquinho mais tranquila. **(Betria)**

Tem que tomar os medicamentos que eles mandam, o AZT é direto, por que ai diminui o vírus e ai não passa pro meu filho. **(Alifa)**

Só se parar a medicação, mas se continuar tomando a medicação direitinho, é o que eu sei, só sei isso. **(Rubídea)**

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

Este achado diverge da pesquisa de Pereira (2012), realizada num CTA no Rio Grande do Sul, que revelou que a descoberta da sorologia positiva para o HIV das gestantes, durante o pré-natal, se configura como fator dificultador na adesão ao tratamento profilático da TV do HIV.

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 na construção e no fortalecimento de vínculos afetivos com seus filhos (PEREIRA, 2012).

Para Cechim, Perdomini e Quaresma (2007), a adesão ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e segue as prescrições estabelecidas. O que significa que deve haver um consenso entre profissional e paciente, quando são reconhecidas não apenas as obrigações específicas de cada um, mas também de todos os envolvidos no processo.

Mediante critérios estabelecidos por Brasil (2010), a profilaxia da TV é direcionada para as gestantes assintomáticas e com níveis de T-CD4 > 200 células/mm³, no tratamento é dirigido as gestantes com T-CD4 < 200 células/mm³ ou sintomáticas. No caso de gestantes com T-CD4 entre 200 e 350 células/mm³, pode-se considerar a instituição dos ARV como tratamento, e não como profilaxia, baseando-se na análise clínica (MENEZES, 2012).

Assim, o uso de profilaxia com AZT oral deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e no parto até o clampe do cordão. Quando a oportunidade de profilaxia no início da gestação for perdida, esta pode ser iniciada em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto (FERACIN, 2002).

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 o cesariano 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 o cesáreo pra ela num correr o risco de pegar, mas eu sei que pelo parto normal num pega, que meu outro filho num pegou. **(Syrma)**

Bazani, Silva e Rizi (2011), evidenciaram que o momento do parto representa o maior risco de TV do HIV (65%), quando a mãe é portadora. A infecção intra-útero representa 35% dos riscos enquanto que o aleitamento materno oferece riscos entre 7 e 22%.

Acredita-se que o mecanismo pelo qual a cesariana proteja as crianças do contágio pelo vírus seja pela menor probabilidade de ocorrerem microtransfusões placentárias, evitando desta forma o contato com o sangue materno durante o trabalho de parto, e com as

secreções maternas no canal de parto. Entretanto, a cesariana eletiva não evita a contaminação fetal intrauterina (KREITCHMANN, 2003).

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 necessário uma avaliação da carga viral para a indicação da melhor via de parto. Quando a carga for menor que 1000 cópias/ml ou indetectável, há indicação de parto vaginal, exceto quando há indicação obstétrica para cirurgia cesariana. Já nos casos de carga viral maior ou igual a 1000 cópias/ml ou desconhecida, verificada antes da 34^a semana gestacional, e neste caso a gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação cervical menor que quatro cm e as membranas amnióticas íntegras, há indicação de cesariana eletiva (BRASIL, 2010).

Em caso de ruptura prematura de membranas antes da 34^a semana, a conduta deve ser individualizada, pois a literatura não demonstra conduta segura para estas situações (MENEZES, 2012).

As participantes referiram ainda que, o uso da terapia ARV, após o nascimento, é uma forma de garantir finalmente a prevenção da TV:

Tem né o remédio, eles sempre dão o remédio pra o bebe 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)**

O recém-nascido recebe o AZT na forma de xarope a partir das seis primeiras horas e durante as primeiras seis semanas de vida. A partir da sexta semana e até a definição do diagnóstico, obtido entre o sexto e o décimo segundo mês de vida, o bebê então deve tomar um medicação para a prevenção de pneumonia (GONÇALVES; PICCININI, 2007).

Dados do MS, revelam que o risco de transmissão do HIV/aids da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da droga ao bebê (BRASIL, 2006a).

Em suma, as informações de que 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 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.

4.2.5 Categoria V: A abstinência da amamentação como expressão de prevenção

A amamentação, ao longo dos tempos, foi amplamente incentivada e promovida, pois são inegáveis as inúmeras vantagens para o bebê e para a mãe. Contudo, nesse curso de lutas a favor deste ato tão relevante, surge o HIV, o qual traz o reverso desta prática, visto que, o leite materno se torna um fator potencial para TV do HIV para a criança (BATISTA; SILVA, 2007).

Os riscos envolvidos na TV do HIV por meio da amamentação incluem, de acordo com Scherer (2006): fatores como a duração da amamentação (quanto mais tempo a amamentação durar, maior o risco de TV). Acredita-se que o risco seja de mais ou menos 5% nos primeiros seis meses, 10% durante os primeiros 12 meses e 15-20%, se o bebê for amamentado por 24 meses; o risco é maior se houverem fissuras mamárias, ou se a mama apresentar processo inflamatório (mastite ou abscesso na mama); e por fim o estado imunológico da mãe, quando o risco é maior, se o estado imunológico da mãe estiver diminuído, como por exemplo, em casos de má-nutrição ou por que a mesma está em um estágio avançado da doença propriamente dita.

As mães soropositivas, além de vivenciarem todas as situações mencionadas até o momento, ainda tem que enfrentar a experiência de não poderem amamentar seus filhos. Elas expressaram 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, por que o pessoal fala tanto que é importante pro bebê, mas fazer o que, se é pra saúde dela, é isso que importa. **(Betria)**

Ai 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)**

A tristeza referida por estas mulheres compõe-se como uma resposta humana universal às situações de perda, frustração, desapontamento e outras adversidades. Desta maneira, diante da impossibilidade de amamentar, a mulher reage sentindo-se mal, desconfortável e triste. A maioria, se não todos os episódios mais intensos de tristeza são provocados pela perda, ou previsão de perda, seja de uma pessoa amada, de lugares, familiares e queridos, ou de papéis sociais como é o caso destas gestantes (SILVA, 2005).

O sistema alojamento conjunto é, a princípio, um local estimulador do aleitamento materno, então a puérpera portadora do HIV vivencia sua impossibilidade de amamentar observando esta prática nas outras mulheres próximas, o que muitas vezes se constitui uma situação dolorosa (BATISTA; SILVA, 2007).

Não vou poder amamentar quando ele nascer, por que pelo leite passa, é o que eu mais fico pensando, porque todo mundo vai dar de mamar, e eu não vou poder, ai eu fico chateada né, mas fazer o que. **(Alifa)**

De acordo com Gonçalves e Piccinini (2007), a amamentação parece trazer para a mulher portadora do HIV/aids uma dupla mensagem social. A amamentação no seio é altamente estimulada pelos profissionais de saúde e por campanhas publicitárias que recomendam o aleitamento materno até os dois anos de idade, propalando as suas vantagens para a criança. No caso da infecção pelo HIV/aids, a amamentação é proibida e, como se viu, os procedimentos profiláticos incluem a administração de inibidores de lactação e até mesmo o enfaixamento das mamas, como mencionado por uma das participantes:

Eu fico assim triste, porque a doutora falou que eu vou ter que enfaixar os meus peitos e tomar o remédio pra parar, mas é uma pena porque eu vejo que eu tenho tanto leite e vai se perder, fora que eu vou ficar com vergonha de tá com os peitos enfaixados, por mim num fazia isso não **(Meissa)**

Na prática clínica, essa supressão da lactação está reservada a um pequeno número de situações individuais e, dentre elas, pelas normas brasileiras, a presença da infecção materna pelo vírus HIV, devido ao comprovado aumento da transmissão do vírus pelo leite materno (MORENO, 2006).

O enfaixamento das mamas é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas, um procedimento que deve ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a inibição química (cabergolina 1,0 mg via oral – dois comprimidos de 0,5mg por via oral) não esteja disponível. A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto (ARAÚJO; SIGNES; ZAMPIER, 2012).

Logo, 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.

Isso pode ser evidenciado por outros estudos, que referem para essas mulheres, que vale a pena renunciar a amamentação natural já que esta renúncia propicia a proteção à transmissão vertical do HIV para seus filhos, sendo essa uma medida de compensação (CONTIN et al., 2010).

Nesse sentido, Feracin (2002) afirma que, apesar de ser informada sobre a necessidade de impedir a amamentação para o bem do seu filho, a mulher não é isenta de se sentir frustrada, limitada, tolhida, sem opção de decidir se quer ou não amamentar, ou seja, o seu direito negado, pois a única alternativa possível, nesse momento é a não amamentação.

Assim as mães HIV positivo, na experiência de gestar e não amamentar, se veem em uma situação ambígua quando vivenciam um misto de sentimentos que expressam a perda do ideal materno pela impossibilidade de proporcionar o aleitamento ao filho, negando-lhe o peito; contudo, por outro lado, também reflete a mãe renovada no mesmo ideal materno representado pelo amor incondicional que as leva a aceitação de tudo o que resultar no bem estar da criança (SILVA, 2005).

Pode-se concluir então que, diante da impossibilidade de amamentar, essas mães necessitam redefinir o seu conceito de boa mãe, desconstruindo a imagem de que esta é a que amamenta, e passarem a considerar boas mães aquelas que fazem o melhor para seus filhos. 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 (NEVES; MARIN, 2013).



Fonte: Internet, 2013.

“As Três Idades da Mulher” (Gustav Klimt).

5 Considerações Finais

Este estudo teve como proposta descrever o conhecimento de gestantes soropositivas com relação à transmissão vertical do HIV, como também sobre as formas de prevenção da mesma, após demonstrar os significados que as mulheres atribuem a maternidade e as implicações de ser mãe e portadora do vírus.

Inicialmente, os resultados foram agrupados a partir das questões do roteiro de entrevista, as quais abrangeram a caracterização sociodemográfica (idade, anos de estudo, raça, renda familiar, estado civil e ocupação) e obstétrica (gesta-para-aborto, idade gestacional, número de consultas pré-natais e tempo de diagnóstico da soropositividade) das mulheres.

Quanto à idade, a mais prevalente foi em torno de 30 anos; no tocante aos anos de estudo a maioria possuía uma média de oito a onze anos; das sete gestantes entrevistadas, três se declararam pardas, duas referiram ser brancas e duas se disseram negras. No que diz respeito à renda familiar, houve variação entre um e dois salários mínimos por mês. Quanto ao estado civil, a maioria delas possui união estável, uma referiu ser solteira e duas se declararam casadas. Com relação à ocupação, apenas três participantes mencionaram trabalharem remuneradamente, sendo duas empregadas domésticas e uma vendedora, enquanto as demais referiram serem donas de casa.

Ao analisar os dados obstétricos foi visto que as mulheres possuíam entre dois e cinco filhos; quanto à paridade, a maioria era múltipara e apenas duas já tinham vivenciado abortos anteriores. A idade gestacional variou entre 12 e 32 semanas de gestação, assim como o número de consultas pré-natais esteve entre três e sete consultas, proporcionalmente à idade gestacional. No que concerne à relação temporal entre a descoberta da soropositividade e a gestação atual, somente duas descobriram serem soropositivas durante esta gestação, por meio dos exames obrigatórios realizados no pré-natal, as demais já eram sabidamente soropositivas quando engravidaram.

Mediante os discursos encontrados, conformou-se a Unidade Temática Central: “A vivência da soropositividade ao HIV durante o período gestacional”, da qual emergiram cinco categorias, a saber: 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; Implicações acerca das medidas de prevenção da Transmissão Vertical do HIV e A abstinência da amamentação como expressão de prevenção.

Na primeira categoria evidenciaram-se fragilidades quanto ao conhecimento em relação à doença propriamente dita, uma vez que a maioria direcionava e restringia o conceito

à forma de transmissão do vírus, nos remetendo ao fato de que, embora sejam acompanhadas por serviços de saúde, não apresentam conhecimentos significativos acerca da sorologia HIV positivo.

Já a segunda permitiu compreender como as gestantes portadoras do HIV vivenciam a maternidade, e como esse fato condicionou o enfrentamento do diagnóstico. Percebeu-se que a maternidade as fortaleceu, no momento em que lhe foi atribuído um sentido positivo, quando se tem de quem cuidar e amar, contribuindo para que suas vidas passassem a ter um novo significado. Assim, a maternidade influenciou de maneira benéfica no cuidado consigo própria e, propiciou o enfrentamento da soropositividade.

Na terceira categoria, foi possível identificar que as gestantes possuem um conhecimento limitado a respeito das formas de TV do HIV, ao citarem superficialmente apenas a amamentação e a transmissão intrauterina como vias potenciais de TV e mencionando a cirurgia cesariana como único meio seguro para parir, descartando o parto vaginal. Ainda nesta categoria ficou claro, através dos discursos, o quanto o momento que se segue ao nascimento é permeado pela incerteza e pelo medo quanto à sorologia do filho, gerando muita apreensão por parte destas mulheres. As mesmas também se revelaram conscientes sobre o reverso da amamentação, devido ao risco da TV do HIV pelo leite materno, mesmo sendo este um processo bastante doloroso.

A quarta categoria enfatizou a percepção das gestantes com relação às medidas de prevenção da TV do HIV. Sobre isso, as mulheres apresentaram um discurso superficial no tocante à profilaxia realizada durante o pré-natal, parto e puerpério. Desta forma, foi possível observar, que mesmo não obtendo as informações necessárias, as gestantes se submetem a terapia em benefício da saúde do seu filho, visto que ele se configura como a razão principal da adesão ao tratamento profilático.

As respostas destacadas na quinta categoria revelaram que a abstinência da amamentação como medida de prevenção da TV do vírus impõe uma série de procedimentos que podem influenciar intensamente a experiência de ser mãe. Os sentimentos de tristeza, angústia e culpa, contidos nos relatos frente à impossibilidade de amamentar, comprovaram que para essas mães os benefícios que a amamentação proporciona à saúde do bebê são carregados de grande importância, mas que, apesar disso, reconhecem a necessidade dessa medida profilática. Assim, estas mulheres se encontram em uma situação de fragilidade quando vivenciam dores que exprimem a perda do ideal materno e, paralelamente, não podem oferecer o leite ao filho; contudo, também manifestam aceitação, devido ao amor incondicional que as leva a aceitação de tudo o que resultar no bem estar de seus filhos.

Neste sentido, os depoimentos revelados são exemplos de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos psicológicos, necessitando de intervenções ainda mais eficientes. A fim de concretizar essa afirmação, promovendo o melhor enfrentamento frente a todas as limitações geradas em virtude dessa condição, é essencial que a mulher sinta-se segura e encontre apoio nos profissionais de saúde.

Portanto, entender um pouco do universo singular vivenciado por esta mulher, cercada de valores socioculturais que a pressionam, é fundamental para o cuidado de saúde, sobretudo o de enfermagem. Ademais, a efetivação de um cuidado humanizado às mães soropositivas requer suporte para ajudá-las a encarar as principais dificuldades que cada uma se depara.

Nesta conjuntura, é de suma importância que o acompanhamento destas gestantes seja realizado por uma equipe multiprofissional, a fim de que todas suas necessidades, físicas e/ou psicológicas, sejam sanadas. Logo, a educação em saúde se mostra como um dos melhores caminhos para suprir as deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas.

Como sugestão, aponta-se a criação do grupo de gestantes soropositivas nos serviços especializados, constituindo-se uma rica ferramenta para troca de informações entre profissionais e pacientes, como também entre as próprias participantes. A troca de experiência, desperta resiliência, fator primordial para o enfrentamento da condição sorológica pelas gestantes.

Inferese que este estudo possa contribuir com as pesquisas neste campo, visto que evidenciou necessidades escamoteadas desta parcela da população e que necessitam ser revistas pelas equipes que realizam o acompanhamento destas mulheres nos serviços de referência. É evidente que, embora as informações estejam em todos os lugares, exaltadas por diferentes meios, ela ainda se mostra obscura, visto que não atinge a população como um todo, ou mesmo abrange de maneira superficial e insuficiente. É imperativo que novas pesquisas sejam realizadas nesta área, para que novas estratégias surjam, em prol da melhoria assistencial às mulheres soropositivas.



Fonte: Internet, 2013.

“Mãe e filho” (Pablo Picasso)

Referências

ALMEIDA, M. R. C. B. A. **História silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela História Oral**. 146 p. Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Dissertação. Curitiba, PR. 2004.

AGUIAR R. O. A violência doméstica e suas implicações para a crescente feminização da epidemia de HIV/AIDS. **Anais do Congresso Internacional das Faculdades EST**. São Leopoldo: EST, v. 1, p.1516-1520, 2012.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **CiencCuidSaude**. Abr/Jun; 7(2):216-223, 2008.

ARAÚJO, C. L. F., SIGNES, A. F., ZAMPIER, V. S. B. Puerpério e HIV: visão da equipe enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr.) jan-mar; 16 (1):49- 56, 2012.

ANTUNES, M. C. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.4, p. 88-95, 2002.

BARBOSA, R.M. et al. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1085-1099, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, V.L. et al. Fatores Que Interferem Na Adesão de Gestantes Com HIV/AIDS a Terapia Antirretroviral. **RevBrasPromoç Saúde**, Fortaleza, 24(4): 396-403, out./dez., 2011.

BARROSO, L. M. M., GALVÃO, M. T. G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 16(3): 463-9, 2007.

BARROSO, L.M.M. et al. Caracterização De Gestantes Com Teste Rápido Positivo Para HIV Em Fortaleza-CE. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 86-93, set./dez.2007.

BATISTA CB, SILVA LR. Sentimento de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Esc Anna Nery RevEnferm**; 11(2):268-75, 2007.

BAZANI, A. C. SILVA, P. M. RISSI, M. R. R.A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.2, n.1, p.45-55, 2011.

BEZERRA, E. O. et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Rev Rene**.; 13(5):1121-31, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília, 2010.

BERNARDO, E. M. **“Contar ou Não Contar?” Do conhecimento do diagnóstico positivo do HIV/SIDA aos dilemas da revelação.** Monografia. Departamento de Sociologia. Faculdade de Letras e Ciências Sociais. Universidade Eduardo Mondlane. Maputo, 2013

BERNARDES, M. J. C., SOUSA, M. V., AZEVEDO, F. M. F. Estratégias para redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua relação com a Enfermagem. **Enfermería Global**, 28 Outubro, 2012.

BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev Saúde Pública**;40(Supl):18-22, 2006.

BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 34(2): 207-217, mar-abr, 2000.

CARVALHO, F. T., PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (6):1889-1898, 2008.

CARVALHO, F. T., PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, 10(2), p. 345-355, 2006.

CARVALHO, C. M. L. et al. Assistência à Saúde da Mulher Portadora de Hiv/Aids no Brasil: Refletindo Sobre as Políticas Públicas. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set. 2008.

CASTRO, E. K., REMOR, E. A. Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002) Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 17(2), pp.243-250, 2004.

CECHIM, P.L. PERDOMINI, F.R.I, QUARESMA, L.M. Gestantes HIV positiva e sua não-adesão a profilaxia no pré-natal. **Rev Bras Enferm**, Brasília set-out; 60(5): 519-23, 2007.

CONTIN, C. L. V. et al. Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 278-284, out./dez. 2010.

CORDOVA, F. P., et al. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jan-fev; 66(1): 97-102, 2013.

FARIAS, J. P. Q. et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 30(3):135-41, 2008.

FERACIN, J. C. F. **Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV**. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2002. 145 p. Dissertação. Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP 2002.

FONTE, V. R. F. et al. Conhecimento De Gestantes De Um Hospital Universitário Relacionado À Prevenção De DST/AIDS. **Rev. enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez; 20(4):493-9. 2012.

GALVÃO, M. T. G. et al. Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença. **Cogitare Enferm**. Abr/Jun; 18(2): 230-7, 2013.

GALVÃO, M. T. G. et al. Medidas Contraceptivas de proteção entre mulheres com HIV/Aids. **Rev de Saúde Pública**38(2):194-200, 2004.

GONÇALVES, T. R.; PICCININI, C. A. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. **Psicol. USP** 18 (3) São Paulo July/Sept. 2007.

GIANVECCHIO, R. P. GOLDBERG, T. B. L. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):581-588, mar-abr, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo, Atlas, 2009.

GRANGEIRO, A. SILVA, L. L. TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, 26(1): 87-94. 2009.

HERZLICH, C. PIERRET, J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 71-101, 2005.

KONOPKA, et al. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**.; 32(4):184-90, 2010.

KREITCHMANN, R. **Transmissão perinatal do HIV-1 entre participantes do programa de controle do HIV/AIDS no sul do Brasil: um estudo de coorte.** Dissertação. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

LEAL, A. F., ROESE A., SOUSA, A. S. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. **InvestEducEnferm**; 30(1), 2012.

LIMA, C. T. D., et al. Manejo clínico da gestante com HIV positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. **Esc Anna Nery** (impr.) jul-set; 14 (3):468-476, 2010.

LIMA, C. T. D., OLIVEIRA, D. R., ROCHA, E. G., PEREIRA, M. L. D. Manejo clínico da gestante com HIV positivo. **Esc Anna Nery** (impr.) jul-set; 14 (3):468-476, 2010.

MACHADO, A. G. et al. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 79-85, abr./jun. 2010.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.** In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial p.11-25. Londrina: eduel, 2003.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MATOS, S.D. et al. Conhecimento Das Gestantes Atendidas Nos Serviços De Pré-Natal Acerca Do Teste ANTI-HIV. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 122-130, abr./jun.2009.

MENEZES, L.S.H. **Perfil Epidemiológico De Gravidas HIV Positivas Atendidas Em Maternidade Publica de Referencia no Estado Do Pará.** Universidade Federal Do Pará. Programa De Pós-Graduação Em Doenças Tropicais. Belém, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOURA E. L. PRAÇA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev Latino-am Enfermagem** maio-junho; 14(3): 405-13, 2006.

MOURA, E. L. KIMURA, A. F. PRAÇA, N. S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta Paul Enferm**; 23(2):206-11, 2010.

MORENO, C.C.G.S., REA, M.F., FILIPE, E.V. Mães HIV positivas e a não amamentação. **Revbras saúde materninfant**; 6(2): 199-208,2006.

- MORIMURA, M. C. R., et al. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 6 (Supl 1): S69-S76, maio, 2006.
- NEVES, L. A. S. **Prevenção da Transmissão Vertical do HIV: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas.** Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 114p. Ribeirão Preto, 2005.
- NEVES, C. V., MARIN, A. H. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p.198-214, jan./jun. 2013.
- PAIVA, V. PUPO, L. R. BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 40(Supl):109-119, 2006.
- PEREIRA, et al. Atendimento de Gestantes HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento na perspectiva dos Profissionais. **RevEnfermUfsm** Mai/Ago; 2(2): 232-241, 2012.
- PREUSSLER, G. M.I., EIDT, O. R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.**; 28(1):117-25, 2007.
- PUPO, L. R. **Aconselhamento em DST/AIDS: Uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica.** São Paulo, SP: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de São Paulo. 247 pág. Dissertação. São Paulo, SP. 2007.
- RANGEL, T. S. A. **Vivendo a contradição entre ser mulher e ser profissional no processo de cuidar de mulheres soropositivas para o HIV.** 105 pág. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Dissertação. Rio de Janeiro, RJ. 2010.
- REIS, C. T. et al. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6): 1219-1228, jun, 2008.
- RODRIGUES, S. T. C., VAZ, M. J. R., BARROS, S. M. O. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. **Acta Paul Enferm**; 26(2):158-64. 2013.
- RODRIGUES-JUNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia da Aids no Brasil, 1991-2000: descrição do espaço e do tempo. **Rev soc. Bras. Med. Trop.**, 37 (4), 2004.
- ROMANELLI, R. M. C. et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 6 (3): 329-334, jul./set., 2006.

SADALA, M. L. A, MARQUES, A. S. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2369-2378, 2006.

SANT'ANNA, A. C. C. et al. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia**, Campinas 25(1)101-109, janeiro/março, 2008.

SANT'ANNA, A. C. C. SEIDL, E. M. F. Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 22(2), 244-251. 2009.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup2:321-333, 2009.

SCHERER, L. M. BORENSTEIN, M. S. PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery Rev Enferm** abr-jun; 13 (2): 359-65, 2009.

SHERER, L. M. **Compreendendo mulheres gestantes/puérperas com HIV/AIDS: contribuições para superação dos déficits de autocuidado.** Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 122f. Florianópolis, 2006.

SILVA ,R. M. **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. Salvador, 2012.

SILVA, C. M., VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **RevEscEnferm USP**; 43(2):399-404, 2009.

SILVA L. S., PAIVA, M.S., CARNEIRO, A.J.S. Aids e masculinidade entre idosos. In: **Anais do VII Seminário Fazendo Gênero**; Florianópolis ; 2006.

SILVA, A.I. Significados atribuídos a abstinência da amamentação por mulheres HIV positivas. **Maringá**, v. 4, n. 1, p. 13-24, jan/abr. 2005.

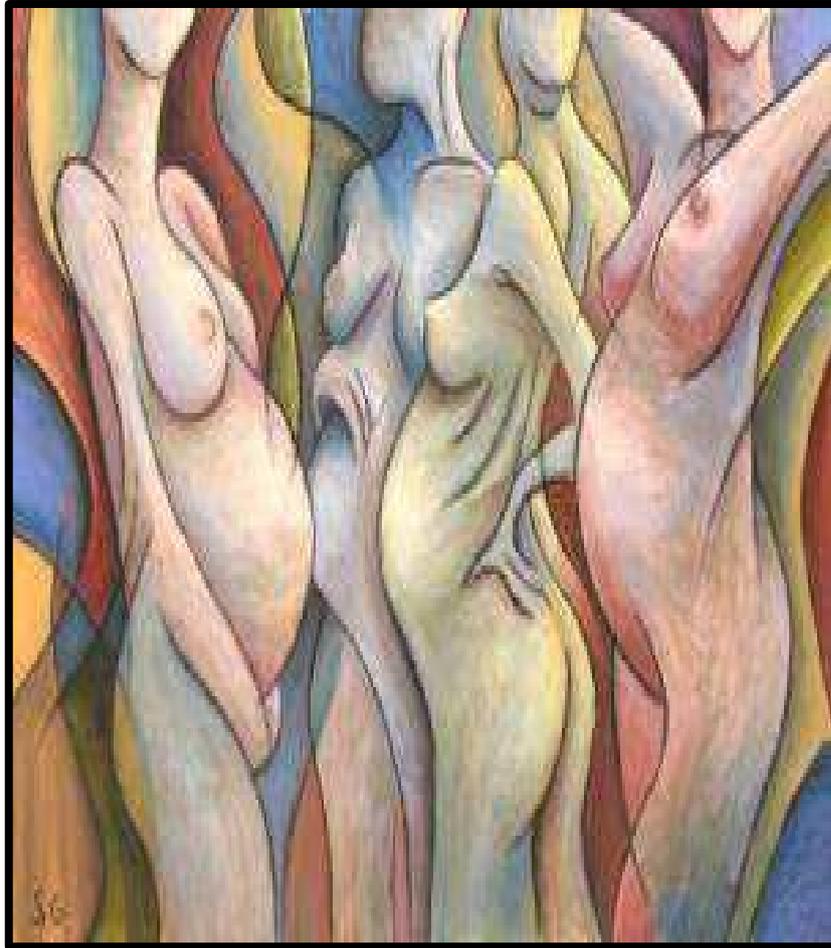
SOUSA, A., LYRA, A., DE ARAÚJO, C., PONTES, J., FREIRE, R., PONTES, T.. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, América do Norte, 3, jun. 2012.

STRECK, V. S. A feminização do HIV/AIDS: narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. **Estudos Teológicos**São Leopoldo v. 52 n. 2 p. 345-356 jul./dez. 2012.

SZWARCWALD, C. L., et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):7-19, 2000.

VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 41-46, abril, 2000.

VILLELA, et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1709-1719, 2012.



Fonte: Internet, 2013.

“Pregnant Women” (Steve Gibben)

Apêndices

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “DESVELANDO O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV” e está sendo desenvolvida por Sabrina Fernanda de Andrade Arruda, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Professora MsC. Janaína Von Söhsten Trigueiro.

A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV em uma maternidade municipal da cidade de Campina Grande-PB; Traçar o perfil sócio-demográfico e obstétrico das gestantes soropositivas; Conhecer a percepção das gestantes soropositivas em relação às formas de transmissão vertical; Avaliar o conhecimento das gestantes soropositivas a respeito dos métodos de prevenção da transmissão vertical;

Para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente. Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, além do direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados por meio de uma entrevista, os quais farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional.

Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

²**Endereço profissional da pesquisadora responsável:** Telefone (83) 33721900; e-mail janavs_23@hotmail.com; Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000.
Contato do Comitê de Ética:

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização dessa pesquisa.

Eu concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Campina Grande, ____/____/2013.

Janaína vonSöhsten Trigueiro
Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Sabrina Fernanda de Andrade Arruda
Pesquisador

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

1. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO
1.1 Identificação na pesquisa
1.2 Idade da gestante <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> anos.
1.3 Anos de Estudo
<input type="checkbox"/> analfabeta <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> de 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> de 12 anos e +
1.4 Raça
<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra
1.5 Renda familiar:
<input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 3 salários mínimos
1.6 Estado civil
Casada <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> União estável
1.7 Está trabalhando atualmente:

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Ocupação: _____	
2. DADOS OBSTÉTRICOS	
2.1 Gesta _____ para _____ abortos _____	
2.2 Idade gestacional <input type="text"/> semanas.	
2.3 Número de consultas pré-natal até o momento <input type="text"/>	
2.4 Tempo de diagnóstico da soropositividade <input type="text"/> (meses ou anos)	
2.5 Quando você descobriu ser soropositiva?	
<input type="checkbox"/> durante esta gestação <input type="checkbox"/> antes desta gestação	
3. QUESTÕES NORTEADORAS	
3.1 O que você sabe sobre o vírus HIV?	
3.2 O que significa para você estar grávida sendo HIV positiva?	
3.3 Você sabe o que é transmissão vertical?	
3.4 Você conhece as possíveis formas de transmissão do vírus HIV da mãe para o bebê?	
3.5 Você conhece as formas de prevenção da transmissão vertical do HIV?	



Fonte: Internet, 2013.

“Mãe” (Artista Italiano Rafael)

Anexas

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA
CNPJ: 24.513.574/0003 - 93

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **Marta Lúcia de Albuquerque**, diretora do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida - ISEA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo, após anuência do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), a aluna **Sabrina Fernanda de Andrade Arruda** realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado: “*Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas a cerca da transmissão vertical do HIV*”, o mesmo orientado pela professora Janaina Von Sohsten Trigueiro.

Campina Grande, 24 de março de 2013.

Dra. Marta Lúcia de Albuquerque
Pediatra e Pneumologia Infantil
CRM 3410
Marta Lúcia de Albuquerque
Dra. Marta Lúcia de Albuquerque
Diretora Geral - ISEA

Rua Vila Nova da Rainha, 147 - Centro - 58400-220 - Campina Grande - PB - ☎ (083)3310-6356 FAX 3310-6388.



HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇ@

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Declaramos, para os devidos fins de direito, que a pesquisa intitulada “Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV” que será realizada pela aluna Sabrina Fernanda de Andrade Arruda sob orientação da Prof^ªMsC. Janaína vonSöhsten Trigueiro, cumprirá fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que asseguram os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Desse modo, reafirmamos nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito participante, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Cuité, _____ de _____ de 2013.

Sabrinna Fernanda de Andrade Arruda
(Orientanda - Pesquisadora)

Janaína vonSöhsten Trigueiro
(Pesquisadora responsável)

ANEXO C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUIÇÃO PROPONENTE**

Eu, Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV”, que será realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), tendo como orientadora a Prof^aMsC. Janaína Von Söhsten e pesquisadora Sabrinna Fernanda de Andrade Arruda, acadêmica deste curso no Campus Cuité-PB.

Cuité, ____ de _____ de 2013.

Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Coordenadora do curso de Bacharelado em Enfermagem

ANEXO D**TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Sabrinna Fernanda de Andrade Arruda intitulado “DESVELANDO O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, Janaína Von Söhsten Trigueiro, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, __/__/2013.

Profª. Janaína vonSöhsten Trigueiro
Mestre em Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem
Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité

ANEXO E

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO (HUAC)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESVELANDO O CONHECIMENTO DE GESTANTES SOROPOSITIVAS ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Pesquisador: JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15399713.3.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 408.282

Data da Relatoria: 30/07/2013

Apresentação do Projeto:

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso que visa trabalhar com a entrevista semi-estruturada para analisar o nível de conhecimento das gestantes soropositivas sobre a transmissão do HIV para seus bebês.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV em uma maternidade municipal da cidade de Campina Grande - PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a pesquisadora não haveria riscos.

Benefícios:

Como benefícios este estudo pode auxiliar na melhoria da educação em saúde direcionada ao pré-natal, em especial, ao de alto risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa bem argumentada e que, à primeira vista parece não oferecer riscos, uma vez que o contato entre as pesquisadoras e a grávida ocorreria apenas na realização de uma entrevista. Já

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José **CEP:** 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 408.282

foi avaliada anteriormente por este colegiado, e foram consertadas as principais inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou Projeto, Instrumento de Coleta, Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e termo de Compromisso do Pesquisador.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa adequado a Resolução nº 466/ 2012 em seus aspectos éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINA GRANDE, 27 de Setembro de 2013

Assinador por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br