http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude
ISSN on-line1984-7513
DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v20i0.46606

CC BY

ARTIGO ORIGINAL

EXPERIÊNCIA DE PUÉRPERAS QUE CONVIVEM COM HIV/AIDS ATENDIDAS EM MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Mariana Gracielle Sellani*
Tatiane Herreira Trigueiro**
Rute Barbosa***

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência de puérperas que convivem com HIV/AIDS atendidas em uma maternidade de alto risco. **Método:** Abordagem qualitativa descritiva mediante entrevistas com 19 puérperas em um hospital público de referência para gestantes de alto risco em Curitiba (PR). As puérperas que participaram da pesquisa realizaram o pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) concomitantemente com o pré-natal na maternidade em questão. **Resultados:** Os principais resultados foram a experiência das puérperas quanto ao acolhimento no serviço de saúde, visto que se sentiram respeitadas, na medida em que se sentiam ouvidas e não julgadas devido à sua condição de saúde; não obstante, elas também relataram preocupação durante a gestação com a transmissão vertical e após o parto elas se sentiram incomodadas com a impossibilidade da amamentação. **Considerações finais:** Ressalta-se a importância do enfermeiro em todo o processo assistencial, desde a gestação até o puerpério, enquanto profissional responsável pela prestação do cuidado humanizado e acolhedor às mulheres que convivem com HIV/AIDS.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Período pós-parto. Gravidez de alto risco.

INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua sendo um grande problema de saúde pública mundial, sendo o responsável por mais de 35 milhões de mortes até o momento. Até o fim de 2016, 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV, com 1,8 milhão de novos casos de infecção pelo vírus em todo o mundo, e até esse mesmo ano 1 milhão de pessoas morreram por causas relacionadas ao HIV no mundo[1].

O HIV tem como alvo o sistema imunológico e enfraquece os sistemas de defesa das pessoas contra infecções e alguns tipos de câncer. Como esse vírus destrói e prejudica a função das células imunes, os indivíduos vivendo com o vírus se tornam gradualmente imunodeficientes. A função imunológica é medida pela contagem de células CD4. A imunodeficiência resulta em um aumento de suscetibilidade a várias infecções e doenças que pessoas com um sistema imune saudável podem combater[1].

A infecção por HIV é frequentemente diagnosticada por meio de testes rápidos, que detectam a presença ou ausência de anticorpos anti-HIV. Na maioria das vezes, esses testes fornecem o resultado no mesmo dia. Cabe ressaltar que ainda não existe cura para a infecção por HIV, entretanto, medicamentos antirretrovirais eficazes podem controlar esse vírus e outros ajudam a prevenir a transmissão – a chamada profilaxia de pré-exposição (PREP)[1].

Pesquisas sugerem que cerca de 70% das pessoas vivendo com HIV conhecem seu status sorológico. Em meados de 2017, 20,9 milhões de pessoas que vivem com HIV estavam recebendo a terapia antirretroviral em todo o mundo. Para gestantes e lactentes vivendo com HIV, estima-se que a cobertura global da terapia antirretroviral chegue a 76%. Na ausência de quaisquer intervenções durante estágios gestacionais, as taxas de transmissão vertical do HIV podem variar entre 15% e 45%, contudo, por meio da terapia medicamentosa, é possível prevenir a transmissão vertical, ou seja, da mãe para o filho[1].

Assim, os órgãos máximos de saúde global recomendam uma série de medidas de prevenção dessa transmissão, que inclui a administração, tanto para a mãe quanto para seu filho, de antirretrovirais durante a gravidez, o parto e o

*Enfermeira. Especialista. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: marigsellani@gmail.com. https://orcid.org/0000-0002-2632-4930
**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPR. E-mail: tatiherreira@gmail.com. https://orcid.org/0000-0003-3681-4244
***Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR. E-mail: rutenurse@yahoo.com.br. https://orcid.org/0000-0002-4106-4049

puerpério, além de tratamento ao longo da vida para as mulheres grávidas soropositivas, independente de sua contagem de CD4. Em 2015, 77% entre cerca de 1,4 milhão de mulheres grávidas vivendo com o HIV em todo o mundo receberam drogas antirretrovirais eficazes para evitar a transmissão para seus filhos[1]. No Brasil, estima-se que 0,4% das gestantes soropositivas para o HIV, o que se traduz em aproximadamente 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas ao ano[2].

Estima-se que cerca de 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7% e 22%[2].

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em 3 períodos: a) intrauterino; b) no nascimento (intraparto); ou c) durante a amamentação (pós-parto). O HIV pode ser transmitido dentro do útero pelo transporte celular transplacentário, por meio de uma infecção progressiva dos trofoblastos da placenta até que o vírus atinja a circulação fetal, ou devido às rupturas na barreira placentária seguidas de microtransfusões da mãe para o feto. A transmissão durante o parto ocorre pelo contato do bebê com as secreções infectadas da mãe ao passar pelo canal vaginal, por meio de uma infecção ascendente da vagina para as membranas fetais e para o líquido amniótico ou por meio de absorção do aparelho digestivo do recém-nascido. No período após o parto, a principal forma de transmissão é a amamentação[3].

A carga viral elevada e a rotura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno tem-se mostrado um importante determinante de risco de transmissão intraparto e por meio da amamentação[2].

O rastreamento de AIDS gestacional se tem convertido em um exame da maior importância. Como a transmissão vertical do vírus tem decrescido a 4%, a detecção do vírus na gestação e o tratamento adequado da gestante tem impedido que muitos bebês se torne HIV positivos por contaminação intraútero e transparto[4].

Toda paciente infectada pelo HIV deve recorrer a terapia antirretroviral (TARV), independente de seu estado imunológico ou virológico. Seu uso deve ser decidido junto com o infectologista e baseado nas normas ditadas pelo Ministério da Saúde (MS)[4].

Um estudo afirma que, ao se depararem com a confirmação do sorodiagnóstico, as mulheres apresentam diversas reações. Essencialmente, a descoberta causa um impacto negativo em suas vidas, o que leva tristeza, desespero, angústia e medo, associando a infecção a sentimento de destruição e morte, levando-as a analisar seus planos pessoais. Foi constatado que as reações que emergiram com o sorodiagnóstico são mais intensas devido ao fato do HIV/AIDS ser uma doença que ainda não tem cura e pelo medo de desamparar o filho após sua morte[5].

Gestantes com HIV são classificadas como de alto risco, devido ao risco de transmissão materno infantil e devem ser realizados exames complementares, visto que o HIV torna a paciente mais suscetível a adquirir tal infecção[4].

A partir do exposto, conhecer a experiência das mulheres que vivenciaram o processo de gestação, parto e pós-parto com a infecção pelo HIV faz-se necessário visto que estão envoltas por uma realidade que requer atenção e orientações específicas, assim o desenvolvimento deste estudo possibilitou o direcionamento do cuidado a partir da vivência destas mulheres. Esta pesquisa teve por objetivo:

- Compreender a experiência de puérperas que convivem com HIV/AIDS atendidas em uma maternidade escola de alto risco do Estado do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa descritiva realizada em um hospital público de referência para gestantes de alto risco em Curitiba-PR. Participaram da pesquisa puérperas vivendo com HIV/AIDS que realizaram pré-natal no referido hospital. Essas puérperas faziam acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) concomitantemente com o pré-natal realizado na maternidade em questão.

Os critérios de inclusão foram puérperas: a) internadas no alojamento conjunto no segundo dia do pós-parto; b) com idade acima de 18 anos; c) que falassem a língua portuguesa; e d) que

estivessem em situação clínica estável. Já os critérios de exclusão foram puérperas: a) menores de idade; e b) que não falassem a língua portuguesa. Assim, foram convidadas a participar 23 puérperas, porém, 4 se recusaram e a amostra do estudo consistiu em 19 mulheres.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista gravada, ocorrida entre janeiro e junho de 2018, que teve como questão inicial:

- Como foi sua experiência no período pré-natal, parto e pós-parto estando grávida com HIV?

Durante a seleção das participantes, após tomar conhecimento da uma puérpera internada no alojamento conjunto com resultado positivo para HIV, a pesquisadora a chamava para uma conversa em sala reservada no próprio setor para apresentar a pesquisa; uma vez aceito o convite, sua participação se confirmava mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A análise se deu por meio de Análise de Conteúdo temática, proposta por Laurence Bardin, que se organiza em 3 fases: a) pré-análise do material; b) exploração do material; e c) sistematização das ideias(6). Na primeira fase, as entrevistas resultaram em um total de 5 horas de gravação e 66 páginas de transcrição. Na segunda fase, as categorias foram definidas para as interpretações e inferências - foram identificadas 8 unidades de registro e seu agrupamento por afinidade resultou em 3 categorias: a) "Sentimento: acolhimento"; b) "Preocupação com a transmissão vertical"; e c) "O impedimento de amamentar". E na terceira fase ocorreu a inferência e a interpretação.

Durante todas as etapas desta pesquisa foram observados os preceitos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o Parecer n. 2.426.711/2017.

RESULTADOS

As participantes deste estudo tinham entre 18 a 47 anos, o número de gestações variou de 1 a 5, 10 relataram ser solteiras, quatro casadas, duas em união estável, uma é separada, duas divorciadas. Quanto à escolaridade, 6 entrevistadas relataram ter concluído o Ensino Médio, 3 estavam cursando Ensino Superior, cinco completaram o Ensino Fundamental e 5 não chegaram a concluir o Ensino Fundamental.

O número de consultas no pré-natal variou de 6 a 19 e 6 descobriram o diagnóstico durante a gestação, 12 já sabiam que eram portadoras do HIV e 1 foi diagnosticada na gestação anterior.

Dentre essas 19 mulheres que faziam tratamento, 7 iniciaram na gestação, 11 já faziam tratamento antes de engravidar e 1 não lembrava ele teve início.

Sentimento: acolhimento

O sentimento de acolhimento desde o pré-natal foi relatado por 15 das 19 mulheres entrevistadas, sendo esse sentimento baseado no respeito, ética, suspensão de julgamento, carinho, escuta qualificada, resolução dos problemas trazidos pelas gestantes e bom atendimento, conforme as seguintes falas:

> Tive bastante acolhimento, assim, o pessoal sem preconceito nenhum, sempre com muito amor, mostrando para gente que o preconceito não está com nada. A primeira coisa que a gente sente muito é isso. Você chega na UBS, você sente vergonha em falar que é doente e eles tratam isso normal, uma pessoa normal. Então assim, no primeiro lugar o amor das pessoas pela gente foi muito legal [...] aí chega uma hora que você até esquece que você tem um problema tão grande assim [...] No começo eu fiquei com medo dos médicos me cobrarem, "nossa, porque você foi engravidar?" e não teve isso. (A1)

> [...] foi muito legal, até agora todo mundo tratou com maior carinho e respeito, me acolheram superbem [...] foi a primeira chance que eu tive de falar assim: "Oh, ninguém sabe que eu tomei [antirretroviral]", todo mundo acolheu essa ideia de não ficar falando perto da família ou coisa parecida, sabe. Ficou sigiloso, só eu mesmo e quem estava comigo ali, quem estava trabalhando comigo. (A3)

> É de eles terem me acompanhado direitinho sabe, bem atenciosos, tanto aqui, quanto lá [na UBS]. Eles sempre tentando me colocar para cima, até a psicóloga eles arrumaram para mim. (A6)

> Ah, o atendimento, do cuidado, do acolhimento né e do respeito também com os pacientes, com nós também, do cuidado, carinho e atenção". Está todo mundo, tipo, acho que, né, sabe o que é o certo, não é assim, sabe a ética, né. E estou feliz, porque está sendo bem diferente do que eu sei que ia ser. (A7)

> O bom é o jeito das pessoas, eles não ignoraram. Eles realmente tentaram... que nem eu falei para você, eles foram me ajudar, estão me ajudando. Porque tem pessoa, que você tá com uma doença e nem chega perto de você, entende? Então, é ao contrário. (A9)

Três entrevistadas relataram que foram bem atendidas, visto que os profissionais enfatizavam a importância dos exames e da ingestão medicamentosa para prevenção de agravos durante a gestação.

> [...] as meninas são bem atenciosas, assim, explica bastante a importância do tratamento, do remédio, tudo [...] um bom modo de dizer, fui bem atendida, em questão, assim, deles estarem sempre explicando da importância do remédio, do tratamento, tipo, dos riscos do bebê, tive bastante atenção. (A15)

> Fui bem acompanhada, assim, foi um pouco cansativo por sempre ter que estar ali, não é tipo uma pessoa, vamos dizer, normal, que está ali no pré-natal sem HIV e tem uma consulta uma vez no mês. E eu era ali certinha, infecto, tudo, vendo carga viral, sempre fazendo um monte de exame. (A16)

> Eu acho que o atendimento aqui, eu não sei de outros hospitais, mas eu acho que aqui [neste hospital], quem vem para cá não tem o que reclamar não, porque não foi só comigo, eu vi com outras pacientes também, a atenção é a mesma para todos, pelo menos até agora eu não vi nada que desabone o hospital, então, eu não tenho nenhuma queixa. Principalmente com dúvidas, se a gente tem alguma dúvida, pode perguntar que, se eu pergunto que nem para você e você não sabe, você fala: não, eu não sei te responder agora, mas fulano sabe, daí você já fala para o fulano e o fulano já vem explicar, e isso é importante. (A17)

A segurança de estar em um hospital referenciado para gestação de alto risco também foi relatado:

> Eu me senti mais segura, né, por estar em um hospital mais especializado. Ter acompanhamento melhor, com mais ecografia, ver ele [bebê] também mais vezes, fazendo várias vezes os exames de sangue também, para estar vendo se está tudo certinho para ele [bebê] não estar contraindo nada disso. (A10)

> [...] que aqui [este hospital] é mais especializado, daí eles passam uma posição mais "vai dar tudo certo". (A10)

Além do acolhimento durante o pré-natal no hospital também referiram bom atendimento nas UBS:

> Lógico, que a gente foi acolhida no posto, nossa, muito bem, então já começou o remédio, tratamento, tudo. Já veio, já acalmaram. Olha, se eu for procurar para elogiar aquele pessoal lá [na UBS] eu não vou encontrar, tanto que hoje eu estive lá, porque agora troca a minha medicação e foi tudo muito rápido, entre o resultado do exame, a consulta com a infecto e o medicamento foi assim muito rápido, não teve uma semana assim no intervalo. Não sei se é pelo fato de eu estar grávida, o marido já estar doente né, mas foi muito rápido, e o apoio principalmente, o apoio foi muito grande, a gente se sentiu bem acolhido. (A17)

> É porque, é... nesses dois eu não tive nenhum problema, né, eu sempre fui muito bem tratada, sabe, todo o apoio que eu precisava, tanto no hospital quanto no posto, eles me abraçaram, assim, sabe? Eu agradeço bastante por fazer o acompanhamento aqui [no hospital], porque daí eu tive todo esse apoio, desde o começo, toda a explicação de como seria, eu sabia que eu teria chance de ter um filho mesmo tendo HIV que negativasse, que não precisaria meu filho ter HIV ou que não poderia ter filhos por causa da doença. (A18)

Contudo, duas das entrevistadas relataram não se sentir confortável na UBS:

> Eles [na UBS] tratam com a gente com certa indiferença, e aqui eu não vi nada disso, entende? Eu me senti bem aqui. (A5)

> Na UBS eu fui só até o quarto mês de gestação lá. Porque na verdade é a mesma coisa que eles faziam lá, eu fazia aqui, só que aqui dez vezes melhor que lá. Aqui tem excelência de trabalho, de qualidade. Lá eu já me senti meio, as pessoas fazendo meio que sem vontade o trabalho assim, sabe. Então eu meio que abri mão, daí eu falei: "ah, lá eu me peso também, consulto, falo com os médicos, só que lá tem uma atenção a mais. Vou continuar só no hospital e não na UBS". (A8)

Questões que envolvem a falta de privacidade tanto no pré-natal quanto no período pós-parto foram relatados por três entrevistadas:

> Só que eu digo na parte de amamentação é quando, ali fora, está todas as gestantes juntas, e infelizmente, não, felizmente, uma se preocupa com a outra, ela quer saber, ela tem curiosidade. E aí você fica muito constrangida porque, ah, ela vai perguntar: "ah, e teu parto foi como?" Ou eles fazem umas perguntas às vezes na hora e você não tem o que falar. E se fosse uma parte ali que, para próprias mães assim, ou, um certo dia só para esse tipo de gestante, seria mais tranquilo, porque saberia que seria um dia só para aquilo, e a gente, ia ser bem mais fácil, que a gente ia trocar dúvidas e conversar mais abertamente sobre isso, sem nenhum preconceito. É claro que a gente está inclusa, todo mundo junto ali, mas eu acho que, nessa data, tinha que ser apenas aquelas que necessitam, mesmo, do atendimento. (A2)

> Só que aconteceu aí a pouco, foi tipo, todo mundo

sabe, quando a gente tem esse resultado desse diagnóstico é saber que ninguém quer, ninguém precisa saber, somente poderia ter chamado para fora, né. (A10)

E o médico olhando para o meu rosto e falando, né [risos], mas isso é normal deles e a plateia gigante para ver o parto, bastante gente [risos]. Meu marido falou: "achei que eu não ia assistir". (A11)

Preocupação com a transmissão vertical

Onze entrevistadas relataram que, durante o pré-natal, sua maior preocupação foi com o filho e com o medo de contaminação, conforme as seguintes falas:

[...] só ansiosa, porque ela está passando por exames, todos que dão "OK" é uma festa. Mas ainda ansiosa. [...] E a preocupação da gente é essa, né, não contaminar o bebê. (A1)

Mas eu fiquei, ah, pensa bem, coloca uma criança no mundo com isso. E eu já não me aceito com isso, entendeu? Colocar uma criança no mundo com esse problema é bravo [...] Ele estando bem, o resto é besteira, né. (A6)

Minha preocupação maior foi depois, quando eu engravidei dele, porque a minha carga viral não estava indetectável. [...] eu parei diversas vezes, fiquei uns nove meses sem tomar medicamento, voltei de novo. E depois que eu descobri que estava grávida que daí eu me firmei no meu tratamento mesmo. Pensando acima de mim, pensando nele né. [...] ah, digamos que filho é mais que uma motivação, para você querer lutar, viver, para ter uma vida normal. (A8)

Pensei nele só: "Meu Deus, só falta ele ter também", daí eu vou ter que fazer tratamento nele também, e eu não posso, eu tenho que continuar fazendo tratamento nele e eu também me cuidar. (A9)

A minha preocupação era ele [o bebê], né, eu descobri que estava grávida tarde, eu estava de seis meses dele, foi pouco tempo tomando medicação durante a gestação. Meu medo era de passar para ele, sem saber da onde veio, porque eu não tive relação com alguém que tivesse, o pai do bebê não tem, não usou nenhum tipo de coisa que pudesse pegar. [...] você vai no banheiro, você vai tomar banho, se sente suja, sei lá, daí eu lembrava do bebê e se aquele era o remédio certo. (A15)

O impedimento de amamentar

Em relação ao impedimento de amamentação, seis mulheres relataram desconforto, conforme as seguintes falas:

O pré-natal em si é um pouco constrangedor, porque você está ali junto com as outras mulheres que não tem, aí elas ficam falando "ah, mas você tem que amamentar" e é muito complicado assim, esse contato que você tem com outras pessoas. Claro que eu queria amamentar minha filha, mas infelizmente a gente não pode [...] ver as outras mães amamentando, é bem complicado. Acho que eles deveriam focar mais nisso [amamentação], porque ela tem que aprender a sugar e infelizmente eu tenho que ficar com esse dito cujo de copinho, e eles sabem que chegando em casa eu vou ter que dar mamadeira. É muito triste um hospital que realmente trata isso, tem um acompanhamento tão grande durante a gestação e chega nessa hora a gente é realmente esquecido, porque ninguém está dando mama no copinho. (A2)

[...] até essa parte é estranho. Porque meu primeiro bebê nasceu e daí já levaram para mim, já dei mama, daí é estranho mesmo né. É como se faltasse alguma coisa, porque eu amamentei o meu primeiro por 1 ano e 4 meses. [...] aí você vê as outras mamães dando mama, né? Já sabia que se um dia pudesse engravidar, desde quando detectou o vírus, já falaram para mim "oh, se um dia você vir engravidar, nem pensar em amamentação", então era uma coisa que eu já sabia. [...] eu não sei explicar isso, mas é estranho, é meu, peguei e fiz, mas os outros têm que trazer o leite ou levar para mamar, então isso é estranho, entendeu? Mas é algo que eu não sei explicar. (A3)

[...] no começo, para mim, achava bem difícil. Porque ver as outras mães dar o peito e a gente não poder. Mas agora já estou acostumada. (A4)

É triste, né, porque você queria estar ali amamentando, daí perguntam "por que que o seu bebê vai para lá [posto de enfermagem], para tomar remédio? Por que você não está amamentando?" Aí eu falei: "porque eu não tenho leite, nas outras gravidezes eu também não tive", só para não ficar explicando muito. (A12)

Mas o que pega mais eu acho que a mãe, no meu caso foi não poder amamentar. Esse é o ponto mais forte, assim, que mexe mais com o nosso psicológico sabe, não poder amamentar é mais difícil [...] mas na primeira quando você vê todo mundo amamentando e você não pode, daí começa a mexer com o seu psicológico, porque você quer amamentar, é seu bebê e você quer dar alimento para ele, isso é bem complicado. (A18)

DISCUSSÃO

O acolhimento é uma prática utilizada na área

da saúde, com o intuito de entender as demandas trazidas pelos pacientes, isso ajuda a fortalecer o vínculo entre o paciente, o profissional da saúde e a instituição, melhorando o tratamento e o acompanhamento desses pacientes. No que se refere à gestação de portadoras de HIV/AIDS, o acolhimento pode ser um fator importante para a adesão do pré-natal e tratamento.

A interação pautada na humanização e no acolhimento contribui para que a gestante mantenha vínculo com os serviços de saúde durante todo o período gestacional, minimizando a ansiedade e os riscos de intercorrências obstétricas, favorecendo um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê[7].

O enfermeiro tem suma importância na orientação e no acolhimento dessas gestantes, principalmente durante o pré-natal, de modo a facilitar o entendimento das orientações, sanar as dúvidas e ajudar essas mulheres durante todo o tratamento para que diminua os riscos de transmissão vertical.

A transmissão vertical durante o ciclo gravídico é grande entre as gestantes e durante o pré-natal, o enfermeiro pode orientá-las acerca dos riscos e cuidados para evitar a transmissibilidade e, se possível, encaminhá-las para atendimento psicológico. O diagnóstico precoce do HIV se mostra importante para um tratamento adequado, diminuindo o medo da mãe transmitir o HIV para seu filho[8].

Ainda que o diagnóstico tardio dificulte a profilaxia, toda mulher deve ser testada para o HIV antes do parto. É preciso reforçar junto aos profissionais da saúde os procedimentos preconizados pelo MS para diminuir a taxa de transmissão vertical do HIV, bem como propiciar meios para que todas gestantes façam o teste ainda no primeiro trimestre da gestação[8].

O aconselhamento às mulheres, gestantes e puérperas quanto às condutas preventivas deve ser claro e objetivo para que as mesmas possam ser supervisionadas, uma vez que esse procedimento é fundamental para o seguimento das medidas profiláticas e, consequentemente, a saúde e o bem-estar da criança[8].

Para contribuir para as mudanças saudáveis nas atitudes das mulheres, o profissional da saúde, durante sua consulta no pré-natal, deve acolher e desenvolver ações educativas individuais ou em grupos, fundamentais para adesão ao tratamento e ao cuidado durante o ciclo gravídico para evitar a transmissão vertical[9].

O enfermeiro é ator social na transformação dessas mulheres em agentes de autocuidado. As trocas de experiências verificadas nas entrevistas entre enfermeiras e gestantes/puérperas e no grupo focal tornaram oportuna a incorporação de medidas de autocuidado[10].

Amamentar é muito mais que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussão no estado nutricional da criança, em sua habilidade de defender-se de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. O HIV também pode ser transmitido durante a amamentação, dessa forma, recomenda-se a não amamentação, evitando a transmissão do HIV para a criança por meio do leite materno[11,12].

A amamentação é crucial à sobrevivência do recém-nascido em muitos países. No entanto, pode ser responsável por 1/3 a 1/2 da transmissão vertical. Os primeiros dias são suscetíveis devido à ausência do suco gástrico, capaz de inativar o vírus, e pela ingestão de macrófagos infectados pelo HIV presentes no colostro materno[3].

Recomenda-se que a mãe infectada pelo HIV substitua a amamentação natural por leite artificial, como uma estratégia para prevenção do HIV. A exclusão da amamentação em mulheres infectadas reduz em até 20% as chances da contaminação da criança[13]. Para a mulher que já experienciou a amamentação, torna-se mais difícil aceitar que ela não pode expressar tal ato de amor para esse filho, algo que se combina ao sentimento de impotência, de culpa e de incompetência[14].

Considera-se que não amamentar pode ser frustrante, haja vista que estar impossibilitada de oferecer o seio, muitas vezes, vai contra os desejos da nutriz, uma vez que a mulher que não amamenta não corresponde ao modelo idealizado socialmente, porque ela não proporciona a melhor nutrição ao seu filho[15]. Essa situação poderá gerar sentimentos como culpa, frustração e angústia diante da realidade, reforçando a importância do papel do enfermeiro, e de outros profissionais da saúde, no acolhimento dessa mulher[16]. Dessa forma, é preciso buscar a promoção da saúde, que não deve estar centrada apenas na prevenção da transmissão vertical, mas também em proporcionar equilíbrio físico, social e emocional destas mulheres e crianças[14].

Alguns estudos corroboram os resultados obtidos nesta pesquisa, cujo desfecho é a

importância do acolhimento e aconselhamento no pré-natal para uma boa adesão ao tratamento e a prevenção da transmissão vertical, assim como para evitar a não aceitação da doença e da gestação devido a situação clínica, promovendo o autocuidado entre as gestantes HIV positivas[17].

Em contrapartida, outros estudos relatam a importância de ampliar o foco do atendimento em saúde para além da prevenção materno-infantil do HIV, oferecendo-se atenção especial à saúde mental materna com o intuito de se proteger, também, a criança em desenvolvimento. Tal atenção consiste, também, em compreender os componentes sociais e ainda estigmatizadores que circundam o HIV, aos quais essas mães estão sujeitas. Acolhê-las, promover a busca de seus direitos e auxiliá-las a encontrar apoio social e familiar efetivo são aspectos fundamentais do atendimento a essas mães[18].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas por essas puérperas sobre o atendimento no ciclo gravídico foram diversas, porém, o termo acolhimento foi o que mais se observou nas entrevistas, tanto positivamente, quanto negativamente. O acolhimento durante o pré-natal segundo os relatos, foi aquilo que as ajudou a seguir o tratamento e as consultas corretamente. Outras situações que foram consideradas um incentivo para o seguimento das consultas pré-natal e uso correto da TARV durante a gestação foram a preocupação com o bebê, o medo de transmissão vertical e o desejo de que seus filhos tenham uma vida saudável. Para grande parte das gestantes e puérperas, a amamentação é um dos momentos mais esperados no pós-parto, no qual se estabelece um vínculo entre a mulher e seu filho, e ela foi referida como algo que afeta seu estado emocional e sua saúde mental.

A partir disso, constatou-se a importância do atendimento e acolhimento em todo o ciclo gravídico, visto que resultados positivos foram observados quanto à adesão ao tratamento por parte das gestantes soropositivas. Notou-se, também, a promoção de autocuidado visando à proteção do bebê nos relatos dessas mulheres, que afirmam fazer o tratamento corretamente somente por causa de seus bebês. É possível utilizar dessa colocação para sensibilizá-las de que elas devem cuidar-se, fazer o tratamento adequadamente e fazer o pré-natal pelo bebê, mas também por elas mesmas, pois merecem ser cuidadas e estar em boas condições de saúde. Deve-se atentar, ainda, aos sentimentos dessas gestantes em relação à gestação, promovendo o bem-estar dessa gestante durante todo esse período, buscando compreender seus medos, suas angústias e suas frustrações, de modo a ajudá-la sem julgamentos e sem críticas.

Vale ressaltar a importância do enfermeiro em todo o ciclo gravídico, visto que ele está presente no pré-natal, no parto e no pós-parto e é o profissional da saúde capacitado para proporcionar o acolhimento e a assistência humanizada nos serviços de saúde.

Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas para que sejam identificadas ações potenciais para o enfrentamento das situações abordadas, além de considerar a participação dos demais atores envolvidos nesse processo, com vistas a melhorar a assistência à saúde e a qualidade de vida das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS.

EXPERIENCE OF PUERPERAL WOMEN WHO LIVE WITH HIV/AIDS TREATED AT A HIGH-RISK MATERNITY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To grasp the experience of puerperal women who live with HIV/AIDS treated at a high-risk maternity hospital. **Method:** Qualitative descriptive approach conducted by means of interviews with 19 puerperal women at a referral public hospital for high-risk pregnant women located in Curitiba, Paraná, Brazil. The puerperal women participating in the research study received prenatal care at a Brazilian primary health center (unidade básica de saúde - UBS) concurrently with the prenatal care received at the maternity hospital at stake. **Results:** The main results have been the puerperal women's experience regarding user's embracement at the health service, since they felt respected, insofar as they reported to had been heard instead of judged due to their health condition; nevertheless, they also reported concern during pregnancy with vertical transmission and after childbirth they felt distressed by the impossibility to breastfeed. **Final remarks:** The importance of nurses in the whole clinical care process is emphasized, from pregnancy to the puerperium, as the professional in charge of providing humanized and welcoming care to women who live with HIV/AIDS.

Keywords: Obstetric nursing. Postpartum period. Pregnancy high-risk.

EXPERIENCIA DE PUÉRPERAS QUE CONVIVEN CON VIH/SIDA ATENDIDAS EN MATERNIDAD DE ALTO RIESGO

RESUMEN

Objetivo: comprender la experiencia de puérperas que conviven con VIH/sida atendidas en una maternidad de alto riesgo. **Método:** abordaje cualitativo descriptivo mediante entrevistas con 19 puérperas en un hospital público de referencia para gestantes de alto riesgo en Curitiba (PR-Brasil). Las puérperas que participaron de la investigación realizaron el prenatal en la unidad básica de salud (UBS) concomitantemente con el prenatal en la maternidad nombrada. **Resultados:** los principales resultados fueron la experiencia de las puérperas en cuanto a la acogida en el servicio de salud, puesto que se sintieron respetadas, mientras se sentían oídas y no juzgadas debido a su condición de salud; no obstante, ellas también relataron preocupación durante la gestación con la transmisión vertical y tras el parto ellas se sintieron incómodas con la imposibilidad de la lactancia. **Consideraciones finales:** se señala la importancia del enfermero en todo el proceso asistencial, desde la gestación hasta el puerperio, como profesional responsable por la prestación del cuidado humanizado y acogedor a las mujeres que conviven con VIH/sida.

Palabras clave: Enfermería obstétrica. Periodo postparto. Embarazo de alto riesgo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – HIV/AIDS. Brasília (DF): OPAS; 2017.
2. Brasil. Gestação de alto risco – manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
3. Friedrich L, Menegotto M, Magdaleno AM, Silva CLOD. Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema. Boletim Científico de Pediatria [Internet]. 2016 [citado em 2018 Out]; 5(3):81-6. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf.
4. Paraná (Estado). Caderno de Atenção ao Pré Natal – Alto Risco. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
5. Bringel APV, Pereira MLD, Vidal ECF, Dantas GB. Vivência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS durante a gestação. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2015 [citado em 2020 Set]; 14(2):1043-50. doi: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.22299.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Ed. 70; 2016.
7. Landerdahl MC, Cabral FB, Ressel LB, Gonçalves MO, Martins FB. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2007 [citado em 2018 Out]; 11(1):105-11. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.
8. Souza CDP, Piantino CB, Queiroz AD, Maia MAC, Fortuna CM, Andrade RD. Incidência de transmissão vertical do HIV entre gestantes soropositivas cadastradas em serviço de referência regional. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J) [Internet]. 2016 [citado em 2020 Set]; 8(2):4526-37. doi: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4526-4537.
9. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica).
10. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [citado em 2018 Dez]; 13(2):359-65. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a17.pdf.
11. Brasil. Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [s.d.].
12. Brasil. AIDS/HIV: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
13. Machado MMT, Braga MQC, Galvão MTG. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 2019 Fev]; 44(1):120-5. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a17v44n1.pdf.
14. Paula MGD, Dell'Agnolo CM, Carvalho MDDB, Pelloso SM. Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamentar. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2015 [citado 2019 Fev]; 17(1):136-42. doi: https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.23949.
15. Silva MN, Facio BC, Sarpi LL, Bussadori JCC, Fabbro MRC. Amamentação em foco: o que é publicado nas revistas femininas no Brasil? REME Rev Min Enferm [Internet]. 2018 [citado em 2020 Set]; (22):e-1113. doi: 10.5935/1415-2762.20180041.
16. Teixeira SVB, Oliveira CL, Silva LR, Veiga MBA, Moreira APA, Rocha CR. Concepção das mulheres sobre a vivência com o vírus da imunodeficiência humana. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2020 [citado em 2020 Set]; (34):e35741. doi: http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35741.
17. Lima SS, Silva LCS, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. Ciênc Saúde (Porto Alegre) [Internet]. 2017 [citado em 2018 Dez]; 10(1):56-61. doi: https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.1.22695.
18. Faria ER, Piccinini CA. Representações maternas no contexto HIV: gestação ao segundo ano da criança. Psicol Estud [Internet]. 2015 [citado em 2018 Nov]; 20(4):625-37. doi: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i4.28749.

Endereço para correspondência: Mariana Gracielle Sellani. Rua Doutor Olavo Secco Rigon, 701, Panorama 2, Toledo, Paraná, CEP 85911-080. (45) 99946-5901, marigsellani@gmail.com

Data de recebimento: 13/04/2020
Data de aprovação: 15/02/2021