

GESTANTES PORTADORAS DO HIV: ENFRENTAMENTO E PERCEPÇÃO DE UMA NOVA REALIDADE

Maria Alix Leite Araújo*
Francisca Patrícia Almeida Queiroz**
Simone Paes de Melo***
Claudia Bastos da Silveira****
Raimunda Magalhães da Silva*****

RESUMO

Vivencia-se em todo o mundo o aumento nos casos de HIV/Aids em mulheres que têm como consequência a transmissão vertical. O Ministério da Saúde preconizou a realização do exame anti-HIV na rotina do pré-natal, com vista a garantir a quimioprofilaxia em mulheres soropositivas e seus conceptos. Objetivou-se analisar o enfrentamento e as percepções das gestantes em relação ao resultado do teste anti-HIV-positivo. Trata-se de uma pesquisa descritiva com gestantes, nas quais a descoberta da condição sorológica para o HIV ocorreu durante a gravidez. A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e abril de 2006 e envolveu seis mulheres que se encontravam em acompanhamento pré-natal em um dos hospitais de referência para gestantes HIV-positivas em Fortaleza, Ceará. Utilizou-se a história oral temática para a coleta de dados, e a análise concentrou-se nas experiências vividas e no enfrentamento do diagnóstico. As gestantes desenvolveram diferentes maneiras de enfrentar a nova realidade imposta pelo resultado positivo. A negação e o medo de transmitir o vírus para o bebê são as primeiras reações; posteriormente, aparecem as atitudes positivas. O apoio familiar e o suporte emocional oferecido pelos profissionais ajudaram no enfrentamento do resultado, minimizando angústias e medos. Concluiu-se que o resultado positivo para o HIV traz muito sofrimento às gestantes e que se faz necessário suporte emocional sistemático por meio de um aconselhamento continuado.

Palavras-chave: Gestantes. HIV. Sorodiagnóstico da AIDS.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços preventivos e terapêuticos, a AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) se configura ainda nos dias atuais como uma grave epidemia, especialmente nos países pobres e em desenvolvimento, representando, portanto, um sério desafio para o desenvolvimento econômico e social em todo o mundo. Atualmente tem atingido, de modo geral, adultos jovens nos anos mais produtivos da vida econômica e reprodutiva⁽¹⁾.

Esse aumento dos casos de HIV (Human Immunodeficiency Vírus)/AIDS trouxe como consequência o crescimento da contaminação de mulheres, especialmente em idade reprodutiva, o que é particularmente preocupante, pois significa

a possibilidade real de transmissão do vírus para a criança, chamada de transmissão vertical (TV), que pode ocorrer durante a gravidez, o parto ou aleitamento materno. Esta forma de transmissão vem ocorrendo no Brasil desde 1981, quando foi notificado o primeiro caso de TV, e só tem crescido ao longo dos anos⁽¹⁾.

No Brasil, durante o período de 2000 a 2007, foram notificados 36.300 casos de HIV em gestantes, e a quase-totalidade dos casos em menores de 13 anos tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil⁽¹⁾. Entretanto, estudos apontam baixas coberturas de testagem em gestantes durante o pré-natal⁽²⁻³⁾.

Quando o diagnóstico do HIV não é realizado durante a gravidez, é evidente que as mulheres chegam às maternidades em trabalho de parto sem ter recebido a quimioprofilaxia⁽⁴⁾. Esse quadro expõe a fragilidade da atenção básica e

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Catarina – CE.

***Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

****Enfermeira de UTI Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR.

denuncia a dificuldade de operacionalização das ações de prevenção da TV do HIV. Muitos são os obstáculos a serem enfrentados pelas gestantes, profissionais de saúde e gestores para que essas ações realmente se efetivem.

A política nacional para prevenção da TV do HIV recomenda que seja feita a testagem das gestantes durante o pré-natal e, caso o resultado seja positivo, seja assegurada a essas gestantes a quimioprofilaxia com anti-retrovirais. Deve-se também realizar a notificação das mulheres grávidas HIV-positivas e das crianças expostas ao risco⁽⁵⁾.

A solicitação e entrega do exame anti-HIV devem sempre ocorrer acompanhadas de aconselhamento pré e pós-teste⁽⁵⁾. Dentre os componentes do aconselhamento, o apoio emocional é fundamental para contribuir no enfrentamento das questões emergentes após a descoberta da soropositividade, especialmente do medo da morte, fato relatado por muitas mulheres grávidas que aguardam o resultado do teste⁽⁶⁾.

Após a descoberta da eficácia da quimioprofilaxia com AZT (Zidovidina) em 1994, muitos avanços têm sido desenvolvidos acerca da prevenção da TV. Atualmente, o tratamento da gestante é feito pela combinação de diferentes esquemas terapêuticos com anti-retrovirais, cuja administração ocorre em momentos distintos na gravidez ou no momento do parto. O objetivo é identificar esquemas que proporcionem melhores respostas na redução dessa forma de transmissão do vírus, proporcionando menor risco de toxicidade e de resistência para a mãe e seu concepto.

Estudos epidemiológicos, de modo geral, têm dado ênfase à cobertura da testagem do HIV nas mulheres grávidas⁽³⁾ ou ao uso da terapia anti-retroviral^(3,7). Esses estudos têm concluído que existem deficiências no sistema de saúde no tocante à identificação e tratamento precoce da mulher grávida HIV-positiva. Os estudos com mulheres HIV-positivas em geral, não abordam a subjetividade e as formas de enfrentamento do resultado positivo, situação que pode contribuir para o atendimento às recomendações para a prevenção da TV.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar a percepção do resultado positivo do exame anti-HIV em gestantes e o

enfrentamento do diagnóstico, acreditando que a forma de vivenciar essa nova realidade poderá mudar o curso da prevenção da infecção no bebê.

METODOLOGIA

A pesquisa descritiva foi desenvolvida com gestantes HIV-positivas que se encontravam em acompanhamento no Ambulatório de Prevenção da TV do HIV em uma maternidade pública, no Município de Fortaleza - CE. Trata-se de um hospital universitário, referência terciária para assistência à mulher no período reprodutivo. Foram incluídas no estudo todas as gestantes maiores de 18 anos que tinham descoberto a soropositividade para o HIV durante o acompanhamento pré-natal da gestação atual.

O trabalho de campo ocorreu nos meses de março e abril de 2006. Por ocasião do comparecimento ao serviço para a consulta médica de pré-natal, eram esclarecidos os objetivos do estudo e solicitada a participação das gestantes no mesmo. Após a aceitação, estas eram convidadas a encaminhar-se a uma sala exclusivamente destinada para as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com a técnica de história oral temática, a qual possibilita identificar as experiências subjetivas e o assunto específico, com vista a esclarecê-los⁽⁸⁾. A história oral permite captar as mais profundas emoções vivenciadas pelos atores sociais e revela detalhes da história pessoal do narrador, que, no caso deste estudo, são questões que afloram em gestantes a partir do diagnóstico do HIV. A história oral é sempre uma história do tempo presente e é reconhecida como *história viva*⁽⁸⁾.

Participaram do estudo seis gestantes, pois na história oral o limite no número de entrevistas remete à sua utilidade e aproveitamento, considerando-se satisfatório o momento em que os argumentos começam a se repetir⁽⁸⁾. Para garantir o anonimato, as entrevistas foram identificadas pela seqüência de realização.

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, mais especificamente, a análise temática, que consistiu em identificar as unidades de significação para compreender e tornar evidentes e significativamente plausíveis os elementos ocultos da linguagem humana,

além de organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos⁽⁹⁾. Inicialmente as entrevistas foram transcritas e estabelecidas as idéias centrais do texto, que passaram a representar as categorias de análise.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição a que está ligado o hospital, mediante o Parecer 26/05. Foram garantidos a legitimidade, a integridade e o anonimato dos indivíduos pesquisados e sigilo das informações, em respeito aos princípios preconizados pela Resolução 196/96 do MS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades das gestantes variaram de 19 a 37 anos e com relação à escolaridade, quatro delas cursaram o ensino fundamental incompleto, uma o ensino fundamental completo e uma terminou o curso técnico. Quatro mulheres informaram ter parceiro estável, uma era solteira e uma viúva, ambas sem parceiro no período da entrevista.

Quanto à renda familiar, três mulheres indicaram renda igual a dois salários-mínimos e duas tinham renda inferior ou igual a um salário-mínimo. Uma das gestantes declarou sobreviver de doações e de contribuições advindas da família do parceiro, falecido há cinco meses. Cinco mulheres tinham tido outros filhos antes do diagnóstico de HIV. O tempo de conhecimento do diagnóstico variou de dois a seis meses e a idade gestacional de seis a oito meses.

Reação ao diagnóstico do HIV e perspectivas para o futuro

O conhecimento acerca do resultado positivo do teste anti-HIV desencadeou uma série de reações e teve um impacto negativo na vida das gestantes. Em geral, essas reações foram desencadeadas porque as mulheres não se percebiam vulneráveis ao HIV, o que provocou inicialmente sentimentos de indignação, de remorso, de tristeza e até de indiferença. Esses sentimentos muitas vezes estavam relacionados à maneira de viver e à forma de transmissão do HIV, que na grande maioria dos casos foi sexual. Os depoimentos abaixo ilustram essas reações de emoção e tristeza.

No dia que eu recebi o resultado eu chorei muito,

foi um choque [...]. Eu fiquei muito abalada e triste” (gestante 5, dois meses de diagnóstico).

Senti remorso de saber que estou com essa doença. Eu nunca fui de farra de tá com homem, nunca fui de me divertir [...] (gestante 3, dois meses de diagnóstico).

Apesar das inúmeras discussões atuais acerca da mudança no perfil da epidemia de aids ao longo dos últimos anos, cuja incidência passou a ser maior em mulheres, ainda está muito presente na população a associação do diagnóstico do HIV a determinados segmentos populacionais. O fato de não estar inserida nesses segmentos aumenta a indignação.

Alguns desses sentimentos em relação ao diagnóstico do HIV perduram durante boa parte da gravidez, evidenciando que o acolhimento e o aconselhamento devem continuar durante todo o processo gestacional. Ocorre que os profissionais restringem-se a comunicar o resultado do teste à mulher, perdendo grandes oportunidades de oferecer suporte e apoio emocional e social. Muitos deles referem grande dificuldade em realizar o aconselhamento em caso de exame positivo⁽¹⁰⁾.

Sozinhas, as gestantes passam a desenvolver alternativas para lidar com essa nova realidade. Utilizam a fé em Deus e a negação como estratégias para suportar o sofrimento gerado pelo diagnóstico, situação encontrada também em outro estudo com gestantes HIV-positivas⁽¹¹⁾. As falas abaixo ilustram tais atitudes:

Eu acredito muito [choro], acredito muito em Deus. Eu não queria saber dessa doença, tava querendo esconder isso de mim mesma [fala interrompida por choro] (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

Não tenho nem tristeza e nem medo, não me sinto alegre [...], apesar de não ser crente nem nada, eu sempre tenho Deus no meu coração (gestante 4, três meses de diagnóstico).

Sabemos da complexidade dessa situação e da dificuldade em entender tais sentimentos; entretanto os profissionais de saúde podem favorecer a liberação dessas emoções e alívio das sensações desagradáveis por meio do acolhimento dialogado, que para Teixeira⁽¹²⁾ é uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento.

A dificuldade do profissional em lidar com a gestante cujo resultado foi soropositivo para o HIV pode dificultar sua interação com a gestante, impedindo-o de acolher as demandas e oferecer apoio emocional. As gestantes, por sua vez, não conseguem compartilhar o resultado do teste, o que pode aumentar a sensação de angústia. Nas falas abaixo percebeu-se a dificuldade encontrada por essas mulheres em compartilhar o sofrimento.

[...] é uma doença que eu não posso contar para ninguém [pausa]. Sinto vergonha de mim mesma, tenho vergonha quando saio de casa e de falar com as pessoas (gestante 5, dois meses de diagnóstico).

[...] é uma dor que não tem como dividir para outras pessoas, não tem como contar o que a gente sente (gestante 3, dois meses de diagnóstico).

O que agrava mais a situação de desamparo dessas mulheres é o sentimento de culpa que ainda carregam consigo. Além de todo o sofrimento, angústia e dor, elas ainda se sentem culpadas pela situação, buscando encontrar respostas que as levem a entender o motivo de tanto sofrimento, como foi demonstrado nesse relato:

[...] Me senti mal, escutava muita coisa da minha família, aí eu fiquei me culpando (gestante 5, dois meses de diagnóstico).

A mulher grávida com HIV necessita de cuidados na assistência pré-natal e de visitas mais constantes ao serviço, para ser acompanhada na terapia anti-retroviral e nos seus efeitos colaterais e para receber apoio emocional. Estudo realizado em Ribeirão Preto que teve como objetivo identificar as percepções das mães soropositivas para o HIV acerca da severidade da infecção identificou que, no período gestacional, a soropositividade para o HIV representa uma preocupação e sobrecarga emocional adicional, devido à possibilidade de transmissão do vírus HIV para o bebê⁽¹¹⁾.

A comunidade reage com preconceito, discriminação e isolamento em relação à pessoa portadora do HIV e contribui para que esta oculte sua condição e, conseqüentemente, os sentimentos que vivencia. Essas atitudes trazem mais sofrimento e dificuldade durante a gestação, pois obrigam as gestantes a omitir o diagnóstico.

Ninguém sabe no meu trabalho, principalmente no trabalho, pois o preconceito é muito grande [...] (gestante 3, dois meses de diagnóstico).

Tinha uma vizinha lá que tava sabendo, aí ela andou comentando. Na minha rua tava o pessoal todo dizendo as coisas, dizendo as coisas até com meu menino que tem 11 anos [...] (gestante 6, três meses de diagnóstico).

Por outro lado, percebeu-se em depoimentos que as mulheres também apresentaram momentos de firmeza, de fortaleza e de coragem para lutar. Ao revelarem sua condição aos outros membros da família, elas rompem a maior barreira, que é a do silêncio. A revelação com certeza traz alívio e é vivenciada pelos familiares com diferentes reações. Os companheiros reagem oferecendo apoio e conforto, diferentemente dos dados de um estudo realizado com mulheres grávidas HIV positivas cujos parceiros eram sorodiscordantes. Esses parceiros apresentavam dificuldades em aceitar a doença da companheira e sentiam insegurança sobre o futuro do relacionamento⁽¹³⁾. Acredita-se que a reação do companheiro ao resultado positivo da gestante pode estar relacionada ao seu *status* sorológico, situação que desconhecíamos neste estudo.

Ele é uma pessoa que tá sempre ali comigo, direto (marido), sempre ele me dá força, ele conversa comigo pra eu não ficar triste, não ficar impressionada, não ficar pensando nada (gestante 4, três meses de diagnóstico).

No dia que eu vim receber o resultado, ele (marido) veio comigo, ele ficou muito desesperado, chorou bastante, mais acalmou e hoje em dia ele me dá todo apoio que eu preciso (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

Por outro lado, a família consanguínea se distancia e se isola, agravando ainda mais o enfrentamento do diagnóstico. Diante desse fato, o profissional de saúde, durante o aconselhamento, pode ajudar a usuária a identificar alguém em quem esta confie para compartilhar o resultado. Os trechos a seguir mostram a importância do apoio da família, especialmente do companheiro:

Ela ficou calada e depois se afastou [mãe]. [...] eu achei até assim estranho porque depois que eu falei, não apareceram mais [mãe e irmão], ficaram assim mais afastados.[...]. (gestante 6, três meses de diagnóstico).

Não tenho apoio de ninguém [familiares], é muito triste saber, é muito triste. (gestante 3, dois meses de diagnóstico).

Revelar para o parceiro talvez seja o momento mais difícil, especialmente no que tange à forma de transmissão. Se sexual, desencadeia a necessidade do diálogo sobre temas difíceis e que não fazem parte do cotidiano dos casais, como infidelidade, sexualidade e uso do preservativo. Por outro lado, esse pode ser o único momento em que se estabelece esse diálogo. Os profissionais de saúde têm o dever de ajudar as gestantes a desenvolver o diálogo com o parceiro, pois muitos problemas poderão surgir com a revelação da soropositividade, e conflitos de naturezas diversas, especialmente de gênero, vão estar presentes após a revelação.

Com o diagnóstico da soropositividade, mudanças importantes acontecem no curso da maternidade. Uma das principais é a impossibilidade de amamentar, que tem gerado na gestante sentimentos de tristeza, culpa e incapacidade. A mídia, os profissionais de saúde e toda a sociedade incentivam a amamentação, mas diante do resultado positivo para o HIV, a gestante não poderá realizar essa prática, situação que causa muito constrangimento e tristeza⁽¹⁴⁾. Não obstante, estudo mostra que as gestantes portadoras do HIV compreendem a importância de não amamentar⁽¹⁵⁾, aceitando esse desafio por acreditar que o mais importante é não transmitir o vírus para o bebê.

[...] Eu sinto um pouco porque eu acho muito bonito, acho que também a criança precisa muito do leite materno. Então, eu sempre dizia para mim mesmo que quando eu tivesse um filho, eu ia amamentar até os seis meses [pausa]. Ela (a filha) veio e eu não posso amamentar [choro] (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

Eu já sei que não pode amamentar [...] É difícil eu não poder amamentar, porque é uma coisa diferente [...] Mas para ele não nascer com isso...(gestante 3, dois meses de diagnóstico).

Os relatos acima corroboram os achados de um estudo realizado em Fortaleza – Ceará com puérperas HIV-positivas segundo os quais a suspensão da amamentação é encarada como uma situação de dor e padecimento. O mesmo estudo também concluiu que o fato de não amamentar acarreta culpa, frustrações,

sofrimentos, desejos interrompidos, impotência e sonhos desfeitos⁽¹⁴⁾.

Outra grande angústia vivenciada por essas mulheres é o medo de transmitir o vírus HIV para o bebê. Todas informaram estar em tratamento com anti-retrovirais e demonstraram preocupação com a situação e desejo de que o filho nasça sem o vírus.

[...] Tá sendo muito difícil, porque o medo de ... medo da minha filha contrair essa doença... [fala interrompida por choro]. Eu não gosto nem de pensar, mas [choro] se Deus [pausa] quis fazer assim pra que eu percebesse, pra que eu me tratasse, que seja feita a vontade dEle (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

[...] o importante é ela nascer com saúde, não nascer com esse problema aí [vírus] (gestante 4, três meses de diagnóstico).

O desejo e preocupação de ter filhos saudáveis fazem parte da vida de qualquer gestante, mas no caso da portadora do HIV se tornam mais presentes, pois a transmissão do vírus é uma possibilidade real vivenciada no seu cotidiano. Cabe ao profissional de saúde orientar as mulheres acerca da importância do tratamento correto e mostrar-lhes que existem possibilidades de prevenir a transmissão do vírus para o bebê, desde que todas as medidas profiláticas sejam adotadas.

O fato de ser portadora do HIV provoca o medo da morte, mas por outro lado, desencadeia um esforço sobre-humano para lutar pela vida, para viver e poder criar os filhos. Apesar do sofrimento, da dor e da desilusão, essas mulheres expressam um grande desejo de viver, como se percebe nestes depoimentos:

Quero ver minha filha crescer, estudar, cuidar dela... [choro/pausa] Só isso que eu espero mesmo (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

O que eu espero do meu futuro, eu espero coisas boas pra mim [esperança], de ter meu filho com saúde, criar ele se Deus quiser, é o que eu mais peço[...]. (gestante 3, dois meses de diagnóstico).

Eu só quero viver [choro], cuidar do meu filho, só isso (gestante 5, dois meses de diagnóstico).

Para essas mulheres, portar o HIV gera sofrimento e medo e a gravidez transcorre permeada de estresse e insegurança em relação ao futuro, expressos nas falas abaixo:

Meu único medo é assim de não vê ela [fala

interrompida por choro] e nem essa outra aqui crescer, como eu quero. Não ver elas se formarem, estudar esse é o meu maior medo mesmo [choro]. (gestante 2, dois meses de diagnóstico).

É muito triste [choro]. Tenho medo de vir ter esse filho [fala interrompida por choro] e não voltar para casa mais, e morrer na sala de parto. Meu medo é esse. É triste ter uma doença dessa. (gestante 1, seis meses de diagnóstico).

Por meio da observação e do relato de vida de cada gestante se pode perceber como as formas de enfrentamento têm semelhança com a forma como cada uma lida com suas dificuldades de vida. Muitas não têm com quem compartilhar nem mesmo problemas do dia-a-dia. Essas mulheres demonstram forças para lutar por causa do desejo de que o filho nasça com saúde.

Em face disso, destacamos a importância de sensibilizar os profissionais no sentido de compreenderem o impacto do resultado positivo na vida da gestante e de desenvolverem um aconselhamento pautado efetivamente no diálogo, na escuta, na empatia e no acolhimento. Para Oliveira et al.⁽¹⁶⁾, no que diz respeito aos aspectos interacionais e humanos da atenção às pessoas que vivem com HIV, identificam-se ainda muitos desafios para a construção de uma nova práxis, ressaltando-se a relevância da dimensão afetiva no encontro entre profissionais e usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que as gestantes, ao falarem da contaminação pelo vírus HIV, vivenciam preconceitos, dúvidas, segredos, perdas, mitos e crenças – isso para não se falar do medo de transmitir o vírus para o bebê; não obstante, todas as entrevistadas expressarem o desejo de lutar.

Aprender a lidar com essa nova realidade é um desafio para essas mulheres, que já se encontram fragilizadas pelo seu próprio estado gestacional. Por outro lado, os profissionais de saúde precisam ter perspicácia e sensibilidade para atender às muitas demandas geradas após um resultado positivo para o HIV, especialmente quando se trata de gestantes.

Evidenciou-se que uma estratégia importante de enfrentamento é a negação: evitar pensar no problema e passar a pensar no bebê. A sensação de incapacidade e insegurança se ameniza quando tais gestantes compartilham com os familiares o diagnóstico e principalmente quando encontram o apoio necessário.

Esses achados chamam a atenção para a testagem do HIV em gestantes. Os profissionais de saúde devem acompanhar a gestante durante todo o curso da gestação, oferecendo apoio emocional ao longo de todos os processos desencadeados a partir desse resultado. Para tanto se faz necessário que eles sejam capacitados e encontrem espaço na instituição, uma vez que essa prática requer mais disponibilidade de tempo durante os atendimentos.

PREGNANTS INFECTED WITH HIV: FACING AND PERCEPTION OF A NEW REALITY

ABSTRACT

All over the world it is experienced an increase in the number of cases of HIV/Aids in women, what has vertical transmission as a consequence. The Health Ministry recommended the doing of anti-HIV exam in the prenatal routine, aiming the quimioprofilaxy in HIV-positive women and their babies. We objectified to analyze the perceptions and the way pregnant face the positive result of anti-HIV test. It is a descriptive research, with pregnant whose serological status discovery occurred during pregnancy. This collection of the data was during the months of march and april in 2006 and involved six women that was being attended in a prenatal program in one of the hospitals that is a reference for pregnant infected women by HIV in Fortaleza, Ceará. It was used the thematic oral story for data collection and analysis was concentrated in the experiences lived and in the diagnosis facing. The pregnant developed different ways to face the new reality imposed by the positive result. The denying and the fear to transmit the virus to the baby are the first reactions, later, the pregnant demonstrated positive attitudes. Family and the emotional support given by professionals helped in the facing of the positive result, minimizing anguish, fear and contributed to the acceptance of seropositivity. We concluded theta the positive result for HIV during pregnancy brings great

suffering to pregnant and that it is necessary that professionals provide a systematic emotional support by means of continuous counselling.

Key words: Pregnants women. HIV. AIDS Serodiagnosis.

MUJERES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL SIDA: ENFRENTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DE UNA NUEVA REALIDAD

RESUMEN

Se vivencia, em todo el mundo, um crescimento del numero de mujeres contaminadas com el SIDA, como consecuencia, la transmisión vertical. El Ministerio de Salud preconizó la realización del examen anti-SIDA en la rutina del acompañamiento del embarazo, para garantizar a quimioprofilaxia en mujeres que tienen este virus y sus conceptos. El objetivo es analizar el enfrentamiento y las percepciones de las mujeres embarazadas en relación con el resultado del teste anti-sida positivo. Se trata de una investigación descriptiva, con mujeres embarazadas cuya descubierta del resultado para el SIDA sucedió durante el embarazo. Esta colección de los datos fue realizada durante los meses del marzo y de abril en 2006 y envolvió a seis mujeres que era atendido en un programa prenatal en uno de los hospitales que es una referencia para las mujeres infectadas embarazadas de HIV en Fortaleza, Ceará. Se utilizó la historia oral temática para colecta de datos y el análisis se concentró en las experiencias vividas y en el enfrentamiento del diagnóstico. Las embarazadas desarrollaron diferentes maneras de enfrentar la nueva realidad impuesta por el resultado positivo. La negación y el miedo de transmitir el virus para el niño son las primeras reacciones, luego, demuestran actitudes positivas. El apoyo familiar y el soporte emocional ofrecidos por los profesionales ayudaron en el enfrentamiento del resultado positivo, disminuyendo angustias y miedos. Se concluye que el resultado positivo para el SIDA trae mucho sufrimiento a las embarazadas y que es necesario soporte emocional sistemático a través de un asesoramiento continuo.

Palabras clave: Mujeres Embarazadas. VIH. Serodiagnóstico del SIDA.

REFERÊNCIAS

1. Brasília. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Ano IV – nº 01ª. 27ª. à 52ª. Semanas Epidemiológicas - Julho à Dezembro de 2006. 01ª. A 26ª. Semanas Epidemiológicas. Brasília: Janeiro a Junho de 2007
2. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):764-72.
3. Cavalcante MS, Ramos Junior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. *RBGO*. 2004; 26(2):131-7.
4. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. *Rev bras saúde matern infant*. 2005; 5(4):483-92.
5. Ministério da Saúde. Protocolo Integrado em HIV/Aids e Sífilis. Ampliação da cobertura das ações de diagnóstico e tratamento. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília (DF); 2006.
6. Araújo MAL. Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
7. Cavalcante MS, Pinheiro AC, Guerreiro MFF, Façanha MC, Rouquayrol MZ, Ramos Júnior NA. Avaliação da implementação das ações de controle da transmissão vertical do HIV em Fortaleza, 2000 e 2001. *DST, J Bras Doenças Sex Trans*. 2002; 14(3): 68. Anais. IV Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.
8. Meihy JCSB. Manual de História Oral. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
10. Barbosa RHS, Casanova AO. Pré-natal e transmissão vertical do HIV: a perspectiva de profissionais da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro. In: Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Bosi MLM, Mercado FX. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
11. Neves LAS, Gir E. Mães portadoras do HIV/Aids: percepções acerca da severidade da infecção. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):613-8.
12. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):585-597.
13. Azevedo AF, Guilhem D. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. *DST, J Bras Doenças Sex Transm*. 2005; 17(3):189-96.
14. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(3):414-9.
15. Silva IA. Significados atribuídos a abstinência de amamentação por mulheres HIV positivas. *Ciênc Cuid Saúde*. 2005; 4(1):13-24.
16. Oliveira LA, Landroni MAS, Silva NEK, Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc Saude Colet*. 2005; 10(3):689-98.

Endereço para correspondência: Maria Alix Leite Araújo, Rua São Gabriel nº 300, apto 110, Parquer do Cocó, Fortaleza – CE 60135-450. E-mail: alix.araujo@secrel.com.br

Recebido em: 11/12/2007

Aprovado em: 18/06/2008