



Revista Latino-Americana de Enfermagem  
ISSN: 0104-1169  
rlae@eerp.usp.br  
Universidade de São Paulo  
Brasil

Lins de Moura, Edilene; de Souza Praça, Neide  
Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva  
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, núm. 3, mayo-junio, 2006, pp. 405-413  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421862015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

## TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: EXPECTATIVAS E AÇÕES DA GESTANTE SOROPOSITIVA<sup>1</sup>

Edilene Lins de Moura<sup>2</sup>

Neide de Souza Praça<sup>3</sup>

Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):405-13.

*Este estudo descritivo, com abordagem qualitativa, foi motivado pelo elevado número de casos de transmissão vertical do HIV. Teve como objetivo identificar as expectativas e ações da gestante HIV positivo quanto à gravidez e ao conceito. A amostra constituiu-se de 14 gestantes infectadas, assintomáticas, que conheciam sua soropositividade antes da gravidez e que estavam no 3º trimestre de gestação. Utilizou-se entrevista para a coleta de dados que ocorreu em 2001 e 2002. Empregou-se o Método do Discurso do Sujeito Coletivo para analisar os dados. Verificou-se que, quanto à maternidade, as gestantes tinham expectativas semelhantes, adaptaram-se à gravidez, e acreditavam na soronegatividade do bebê e na efetividade do tratamento. Concluiu-se pela necessidade de implementação de orientação para a saúde direcionada à mulher com enfoque na transmissão vertical do HIV/aids.*

**DESCRITORES:** HIV; saúde da mulher; gravidez; síndrome de imunodeficiência adquirida

## HIV PERINATAL TRANSMISSION: EXPECTATIONS AND ACTIONS OF HIV-POSITIVE PREGNANT WOMEN

*This descriptive study with a qualitative approach was motivated by the high number of HIV positive children caused by perinatal transmission. The aim of this study was to identify HIV-infected pregnant women's expectations and actions concerning the pregnancy and the fetus. The sample consisted of 14 HIV-infected, asymptomatic pregnant women, in their third month, who were aware of their condition before getting pregnant. An interview was carried out from 2001 to 2002 in order to collect data. The Collective Subject Discourse Method was adopted for data analysis. It was observed that the pregnant women had similar expectations concerning motherhood. They got used to pregnancy and believed their baby would be HIV negative and that treatment would be effective. There is a need to implement counseling about women's health with a focus on perinatal HIV/aids transmission.*

**DESCRIPTORS:** HIV; women's health; pregnancy; acquired immunodeficiency syndrome

## TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VHI: EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA GESTANTE SEROPOSITIVA

*Este estudio descriptivo, con aproximación cualitativa, fue motivado por el gran número de niños con transmisión vertical del VHI. Tuvo como objetivo identificar las expectativas y acciones de la gestante VHI positivo en cuanto al embarazo y al concepto. La muestra se constituyó de 14 gestantes infectadas, asintomáticas, que conocían su seropositividad antes del embarazo y que estaban en el 3.er trimestre de gestación. Para la recolección de los datos, realizada en el período de 2001 y 2002, se utilizó la entrevista. El Método de Discurso de Sujeto Colectivo fue empleado para analizar los datos. Se verificó que, en cuanto a la maternidad, las gestantes tenían expectativas semejantes. Se adaptaron a la gestación, confiaban en que el bebé sería suero negativo y en la efectividad del tratamiento realizado. Las conclusiones orientan hacia la necesidad de implementación de orientación sobre la salud de la mujer con acercamiento en la transmisión vertical del VHI/SIDA.*

**DESCRIPTORES:** VHI; salud de las mujeres; embarazo; síndrome de inmunodeficiencia adquirida

<sup>1</sup> Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado; <sup>2</sup> Enfermeira Obstétrica, Alojamento Conjunto do Hospital Universitário, da Universidade de São Paulo; e-mail: edileneedm@ig.com.br; <sup>3</sup> Enfermeira Obstétrica, Professor Associado da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, e-mail: ndspraca@usp.br

## INTRODUÇÃO

No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que, até junho de 2005, cerca de 83,7% de soropositividade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), em crianças menores de 13 anos, ocorreram pela transmissão vertical. No País, dentre os 11.901 casos notificados da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) em crianças menores de treze anos de idade, 9.965 ocorreram por transmissão vertical<sup>(1)</sup>. Esses dados têm ocasionado preocupação aos gestores de programas de saúde.

Ainda que se reconheça que alguns fatores interferem na transmissão vertical do HIV, não há como se identificar o nível real de risco de infecção pelo feto, embora a literatura indique que, na maioria dos casos, a transmissão ocorre na gestação e com maior freqüência durante o trabalho de parto e o parto<sup>(2)</sup>.

Estudos mostram que muitas mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade quando descobrem que seu filho está infectado, ou ao realizar o pré-natal, ou ainda durante o parto e no pós-parto<sup>(3)</sup>. Quando a gestante descobre que está infectada pelo HIV experimenta uma situação dolorosa, pois, além de lidar com o próprio diagnóstico, ainda cogita da possibilidade de transmissão do vírus da aids ao filho que está gerando<sup>(4)</sup>.

Como tentativa para modificar a situação de transmissibilidade vertical do HIV, tem-se utilizado, para as gestantes, a terapia antiretroviral com Zidovudina (AZT)<sup>(5)</sup>. Seu uso reduziu o risco de transmissão vertical de 14% a 30% para 8,3%, oferecendo esperança em relação à redução do número de crianças infectadas. Por esse motivo, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda seu emprego nas maternidades a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa), ao recém-nascido (via oral) até seis semanas de vida, bem como a realização do teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal. Recomenda, também, que o aleitamento materno deve ser evitado<sup>(6)</sup>. A atenção a essas medidas tem reduzido o número de casos de aids em menores de 13 anos, no País, desde 1997<sup>(1)</sup>.

Mesmo com os benefícios dos antiretrovirais, acredita-se que a mulher infectada é quem deve decidir se engravidar ou não. É necessário, portanto, que receba o máximo de informações para tomar a decisão conscientemente. A ausência de sintomas da

aids, para essas mulheres e o uso dos medicamentos, têm-lhes dado esperança de poder cuidar dos filhos e criá-los, e, se possível, um dia, obter a cura. Esse fato tem modificado as perspectivas das mulheres portadoras do vírus em relação à gravidez.

Paralelamente ao forte significado da maternidade para a mulher infectada, há evidências de que nem sua condição de soropositiva para o HIV, nem a possibilidade de transmissão do vírus ao feto, determinam sua decisão de interromper a gestação ou de não a levar ao termo. As mulheres grávidas, infectadas, desejam que seus filhos nasçam com saúde e que não recebam delas o vírus fatal<sup>(2)</sup>.

Durante levantamento bibliográfico para esta pesquisa, verificou-se que existe um número reduzido de textos com abordagem sobre a percepção da gestante portadora do HIV, o que justifica a necessidade de novas pesquisas. Assim, considerando que a aids é uma doença fatal, que é possível a transmissão vertical do vírus, que, quando ela ocorre, traz consequências ao binômio mãe-filho e família, e considerando, também, que o profissional da área da saúde, em especial o enfermeiro, tem importante papel no combate à epidemia de aids, esta pesquisa buscou responder à questão: *Como a gestante infectada pelo HIV, atendida em uma maternidade da rede pública do município de São Paulo, percebe a geração de um filho com risco de soropositividade para o vírus da aids?*

Para responder a essa pergunta, traçaram-se os seguintes objetivos: **identificar as expectativas da gestante soropositiva para o HIV quanto à gravidez e ao filho que está gerando, e verificar se suas expectativas são geradoras de ações enquanto vivenciam esta fase do ciclo gravídico-puerperal.**

## MÉTODO E CASUÍSTICA

Este estudo descritivo, com abordagem qualitativa, foi realizado no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha), localizada no município de São Paulo, que atende gestantes com sorologia positiva para o HIV em consultas de pré-natal.

Participaram do estudo 14 gestantes soropositivas para o HIV, com conhecimento do diagnóstico antes da gestação, assintomáticas,

vivenciando o 3º trimestre de gravidez, e atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade, campo do estudo. Foram selecionados esses critérios para poder identificar se o conhecimento sobre o diagnóstico de soropositividade e o sentir-se saudável influenciaram na decisão de engravidar e/ou de prosseguir com a gravidez. Optou-se pelo último trimestre de gestação porque, nesse período, já haviam recebido as orientações relacionadas à transmissão vertical, oferecidas durante o pré-natal, e já tinham conhecimento sobre a evolução da gravidez.

Vale acrescentar que, no período estabelecido para a coleta de dados (seis meses), aproximadamente 40 gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV e ou aids eram atendidas na instituição. Dessas, 14 gestantes atenderam aos critérios de inclusão, constituindo-se nas informantes do estudo e que concordaram em participar da pesquisa.

Após obtenção de autorização da Instituição para a realização do estudo, foi realizado levantamento do prontuário das gestantes para identificar aquelas que fariam parte da pesquisa. O primeiro contato com as mulheres foi realizado durante uma de suas consultas médicas, oportunidade em que era fornecida informação sobre a pesquisa. A partir do primeiro contato, assistiu-se a todas as consultas das gestantes que satisfaziam os dois primeiros critérios de inclusão no estudo. Quando sua idade gestacional chegava ao 3º trimestre, a entrevista era realizada. Cabe esclarecer que, precedendo cada entrevista, a pesquisadora assistiu, no mínimo, a duas consultas médicas de cada mulher que compôs a amostra, o que favoreceu o relacionamento entre ambas. A entrevista foi realizada, individualmente, no mesmo dia de uma consulta de pré-natal, em local privativo. Foram entrevistadas todas as gestantes que atenderam aos critérios de inclusão durante o período definido para a coleta de dados.

Para a entrevista utilizou-se um formulário subdividido em duas partes. Na Parte I, onde constavam dados sociodemográficos e situação de saúde relacionadas à infecção pelo HIV/aids da mulher, dos filhos e do parceiro, empregaram-se questões fechadas, cujas respostas foram registradas manualmente pela pesquisadora (idade, ocupação, escolaridade, renda familiar, estado marital, sorologia do parceiro para o vírus HIV, número de gestações, paridade, data da última menstruação, data provável

do parto, números de filhos vivos, a situação de saúde dos filhos e do companheiro, se a gravidez foi planejada, tempo de conhecimento que era HIV positivo e o uso da medicação). A Parte II do instrumento era composta por uma questão aberta sobre o foco de interesse do estudo: "Me fale como é ser HIV positivo e estar esperando um bebê." As gestantes permitiram a gravação de seus depoimentos referentes a essa questão.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa e Comissão de Ética da Maternidade, campo de estudo. Cada gestante entrevistada assinou previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua realização.

## TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados sociodemográficos e sobre a situação de saúde familiar das gestantes entrevistadas foram utilizados para caracterizar as mulheres. Os relatos (questão aberta) foram analisados segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(7)</sup>. Este consiste na análise do material verbal coletado, extraíndo-se de cada relato as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas expressões-chave correspondentes. O agrupamento das expressões-chave que originaram as idéias centrais ou ancoragens afins origina um ou vários discursos sínteses, redigidos na primeira pessoa do singular e que representam a coletividade. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade "falar" diretamente, como se fosse uma pessoa.

Na composição dos Discursos do Sujeito Coletivo deste estudo, utilizaram-se as seguintes figuras metodológicas<sup>(7)</sup>:

- **expressões-chave:** são transcrições literais de partes dos depoimentos, as quais permitem o resgate do essencial do conteúdo de cada relato. Geralmente é com as expressões-chave que se constróem os DSC.

- **idéia central:** interpretação do pesquisador sobre o conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seu depoimento. É apresentada associada às expressões-chave que a originam.

- **Discurso do Sujeito Coletivo:** é o agrupamento das expressões-chave similares, provenientes de discursos individuais. Encontram-se "tantos discursos

sínteses quando se julguem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar (...)”<sup>(7)</sup>. Cada discurso é identificado por um tema.

Neste estudo, após a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, foram realizadas leituras cuidadosas de cada depoimento, procurando-se identificar os aspectos significativos sobre a temática de interesse. A próxima etapa consistiu em identificar as expressões-chave que os relatos mostravam. A leitura atenta de cada expressão-chave levou à interpretação da pesquisadora sobre seu significado, originando as idéias centrais.

Após essa classificação, agruparam-se, por similaridade, as idéias centrais encontradas nos 14 relatos, e obtiveram-se os temas. Esses expressam, da melhor maneira possível, todas as idéias centrais neles contidas. A seguir, construiu-se o Discurso do Sujeito Coletivo, reagrupando em sentido lógico as expressões-chave pertinentes às idéias centrais de cada tema, transcritas literalmente, sendo um DSC correspondente a cada tema identificado no passo anterior.

## RESULTADOS

Os dados foram coletados no período de agosto de 2001 a fevereiro de 2002 e estão apresentados em dois momentos: caracterização das entrevistadas e conteúdo dos relatos sob a forma do Discurso do Sujeito Coletivo.

### Caracterização dos sujeitos

Os dados mostraram que, dentre as 14 gestantes entrevistadas, oito tinham entre 27 e 33 anos de idade, três tinham idade entre 21 e 26 anos e três tinham até 20 anos. Dentre as gestantes, sete não tinham ocupação remunerada, quatro estavam empregadas, e três, desempregadas. A maioria (nove) tinha o ensino fundamental incompleto, enquanto que três possuíam o ensino médio completo e duas completaram o ensino fundamental.

A renda familiar de nove gestantes era de um a quatro salários mínimos vigentes à época (R\$200,00 em maio/2002). Somente uma gestante possuía renda familiar acima de cinco salários mínimos; duas mulheres viviam com menos de um salário mínimo ao mês, e duas não souberam referir a renda mensal da família.

Dentre as 14 mulheres, seis viviam em união estável, e oito referiram namoro ou relacionamento casual com seus parceiros. Seis mulheres relacionavam-se com homens soropositivos para o HIV, enquanto que cinco tinham parceiros com sorologia negativa e três desconheciam sua condição sorológica. Dez gestantes declararam que seus parceiros eram saudáveis.

Os dados mostraram, também, que sete gestantes vivenciavam a 3<sup>a</sup> ou 4<sup>a</sup> gravidez, quatro eram grandes multiparas e três a 1<sup>a</sup> ou 2<sup>a</sup> gravidez. Verificou-se, também, que somente uma gestante era nulípara.

Em relação aos filhos vivos, doze mulheres possuíam filhos saudáveis e apenas uma desconhecia a saúde do filho por estar separada dele. Somente três gestantes planejaram a gravidez.

Sete mulheres sabiam de sua soropositividade por aproximadamente um a quatro anos, quatro conheciam a soropositividade entre cinco a oito anos, e três tinham esse conhecimento entre nove e doze anos. Anteriormente à gravidez, oito mulheres faziam uso de antiretroviraís, enquanto que, na gestação atual, as 14 gestantes entrevistadas seguiam o tratamento.

### Discurso do Sujeito Coletivo

A análise do conteúdo dos relatos obtidos resultou em dez temas, destes, selecionaram-se dois para serem apresentados neste texto: “Adaptando-se à condição de estar grávida sendo HIV positivo” e “Acreditando que o bebê será soronegativo para o HIV, mesmo que nasça com o vírus”, os quais serão apresentados a seguir.

Vale lembrar que o discurso representa o coletivo das gestantes entrevistadas e, conforme a técnica, é apresentado como se fosse uma única pessoa falando. Compõe-se por fragmentos de relatos das 14 gestantes, e é identificado pelo tema correspondente.

#### Tema: Adaptando-se à condição de estar grávida sendo HIV positivo

*É um sentimento doloroso, mas eu consegui sufocá-lo. Eu consegui fazer da dor que ele traz pra mim uma alegria, ainda mais depois que eu tive uma menina. O doloroso era quando eu não sabia que tinha o tratamento, né? Quer dizer, duzia saber que meu filho ia ser soropositivo, que poderia também até chegar a*

*morrer. Mas depois que eu comecei a me informar e estar mais informada sobre e como que era na gravidez, aí eu já me senti normal. Me senti como qualquer mulher que pode ter um filho, parto normal, que vai amamentar. Eu já encaro mais de frente. Eu já não tenho aquele sentimento de dor, entendeu? Não tenho sentimento nenhum. É alegria mesmo. É assim que eu encaro. Então, eu penso que sou uma mulher igual a todas as outras. Que no momento não tem nada me diferenciando disso, só o remédio. Então, sinceramente, ainda não sei o que é ser um HIV positivo. A única coisa que eu faço é tomar os remédios que me passaram e ficar cuidando do meu filho. A minha vida tá girando em torno do meu filho e não da minha doença. Porque pra mim é normal, é como uma pessoa qualquer, como uma gravidez qualquer. Qualquer uma outra mãe que não seja soropositiva. Já é a segunda gravidez, é o 2º filho que eu tenho, sendo soropositivo, e é como se eu não tivesse. Minha cabeça é assim, super boa, a minha vida é totalmente normal, então pra mim não tem drama, não tem trauma nenhum. Eu me sinto bem grávida, porque é uma coisa que eu estava esperando, querendo, né? Porque eu sempre quis ter filho, sempre quis ser mãe. Eu não me sinto diferente de outras pessoas, eu me sinto normal, como que se eu não tivesse problema. Vejo muitas pessoas que têm um problema, que estão em situação melhor do que eu, então eu encaro isso com uma normalidade. Já tenho o vírus há 12 anos e eu vivo totalmente normal, não tenho sintomas nenhum, nada me atrapalha, então a minha gravidez está super tranquila, tá super gostosa, tá super bem. Então, eu não tenho preocupação nenhuma nisso daí. É como se fosse uma tuberculose que eu tô fazendo um tratamento que ela vai curar, que vai chegar uma hora que eu não vou ter mais ela. É assim. Isso já é muito bom, saber que apesar de eu ser soropositivo a minha saúde está boa! A família tá ali junto. Então, isso foi me ajudando e aí eu tenho uma gestação normal. Então, pra mim é normal. E me sinto feliz por estar grávida e com bastante saúde pra continuar lutando.*

Tema: Acreditando que o bebê será soronegativo para o HIV, mesmo que nasça com o vírus

*Eu já sou, né? Fazer o que, né? Fazer mais nada, eu fico com medo do nenê nascer também positivo. É muito difícil. Em relação à gravidez ela não é dolorosa. Porque pra mim, na primeira gravidez foi muito dolorosa até eu descobrir que eu poderia tomar o AZT, e que diminuiria a chance do bebê nascer positivo, sem o vírus. Mas ele vai nascer, entendeu, ele vai nascer. Só que as chances são poucas, entendeu? Dela se curar nos primeiros meses de vida, que são aquelas dos nove meses pelo que eu sei pra negativar. Eu pergunto, ninguém sabe me responder, ninguém sabe. Eu converso com as pessoas que têm e tiveram filhos. Uma fala que antes de 1 ano negativou, outros falam, 2 meses de vida meu nenê negativou. Uma fala, meu filho não nasceu com HIV,*

*entendeu? Eles dizem que o bebê tem chance de não ter o vírus, que ele terá que fazer exames de 5 a 6 meses e depois negativar. Mas eu fico com complexo de culpa dela nascer, ela vai começar a passar por uma fase muito difícil, que é todo mês ir no médico, tirar sangue, tomar remedinho. Eu acho que dói quando a gente vê, depois que a criança nasce, é você ver ela ser furada, furada, porque tem que fazer os exames, né? E o que dói mesmo é isso! Mas eu acho que nesse eu vou encarar mais de frente! Agora, espero que tudo vai dar certo, né? Eu não deixo pregar assim na cabeça, "mas eu tenho HIV, meu nenê, meu bebê..." eu não tenho aquele sentimento de que "ai vai passar, ai ele vai nascer com isso", pra mim, "ai ele não vai ser, ele vai tomar o xaropinho bem direitinho, bonitinho, e vai ser como o outro" tal saudável. Então, aí eu vejo assim. Não vejo que meu filho vai ser soropositivo. Eu tenho sempre na mente que o meu bebê não vai ter nada, que ele nunca vai ter nada. Eu tô sempre pensando positivo. Acredito que vai dar certo. Espero que ele vai ser saudável, que nasça bem e com saúde, como o meu filho é hoje. E que não seja um portador. Se não ficar, eu fico muito aliviada se isso acontecer. Porque eu acho que com tudo e com tudo, quando eu resolvi engravidar é porque eu sabia que existia uma possibilidade enorme de eu ser soropositivo e meu filho não. Isso daí me deu a coragem de engravidar e de estar lutando, tá batalhando pra continuar viva e criar ele. Meus filhos são todos negativos, espero que esse daqui vai negativar também, igual dos outros. Um dos meus filhos nasceu positivo, dei o AZT pra ele durante 6 semanas e com 1 ano e 8 meses negativou, ele tá com 4 anos hoje. Então, eu creio, tenho certeza que esse vai ser a mesma coisa. Que ele não tenha nada. As minhas expectativas são de que ele realmente não tenha o vírus. Eu torço que não, como todas as mães torcem que não. Vou fazer o possível pra ele negativar que eu tenho certeza que isso vai acontecer. Esse AZT, pelo que eu sei, ele é bastante seguro, não é 100% de chance de ele não ter, entendeu? Não vou amamentar ele, vou separar tudo, como eu fiz do meu último filho. O importante é a medicação, eu dando pra ele e acompanhando até os 3 anos. Quero fazer de tudo o possível, como eu fiz pros outros, eu quero fazer pra ele também. A única coisa que eu quero é salvar ele. Não fazendo o tratamento você corre o risco, imagina sem fazer, aí é que nasce mesmo! Porque o que me fez engravidar foi eu não ter criado os meus filhos, meu marido não ter filho nenhum e eu ter a vontade de ser mãe realmente. Tô dando toda a minha atenção. O meu amor, carinho pra ele. Tem tudo. Agora, se ele nascer eu não sei como vai ser a minha reação. Eu não consegui nem reagir direito a minha, principalmente a dele agora. Eu tenho consciência que ele pode nascer com o vírus que nem o meu outro bebê. Mas também ele nasce com os anticorpos da mãe, né, que falam. Eu só vou ter certeza mesmo depois que ele nascer é que eu vou ficar sabendo. Aí, eu tenho que aceitar. Eu vou cuidar, fazer o que eu puder por ele. Eu já vi caso de criança nascer, ficar doente, pneumonia,*

*depois morrer assim no braço da mãe. Eu não sei se vou agüentar (chora), de não conseguir prosseguir, como eu já falei, como ele nascer doente. Porque pode dar menos chance de vida depois que ele nascer. Se por acaso for, a gente vai lutar, porque a criança tem a chance de negativar até os 6 anos, 5 anos, então eu vou continuar, porque ele pode nascer e depois negativar. Ele também tem a chance assim de um mês negativar num primeiro exame que eu fizer ele já é negativo, entendeu? Porque ele vai começar a produzir seus anticorpos. E aí ele será uma criança normal. Mas eu costumo não ficar pensando. A única coisa que eu quero é a salvação dela, porque o resto... Porque o mais importante é pensar na minha filhinha, só penso nela, agora que eu descobri que é menininha.*

## DISCUTINDO OS RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com mulheres jovens, mães, que estão na fase reprodutiva e são infectadas pelo HIV. Essas mulheres tinham baixa escolaridade, baixa renda familiar, a maioria era do lar e não vivia em união estável.

Os dados epidemiológicos têm mostrado que, no Brasil, a maioria dos casos de aids em mulheres ocorre naquelas com baixa escolaridade e com ocupação menos qualificada. A distribuição da escolaridade, mesmo que indiretamente, mostrou-se um indicador da pauperização das pessoas acometidas pelo HIV, sendo mais evidente entre as mulheres<sup>(8)</sup>. A diminuição do nível de escolaridade das pessoas infectadas (homens e mulheres) é evidente, entre as mulheres, que, desde o início da epidemia da aids, já apresentavam menor nível escolar em comparação aos homens<sup>(9)</sup>. Esses dados encontrados na literatura correspondem aos achados desta pesquisa, no qual a maioria das entrevistadas não completou o ensino fundamental.

Paralelamente a essa situação, ocorre empobrecimento crescente da população acometida pela aids. Na amostra, também se encontrou maior número de respondentes com baixa renda familiar mensal. Esses achados correspondem aos dados oficiais sobre o envolvimento da mulher com baixa renda e reduzida escolaridade na epidemia de aids, no País.

Apesar de a transmissão vertical ser uma realidade, observou-se que as mulheres que tiveram de quatro a cinco gestações anteriores estavam novamente grávidas, ainda que apresentassem risco da transmissão ao filho. Por outro lado, as três

gestantes que planejaram a gravidez referiram que queriam gerar um filho e ser mães, mesmo sendo portadoras do HIV. Acreditavam, assim como as demais, que com o tratamento médico e medicamentoso, conseguiram gerar um bebê saudável e não infectado.

Essas gestantes referiram, também, que, estando grávidas, e comparavam-se a qualquer outra grávida que não fosse portadora do HIV. Relataram que somente a medicação as diferenciava, pois se sentiam bem estando grávidas e acreditavam no nascimento de uma criança saudável, ou seja, um filho com sorologia negativa.

Encontrou-se, na literatura, uma pesquisa realizada na França, a qual mostrou que a gravidez, para as mulheres soropositivas, representava uma prova tangível do bom funcionamento de seu corpo e de sua integridade psíquica. A criança representava uma força de vida, a depositária do desejo de vida da mãe<sup>(10)</sup>.

Em um estudo com gestantes soropositivas para o HIV, realizado em São Carlos, SP, observou-se que essas mulheres, quando grávidas, acreditavam que, ao gerar um filho, estariam demonstrando "normalidade", não vendo ameaça para a criança, pois, em sua concepção, ao gerar a vida de um novo ser, estavam valorizando a si próprias. Foi observado, também, que, ao engravidar, estariam desafiando a doença, uma vez que a criança simbolizava a vida. O risco de transmissão do vírus seria minimizado em favor de "status" social conferido pelo nascimento do bebê, pelo fato de ser mãe<sup>(11)</sup>.

Para muitas mulheres, a criança seria uma força motivadora para as suas vidas. Um filho as ajudaria a se sentirem mais fortes, dando-lhes razão para resistirem ao vírus. Esse dado foi verificado também por uma pesquisa realizada em Porto Alegre, RS<sup>(12)</sup>.

Percebe-se, pelos Discursos do Sujeito Coletivo, que, mesmo as gestantes que não planejaram a gravidez, decidiram prosseguir com a gestação, aceitando a geração do filho, e almejando ter filhos saudáveis. Foi unânime, entre essas gestantes, a preocupação em relação à saúde da criança: *"Meu filho vai nascer bem, saudável"*. Acreditavam que, se a criança nascesse soronegativa para o HIV, a mãe se isentaria do sentimento de culpa. Sentimento este que se mostrou de forma angustiante nas entrevistas realizadas com as mulheres.

Os dados mostraram, também, que a grande maioria das gestantes (treze) já tinha tido outros filhos, mesmo estando infectadas, sendo que onze tiveram crianças com sorologia negativa para o HIV. Em seus relatos, verificou-se que uma vez tendo filhos soronegativos encontravam nessa situação o estímulo para uma próxima gravidez e buscavam assistência durante o pré-natal.

Em estudo realizado com mulheres de uma comunidade favelar em São Paulo, SP, detectou-se que as mulheres se preocupavam, principalmente, com a saúde de seus familiares e de seus filhos, delegando a manutenção de sua própria saúde a um plano inferior de prioridades. Submetiam-se a exames somente durante o pré-natal e eram raras as que procuravam o serviço de saúde para consulta periódica<sup>(13)</sup>.

Essa atitude da gestante, gerada pela possibilidade de receber assistência, a qual favorecerá a geração de um bebê saudável, é confirmada por uma pesquisa realizada com mulheres de uma comunidade de baixa renda, em São Paulo, SP, no qual foi descrito que "quando a mulher já tem incorporado dentro de si o valor de um filho, assume a responsabilidade de cumprir a contento, com a sua função, ou seja, tomar cuidado com a própria saúde e com o feto em desenvolvimento, para poder dar à luz a criança sadia<sup>(14)</sup>".

Segundo os resultados obtidos, as entrevistadas que não estavam fazendo uso de medicamentos antiretrovirais aceitaram realizar o tratamento médico no período gestacional. Esse dado, associado aos Discursos do Sujeito Coletivo encontrados, mostra que essas mulheres procuraram acompanhamento médico porque se sentiam preocupadas com a saúde do filho que estavam gerando. Tinham como objetivo esforçar-se ao máximo para que seu bebê nascesse soronegativo para o HIV e, para que elas próprias se mantivessem saudáveis para poderem cuidar da criança e de seus outros filhos.

Os dados mostraram, também, que a redução da transmissão vertical do vírus, motivada pelo uso de medicamentos antiretrovirais, foi fator significativo para a decisão das gestantes a prosseguirem com a gravidez. Estar assintomática pode ter se constituído em estímulo para essas mulheres compararem-se a outras não infectadas com o HIV.

É consenso que a terapia antiretroviral objetiva retardar a progressão da imunodeficiência

e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida do portador do HIV ou com aids. Desde a publicação do protocolo ACTG 076 (CDC) em 1993, a profilaxia tem avançado. Os trabalhos encontrados na literatura relatam que o período de maior risco de transmissão do vírus concentra-se no 3.º trimestre da gravidez e principalmente no momento do parto. Sabe-se que, quanto menor for a carga viral da mãe, menor será a possibilidade de transmissão vertical. Essa condição é o objetivo da profilaxia com medicamentos antiretrovirais, cujos efeitos visam fazer com que a gestante HIV positiva chegue ao momento do parto com a menor carga viral possível, de preferência indetectável ou pelo menos que seja menor de 1.000 cópias virais por ml. O estado clínico, a contagem de células T CD4+ e o nível da carga viral são os indicadores para a terapia<sup>(15)</sup>.

Mesmo não vendendo sua própria cura como possível, os Discursos do Sujeito Coletivo mostraram que as gestantes ingeriam os medicamentos antiretrovirais, acreditando que, com isso, poderiam ajudar seu filho a se tornar HIV negativo, mostrando, portanto, a credibilidade nos efeitos dos medicamentos em relação à cura do filho.

## CONCLUSÃO

A análise dos temas encontrados e, em especial, dos dois Discursos do Sujeito Coletivo apresentados neste texto mostrou que a expectativa pelo nascimento de um recém-nascido saudável e não infectado dava forças à gestante HIV positivo, entrevistada, para prosseguir com a gravidez e manter-se viva.

Dessa forma, ficou evidente que eram gestantes que tinham como objetivo medicar-se com antiretrovirais para que o seu recém-nascido se tornasse soronegativo para o HIV, e para que elas próprias se mantivessem saudáveis para conseguirem cuidar da criança que estava por nascer, bem como de seus outros filhos.

Essas mulheres apresentaram expectativas semelhantes quando a abordagem foi sobre a maternidade; buscavam, ainda, o acompanhamento pré-natal para poderem alcançar seus objetivos, e realizavam o tratamento médico prescrito no pré-natal para concretizarem o desejo de serem mães. Acreditavam nos efeitos dos medicamentos

antiretrovirais para soroconverter o bebê, caso este nascesse infectado pelo HIV.

Os medicamentos antiretrovirais eram o incentivo dessas mulheres para a redução da possibilidade de transmissão vertical. Pelos dados, conclui-se, também, que, mesmo com a presença do vírus, essas gestantes esforçavam-se para manter uma vida igual a qualquer outra pessoa, porque ser mãe, para elas, era muito importante.

Diante desses resultados, nos quais se identificaram a expectativa e as ações das gestantes infectadas, atendidas na maternidade campo do estudo, verificou-se que essas mulheres centravam seus esforços para manter a qualidade de vida e para reduzir a transmissão vertical. Identificou-se que foi reduzido o número de mulheres que planejaram a gravidez. Ambas as situações levaram as autoras a considerar que a assistência prestada à mulher HIV positivo deve ser implementada com programas de educação para a saúde, em que sejam, também enfocadas medidas de planejamento familiar.

Acredita-se que a educação em saúde seja o melhor meio para os profissionais obterem maior envolvimento da clientela. Julga-se que os programas da área de saúde da mulher, desenvolvidos em todo o Brasil, devam dar maior ênfase à vulnerabilidade desse segmento e de sua família ao HIV, além de discutir temas relacionados à sexualidade, procurando envolver os parceiros nessas atividades. O envolvimento do casal deve ser priorizado na

discussão de medidas de sexo mais seguro, mesmo entre a dupla infectada, com o objetivo de manter reduzida a carga viral de ambos e evitar gravidez não planejada, como ocorreu com a maioria das mulheres deste estudo.

Acredita-se na importância de campanhas educativas focadas na mulher, para diminuir o número de gestantes infectadas, que, na grande maioria, encontram-se na fase reprodutiva. Essas campanhas, junto às demais medidas preventivas, contribuem para a redução da possibilidade de nascimento de crianças soropositivas para o vírus da aids.

Crê-se que o enfermeiro, pela sua formação, esteja capacitado para atuar nesse processo, pela sua função de educador e de cuidador. Conhecer como as gestantes soropositivas para o HIV percebem a geração de um filho com risco de infecção, e saber das ações que realizam para ter como resultado da gravidez uma criança saudável contribuem para a ação dos profissionais da saúde envolvidos no atendimento à gestante, no sentido de alertá-los para a promoção de ações educativas pertinentes às necessidades dessa mulher.

As autoras vêem que os resultados desta pesquisa contribuem na área da saúde da mulher e o neonatal, pois trazem à tona a percepção da mulher infectada sobre sua gravidez, o que a direciona para realizar ações visando, principalmente, ao bem-estar da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletim Epidemiológico AIDS. Ministério da Saúde. [serialo online] 2005 janeiro-junho [citedo 2006 fevereiro 01]; Disponível em: URL:<http://www.aids.gov.br/>
2. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
3. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes RSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. Rev Bras Ginecol Obstet [serialo online] 2004 março [citedo 2004 outubro 19] (26): [2 telas]. Disponível em: URL:<http://www.scielo.br/>
4. O'leary S, Cheney B, organizadores. Tripla ameaça: mulheres & aids; dossiê Panos. Rio de Janeiro: ABIA; 1993.
5. Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in Pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. [serial online] 2005 November [cited 2005 nov 26]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/hiv/treatment.htm>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência à mulher portadora do HIV durante o parto e o puerpério. In: Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001. p.158-67.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
8. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2006 março 5]. Plano estratégico: Programa Nacional de DST e Aids 2005; [1 tela]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD>
9. Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. Bol Epidemiol AIDS [serialo online] 1999 junho-agosto [citedo 2002 janeiro 5]; Disponível em: URL: [http://www.aids.gov.br/udtu/boletim\\_jun\\_ago99/trans\\_vertical.htm](http://www.aids.gov.br/udtu/boletim_jun_ago99/trans_vertical.htm)
10. Sanches RM. Escolhi a vida: desafios da AIDS mental. São Paulo: Olho d'Água; 1997.
11. Ruggiero EMS. Gestante portadora do vírus HIV – vida e significado. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

12. Knauth D. Maternidade sob o signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa AO, organizador. Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Editora 34/FCC; 1997. p.41-64.
13. Praça NS, Gualda DMR. A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da AIDS. Rev Paul Enfermagem 2000; 19(1):43-52.
14. Hoga LAK. À mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho. Mogi das Cruzes: Murc; 1996.
15. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília; (DF): MS; 2004.