

## Artigo original

# A vivência da maternidade de mulheres HIV positivo

Carolina Lelis Venâncio Contin\*, Elis de Oliveira Arantes\*, Luísa Pereira de Siqueira\*, Mirtes Mara Carolino dos Santos\*, Thalita Lima Dutra\*, Ieda Maria Vargas Ávila Dias\*\*

*\*Acadêmicas da Faculdade de Enfermagem e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil e Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora, \*\*Professora e coordenadora do Departamento e Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil e Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora/MG*

### Resumo

Descobrir ser mãe e portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) traz profundas mudanças que alteram de forma significativa a vivência da maternidade que passa a ser permeada pelo medo de uma possível transmissão vertical e do preconceito social. A vivência da maternidade frente ao diagnóstico positivo para o HIV é o objeto do presente estudo, que tem como objetivo: discutir o cuidado de enfermagem prestado a mulher que vivencia a dualidade de ser mãe e portadora do HIV. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no Serviço de Assistência Especializada do Programa de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Participaram do estudo 35 mulheres soropositivas dentre elas, gestantes e mães. A discussão dos resultados permitiu a construção de duas categorias analíticas: Ser mãe e portadora do vírus da imunodeficiência humana; O temor da transmissão vertical e do preconceito social. Na conclusão é evidenciada a relevância do pré-natal, uma vez que a grande maioria das mulheres entrevistadas descobriu-se soropositivas durante esta consulta e que a criação de grupos de apoio é uma importante estratégia importante para o cuidado integral de enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermagem, transmissão vertical, AIDS.

### Abstract

#### *Experience of motherhood of HIV positive mothers*

Learning being a mother living with HIV (human immunodeficiency virus) brings some changes which alter significantly the motherhood experience, because the possible vertical transmission and social prejudice. The experience of motherhood after diagnosis of HIV positive is the object of the present study, which aims at discussing the nursing care provided to women that experience the duality of being mother and HIV-positive. This is a qualitative research carried out at Specialized Assistance Service of Transmissible Diseases Program developed by the Municipal Secretary of Health of Juiz de Fora/MG. Thirty five HIV soropositive women, pregnant and mothers, participated of the study. The results allowed the construction of two analytical categories: being mother living with human immunodeficiency virus; fear of vertical transmission and of the social prejudice. We concluded that prenatal is very relevant, due to the great majority of the women interviewed found out to be soropositive during this consultation, and that the creation of support groups is an important strategy for integral nursing care.

**Key-words:** nursing, vertical transmission, AIDS.

Artigo recebido em 16 de março de 2011; aceito em 23 de março de 2012.

**Endereço para correspondência:** Elis Oliveira Arantes, Rua Dr. Bruno José Gonçalves, 205/101, 36180-000 Rio Pomba MG, Tel: (32)8428-8982, E-mail: elisarantes@yahoo.com.br

## Resumen

### *La experiencia de la maternidad de mujeres VIH positivo*

Descubrir ser madre y portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) trae cambios profundos que modifican significativamente la experiencia de la maternidad que pasa a ser impregnada por el miedo de una posible transmisión vertical y el prejuicio social. La experiencia de la maternidad frente al diagnóstico positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana es el objeto de estudio de esta investigación que tiene como objetivo discutir la atención de enfermería proporcionada a la mujer que vive la dualidad de ser madre y portadora del VIH. Se trata de una investigación de análisis cualitativa realizada en el Servicio de Atención Especializada del Programa de Enfermedades Transmisibles de la Secretaría de Salud Municipal de Juiz de Fora. Participaron del estudio treinta y cinco mujeres seropositivas embarazadas y madres. La discusión de los resultados ha permitido la construcción de dos categorías analíticas: Ser madre y portadora del virus de la inmunodeficiencia humana; El temor de la transmisión vertical y del prejuicio social. Se concluye la relevancia del prenatal, una vez que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas se descubrió seropositivas durante esta consulta y que la creación de grupos de apoyo es una importante estrategia para la atención integral de enfermería.

**Palabras-clave:** enfermería, transmisión vertical, SIDA.

## Introdução

Na atualidade a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se configura como um dos maiores problemas de saúde pública, devido a sua gravidade e a seu caráter pandêmico, uma vez que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entra no organismo humano podendo ficar incubado por um período em torno de oito anos sem que o indivíduo apresente nenhum sintoma ou sinal de doença [1]. Este fato favorece a disseminação do vírus HIV e a busca tardia para o tratamento, sendo notificados, aproximadamente, 544.846 casos da doença no Brasil desde a identificação do primeiro caso, em meados da década de 1980, até junho de 2009 [2].

A evolução da epidemia da AIDS, no Brasil, afetou de maneira especial as mulheres e com isso trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical do HIV, visando uma menor incidência de crianças infectadas com este vírus durante a gestação, o parto e o puerpério através do leite materno [1]. De 1996 até junho de 2009, foram notificados 10.739 casos de AIDS em menores de cinco anos no país, o que representa 2% do total de casos identificados [2].

A vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV se justifica a partir do imaginário social construído pela ideia de que as mulheres com parceiro fixo, sem comportamento promíscuo, não poderiam ser afetadas pelo vírus HIV, o que as distancia das medidas preventivas. Outro fator que torna as mulheres vulneráveis à contaminação pelo HIV é a questão de gênero, que determina culturalmente a superioridade do homem em relação à mulher,

dificultando a utilização de preservativos com o parceiro durante a relação sexual [3].

O maior número de casos de infecção pelo HIV registrados no país encontra-se na faixa etária de 25 a 49 anos. Do total de casos identificados em homens, 78% estão nessa faixa etária. Para as mulheres, essa proporção corresponde a 71% [2]. Esse dado nos mostra que grande parte das mulheres infectadas pelo HIV se encontra em idade reprodutiva e este contágio pode alterar de muitas formas a experiência da gestação e da maternidade [4].

Uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina dá-se durante o período gestacional, mediante a triagem sorológica anti-HIV, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mas ao mesmo tempo contrastando com as medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas o HIV [5].

Diante dessa situação percebe-se que o modelo assistencial vigente apresenta falha na atenção à mulher que se encontra fora do período gravídico-puerperal, não só no que diz respeito à transmissão do vírus HIV como também na possibilidade de uma gravidez não desejada, fatos que levam a descoberta da infecção pelo HIV durante a assistência do pré-natal [5].

Deste modo, o estar grávida e descobrir-se portadora do vírus HIV traz mudanças psicológicas profundas às mulheres, pois sentimentos de culpa por colocar o filho em risco, o medo de infectá-lo e de que ele venha a falecer em consequência da infecção, contrasta-se com a concepção idealizada da maternidade [4].

Sem qualquer intervenção, durante a gestação, as taxas de transmissão vertical do HIV situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual, 25% referem-se à transmissão intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e em sua maioria, 75%, está relacionada à transmissão intraparto, referente ao trabalho de parto e o parto propriamente dito [1].

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7% a 22%, e esse risco se renova a cada exposição da criança ao peito, ou seja, quanto mais a criança mama, mais elevado é o risco de ela ser infectada. Quando a infecção materna ocorre durante o período de amamentação o risco da transmissão vertical através do aleitamento materno se eleva, em torno de aproximadamente 30% [6].

A incidência dos casos de AIDS em menores de cinco anos de idade reduziu em 36,6% no Brasil, no período de 1998 a 2008. Houve um declínio de 5,4 casos por 100.000 habitantes em 2000, para 3,8 em 2008 [2]. Essa redução da transmissão vertical se deve as medidas de prevenção voltadas à mãe durante a gestação e o parto e a criança após o nascimento, adotadas no país desde 1996 [7].

Atualmente 21% dos nascidos vivos têm mães com idade entre 15 e 19 anos e isso representa uma indevida formação de senso crítico que sustente, em nosso meio, as medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre elas a infecção pelo HIV, além de uma gravidez possivelmente não desejada. Por outro lado uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV preconizados pelo Ministério da Saúde [1].

O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal, visando à detecção precoce do vírus como medida de prevenção da transmissão vertical. Desde 1997, este teste foi implantado no Brasil e faz parte de um pré-natal de qualidade, que é um direito de toda gestante [4].

A partir do ano 2000 tornou-se compulsória a notificação de gestantes portadoras do HIV/AIDS no Brasil [8]. Conforme as últimas estatísticas de 2000 a junho de 2009 foram notificadas 47.705 casos de gestantes com HIV no SINAN. Em média, 55% dos casos notificados estão entre as gestantes de 20 a 29 anos [2].

Um resultado positivo para o HIV no período gestacional acarreta um grande impacto na vida das mulheres, pois recai sobre elas o medo da trans-

missão vertical no momento em que vivenciam a maternidade, que dá à mulher a capacidade de gerar a vida. Assim, a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte relacionada ao vírus HIV [8].

A prevenção da transmissão vertical inclui uma série de procedimentos que a mãe HIV positivo deverá adotar, como, por exemplo, a necessidade do uso de antirretrovirais combinados durante a gestação, iniciando o esquema após o primeiro trimestre, entre a 14ª e a 28ª semana de gravidez; parto por cirurgia cesariana eletiva; administração de antirretroviral via intravenosa durante trabalho de parto; uso de Zidovudina (AZT) e a imposição do reverso da amamentação no puerpério. Para o filho é indicado o uso AZT na forma de xarope a partir das seis primeiras horas e durante as primeiras seis semanas de vida [9].

Essas recomendações são de grande importância, pois visam bloquear as principais vias da transmissão vertical. Sem essas medidas preventivas, de 25 a 30% das crianças expostas ao HIV poderão ser infectadas durante a gestação, no parto ou pela amamentação. E grande parte dos bebês que nascem com o vírus HIV e não recebem acompanhamento morrem antes de completar 1 ano [9].

Os cuidados prestados à mãe portadora do HIV devem transcender os cuidados técnicos de saúde, devendo ser também valorizado o lado psicológico desta mulher, pois, além do medo da contaminação do filho pelo vírus HIV, as mães soropositivas enfrentam também, o preconceito da família e da sociedade em relação ao seu diagnóstico [9]. Este fato leva muitas mulheres a não revelarem sua condição de saúde para evitar que ela e seu filho sejam alvos da discriminação social [10].

Não bastasse o susto da positividade para o vírus HIV e o medo de uma possível transmissão vertical, as mães soropositivas enfrentam, também, o preconceito da família e da sociedade em relação ao seu diagnóstico. Este fato leva muitas mulheres a não revelarem sua condição de saúde para evitar que ela e seu filho sejam alvos da discriminação social.

A discriminação social muitas vezes é proveniente do desconhecimento por parte da população de como o vírus HIV é transmitido e pela ideia retrógrada de alguns, que associam tal infecção com a promiscuidade feminina. Por isso, os cuidados prestados à mãe portadora do HIV devem transcender os cuidados técnicos de saúde, devendo ser valorizado o lado psicológico desta mulher, pois,

além do medo da contaminação do filho pelo vírus HIV, as mães soropositivas enfrentam, também, o preconceito da família e da sociedade em relação ao seu diagnóstico [10].

A relevância do estudo encontra-se no fato de que para a efetivação de um cuidado integral é necessário que a enfermagem entenda um pouco do universo vivenciado por mães soropositivas. É imprescindível que haja por parte desse profissional, um esforço em conhecer o contexto social, cultural e psicológico no qual se encontra esta mulher. Isto deverá fazer parte das prioridades do plano assistencial de enfermagem, pois compõem o que é chamado de assistência qualificada, que, certamente, faz a diferença na vida dos clientes [5].

Diante dessas considerações este estudo tem o seguinte objetivo: discutir o cuidado de enfermagem prestado a mulher que vivencia a dualidade de ser mãe e portadora do vírus HIV.

## Material e métodos

Buscando selecionar a abordagem que melhor atendesse o objetivo proposto para conduzir o presente estudo, elegeu-se a qualitativa, uma vez que esse tipo de pesquisa responde a questões muito particulares preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado [11]. A abordagem qualitativa tem como principal função investigar os assuntos em profundidade, avaliando os fatores emocionais e intencionais implícitos nos posicionamentos e comportamentos das entrevistadas [12].

Inicialmente foi construído um projeto de pesquisa apresentado ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) da Secretaria Municipal de Juiz de Fora, local em que é desenvolvido o Programa de DST/AIDS. Foi solicitada a autorização deste serviço para o desenvolvimento do estudo que teve como sujeitos gestantes e mães com sorologia positiva para o vírus HIV, maiores de 18 anos, que aceitaram de forma voluntária participar do estudo. Outro critério de inclusão das mães foi a idade do filho ser igual ou inferior a dois anos, devido a este ser o período de acompanhamento para confirmação ou não da transmissão vertical, no serviço cenário do estudo.

Os sujeitos da pesquisa totalizaram 35 participantes, sendo três gestantes e trinta e duas mães, todas com sorologia positiva para o vírus HIV, usuária do serviço tanto para o seu acompa-

nhamento de saúde quanto para o de seu filho até este completar 2 anos de vida. Após aprovação do Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer 092/2009, foi iniciada a fase de coleta de dados. A técnica utilizada foi a entrevista do tipo semiestruturada, uma vez que a mesma é capaz de conjugar questões abertas e fechadas, e dessa forma, possibilitar além de uma caracterização dos sujeitos, uma análise minuciosa das respostas [12].

As entrevistas foram gravadas em áudio, com aquiescência das participantes, e transcritas integralmente em momento posterior, garantindo a legitimidade, a integridade e o anonimato dos indivíduos pesquisados. As informações ficarão arquivadas com as pesquisadoras por um período de cinco anos e posteriormente serão destruídas.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2009 a março de 2010. O número de participantes foi definido a partir do ponto de saturação que consiste na repetição das informações repassadas pelas participantes.

A análise dos dados foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro, foi possível realizar uma caracterização da amostra estudada, evidenciando questões socioeconômicas referentes à idade, ao estado civil, ao número de filhos, à renda mensal e ao grau de escolaridade. No segundo momento, as respostas foram analisadas através da análise temática, que consiste em identificar as unidades por significado para compreender e tornar evidentes elementos latentes da linguagem, além de organizar e descobrir o significado original dos elementos revelados [8].

No momento em que as entrevistas foram transcritas, suas ideias centrais puderam ser extraídas, passando a representar as categorias de análise, quando se evidenciou a repetição de respostas, contabilizando as mais prevalentes entre as citadas, sendo apresentadas no item seguinte.

## Resultados

Para apresentar os dados socioeconômicos das participantes foram elaboradas cinco tabelas.

**Tabela 1** - Faixa etária das entrevistadas.

Idade	Número de entrevistadas
20 a 29 anos	19
30 a 39 anos	15
40 a 45 anos	1

**Tabela II** - Condição econômica das entrevistadas.

Renda familiar	Número de entrevistadas
Até 1 salário mínimo	13
De 1 a 3 salários mínimos	20
Mais de 3 salários mínimos	2

**Tabela III** - Grau de escolaridade das entrevistadas.

Escolaridade	Número de entrevistadas	
Nenhuma escolaridade	1	
Ensino Fundamental	Incompleto	15
	Completo	10
Ensino Médio	Incompleto	1
	Completo	6
Ensino Superior	Incompleto	1
	Completo	1

**Tabela IV** - Situação conjugal das entrevistadas.

Situação conjugal	Número de entrevistadas
Solteira	10
Casada	6
União Estável	19

**Tabela V** - Número de filhos vivos por cada entrevistada.

Número de filhos	Número de entrevistadas
1	7
2	13
3	8
4 ou mais	7

Na análise dos dados foram enfatizados padrões relevantes para atingir os objetivos propostos e destacar os depoimentos importantes que levaram a compreensão do contexto estudado. Diante disso, foram elaboradas duas categorias temáticas que se seguem.

#### *Ser mãe e portadora do vírus da imunodeficiência humana*

Ao serem questionadas sobre como e quando foi a descoberta do diagnóstico soropositivo para o HIV, aproximadamente 72% das participantes referiram que a descoberta ocorreu durante a realização do pré-natal.

Entretanto, foi também mencionado que a descoberta do diagnóstico se deu a partir do apare-

cimento de sintomas, da realização do teste rápido na maternidade no momento do parto e através da confirmação sorológica do companheiro conforme ilustram os depoimentos:

“Na gravidez, no pré-natal, eu fui fazer o exame e no terceiro exame do HIV é que deu positivo.”

“Contraí de um namorado meu que eu nem imaginava, o cara morreu de meningite, aí fui ver que a meningite era por causa do vírus que facilitou a infecção, daí eu fiz o teste, quando vi que ele tinha morrido já sabia que eu tava contaminada.”

“Eu descobri na hora do parto, no teste rápido que eles fizeram e me informaram horas depois que eu estava com HIV”.

Referente a como foi a descoberta do diagnóstico do HIV para as participantes, aproximadamente 83% relataram que foi uma situação bastante complicada e sofrida em que muitos sentimentos foram aflorados, sendo a tristeza o principal deles. Frente a isso, uma variedade de reações foram mencionadas, desde a indiferença, até um completo desespero além do choque, surpresa e revolta. A impotência diante da nova realidade também permeou este momento que para muitos culminou na culpa do parceiro pela transmissão do vírus.

“Eu fiquei muito surpresa, muito surpresa mesmo, porque eu tive 2 filhos e nunca tive problema nenhum de saúde, nada, e fiquei muito surpresa porque depois que eu fiquei com esse rapaz eu não sabia e nunca imaginei que ele tinha HIV.”

No que diz respeito a como as participantes reagiram à descoberta de serem portadoras do vírus HIV, os relatos revelaram que elas se sentiram perdidas, inconformadas, indignadas e decepcionadas com a frieza de alguns profissionais de saúde ao informar o diagnóstico e encaminhá-las aos serviços especializados.

#### **O temor da transmissão vertical e do preconceito social**

O fato de vivenciar a maternidade infectada pelo vírus HIV é uma situação permeada por muitos

receios. As participantes relataram terem medo do preconceito da sociedade, principalmente para com os seus filhos, de que seus familiares descubram o seu diagnóstico e que seus filhos fiquem órfãos.

Vale ressaltar que apesar de suas diferenças socioeconômicas e culturais o principal temor de 94% das participantes é de que seus filhos se contaminem com o vírus HIV, principalmente através da transmissão vertical.

“A minha filha chegar aos dois anos de idade e eu saber que a minha luta cuidando dela não adiantou e o último exame dela der que ela tem o HIV.”

“O meu maior medo é o preconceito, nem é comigo, porque pra mim tanto faz, mas é pelos meus filhos, como eles vão ser tratados, se eles serão respeitados se a sociedade ficar sabendo da minha doença. A minha maior preocupação é essa o que me dá mais medo é isso.”

“Eu fiquei apavorada porque eu achei que essa doença mata do dia pra noite e eu nunca mais ia ver meus filhos, meu maior medo era assim Deus me levar antes deles.”

As participantes que não se interessaram em participar do grupo usaram os mais variados motivos para se justificarem, como medo de alguém descobrir seu diagnóstico por participar das reuniões, falta de tempo e de condições financeiras que custassem os meios de transporte para vir até o local das reuniões.

“Vale né, é sempre bom aprender, por mais que a gente saiba, entendeu? Porque tem hora que eu fico meio perdida, porque eu não posso contar com ajuda da minha família, entendeu?”

“Gostaria de participar, mas não tenho condições é difícil eu vir aqui para conseguir participar, por condições financeiras, eu moro longe e tenho muito trabalho em casa.”

## Discussão

Iniciamos a discussão dos resultados apresentando a caracterização dos sujeitos da pesquisa e a

seguir as unidades temáticas elaboradas a partir da coleta dos dados. As participantes tinham entre 18 e 49 anos, ou seja, estavam na fase adulta, em que legalmente estão aptas a decidir por si. Em relação à renda familiar das entrevistadas, evidenciou-se que a mesma variou entre menos de um salário mínimo a mais de três, descrevendo uma situação econômica desfavorável para essas famílias, uma vez que somente duas tinham renda familiar superior a três salários.

Quanto à escolaridade, a maior parte das participantes possuía o ensino fundamental incompleto e, inclusive, uma das entrevistadas não era alfabetizada, o que permite constatar um baixo nível de instrução educacional e certa dificuldade em obter conhecimento e informação sobre a sua saúde e como cuidar dela.

Na época em que as entrevistas foram realizadas, vinte e cinco mulheres viviam com seu companheiro, sendo dezenove em união estável e seis casadas. Em relação ao número de filhos vinte e oito mulheres tinham mais de um filho vivo.

## Ser mãe e portadora do vírus da imunodeficiência humana

Ao serem questionadas sobre como e quando foi a descoberta do diagnóstico soropositivo para o HIV, a maioria das participantes referiram que a descoberta ocorreu durante a realização do pré-natal. Embora o Ministério da Saúde preconize a sorologia anti-HIV como prevenção da transmissão vertical, evidencia-se na prática que algumas mulheres chegam às maternidades em trabalho de parto sem o conhecimento do seu diagnóstico positivo para o HIV.

Muitas mulheres acabam por descobrir sua sorologia positiva durante o pré-natal, já que é nesse momento que realizam, ou têm a oportunidade de realizar exames, entre eles o do HIV [8].

Apesar da importância do teste rápido, cabe salientar que esse não é o momento ideal para ser diagnosticado o HIV em gestantes, devido à especificidade do período de trabalho de parto. Esse exame realizado na maternidade não possibilita condições de diálogo, em razão do estado emocional e clínico da parturiente e do curto período para dar informações [13].

O presente estudo demonstrou que a grande maioria das mulheres, casadas ou em união estável, contraiu o vírus HIV através de seus parceiros fixos,

o que contradiz o preconceito de muitas pessoas de que a transmissão do vírus está estritamente relacionada à promiscuidade feminina.

O fato de a maioria das mulheres encontrarem-se em idade fértil demonstra a probabilidade das mesmas se tornarem mães acometidas pelo vírus, fato que se torna preocupante devido ao risco de transmissão vertical.

A descoberta da sorologia positiva para o HIV provoca nas mulheres uma mistura de sentimentos gerando um conflito ainda maior quando essas se veem grávidas e portadoras do vírus. Essa mistura de emoções ocorre devido à contradição entre a ideia de vida proveniente da gestação e a ideia de morte em decorrência da não possibilidade de cura da doença.

Assim a concretude do diagnóstico para o HIV causa perplexidade nestas mulheres, principalmente quando este ocorre na gestação, desencadeando inúmeros desafios pessoais, sociais e familiares a serem enfrentados, pois além dos sentimentos que a gestação proporciona na mulher somam-se os sentimentos da descoberta da soropositividade [14].

Ao findar essa categoria, pode-se aludir que o profissional de saúde desempenha papel importante no cuidado prestado a essas mulheres, devendo atuar de forma a facilitar a revelação do diagnóstico e o enfrentamento dessa vivência. As orientações sobre o HIV e seu tratamento contribuem para minimizar os problemas emocionais gerados pelo diagnóstico deste, e deveriam ser oferecidas também a todos os familiares das pessoas portadoras do vírus.

### **O temor da transmissão vertical e do preconceito social**

A culpa por colocar o filho em risco, o medo de infectá-lo e de que ele venha a falecer em consequência da infecção, contrasta-se com a concepção idealizada da maternidade, que dá à mulher a capacidade de gerar a vida e assumir um lugar social privilegiado. Sentimentos de culpa e medo estão presentes em gestantes e mães portadoras do HIV, podendo trazer consigo um sofrimento psíquico importante, pois mesmo ela aderindo corretamente ao tratamento a chance de transmissão, por menor que seja, ainda persiste [15].

Em meio ao temor da transmissão vertical, aliado ao medo de sua própria morte, as mães HIV positivo aderem melhor ao tratamento para evitar

a transmissão materno-infantil e para manterem-se saudáveis tanto tempo quanto puderem para cuidar de seu filho. Assim, elas acreditam que esta seja a melhor forma de se redimirem com seu filho, uma vez que se sentem culpadas por terem se infectado pelo HIV, expondo o filho ao risco de uma transmissão vertical e, portanto, falhado como mães [15].

Além do medo da contaminação do filho pelo vírus HIV, as mães soropositivas enfrentam também o preconceito da família e sociedade em relação ao seu diagnóstico. Este fato leva muitas mulheres a não revelarem sua condição de saúde para evitar que ela e seu filho sejam alvos da discriminação social.

No decorrer das entrevistas ficou evidente o medo de ser descoberta a soropositividade para o HIV de algumas usuárias do Serviço de Assistência Especializada de Juiz de Fora, isso por se recusarem a fornecer seu relato, mesmo diante da explicação de que a identidade de todas as participantes seria mantida em total sigilo. O receio de que seu nome fosse associado ao HIV por familiares, vizinhos ou amigos foi tão grande que mesmo esclarecidas se sentiram impedidas de registrar suas histórias.

Enquanto a doença permanece silenciosa, as mães HIV positivo lidam com o impacto das suas relações sociais e familiares, tentando manter em segredo seu diagnóstico preservando sua identidade feminina junto à família e à comunidade, procurando respostas socialmente aceitas para justificar o fato de não estar amamentando naturalmente seu filho.

Por todos os conflitos, dificuldades e medos vivenciados pelas mães HIV positivo, percebe-se a necessidade de um cuidado de enfermagem mais humanizado e efetivo voltado para estas mulheres, que se encontram fragilizadas e amedrontadas pela possível transmissão materno-infantil e pelo preconceito da família e da sociedade. A assistência deve visar, principalmente, a adesão ao tratamento a fim de preservar a vida dos filhos, melhorar a autoestima e qualidade de vida destas mulheres [3].

O grupo de apoio seria uma estratégia importante, pois proporciona uma escuta ativa possibilitando uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mãe HIV positivo, favorecendo um espaço de troca entre as mães soropositivas e permitindo que compartilhem

seus medos, angústias, ansiedades e dúvidas. Baseando-se na troca de experiências entre os indivíduos, as interações interpessoais podem favorecer a apresentação de novas possibilidades, o compartilhamento de vivências e o encontro de alternativas pessoais benéficas.

A abordagem da infecção pelo vírus HIV em grupos demonstra uma alternativa efetiva para minimizar os sentimentos negativos vivenciados pelas mães soropositivas que enfrentam o medo da descoberta do seu diagnóstico devido aos preconceitos que podem recair sobre elas, por serem mães portadoras do HIV apresentando riscos de transmissão a seus filhos.

O presente estudo demonstra que o medo que as mães HIV positivo sentem pela descoberta do seu diagnóstico por familiares e comunidade dificulta a sua participação nos grupos, pois muitas temem serem vistas nas reuniões, uma vez que é denunciante de sua condição de ser portadora de um vírus letal. Assim elas se mantêm dominadas pelo impacto do diagnóstico e pelo medo do preconceito e da discriminação.

## Conclusão

Ao finalizar o estudo observa-se a importância da realização de um pré-natal de qualidade uma vez que a grande maioria das mulheres entrevistadas descobriu-se soropositiva, durante esta consulta, demonstrando que apesar de todas as tentativas do Programa de Atendimento Integral a Saúde da Mulher ainda se observa uma prática voltada principalmente para o ciclo gravídico-puerperal, em proteção a criança.

A pesquisa mostrou que a grande maioria das mulheres aderiu às recomendações para evitar a transmissão vertical, por mais difícil que fosse abdicar de situações que permeiam o imaginário feminino, como, por exemplo, amamentar o filho. Segundo as participantes, o temor de uma possível infecção da criança, aliado ao medo de sua própria morte, auxiliaram no comprometimento do tratamento, pois, assim, sentiam-se menos culpadas por colocarem seu filho em risco.

O fato da grande maioria das mulheres entrevistadas ter contraído o vírus de seu parceiro, tornou o momento do diagnóstico da soropositividade para o vírus HIV ainda mais difícil, pois por se encontrarem em união estável ou casadas viam-se distantes de

tal infecção, além de se depararem com a frustração da possível traição.

O estudo mostrou ainda que diante da infecção do vírus HIV as mulheres entrevistadas se deparavam com o medo da discriminação social, o que as levam a não revelarem o seu diagnóstico da soropositividade para o HIV. O silêncio que muitas mulheres adotam em relação a este diagnóstico vai além da proteção individual, pois muitas mulheres relataram na pesquisa, que além do medo que sentem de uma possível infecção de seus filhos, temem também que estes sejam alvos de discriminação social.

Por todos os conflitos, dificuldades e medos vivenciados pelas mães HIV positivo, percebeu-se a necessidade de uma assistência de enfermagem preocupada em minimizar as situações negativas que o momento proporciona. Uma estratégia seria a implantação de grupos de apoio que possibilite uma atenção integral dos profissionais de saúde, uma vez que terão oportunidade de conhecer melhor a vivência de cada mãe HIV positivo, atuando de forma mais efetiva no cuidado dessas mulheres. Além disso, os grupos de apoio proporcionam uma troca de experiências entre mães soropositivas aliviando o medo, as angústias e as ansiedades que o momento oferece.

Nos grupos de apoio o profissional de saúde encontra uma importante oportunidade de informar as mães HIV positivo sobre os cuidados que elas deverão ter para viverem com qualidade e minimizar os riscos da transmissão vertical, além de ser um momento de escuta por parte desses profissionais sobre os medos e dúvidas que permeiam a vida dessas mulheres soropositivas.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Brasília: MS; 2010. 146p.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília: MS; 2009.
3. Batista CB, Silva LR. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007;11(2):268-75.
4. Gonçalves TR, Piccinini CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. Psicol USP 2007;18(3):113-42.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: MS; 2005.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. Brasília: MS; 2007.
7. Rigoni E, Pereira BOS, Carvalho FT, Picnini CA. Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. *Psico USF* 2008;13(1):75-83.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: MS; 2006.
9. Araújo MAL, Silveira CB, Silevira CB, Melo SP. Vivências de Gestante e Puérperas com o diagnóstico do HIV. *Rev Bras Enferm* 2008;61(5):589-94.
10. Preussler GMI, Eidt OR. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Rev Gaúch Enferm* 2007;28(1):117-25.
11. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2001.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. UNICEF. Edição HIV/AIDS. *Como trabalhar o HIV/Aids no seu Município*. Guia para Profissionais de Saúde e de Educação; 2010.
14. Vinhas DCS, Rezende LPR, Martins CA, Oliveira JP, Hubner-Campos RF. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2004;06(1):16-24.
15. Moreno CCGS, Filipe EV, Rea MF. Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2006;06(2):199-208.