

REDE DE APOIO DE MULHERES QUE TÊM HIV: IMPLICAÇÕES NA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL

SUPPORT WEB TO WOMEN WHO HAVE HIV/AIDS: VERTICAL TRANSMISSION PROPHYLAXIS IMPLICATIONS

Tassiane F Langendorf¹, Stela Maris M Padoin², Leticia B Vieira³,

Maria Celeste Landerdahl⁴, Izabel Cristina Hoffmann⁵

Menção Honrosa no VIII Congresso da SBDST, Curitiba 2011

RESUMO

Introdução: casos notificados de aids entre mulheres demonstram-se crescentes, e com a possibilidade de gestação há aumento do risco de transmissão vertical do HIV. **Objetivo:** descrever as implicações das relações sociais das mulheres que têm HIV/aids no seu cotidiano de cuidado na profilaxia da transmissão vertical. **Métodos:** pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória. Utilizada Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade – Mapa Falante, com gestantes e puérperas que têm HIV/aids. Realizou-se em um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul em setembro de 2010. Análise dos dados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** aponta-se a restrição da rede social das mulheres, centrando suas relações na figura materna e nos filhos, cuidando ou sendo cuidada, e na ausência do companheiro no cotidiano de cuidado das mulheres. O caminho para realizar o tratamento demonstra-se linear. As mulheres sofrem preconceito e discriminação. **Conclusão:** vislumbra-se uma abordagem assistencial multiprofissional a fim de contemplar as demandas expressas pelas mulheres. Necessidade de inclusão do companheiro na assistência durante o período gravídico-puerperal, expansão da rede de apoio primária.

Palavras-chave: saúde da mulher, HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, transmissão vertical de doença infecciosa, DST

ABSTRACT

Introduction: reported cases of women with aids are growing, the possibility of pregnancy increases the risk of HIV vertical transmission. **Objective:** to describe the implications among social relationships of women with HIV/aids in their daily care routine on the prophylaxis of vertical transmission. **Methods:** qualitative, descriptive exploratory research. A Creativity and Sensibility Activity was used – Speaking Map, with pregnant and new moms that have HIV/aids. It was held in a teaching hospital in Rio Grande do Sul on September 2010. The data analysis was done through Content Analysis. **Results:** there's a restriction in the social web of these women, their relationships are centered in being a mother and taking care of their children with the partner absence. The way to go through with the treatment seems to be straight. Women suffer prejudice and discrimination. **Conclusion:** the multiprofessional approach for assistance is seen as a way to take care of the needs expressed by the women. There is a need to include the partner in the pregnancy care, expanding the primary support web.

Keywords: women's health, HIV, acquired immunodeficiency syndrome, vertical transmission of infectious disease, STD

INTRODUÇÃO

No Brasil, os casos notificados de aids entre mulheres demonstram-se crescentes. Há 59.963 casos notificados entre 1980-1999, 141.811 casos entre 2000-2009 e 5.306 no primeiro semestre de 2010, quantificando um total de 207.080 no sexo feminino. À medida que se faz a comparação com o total de 385.818 casos no sexo masculino, observa-se que a razão de sexo (M:F) demonstra-se decrescente, passando de 15,1:1 em 1986 para 1,5:1 em 2006, mantendo-se até 2009. Assim, evidencia-se uma progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, revelando a feminização no perfil da epidemia¹.

Na situação da mulher que tem aids emerge a possibilidade de gestação. Na última década foram notificados 47.705 casos de gestantes no Brasil. Diante da problemática, a partir dos primeiros indícios da feminização da aids vêm-se buscando estratégias de enfrentamento com vistas à minimização da transmissão vertical do HIV².

No Brasil, como exemplo de uma das mais recentes estratégias elaboradas, tem-se o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Este norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva, com ênfase na atenção qualificada no pré-natal, a fim de minimizar a transmissão vertical do HIV³.

Um quantitativo significativo de diagnóstico de HIV/ aids é descoberto na gestação, durante a realização do pré-natal⁴. Assim, torna-se visível a relevância de termos, diante dos serviços de saúde, profissionais aptos a prestar a assistência necessária a essa população. Dessa forma, vislumbra-se uma maior abrangência da realização do pré-natal e de qualidade, oferta de testagem anti-HIV e acompanhamento humanizado da gestante que se encontra nessa condição sorológica.

Neste contexto, a mulher que tem HIV/aids e está gestando preocupa-se com a possibilidade de transmitir o HIV para seu filho; tal fato implica em questões sociais como o preconceito e a discriminação vivenciados, o silenciamento sorológico nos âmbitos do trabalho, social, familiar e, por vezes, do companheiro sexual⁵⁻⁶.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM/RS.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem UFSM/RS, Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem DINTER Novas Fronteiras (UNIFESP/EEAN/UFSM), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM/RS.

⁵ Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/RS. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem DINTER Novas Fronteiras (UNIFESP/EEAN/UFSM).

Ainda, convivem com a estranheza, dificuldade, dor e tristeza pela impossibilidade de amamentar. Essa situação remete à omissão do diagnóstico, pois as mulheres se deparam com o desafio de explicar à família e à sociedade a razão pela qual, cientificamente, não podem amamentar, bem como se exacerba a apreensão pelo que os outros podem dizer. Desta forma, pode ocasionar restrição de sua rede social de apoio, configurando-se como obstáculo para a realização dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, profilaxia da transmissão do HIV^{4,7}.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam a rede de apoio dessas mulheres, uma vez que desta forma será possível incorporar à sua assistência as demandas advindas deste contexto. Além disso, estes profissionais configuram a rede secundária de apoio às mulheres, os quais podem reforçar a necessidade da expansão e manutenção da rede primária de apoio. Destaca-se o profissional enfermeiro, pois tem sua formação pautada em uma atenção humanística, que considera não só as questões biológicas em sua assistência.

OBJETIVO

Descrever a rede social estabelecida pelas mulheres no seu cotidiano de cuidado para a profilaxia da transmissão vertical do HIV.

MÉTODOS

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, qualitativa, tendo como cenário o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Rio Grande do Sul/RS. Este é referência para o atendimento pré-natal de alto risco da gestante que tem HIV/aids, da mulher que faz o acompanhamento no puerpério, de infectologia e puericultura do seu bebê.

Os sujeitos da pesquisa seguem os critérios de inclusão: gestantes e puérperas que têm HIV/aids. Isso, considerando que a profilaxia da transmissão vertical do vírus não se encerra no parto, mas se estende até o puerpério com os cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde – MS, tais como administração da zidovudina (AZT) oral ao recém-nascido e supressão da lactação. A seleção das participantes se deu por meio de convite no momento da consulta no ambulatório, com o agendamento da data para a produção de dados.

Para produção dos dados foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), fundamentada no Método Criativo e Sensível (MCS). A DCS propõe um espaço de discussão coletiva, em que a experiência vivenciada é abordada por meio de uma produção artística⁸. Foi utilizada a dinâmica Mapa Falante, que se caracteriza como produção artística, visto que consiste na construção de um mapa desenhado pelos participantes com o intuito de descrever as implicações relacionadas ao dia a dia de cuidado de gestantes e puérperas.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo⁹, a qual se subdivide em três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material, e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Na pré-análise, partindo dos documentos provenientes da transcrição da dinâmica, realizou-se a leitura exaustiva do material. Posteriormente foram determinadas as *unidades de registro*, as quais são compostas por palavras-chave ou frases que se caracterizam como ideias centrais dos depoimentos dos participantes¹⁰.

Na *exploração do material* foram identificadas, no texto, por destaque cromático, palavras ou expressões que abrangessem os núcleos de compreensão, dos quais foram compostas as categorias. Por fim, no *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* foi realizada a interpretação dos resultados e a inter-relação com as bases teóricas que norteiam o estudo.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos previstos da Resolução 196/96, a qual norteia o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos¹¹. Para garantir o anonimato das mulheres, foram adotados os códigos M, referente à mulher, e o numeral em ordem crescente (M1, M2...). A pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob CAAE 0090.0.243.000-07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise resultaram duas categorias: *Relações sociais das mulheres que têm HIV/aids no seu cotidiano de cuidado na profilaxia da transmissão vertical e Preconceito, discriminação e estigma no cotidiano de ter HIV/aids*. Destas, a primeira será apresentada neste artigo.

Relações sociais das mulheres que têm HIV/aids no seu cotidiano de cuidado na profilaxia da transmissão vertical

A constituição desta categoria partiu da identificação das palavras e expressões relatadas mais vezes nos depoimentos das mulheres e configuram as unidades de sentido. As que caracterizaram essa categoria foram: ajuda da mãe, mãe, filhos, família, ausência do companheiro, serviço de saúde, gravidez não planejada, diagnóstico do HIV no pré-natal, e o caminho reduzido ao ambiente da casa e do hospital para realizar o tratamento.

Compreende-se por rede social o conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que mantêm conexão por algum tipo de relação. A rede social pode ser tipificada como rede primária e rede secundária. A primeira pode ser caracterizada pelas relações estabelecidas entre familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho. Já a rede secundária pode ser formal, informal, de terceiro setor, de mercado ou mista¹².

A rede formal é constituída por instituições sociais, as quais desenvolvem funções específicas ou fornecem serviços particulares. Os vínculos estabelecidos com os membros das redes secundárias formais existem em razão dos serviços prestados por instituições, tais como intervenções realizadas de acordo com a demanda dos usuários¹³.

Com base nessa compreensão, os depoimentos produzidos e apresentados nas produções artísticas das mulheres remetem a certa fragilidade na sua rede social, a qual se apresenta restrita à rede primária, sobretudo pelas relações familiares com os filhos e a mãe.

[...] *minha base toda são os meus filhos, minha força, minha vida, tudo. É onde eu tenho mais força pra continuar vivendo, é eles, só eles! (M1).*

[...] *aquele alguém é a tua base... e eu foi a minha mãe. [...] Comecei a tomar remédio, a minha mãe veio junto, me ajudou... eu tinha só 22 anos quando eu descobri. Eles me ajudaram bastante [família] (M4).*

Segundo os depoimentos, a família, na figura da mãe e dos seus filhos, representa fonte de apoio às mulheres desde o enfrentamento ao auxílio às demandas decorrentes da doença, tais como acompanhar nas consultas, cuidar do/a filho/a, apoio na adesão ao tratamento. No contexto restrito de sua rede social de apoio, as mães e os filhos dessas mulheres representam sua base, as pessoas com quem estabelecem relações cotidianas, cuidando e/ou sendo cuidada; as quais proporcionam subsídios capazes de auxiliar na superação das dificuldades vivenciadas. Salienta-se que a família constitui elo importante para o cliente no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento¹⁴.

Além disso, a família proporciona suporte emocional, financeiro, ajuda nas atividades cotidianas e necessidades de saúde, exercendo papel relevante na vida das mulheres desse estudo. Deve-se considerar que a família representa uma comunidade e é percebida em relação ao apoio compartilhado entre seus membros. O apoio aparece como elemento fundamental às relações estabelecidas, pois pode auxiliar no não isolamento, na ajuda em situações necessárias e na superação de situações adversas¹⁵.

Não obstante a família se caracterize como a principal fonte de apoio para essas mulheres, há casos em que pode haver desestruturação dessa família, por parte de um ou mais membros, ao ser revelado o diagnóstico.

[...] eu tive caso que o irmão meu ia lá em casa, era abraço, beijo, tudo... quando descobriu que eu era assim ele não ia mais lá. Ai um dia ele falou: eu não fui mais lá porque descobri isso, isso e isso. Olha, eu não obrigo ninguém a gostar de mim, quem quiser ficar perto de mim fica... sabe!?! (M1).

Permeado pelo estigma que ainda caracteriza a doença, pode haver o rompimento ou mesmo abalo de relações familiares ao ocorrer um caso de aids na família. A carência nos esclarecimentos quanto às questões que envolvem a doença fortalece a manutenção dessas desestruturas, em especial àquelas que se referem à transmissão da doença. Além disso, o preconceito e a discriminação, algumas vezes, são fatores determinantes nas relações familiares.

A figura materna mostrou-se presente nos depoimentos, pois o maior apoio e cuidados que essas mulheres recebem da família são provenientes de suas mães. Outra demonstração da presença da figura materna é a representação das mulheres do estudo como mães, uma vez que denotam a relevância desse papel e a preocupação com a maternidade e o cuidado com seus filhos/as, bem como o receio de não poder ter mais filhos tendo o HIV.

[...] a minha única tristeza era saber que eu não podia ser mãe outra vez. Eu chorava igual uma criança, porque eu achava que não podia ser mãe outra vez (M1).

[...] mais mesmo é a mãe que me ajuda [...] ela vem junto [...] (M2).

[...] vamos ter que tocar a bola para frente. Ainda mais com os filhos, que tem os filhos para criar (M4).

O papel da mulher centrado na figura materna reforça que a mulher formula sua identidade social baseada na maternidade. Ainda que o papel da mulher na sociedade moderna venha sendo questionado e (re)formulado, tais concepções sociais persistem em manter a representação simbólica do corpo feminino, a qual é relacionada às funções de mãe, esposa e cuidadora. Desse modo, a percepção

de ser mulher e de ser homem e os papéis decorrentes dela são construções sociais incorporadas pela sociedade e (re)produzidas nas práticas cotidianas^{16,17}.

O gênero se torna uma maneira de indicar tais construções sociais, uma vez que subsidia a criação social sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres¹⁷. Segundo essa definição, gênero se trata de uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado, o qual pode ser compreendido como um caráter relacional e político, que tem uma base material e não somente ideológica¹⁸.

Pode-se inferir que o apoio centrado, na maioria das vezes, na figura da mãe propicia o silenciamento sorológico das mulheres, uma vez que revela seu diagnóstico somente a um membro da família. Essa escolha faz com que seja limitada a rede que apoia essa mulher no cotidiano das demandas de cuidado no contexto da aids. Em outros casos, o diagnóstico é omitido inclusive da família.

[...] como a mãe falou: esse é um assunto que diz respeito só a nós, não aos outros. A única que sabe lá em casa é minha mãe, o pai e meus irmãos, os pequenos não sabem. Um cunhado meu sabe e o outro não sabe [...] (M2).

[...] ninguém sabe. [...] na minha família ninguém sabe. Vou contar, só não sei quando. [...] minha irmã que anda desconfiada porque ela viu a embalagem do remédio. Daí eu tirei aquela parte de fora, o rótulo (M3).

As falas expressam a omissão do diagnóstico como forma de proteção, isso considerando que a aids é uma doença envolta por preconceito e estigma. Para tanto, fazem-se valer de estratégias para consolidar o silenciamento, tais como retirar rótulos da embalagem da medicação, realizar exames em laboratórios em que não conhecem os funcionários.

A opção pelo silêncio pode levar ao sentimento de solidão da mulher, pois, dessa forma, há restrição de sua rede social de apoio no seu cotidiano de cuidado na profilaxia da transmissão vertical. As mulheres que têm HIV/aids se sentem solitárias, pois não compartilham o conhecimento de sua sorologia com outras pessoas, mas pensam que um dia terão que compartilhar¹⁹.

A forma de transmissão com a qual as mulheres do estudo se infectaram com o vírus foi via sexual, heterossexual. Pode-se observar nas falas que elas compreendiam-se como invulneráveis por manterem um relacionamento estável.

[...] eu estava em casa, a gente pensa assim: ah, com os outros acontece, comigo não! Eu tô em casa, eu sou limpinha. Eu não conheço mais ninguém... eu conheci só o meu marido, eu casei com esse meu marido. Só! E olha a minha situação agora! [...] procurar e achar em casa... eu tive um presente [...] (M1)

Observa-se, com base nos depoimentos, que a descoberta do diagnóstico somada à forma de transmissão implica no término dos relacionamentos conjugais, na maioria das vezes, por opção das mulheres. Além disso, há de se considerar os casos em que o companheiro conhecia seu diagnóstico e omitiu da mulher, situação que traz imbricações com as questões de gênero. A infecção das mulheres que se encontram em relacionamentos estáveis relaciona-se às moralidades vinculadas à conjugalidade, à segurança das relações estáveis, que tem se revelado fator de exposição das mulheres à vulnerabilidade de infectar-se²⁰.

A ausência de diálogo entre o casal ocasiona a impossibilidade da mulher de tomar consciência da situação sorológica do companheiro e adotar medidas de prevenção a fim de evitar sua infecção, anulando seus direitos sobre sua sexualidade. Além disso, pode-se pensar também na dificuldade de negociação do uso de preservativo com o parceiro, uma vez que a prevenção não deve ser pensada apenas relacionada ao HIV/aids. A utilização assídua do preservativo não está ligada somente ao grau de conhecimento das mulheres, mas também deve ser considerada a formação psíquica e comportamental referente ao uso do preservativo. Exemplifica-se com a justificativa de a mulher não usar o preservativo por sentir-se protegida no casamento ou na fidelidade do companheiro²¹.

A ausência do companheiro nos cuidados cotidianos da família se configura como outro fator importante na restrição da rede social de apoio dessas mulheres. Embora dados da literatura apontem que o homem contemporâneo tem procurado se inserir nos cuidados no período gravídico-puerperal, auxiliando a companheira, apoiando-a emocionalmente e também cuidando do recém-nascido²².

A realidade que envolve o pai no contexto familiar e parturitivo deve apresentar-se como consequência de um método no qual a interação do homem como companheiro e pai começa com a gravidez, transcorre no parto e prolonga-se no pós-parto²². Nesse contexto, cabe aos profissionais da saúde refletir e questionar em que momentos e espaços, durante o pré-natal, o pai tem acesso ao serviço, a fim de acompanhar os cuidados no desenvolvimento da gestação, e de que forma este tem sido envolvido como participante ativo desse processo.

É pertinente se pensar numa abordagem assistencial que inclua o companheiro/pai de maneira efetiva no serviço, pois se deve considerar que se está diante da tríade mãe/bebê/pai e que esta necessita ser incorporada ao planejamento assistencial e não fragmentada nele. Diante da temática HIV/aids, reforça-se a necessidade dessa inclusão desde o atendimento voltado ao planejamento familiar, pois é importante que o casal esteja suficientemente informado por profissionais do serviço de saúde, para que possa tomar suas decisões de forma consciente e conjunta.

A saúde reprodutiva do homem, no que se refere à paternidade, persiste como uma área pouco contemplada por políticas e programas de saúde, ora pela educação e promoção da reprodução informada, ora pela assistência à saúde²³. No contexto da transmissão vertical do HIV, a paternidade foi pouco mencionada pelas mulheres, denotando a ausência do pai e a necessidade de sua inclusão por meio de políticas públicas de saúde.

Em se tratando do caminho percorrido pelas mulheres para dar seguimento aos cuidados cotidianos referentes ao tratamento para a profilaxia da transmissão vertical do HIV, este foi caracterizado por uma trajetória linear, a qual se visualiza nos desenhos da dinâmica, representado pela **Figura 1** – Desenho de M4.

[...] desenhei minha casa, parada e hospital, Ai pego ônibus... mas é que eu já me acostumei... já me trato há dez anos gurias... (M4)

O caminho percorrido pelas mulheres, na maioria das vezes, restringe-se a ser do hospital para a casa e da casa para o hospital, sem que haja outros locais que frequentam para dar continuidade ao tratamento. A conformação linear desse caminho reforça a restrição da sua rede social de apoio, a qual se demonstra centrada na

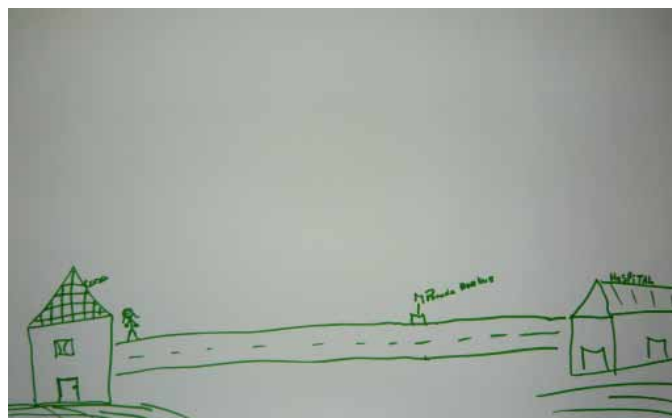


Figura 1 – Desenho de M4.

família, em especial na mãe e nos filhos, representada no desenho pela figura da casa e dos profissionais de saúde, especialmente médicos, representados pela figura do hospital.

Em estudo realizado a fim de descrever o cotidiano terapêutico de adultos portadores de aids, com idade acima de 49 anos, afirma que o acompanhamento reduzido ao ambiente da casa e do hospital revela a fragilidade da rede social, configurando uma trajetória silenciosa das pessoas que têm HIV/aids²⁴.

Apenas na produção artística de M2, **Figura 2** é possível a visualização de uma rede de apoio que se amplia para além da casa e do hospital, ainda que pertencente à rede de apoio secundária.

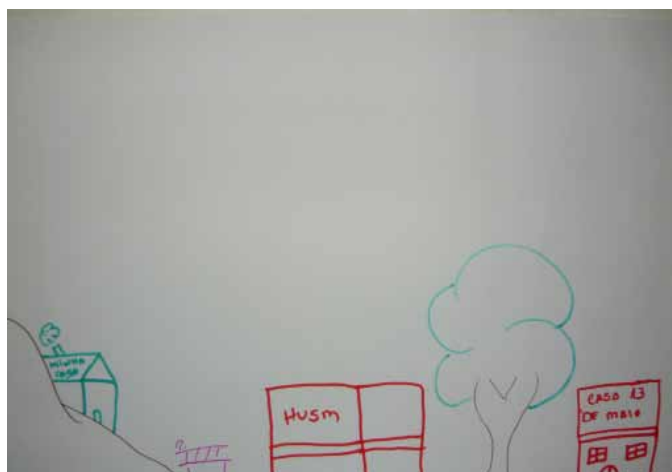


Figura 2 – Desenho de M2.

[...] de casa pra parada, da parada pro centro, daí eu vou na Casa Treze de Maio [local de referência para atendimento de HIV/aids] e do centro eu venho pra cá para o hospital. E de noite só que eu vou pro colégio. (M2)

A rede secundária de apoio é representada pelo serviço de saúde no qual as mulheres fazem o acompanhamento pré-natal, infectológico e de puericultura do bebê. Em alguns casos, essa rede é o único apoio que a mulher tem, uma vez que por vezes as pessoas que conhecem o seu diagnóstico se restringem aos profissionais de saúde do serviço.

[...] eu só venho no hospital [...] quem ajuda no tratamento? Os médicos. Porque na minha família eu não contei. (M3)

Pode-se observar que o apoio prestado pelo serviço na maioria das vezes centra-se no profissional médico, de forma que pouco se visualiza a assistência multiprofissional na fala das mulheres. A assistência envolvendo diferentes profissionais de saúde torna-se relevante, por proporcionar um olhar ampliado ao usuário capaz de assisti-lo de maneira integral, considerando suas necessidades.

Segundo a política pública que define os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), vislumbra-se a implementação de tais princípios, quais sejam: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade e equidade na assistência²⁵. Com vistas à efetivação de tais princípios, faz-se necessário a presença de equipes multiprofissionais para o atendimento ao usuário, sendo assim possível uma assistência que contemple as especificidades do sujeito.

Preconiza-se que haja Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids, os quais têm como objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos usuários. Para tanto, destaca-se a relevância de ter, nesses serviços, equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros²⁶.

Dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional que assiste a essa população, destaca-se o enfermeiro, o qual se encontra na assistência direta ao usuário, dedicando-se a cuidá-lo de maneira integral. O enfermeiro é quem realiza, na maioria das vezes, o acolhimento a esse que chega ao serviço, possibilitando a escuta atenta de suas necessidades e proporcionando as bases da construção de uma relação de confiança com este, a qual é fundamental para o engajamento nos cuidados de saúde.

Nesse sentido, o acolhimento implica em compartilhar saberes e angústias, tomando para si a responsabilidade de acolher as demandas do outro, com resolutividade. Ainda, o acolhimento possibilita a aproximação entre profissional e usuário para que se estabeleça uma situação de encontro com o outro, a qual culminará na relação de confiança que permite assistir o usuário, partindo de suas individualidades²⁷. Para tanto, o enfermeiro deveria ser o profissional indicado para desenvolver esse encontro com o usuário, conhecendo sua história, suas necessidades, e considerando-as como ponto crucial para o planejamento de seu cuidado.

Refere-se ao enfermeiro como principal agente desencadeador do processo de acolhimento, considerando que está previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem que os profissionais construam um perfil pautado na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva²⁸. Dessa forma, um dos pilares desse modelo de formação é a valorização dos sujeitos e de suas individualidades.

Porém, observa-se que a assistência a essas mulheres está pautada no modelo biologicista, o qual valoriza a assistência curativista, centrada, em especial, no profissional médico. Cabe ressaltar que esse modelo tem suas bases no paternalismo, o qual desde os primeiros passos da medicina procura estabelecer uma relação assimétrica entre médico e paciente, enfatizando as desigualdades de gênero nas quais há predomínio do poder do homem, nesse caso, o médico²⁹.

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem de uma unidade tocoginecológica de um hospital no interior do Rio Grande

do Sul, Brasil, com o objetivo de analisar como a equipe de enfermagem compreende a temática gênero no cotidiano do serviço de saúde, este apontou o estímulo ao empoderamento das mulheres como possibilidade de promoção da equidade e busca da autonomia feminina³⁰. O processo de empoderamento pode ser considerado como aumento da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos, bem como de grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais³¹.

Nesse sentido, os profissionais de saúde exercem papel importante, ao terem a oportunidade de apoiar as mulheres na conquista de sua autonomia e empoderamento, encorajando-as a incorporar ao seu cotidiano tal conquista. Dessa forma, serão capazes de assumir atitudes que as levem a desconstruir situações de opressão, desigualdade e submissão.

Entende-se que a abordagem assistencial de forma integrada está fundamentada na articulação de todos os envolvidos que atuam nos mais variados espaços em que a produção do cuidado ocorre³². Além disso, a articulação e o compartilhamento de saberes entre vários profissionais de saúde possibilitam a construção de um plano de trabalho coletivo que leve em consideração as individualidades e a complexidade dos sujeitos, sendo capaz de intensificar a qualidade da assistência a essas demandas³³.

Os serviços de saúde, por meio das intervenções realizadas pelos profissionais, apresentam implicações relevantes no cotidiano de cuidado à saúde das mulheres, com possibilidades à prevenção de agravos e promoção da saúde. Nas falas a seguir, pode-se identificar uma dessas implicações no que se refere ao planejamento familiar:

[...] eu descobri quando eu estava com dois meses. (M2)

[...] pra começar eu não sabia nem que eu estava grávida.

Fui descobrir com 6 meses [...] eu sentia muita dor na barriga, eu usava roupa muito apertada, me doía e eu não sabia do que era, a barriga não aparecia. (M3)

As mulheres declaram não ter planejado a gestação. Algumas descobriram no final do segundo trimestre de gestação, não tendo a oportunidade de realizar a profilaxia da transmissão vertical do vírus de maneira completa, conforme preconizado pelo MS. O protocolo de profilaxia recomenda o início precoce da utilização do AZT, a partir da 14ª semana de gestação, estendendo-se até o parto com utilização do AZT intravenoso, complementando o protocolo com a administração do AZT oral para o bebê³⁴.

Além disso, podemos pensar na carência de realização do planejamento familiar como uma deficiência dos profissionais de saúde em realizá-lo. Para tanto, tem-se como uma das ações estratégicas do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST a inclusão de ações de educação permanente dos profissionais de saúde e agentes comunitários, a fim de qualificá-los quanto aos temas direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres³. Ações como o planejamento familiar poderiam ser realizadas em nível de atenção básica com vistas à sua efetividade, porém é comum as mulheres encontrarem barreiras no acesso ao pré-natal.

A relevância da qualificação dos profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres vai muito além das necessidades de intervenção no que diz respeito ao planejamento familiar. Em

grande parte dos casos, o diagnóstico é descoberto no pré-natal, configurando esse momento como a porta de entrada das mulheres, que agora têm HIV/aids, no serviço.

O atendimento qualificado às mulheres nesse período de descoberta da infecção se concentra no aconselhamento pós-teste, o qual, se realizado de maneira adequada, será capaz de garantir uma boa adesão ao tratamento profilático da transmissão vertical do HIV.

No âmbito das DST e HIV/aids, o processo de aconselhamento contém três componentes: apoio emocional; apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco. Assim, o aconselhamento tem por objetivos promover a redução do nível de estresse; a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; a comunicação e o tratamento de parceiro(s) sexual(is) e de parceiro(s) de uso de drogas injetáveis³⁶.

Em virtude do elevado número de casos notificados de aids entre mulheres e do conseqüente risco de transmissão vertical do HIV, estratégias de prevenção destinadas a esse grupo têm sido cada vez mais reforçadas com base na estratégia pioneira que foi a divulgação do protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV pelo uso da zidovudina no pré-natal, em 1994. Tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução das possibilidades de transmissão do HIV, tem-se recomendado que também os serviços de pré-natal ofereçam aconselhamento e teste anti-HIV para as gestantes³⁶.

A relação com o serviço proporciona que as mulheres obtenham mais conhecimento sobre a doença, tratamento e possibilidades de evitar a transmissão para o filho, ainda que encontrem desafios e limitações relacionadas ao serviço.

[...] é que tem aquela janela imunológica, né!? Tem aquele tempo que tu pega e não aparece... vir para o hospital eu acho que é tudo bom, tudo... a única queixa que eu tenho é do atendimento que eu acho muito demorado! (M4)

A partir das falas, pode-se inferir que as mulheres têm esse hospital como uma referência na qual ampliam seu conhecimento sobre sua situação de saúde, embora encontrem dificuldades nesse serviço. Nesse caso, a dificuldade é representada pela demora no atendimento, pois se submetem a aguardar por um período considerável para a realização da consulta. Demonstram ainda a preocupação com a realização correta do tratamento com vistas ao cuidado do seu filho, para que não seja transmitido o vírus para ele. Dessa forma, desenvolvem expectativas quanto à saúde do filho.

A preocupação com a saúde dos filhos é sentimento comum entre as mulheres que têm HIV/aids, e movidas pela expectativa de verem seus filhos saudáveis, realizam os cuidados necessários para que isso ocorra. A exemplo disso, tem-se a situação de impossibilidade de amamentar, a qual causa dor, estranheza e tristeza nas mulheres, mas, diante da possibilidade de não transmitir o vírus para seu filho, abdicam desse gesto a fim de não prejudicar a criança³⁶⁻³⁷.

CONCLUSÃO

A aids ainda é uma doença estigmatizada, isso por ainda prevalecer a ótica de que só é passível de infecção quem mantém práticas sexuais promíscuas e usuários de drogas injetáveis. Assim, mantém-se o preconceito e a discriminação para com as pessoas que têm HIV/aids, fortalecendo a manutenção do silenciamento sorológico como forma de proteção das pessoas e, assim, a limitação da sua rede social de apoio.

Isso implica na conformação de uma trajetória silenciosa no cotidiano de cuidado das mulheres que convivem com o HIV/aids, demonstrado pelo caminho linear para a realização do tratamento, da casa para o hospital e do hospital para casa, e pelas poucas relações estabelecidas. Dentro deste contexto, a ausência do companheiro no cotidiano de cuidado das mulheres é explicitada por elas.

A inclusão do companheiro/pai na atenção durante o período gravídico-puerperal se configura como um desafio para os profissionais de saúde na implementação da política pública de humanização da assistência. No contexto do HIV/aids, visualiza-se a necessidade dessa inserção, pois assim será possível, em especial, o fortalecimento da rede de apoio primária das mulheres.

Considerando a restrição da rede de apoio das mulheres, salienta-se a relevância do profissional enfermeiro em conhecer essa rede, a fim de incluir em seu planejamento assistencial as demandas provenientes deste contexto. Isso considerando que os profissionais de saúde representam elementos essenciais à expansão de sua rede social secundária, podendo proporcionar subsídios, partindo das informações e do conhecimento compartilhados, para que as mulheres conquistem sua autonomia e empoderamento. Tais subsídios são instrumentos de promoção da saúde das mulheres, para que possam tomar decisões em sua vida a fim de romper com situações de desigualdade e opressão que vivenciam no seu cotidiano com seus companheiros e familiares.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST e Aids, Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico Aids e DST, versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST e Aids, Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Versão Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. Texto Contexto Enferm 2004 jul.-set; 13(3): 414-19.
5. Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 3(2): 359-65.
6. Vieira M, Padilha MI, Santos EKA. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. Texto Contexto Enferm 2009; 18(1): 33-40.

7. Padoin SMM, Souza IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. *Texto Contexto Enferm*: Florianópolis 2008 jul-set; 17(3): 510-18.
8. Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.
9. Monteiro VO. A imagem do álcool na vida dos adolescentes e sua relação com a prática educativa-dialogica da enfermeira [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
12. Sanicola L. L'intervento di rete. Una innovazione nel lavoro sociale. In: Reti sociali e intervento professionale. Napoli: Liguori Editore; 1995. p. 101-111.
13. Souza MHN. A mulher que amamenta e suas relações sociais: uma perspectiva compreensiva de promoção e apoio [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
14. Schwartz E, Muniz RM, Burille A et al. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. *Reme – Rev Min Enferm* 2009 abr./jun; 13(2): 183-92.
15. Schaurich D, Padoin SMM. Ser mulher cuidadora de criança com aids: compreensões existenciais à luz da filosofia de Buber. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 2008 jul-set; 17(3): 569-77.
16. Smeha LN, Calvano L. O que completa uma mulher? Um estudo sobre a relação entre não-maternidade e vida profissional. *Psicol Argum*, Curitiba 2009 jul/set; 27(58): 207-17.
17. Fabbro MRC, Heloani JRM. Mulher, maternidade e trabalho acadêmico. *Invest Educ Enferm* 2010; 28(2): 176-86.
18. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real* 1995; 20(2): 71- 99.
19. Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1): 77-83.
20. Oltramari LC, Camargo BV. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. *Psicologia em Estudo*, Maringá 2010 abr./jun; 15(2): 275-83.
21. Albuquerque VS, Moço ETM, Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc* 2010 dec; 19(supl.2).
22. Carvalho JBL, Brito RS, Araújo ACPF, Souza NL. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. *Rev RENE* 2009 jul/set; 10(3): 125-31.
23. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicol USP*. 2002; 13(2).
24. Padoin SMM, Machiesqui SR, Paula CC et al. Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro 2010 jul/set; 18(3): 389-93.
25. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2011.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf> Acesso em: 22 de março de 2011.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
28. Ministério da Educação (Brasil). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
29. Beier M, Lannotti GC. O paternalismo e o juramento hipocrático. *Rev bras Saúde Matern Infant* 2010 dez; 10(supl.2): s383-s389.
30. Cortes LF, Vieira LB, Landerdahl MC et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev René* (no prelo para publicação 2011).
31. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Ed. Paulus; 2004.
32. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3): 649-56.
33. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS). 2009 dez; 30(4): 594-601.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da saúde, 2010.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. / Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf> Acesso em: 23 de março de 2011.
36. Padoin SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/aids: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2006; 18(4): 241-246.
37. Padoin SMM, Souza IEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. *Texto Contexto Enferm* Florianópolis. 2008 jul-set; 17(3): 510-18.

Endereço para correspondência:

TASSIANE FERREIRA LANGENDORF

Quadra 39, casa 07, Tancredo Neves, Santa Maria – RS

CEP: 97032-400

Tel: (55) 9995-4956

E-mail: tassi.lang@gmail.com

Recebido em: 31.03.2011

Aprovado em: 27.06.2011