

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E  
PARASITÁRIAS  
CURSO DE MESTRADO**

**FERNANDA RODRIGUES**

**O SIGNIFICADO DO HIV DURANTE A GESTAÇÃO**

**CAMPO GRANDE  
2016**

**FERNANDA RODRIGUES**

**O SIGNIFICADO DO HIV DURANTE A GESTAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade

**CAMPO GRANDE  
2016**

## **AGRADECIMENTO**

Ao Programa de Pós Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela qualidade do curso e compromisso dos docentes e coordenação.

A Prefeitura Municipal de Campo Grande e ao Centro de Doenças Infecciosas e Parasitárias por permitirem o acesso para realização do presente estudo.

A minha orientadora professora Sonia Maria Oliveira de Andrade pelo seu acolhimento, pela sua sabedoria e tempo dispensado a este estudo.

A doutora Marcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro que de forma tão competente, sensível e acolhedora se dedica ao atendimento as gestantes infectadas pelo HIV.

Ao meu marido André Luiz que é um companheiro incrível, que me apoiou em todos os momentos e esteve presente na minha ausência junto aos nossos filhos.

Aos meus pais que me incentivaram ao caminho dos estudos e sempre vibraram com minhas conquistas.

As gestantes participantes pela coragem de expor seus sentimentos.

## RESUMO

A infecção pelo HIV vem crescendo na população feminina, o que aumenta a probabilidade da transmissão vertical da doença, uma vez que mulheres infectadas estão, na sua maioria, em idade reprodutiva. Ser gestante e portadora do vírus HIV concentra uma série de sentimentos, dúvidas e expectativas. Várias medidas podem reduzir para números muito baixos a chance da transmissão vertical, como o uso do antirretroviral na gestação, a programação do parto cesáreo e a não oferta do leite materno. O objetivo do presente estudo foi compreender o significado de estar infectada pelo HIV na gestação e para tanto foram estabelecidos como objetivos específicos a) contextualizar o momento da descoberta do HIV e da gestação; b) captar os sentimentos da gestante soropositiva e c) desvelar a expectativa em relação à saúde da mãe e do filho. A pesquisa de característica qualitativa foi realizada nas dependências do Centro Especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP) em Campo Grande - MS com uma amostra por conveniência de 10 gestantes soropositivas cujos relatos foram analisados segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo. Os resultados mostram que do grupo entrevistado, 90% eram jovens (18 a 33 anos), 60% tinham até 8 anos de estudo e 70% desempenhavam atividade profissional regular. Foi encontrado que as gestantes souberam do diagnóstico do HIV anteriormente à descoberta da gestação (70%), na maioria dos casos por descoberta da doença no parceiro e a gestação não foi programada, mas foi aceita. Os sentimentos vividos por essas gestantes se diferenciam de acordo com o momento da descoberta do HIV, se antes ou durante a gestação. O desejo pela maternidade é presente nas mulheres que vivem com o HIV, mas a surpresa do diagnóstico na gestação potencializa o sofrimento. Os profissionais de saúde têm a oportunidade de encorajar a maternidade ou minimizar o sofrimento através de uma atuação competente, sensível e empática.

**Palavras chaves:** transmissão vertical, cuidado pré-natal, síndrome da imunodeficiência adquirida

**Keywords:** vertical transmission, prenatal care, acquired immunodeficiency syndrome

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Contexto epidemiológico da Aids</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3</b>	<b>HIV na gestação</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo, local e período da pesquisa</b> .....	<b>11</b>
<b>4.2</b>	<b>População</b> .....	<b>11</b>
<b>4.3</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>11</b>
<b>4.4</b>	<b>Organização e análise dos dados</b> .....	<b>12</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da amostra</b> .....	<b>13</b>
<b>5.2</b>	<b>O contexto da descoberta do HIV e da gestação</b> .....	<b>13</b>
<b>5.3</b>	<b>A descoberta e os sentimentos</b> .....	<b>15</b>
<b>5.4</b>	<b>O futuro da mãe e do filho</b> .....	<b>17</b>

<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>25</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Aids é uma doença de caráter pandêmico, ainda sem cura determinada, na ocorre grave disfunção do sistema imunológico uma vez que o vírus destrói os linfócitos TCD4+.

Entre as formas de transmissão do HIV a transmissão vertical é aquela na qual a gestante contaminada pode transmitir o vírus ao seu filho durante a gestação, trabalho de parto, parto ou amamentação. O risco de transmissão do HIV por meio desta via está diretamente relacionado às condições de saúde materna como carga viral e condição imunológica, portanto, é de extrema importância o acompanhamento pré-natal desta gestante a fim evitar a transmissão do vírus ao bebê.

Segundo Szwarcwald e seus colaboradores (2008) é importante enfatizar que a não detecção da infecção pelo HIV durante a gestação representa uma perda de oportunidade para a intervenção na mulher infectada e limita as chances de reduzir incidência de infecção em crianças por transmissão materno-infantil. Outras falhas também importantes e que devem ser evitadas são o início tardio do pré-natal, a não realização do teste rápido ou a ausência de seu resultado para a gestante.

Desta forma, quando se descobre a gravidez em uma mulher soropositiva ou a soropositividade em uma gestante toda a atenção volta-se para a proteção ao feto. No entanto, a mulher pode experimentar uma série de sentimentos que podem influenciar em sua adesão a terapêutica que vão desde a expectativa de poder engravidar, a rejeição familiar, o sofrimento pela possibilidade de gerar um filho com Aids e o medo da morte para ela e para o bebê.

Assim, para que a equipe de saúde possa acompanhar a gestante soropositiva para o HIV visando a redução da transmissão vertical é importante e necessário buscar conhecer e identificar esses sentimentos maternos envolvidos para que seja possível apoiá-la nesse momento oferecendo-lhe conforto, confiança, informação e assim amenizar seu sofrimento e contribuir para a adesão correta ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde do binômio mãe-filho.

Portanto esse estudo teve como objetivo identificar os sentimentos maternos na busca pela compreensão do significado de estar infectada pelo HIV na gestação a fim de otimizar a assistência à saúde prestada e contribuir para a redução da transmissão vertical.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.2 Contexto epidemiológico da Aids

A Aids surgiu no cenário mundial no início da década de 80 e levou a comunidade médico-cientista à busca incessante por desvendar tal doença que atingiu de forma tão brutal a população. Seus primeiros casos levaram a crer que a Aids era restrita ao público homossexual e sua transmissão ocorria através do sexo. Logo depois, a epidemiologia e os aspectos clínicos da doença demonstraram que a mesma era transmitida por via sexual e sanguínea (NASCIMENTO, 1997).

Cerca de pouco mais de três décadas após a introdução da Aids, têm-se que esta é uma doença de caráter pandêmico onde os infectados pelo HIV sofrem grave disfunção do sistema imunológico uma vez que o vírus destrói os linfócitos T CD4+. Com a gravidade da infecção, a contagem dos linfócitos T CD4+ diminui significativamente o que resulta no agravamento da imunodepressão e consequente instalação de doenças oportunistas. As formas de transmissão do HIV são pelo sangue, pelo esperma e por secreção vaginal durante ato sexual, e durante a gestação e aleitamento materno na chamada via vertical. O HIV pode ser transmitido em qualquer momento da infecção, no entanto, o risco torna-se maior quando a viremia é alta, na presença de comorbidades, DST com lesões ulcerativas e uso de drogas (BRASIL, 2005).

A infecção pelo HIV na população feminina representa 35% (278.960) dos casos registrados no Brasil desde 1980 até junho de 2015, com destaque para a faixa etária entre 25 e 39 anos. Embora o número de casos de Aids na população masculina seja maior, o fato das mulheres transmitirem o vírus também pela via vertical expõem uma outra população ao risco, a das crianças menores de 13 anos. No período de 2000 a junho de 2015 foram registrados no país 92.210 casos de gestantes infectadas pelo HIV sendo que a taxa de detecção aumentou de 0,6 a cada 1.000 nascidos vivos em 2000 para 2,6 em 2014 e em Mato Grosso do Sul a taxa de detecção teve uma progressão de 0,8 para 2,2 no mesmo período (BRASIL, 2015).

No município de Campo Grande - MS no período de 2011 a junho de 2015 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN 189 casos de gestantes vivendo com HIV, sendo 48 casos somente em 2014 e 29 casos

de janeiro a junho de 2015. No mesmo período de 2011 a junho de 2015 foram notificados 15 casos de Aids na categoria de exposição transmissão vertical, sendo 04 casos no ano de 2014 e 01 caso de janeiro a junho de 2015 (CAMPO GRANDE, 2015).

## **2.2 HIV na gestação**

A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto e parto ou durante a amamentação, sendo que cerca de 75% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto e 25% durante a fase intra-uterina, deve-se considerar também o risco adicional de transmissão durante o aleitamento materno que varia entre 7% a 22% de acordo a oferta de mamadas. Vários fatores podem influenciar na transmissão vertical, entre eles, a carga viral da gestante e sua condição clínica e imunológica, fatores sociais e comportamentais, fatores obstétricos e neonatais (BRASIL, 2010).

O uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação, o parto cesariano programado e a não oferta do aleitamento materno podem reduzir as taxas da transmissão do HIV (VELOSO *et al.*, 2010). Contudo, a falta de intervenção durante a gestação pode levar a chance de 25% a 30% na transmissão, enquanto que com a adoção das medidas profiláticas esse percentual pode ser reduzido a valores entre 0 a 2% (RODRIGUES; VAZ; BARROS, 2013).

Para Cartaxo e colaboradores (2013) essas medidas, embora imprescindíveis para evitar a TV pode gerar nas gestantes negação ou sofrimento, seja pelos efeitos colaterais da TARV, pela resistência ao parto cesáreo ou pela diminuição do vínculo mãe-filho pela impossibilidade de amamentar.

Em estudo realizado por Brito e colaboradores (2006) aponta que houve significativa redução no número de crianças nascidas com o HIV no Brasil quando foram colocadas em prática as ações preconizadas pelo Programa Nacional de DST/Aids que entre outras ações incluía a utilização sistemática de antirretrovirais a partir da comprovação da efetividade da Zidovudina (AZT) na TV por meio do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*. O estudo ainda esclarece que em 1997 antes da introdução da terapia antirretroviral a taxa de transmissão era de 16% e 2002, essa mesma taxa foi reduzida para 7%.

Atualmente a TARV empregada consiste na combinação de três antirretrovirais de duas classes diferentes que devem ser iniciados para todas as gestantes, independente da presença de sintomas ou da contagem de células TCD+ e ainda a manutenção da TARV após o parto (BRASIL, 2013). Se a gestante tomar conhecimento do diagnóstico para o HIV apenas por ocasião do parto ou próximo deste, então deverá ser administrado a zidovudina endovenosa durante o trabalho de parto e ao recém nascido deverá ser administrado a zidovudina e nevirapina em até duas horas após o parto e ainda por 30 dias após o nascimento (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde esclarece que o diagnóstico de infecção pelo HIV por ocasião da gestação deve ser realizado no decorrer do pré-natal, onde a gestante é submetida ao teste rápido anti-HIV, preferencialmente na primeira consulta, também no terceiro trimestre da gestação e na ausência de histórico de pré-natal o teste deve ser realizado durante o trabalho de parto (CARNEIRO; COELHO, 2010). Essa medida é de extrema importância para assegurar a redução na taxa de transmissão do HIV para o neonato (SOEIRO *et al.*, 2011).

O Programa Nacional de DST/AIDS - PN-DST/Aids preconiza que o exame anti-HIV em gestantes seja feito com o Aconselhamento, que é uma estratégia de abordagem onde deve haver a investigação de fatores de risco para o HIV, o esclarecimento e orientação por parte do profissional que está solicitando o exame e o consentimento prévio da gestante para sua realização, este chamado de aconselhamento pré-teste. Com o resultado em mãos, o profissional de saúde deve fornecer amparo técnico e emocional em caso de resultado positivo, e em caso negativo, esclarecer sob a necessidade de repetição do mesmo no terceiro trimestre, este agora chamado de aconselhamento pós-teste (CARNEIRO; COELHO, 2010). Sem essa abordagem, a adesão ao tratamento, quando na gestante infectada, pode se tornar comprometido, uma vez que por meio do aconselhamento a gestante é esclarecida e apoiada na revelação diagnóstica o que favorece na aceitação do tratamento (LIMA, 2007).

Em estudos realizados por Araújo e colaboradores (2008) e Langendorf e colaboradores (2011), o acolhimento pelos profissionais da atenção básica ainda não é realizado da melhor forma, uma vez que estes profissionais não são preparados para lidar com tal situação o que culmina por dificultar o seguimento adequado para o tratamento da gestante. Para Silva, Alvarenga e Ayres (2006) existe um silêncio por parte dos profissionais de saúde que evitam abordar o tema

reprodução entre as pacientes infectadas pelo HIV, numa tentativa que evitar essa combinação gravidez e HIV. No entanto, quando a gravidez, ocorre às condutas se voltam à proteção ao feto e mais uma vez os sentimentos maternos são negligenciados.

Mesmo com as recomendações do Ministério da Saúde, falhas podem ocorrer na detecção do HIV durante a gestação como a falta ou início tardio do pré-natal, assim como a não realização do teste anti-HIV ou a ausência de seu resultado para a gestantes (LANGENDORF *et al.*, 2011).

Santos e colaboradores (2010) relatam que no Brasil existem insumos suficientes para a interrupção da transmissão vertical do HIV como testagem para o HIV, distribuição gratuita de antiretroviral e inibidor da lactação, no entanto, de acordo com Darmont e colaboradores, (2010) falhas na captação do Sistema Único de Saúde e na adesão ao tratamento pelas gestantes ao pré-natal fazem com que os casos de transmissão vertical que poderiam ser evitados continuem ocorrendo. Em estudo realizado no município de Campo Grande sobre as oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical foi evidenciado que a falta de comunicação entre os serviços de saúde que acompanham a gestante soropositiva durante o pré-natal, parto e puerpério expõem o bebê a contaminação pelo HIV (MATOS *et al*, 2015).

É importante salientar que a adesão ao tratamento depende do entendimento que se têm da doença para aprovação por parte da paciente, por isso a educação para conscientização é fundamental neste processo e pode ser motivada pelo desejo das mulheres em proteger seu bebê e também para minimizar a culpa pela possibilidade da transmissão (FERACIN, 2002). É necessário que a gestante compreenda o risco da infecção para o seu bebê, e que somente com sua participação efetiva na adesão ao tratamento esse risco pode ser reduzido (NEVES, GIR; 2006). Mas garantir essa participação efetiva implica em compreender a transmissão vertical como um processo multifatorial onde, somente a identificação do HIV durante o pré-natal ou a disponibilidade de antirretrovirais não garantem sua eliminação mas a compreensão dessa gestante como uma pessoa que sofre influência dos determinantes sociais, condições de vida e acesso a serviços (MATOS *et al*, 2014.)

A descoberta da doença durante a gestação é um momento de extrema tensão e, em especial, pode gerar sentimento de revolta, uma vez que a culpa pode

recair sobre a gestante. Um estudo realizado por Moura e colaboradores (2010) revela que entre as reações manifestadas pelas gestantes soropositivas estão o pânico, o desespero e o receio de ter um filho soropositivo.

A decisão pela gestação nas mulheres vivendo com o HIV é naturalmente conduzida por um desejo natural das mulheres de vivenciarem a maternidade, respondendo a uma vontade pessoal e até mesmo ao papel cobrado das mulheres pela sociedade e esse momento torna-se ameaçado frente à soropositividade (MOURA; KIMURA; PRAÇA, 2010; SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010). Em outro estudo semelhante realizado por Moura e Praça (2006) ficou evidenciado que as mulheres viam na gravidez um motivo para manterem-se saudáveis através da adesão ao tratamento e seguiam com esperança de que seu bebê não adquirisse a doença. E ainda é comum que as mesmas sintam-se pressionadas pela sociedade a abrir mão do desejo de ser mãe em razão da proteção ao seu filho.

Dessa forma a gestante necessita de uma rede de apoio no sistema de saúde para acompanhá-la neste processo de decisão/aceitação. O profissional de saúde deve ser um ouvinte atento e sensível, não somente apto às orientações profiláticas e de uso da TARV, mas também deve permitir, por meio de um processo humanizado de escuta que gestante exponha suas angústias, medos e seu sofrimento a fim de conhecer as expectativas da gestação em relação à maternidade (CARTAXO *et al.*, 2013).

No município de Campo Grande as gestantes soropositivas para o HIV, quando recebem o diagnóstico na rede municipal de saúde são encaminhadas ao Centro de Doenças Infecciosas e Parasitárias – CEDIP, onde uma equipe formada por obstetra, infectologista, pediatra, odontólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social e enfermeiros oferecem uma rede de apoio não somente no pré-natal mas também no acompanhamento da doença.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender o significado de estar infectada pelo HIV na gestação.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) contextualizar o momento da descoberta do HIV e da gestação;
- b) captar os sentimentos da gestante soropositiva e;
- c) desvelar a expectativa em relação à saúde da mãe e do filho.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Trata-se de pesquisa qualitativa com base em dados primários, realizada em Campo Grande (MS), no período de abril a setembro de 2015, nas dependências do Centro Especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP).

### **4.2 População**

A população pesquisada consistiu-se de todas as pacientes gestantes soropositivas para HIV, que estavam recebendo acompanhamento médico no CEDIP, no período de abril a setembro de 2015 totalizando 16 pessoas. Deste grupo, 2 gestantes não foram elegíveis à pesquisa por possuírem idade inferior a 18 anos, 2 gestantes manifestaram recusa em participar e outras 2 não foram localizadas durante o período. Assim a amostra de entrevistas totalizou 10 gestantes.

### **4.3 Coleta de dados**

Antecedendo a coleta dos dados, a pesquisadora participou, durante dois meses, de reuniões de grupo de gestantes já realizadas pela equipe multiprofissional, com vistas ao estabelecimento de vínculo e familiarização com as potenciais participantes da pesquisa.

A técnica utilizada foi um roteiro de entrevista semi-estruturado e as respostas foram gravadas em gravador de áudio e posteriormente foram organizadas, analisadas e apresentadas segundo técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O roteiro da entrevista (Apêndice A) foi composto por perguntas para à caracterização quanto à faixa etária, nível de escolaridade, formação profissional e situação conjugal, bem como perguntas abertas para explorar o conhecimento acerca da doença, os sentimentos frente ao diagnóstico e a gravidez além das expectativas.

Por ocasião da coleta dos dados, precedendo a realização da entrevista previamente agendada de acordo com a conveniência da gestante, todas as participantes convidadas e que aceitaram ser incluídas como sujeitos, foram

informadas sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas nas dependências do CEDIP, em espaço reservado para tal finalidade, preservando o sigilo e a confidencialidade das informações e considerando ser o espaço em que atua a equipe multiprofissional que forneceria apoio em caso de necessidade.

Após as informações e a concordância em participar, foi lido o TCLE para as participantes e, após a confirmação da compreensão do seu teor, houve o convite para a assinatura do mesmo, em duas vias, ficando uma com a participante e outra com a entrevistadora.

#### **4.4 Organização e análise dos dados**

Os dados foram analisados sob a perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo. A técnica reúne o material verbal coletado nos depoimentos extraindo as idéias centrais e expressões-chave, significativas para a organização de um discurso, com o objetivo de resgatar e dar voz ao pensamento coletivo com o efeito de uma única fala na primeira pessoa (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2006)

As idéias centrais foram extraídas e organizadas de acordo com os objetivos propostos: momento da descoberta do HIV e da gestação; o sentimento envolvido e o futuro da mãe e do filho. As expressões-chave foram organizadas no Instrumento de Análise do Discurso (IAD) e depois reunidas para a síntese da fala coletiva.

#### **4.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, e recebeu parecer favorável a sua realização em 03 de novembro de 2014 pelo número 856.029 (Anexo A).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Caracterização da amostra**

Participaram do estudo dez gestantes soropositivas para o HIV, sendo que 90% eram jovens com faixa etária entre 18 e 33 anos, 60% tinham até oito anos de estudo, 70% desempenhavam atividade profissional regular, 70% eram casadas ou viviam maritalmente, 90% se contaminaram pelo HIV por via sexual, 70% descobriram o HIV anteriormente à gestação e destas 57% foram gestações não planejadas e apenas uma gestante afirmou já ter um filho com HIV como resultado da transmissão vertical.

### **5.2 Contexto da descoberta do HIV e da gestação**

As perguntas que direcionaram as gestantes para suas falas foram: Como e quando tomou conhecimento da positividade para o HIV? O que sente por ser soropositiva para o HIV e estar grávida? Como pensa que será sua vida e o que espera para seu bebê? Nesse contexto, dois grupos foram identificados: um composto por mulheres que sabiam da condição de serem soropositivas para o HIV e outro das mulheres que receberam a informação durante o pré-natal.

As mulheres que tinham o conhecimento da soropositividade para o HIV antes da gestação, embora na sua maioria não houvesse planejado ser mãe naquele momento tinham conhecimento acerca da doença e faziam seu controle com o uso regular de antirretrovirais e isso fez com que elas manifestassem certa tranquilidade com a notícia.

Para outras, mesmo sabendo da presença do HIV, o desejo de ser mãe superou a insegurança pela doença, e amparadas pelo conhecimento adquirido durante o tratamento fez com que algumas mulheres planejassem a gravidez.

Segue-se o discurso sobre a descoberta do HIV anteriormente a gestação.

Meu marido descobriu que tinha Aids e quando fui fazer o exame descobri que tinha também, nós ficamos sabendo da doença ao mesmo tempo, a gente não gostava de usar camisinha. Nunca na minha vida eu poderia imaginar que teria essa doença, e foi um choque quando a psicóloga disse que eu tinha o HIV. Ninguém está preparado para uma

notícia dessa. Mesmo assim eu continuei casada com ele né, falei que não iria largar dele, casei fazer o quê? Tem que cuidar né.

E então de uma escapada eu engravidei, comecei a passar mal e achei que era a doença, mas aí eu descobri que estava grávida. No início ficamos muito preocupados, mas eu tomo os remédios certinho.

Eu escolhi engravidar. No Cedip conversaram muito com a gente sobre os riscos para o bebê e as chances que ele teria de nascer bem. Ficamos muito felizes quando fiquei grávida porque estávamos tentando e sempre tomei os remédios para o HIV certinho e por isso sei que vai dar tudo certo.

O grupo formado pelas gestantes que descobriram o HIV durante a gestação é também caracterizado pelo não planejamento desta gestação. Essas mulheres relataram terem aceito a gravidez mesmo de que forma não planejada, no entanto a revelação do diagnóstico do HIV durante o pré-natal retomou o sofrimento.

O discurso da descoberta do HIV durante o pré-natal está representado abaixo:

Eu não planejei engravidar. Eu fiquei sabendo da doença durante o pré-natal quando fiz o teste. Foi uma notícia muito difícil não queria ficar grávida e ainda descobro que tenho essa doença.

A Aids tem se mantido presente no universo feminino e ao contrário do que ocorria no início da epidemia onde havia um comportamento de risco que norteava a transmissão, hoje as mulheres infectadas são predominantemente casadas ou vivem uma relação conjugal estável (PREUSSLER; EIDT, 2007). Nesse contexto, é possível que a mulher infectada pelo HIV vivencie a maternidade, seja de forma planejada ou não, e assim, a decisão pela gestação ou sua aceitação ocorre de forma mais natural quando a mulher é apoiada pelo seu companheiro (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006).

Embora o controle epidemiológico da Aids seja uma preocupação nos serviços de saúde e a transmissão vertical seja um risco real, o desejo natural e cultural pela maternidade se mantém presente na população feminina vivendo com HIV e a sorologia positiva não é motivo suficiente para afastar esse desejo (SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010).

Em estudo realizado por Silva, Alvarenga e Ayres (2006) com mulheres e homens vivendo com HIV e gravidez, apontou que a decisão é tomada baseada na

vontade do parceiro pela gestação e na avaliação dos riscos entendidos pelo casal, pois eles relatam que os profissionais de saúde evitam abordar esse assunto, uma vez que é presumido que o melhor para o controle da doença é evitar ter filhos. O estudo ainda remete ao fato de que os profissionais de saúde apoiam a gravidez quando ela ocorre, na imediata tentativa de salvar o bebê, mas não incentivam o casal a planejarem a gestação.

A mesma rejeição ao binômio HIV/gestação também é manifestada pela sociedade que, pela falta de conhecimento sobre a transmissão vertical tende a julgar como irresponsabilidade e egoísmo o desejo pela maternidade entre as mulheres vivendo com HIV (SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008).

Quando a equipe de saúde é capacitada para lidar com tal situação, a mulher ou o casal pode decidir pela gestação com base em informações seguras e técnicas e assim, ao vivenciarem a gestação, vêem nela uma sequência natural da vida, uma forma de sentirem-se capazes de gerar vida, ao contrário da lembrança presente da morte que acompanha a Aids (COELHO; MOTTA, 2005).

Para Cartaxo e colaboradores (2013) cabe à equipe de saúde promover uma escuta efetiva e sensível, não somente com a percepção da proteção e orientação à condição física, mas também aspectos psicossociais que são fatores importantes que podem influenciar nessa escolha.

Percebe-se também que a mulher soropositiva sente-se mais segura na gestação devido ao uso da terapia antirretroviral, uma vez que as chances de transmissão do vírus torna-se muito reduzida, o que confere proteção ao seu bebê (SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010).

### **5.3 A descoberta e os sentimentos**

Dos discursos das participantes da pesquisa sobre os sentimentos experimentados quando da descoberta de sua condição combinada gestante e soropositividade para o HIV, emergiram duas idéias centrais: aceitação e sofrimento.

A aceitação expressa-se no discurso:

Eu fiquei com medo de engravidar mas aí eu decidi, a gente sempre quis. Teve gente que nos criticou por decidir pela gravidez, já que a criança pode nascer com o vírus. Nossa aí veio o medo, a alegria, a recompensa de Deus. Foi difícil mas fomos bem orientados. Conversei com a enfermeira e ela me disse que a criança poderia não pegar se eu

usasse certinho as medicações e eu estou usando e vai ser assim até o fim. A gente tá mais tranquilo, estou conseguindo curtir a gravidez, não tive nenhum problema e as vezes até esqueço que sou soropositiva, o que me deixa triste é não poder amamentar né. Até começamos a pensar que se der tudo certo então quem sabe teremos outro filho. Eu sei que estamos muito felizes com a gravidez, a doença não incomoda em nada nesse momento, estamos super ansiosos pela chegada dela e com bastante confiança que vai dar tudo certo.

A gravidez e a infecção para o HIV são realidades que, embora aceitas, trazem para as participantes uma carga de sofrimento.

Foi um choque do caramba quando descobri, chorei três dias seguidos Fiquei tão desesperada. Sei lá era muita desgraça pra tão pouco tempo. Tá sendo muito difícil pensei que ia morrer, porque todo mundo dizia que o HIV matava, que quem pegava tinha menos de um ano de vida. Eu tinha medo da morte, medo da minha filha ter a doença, medo do desprezo da família, dos amigos, por que as pessoas tem muito preconceito. Eu ainda não contei pra muita gente sobre a doença, um dia vou ter que contar mas ainda é cedo eu acho. Às vezes eu tento esquecer da doença pra pensar no bebê, arrumar as coisas pra ela mas tudo é muito recente ainda. Eu acho que está tudo normal com a gravidez, mas eu ainda tenho medo das pessoas me tratarem mal, os parentes de longe, os amigos, os vizinhos. O que eles vão dizer quando virem que eu não posso amamentar? Eu não vou esconder né.

A revelação do diagnóstico para o HIV gera sentimentos negativos que envolvem raiva, impotência, medo real da morte e ainda o estigma do preconceito. É importante que a gestante seja amparada por profissionais de saúde capacitados tanto para fornecer apoio técnico e profilático quanto emocional (CARTAXO *et al.*, 2013). Para Carneiro e Coelho (2010) os profissionais de saúde por vezes assumem postura silenciosa frente ao diagnóstico do HIV e a ausência da empatia os distancia dessas mulheres fazendo com que o enfrentamento do problema a aceitação sejam retardados.

Os sentimentos de vida e morte misturam-se nessa realidade pois ao mesmo tempo que a gravidez é o símbolo absoluto da vida, a imagem construída da Aids ainda remete à morte (COELHO; MOTTA, 2005).

As mulheres também temem o preconceito da sociedade, representadas pela família e amigos. Admitir sua condição sorológica significa expor um comportamento de risco ou promiscuidade e associado a isso a irresponsabilidade por ter engravidado e o risco em gerar um bebê condenado a Aids. Para Carvalho e

Piccinini (2006), as gestantes sofrem pela falta de apoio da família e o fato de ter que lidar com essa condição de forma solitária pode levar ao desencadeamento de problemas de depressão e ansiedade.

A repercussão diante da impossibilidade de amamentar é assunto abordado em diversos estudos que revelam que essa é medida profilática mais difícil para as mulheres. Em uma sociedade onde é amplamente difundida a ideia de que o leite materno é a melhor fonte de nutrição e vínculo mãe-filho essas mulheres terão que abrir mão dessa função em proteção ao filho e ainda possivelmente fornecer uma explicação à sociedade diante de tal conduta (LANGENDORF; PADOIN; VIEIRA; MUTTI, 2011; SANT'ANNA; SEIDL; GALINKIN, 2008; SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010)

#### **5.4 O futuro da mãe e do filho**

As perspectivas, notadamente em relação à saúde da mãe e do filho, foram expressas em um discurso de esperança.

Eu espero que meu bebê cresça com saúde e que não tenha a doença. Eu estou tomando os remédios, sei que minha filha vai nascer sem o vírus, quer dizer assim eu espero e Deus vai permitir que ela venha saudável. Se ela tiver o HIV eu vou contar para ela porque quero que a minha filha seja muito forte e para saber lidar com o preconceito que ainda é grande para quem é soropositiva. Eu ainda sonho com a cura, quero ter uma longa vida ao lado dos meus filhos.

A proteção ao bebê que está sendo gerado é sentimento unânime entre as mulheres, independentemente da condição sorológica antes ou depois da gestação ou da mesma ter sido planejada ou não. Em estudos realizados por Santos e Bispo Júnior (2010) e Preussler e Eidt (2007) com gestantes soropositivas, é evidenciado que as gestantes não somente querem proteger seus filhos da infecção como também se redimir da culpa pela possibilidade da transmissão da doença com forma de mostrar à sociedade que ela fará tudo o que for necessário para manter seu filho saudável e o desejo de vê-lo crescer, brincar e se desenvolver como outras crianças faz com que as gestantes se sensibilizem e sigam as orientações dos profissionais de saúde (NEVES; GIR, 2006).

Em outro estudo sobre os sentimentos de gestantes soropositivas, Carvalho e Piccinini (2006) apontam que a decisão pelo tratamento e a disciplina no uso da

TARV é determinada pelo desejo expresso de salvar seu filho da infecção, pois o cuidado somente a si muitas vezes é negligenciado, mas na proteção ao feto nunca. Para Santos e colaboradores (2012). A mulher que vive o HIV na maternidade passa a acreditar e planejar um futuro onde ela possa estar presente para cuidar de seu filho e este torna-se o motivo principal de sua existência e a prova de que, mesmo sendo portadora de uma doença incurável, ainda existe vida dentro dela e esse sentimento a fortalece.

## 6 CONCLUSÕES

A descoberta do HIV é um momento que desperta sofrimento, seja pelo preconceito que a doença carrega, seja pelo fato de ser ainda incurável ou ainda pela sua proximidade com a morte. A gestação é um momento que significa vida e esperança. A união destes dois momentos pode ter diferentes significados e sentimentos para quem o vivencia.

A maioria das gestantes que participaram deste estudo eram sabidamente soropositivas para o HIV quando engravidaram e embora entre estas a maior parte das gestações não foram planejadas foi possível identificar que o fato dessas gestantes estarem sendo acompanhadas por um serviço de referência e fazendo uso de tratamento antirretroviral, fez com que o grupo aceitasse a gestação de forma positiva e esperançosa. O que reforça que, o fato de ter Aids não diminui o desejo pela maternidade e que com adequada orientação pela equipe de saúde elas sentem-se mais seguras para a aceitação ou mesmo para a tomada de decisão.

No entanto, receber a revelação do HIV durante o pré-natal é um momento de intenso sofrimento, pois o tempo para aprender sobre a doença, superar o medo da morte e sentir-se segura com o tratamento é muito curto e todos os esforços são para evitar a transmissão da doença ao feto, ficando a gestante sem o adequado apoio que ela necessita.

Mesmo com essa diferença entre os sentimentos vividos o comum entre essas mulheres é a necessidade do apoio de um serviço de saúde capacitado e eficiente no acolhimento á essas gestantes.

E o que todas esperam é que seus filhos nasçam livres do HIV e essa esperança pela nova vida desperta nessas mulheres o intenso desejo pela própria saúde e dessa forma seria a maternidade a grande motivadora ao controle da doença.

Os sentimentos vividos por essas gestantes diferenciam-se de acordo com o momento da descoberta do HIV, se antes ou durante a gestação. O desejo pela maternidade é presente nas mulheres que vivem com o HIV, mas a surpresa do diagnóstico na gestação potencializa o sofrimento. Os profissionais de saúde têm a

oportunidade de encorajar a maternidade ou minimizar o sofrimento através de atuação competente, sensível e empática.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B.; SILVEIRA, C. B.; MELO, S. P. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 589-594, set./out. 2008.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Funasa, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV - AIDS**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A. M.; SOUSA, J. L.; LUNA, C. F.; DOURADOS, I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. supl., p. 18-22, 2006.

CAMPO GRANDE (Município). Secretaria de Saúde de Campo Grande. Programa Municipal de DST – Aids. **Boletim Epidemiológico**, jan./jun. 2015.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1216-1226, jun. 2010.

CARTAXO, C. M. B.; NASCIMENTO, C. A. D.; DINIZ, C. M. M.; BRASIL, D. R. P. A.; SILVA, I. F. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v.18, n. 3, p. 419-427, 2013.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 345-355, jul./dez. 2006.

CAVALCANTE, M. S.; SILVEIRA, A. C. B.; RIBEIRO, A. M. F.; RAMOS, A. N. J.; Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 473-479, dez. 2008.

COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C.; A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 31-41, 2005.

DARMONT, M. Q. R.; MARTINS, H. S.; CALVET, G. A.; DESLANDES, S. F.; MENEZES, J. A. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1788-1796, set. 2010.

DUARTE, G.; QUINTANA, S. M.; EL BEITUNE, P.; FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Femina**, v. 37, n. 8, p. 403-401, ago. 2009.

FERACIN, J. C. F. **Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV**. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B.; MUTTI, C. F. Gestantes que tem Hiv/aids no contexto da transmissão vertical: visibilidade da produção científica nacional na área da saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, n. 3, v. 3, p. 2109-2125, jul./set. 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface**, v. 10, n. 20, p. 517-524, dez. 2006.

LIMA, A. S. **Avaliação da atenção a gestantes, na prevenção da transmissão vertical do vírus hiv, no distrito leste de Belo Horizonte**. 216 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte, 2007.

MATOS, V. T. G.; FABBRO, M. M. F. J. D. ; CUNHA, R. V. ; OLIVEIRA, A. L. L.; HIV Vertical Transmission: Why is it Still Happening in Brazil?. **Journal of Antivirals & Antiretrovirals**, v. 06, p. 43-44, 2014.

MATOS, V. T. G.; OLIVEIRA, A.L.L.; SANTOS, E.R.; ALENCAR, S. K. R.; FABBRO, M. M. F. J. D.; Missed opportunities for prevention of perinatal HIV infection. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 19, n. 5, p. 554-555, out. 2015.

MOURA, E. L.; KIMURA, A. F.; PRACA, N. S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 206-211, abr. 2010.

MOURA, E. L.; PRACA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v. 3, n. 14, p. 405-403 maio/jun. 2006.

NASCIMENTO, D. R. A face visível da Aids. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n.1, p.169-184, mar./jun. 1997.

NEVES, L. A. S.; GIR, E. HIV positive mothers' beliefs about mother-to-child transmission. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 5, p. 781-788, out. 2006 .

PREUSSLER, G. M. I.; EIDT, O. R.; Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 117-125, 2007.

RODRIGUES, S. T. C.; VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 158-164, 2013.

SANT'ANNA, A. C. C.; SEIDL, E. M. F.; GALINKIN, A. L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 101-109, mar. 2008 .

SANTOS, E. M.; REIS, A. C.; WESTMAN, S.; ALVES, R. G. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 3, p. 257-269, set. 2010.

SANTOS, S. F. F.; BISPO JUNIOR, J. P. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 299-310, abr./jun. 2010.

SANTOS, W. S.; MEDEIROS, M; MUNARI, D. B.; OLIVEIRA, N. F.; MACHADO, A. R. M. A gravidez e a maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico do HIV/AIDS. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 250-258, abr./jun. 2012.

SILVA, N. E. K.; ALVARENGA, A. T.; AYRES, J. R. C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 474-481, jun. 2006.

SOEIRO, C. M. O.; MIRANDA A.E.; SARACENI, V.; LUCENA, N. O.; TALHARI, S.; FERREIRA, L.C. L. Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, State of Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 5, p. 537-541, out. 2011.

VELOSO, V. G.; BASTOS, F. I.; PORTELA, M. C.; GRINSZTEJN, B.; JOÃO, E. C.; PILOTTO, J. H. S.; ARAÚJO, A. B. B.; SANTOS, B. R.; FONSECA, R. C.; KREITCHMANN, R.; DERRICO, M.; FRIEDMAN, R. K.; CUNHA, C. B.; MORGADO, M. G.; SAINES, K. N.; BRYSON, Y. J. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 803-811, Oct. 2010.

## **APENDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS**

### **Caracterização**

Idade:

Estado civil:

Nível de escolaridade:

Formação profissional:

### **Conhecimento acerca da doença**

Como e quando tomou conhecimento da positividade para o HIV?

### **Sentimentos frente ao diagnóstico**

O que sente por ser soropositiva para o HIV e estar grávida?

### **Expectativas futuras**

Como pensa que será sua vida e o que espera para seu bebê?

## APENDICE B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela aluna Fernanda Rodrigues do curso de mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

A finalidade deste estudo é compreender o significado do diagnóstico de HIV durante a gestação. Participarão deste estudo as pacientes soropositivas que são acompanhadas pelo Centro Especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias – CEDIP e que estiverem gestantes no período de fevereiro a abril de 2015. Não participarão do estudo as pacientes menores de 18 anos, as indígenas e gestantes acompanhadas no CEDIP a menos de 90 (noventa dias).

Você será entrevistada sobre os sentimentos que você está vivenciando neste momento com relação à infecção do HIV e a gestação. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo.

Você permanecerá neste estudo apenas durante o tempo gasto na entrevista, não sendo necessário contato posterior. Não são previstos prejuízos ou eventos adversos como resultado da sua participação neste estudo.

Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas relacionadas aos seus sentimentos frente ao HIV e a gestação, no entanto, a equipe multiprofissional do CEDIP poderá lhe assistir caso isso ocorra. Como benefício você poderá contribuir para a melhoria na atenção dos profissionais da saúde as pacientes soropositivas/gestantes. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso à identidade das participantes deste estudo, portanto, seu nome não será revelado na exposição do estudo.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador a equipe do estudo, representantes do patrocinador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Fernanda Rodrigues (067) 9221-2369. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Sêres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

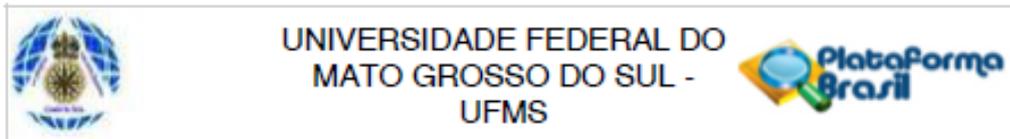
\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

## ANEXO A – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O significado do HIV durante a gestação.

**Pesquisador:** Fernanda Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37840014.1.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 850.020

**Data da Relatoria:** 02/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa com coleta de dados primários. Local: Centro Especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP). Período: fevereiro a julho de 2015. A técnica utilizada será um roteiro de entrevista semi-estruturado e os dados serão organizados e analisados segundo a perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados produzidos pelo presente estudo permitirão conhecer e identificar os sentimentos a fim de apoiar a gestante, oferecendo-lhe conforto e confiança, propiciando a adesão correta ao tratamento e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida e de saúde do binômio mãe-filho. Critério de Inclusão: pacientes soropositivas que são acompanhadas pelo CEDIP e que estiverem gestantes no período fevereiro a abril de 2015.

#### Critério de Exclusão:

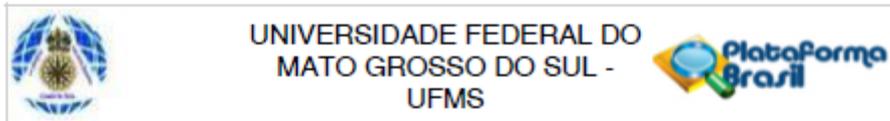
Serão excluídas da pesquisa as pacientes menores de 18 anos, indígenas e gestantes acompanhadas no CEDIP a menos de 90 (noventa dias).

A pesquisa tem caráter comparativo, pois dois grupos serão analisados: gestantes soropositivas para HIV que engravidaram durante o período de acompanhamento pelo CEDIP e gestantes que receberam durante a gestação o diagnóstico de HIV e foram encaminhadas ao CEDIP.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: (07)3345-7187 Fax: (07)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 856.029

Compreender o significado do diagnóstico de HIV em gestantes.

Objetivo Secundário:

a) caracterizar as gestantes portadoras do HIV quanto à faixa etária, nível de escolaridade, estado civil; b) aprender sobre os sentimentos da gestante frente ao diagnóstico do HIV; ec) desvelar a expectativa em relação a ser portadora do HIV no binômio mãe-filho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos estão presentes por se tratar de um grupo com situação de vulnerabilidade devido à gestação e o vírus HIV; situações que resultem em risco eventual

(constrangimento, desconforto ou sofrimento psicológico/físico) frente à coleta de dados, a participante será provido de atendimento necessários aos cuidados requeridos pela situação. A assistência será dada pela equipe multiprofissional do CEDIP que já atende rotineiramente essas gestantes. O atendimento/acolhimento é realizado pela equipe composta por: infectologista (de crianças e adultos), psicólogo, assistente social, enfermeiros, odontólogos, ginecologista, dermatologista, cirurgião plástico, farmacêutico e nutricionista.

**Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa são de abrangência coletiva considerando que os resultados servirão de subsídios para a reorientação de ações para a melhoria no atendimento às gestantes atendidas no CEDIP e Unidades de Saúde das quais procederam para o atendimento no referido serviço.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto apresenta estrutura de acordo com a proposta; menciona o trabalho de equipe de atendimento do CEDIP; relata atendimento pela equipe da CEDIP em caso de necessidade de acompanhamento após a coleta de dados (entrevista) e excluiu gestantes acompanhadas no CEDIP a menos de 90 (noventa dias).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou folha de rosto com autorização da Instituição proponente, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Recomendações:**

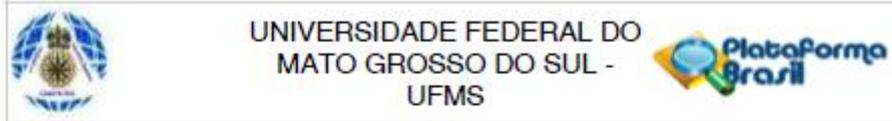
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O parecer é pela aprovação da pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
 Bairro: Caixa Postal 540 CEP: 79.070-110  
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 056.029

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPO GRANDE, 03 de Novembro de 2014

---

Assinado por:  
Edilson dos Reis  
(Coordenador)