



## ARTIGO REFLEXIVO

## THE FACES OF VULNERABILITY - WOMEN, MOTHER, HIV POSITIVE: REFLECTIONS ON WOMEN HEALTH NURSING

## AS FACES DA VULNERABILIDADE - MULHER, MÃE, HIV POSITIVA - REFLEXÕES PARA A ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

## LOS ROSTROS DE LA VULNERABILIDAD - MUJER, MADRE, VIH POSITIVO: REFLEXIONES SOBRE LA SALUD DE LA MUJER DE ENFERMERÍA

Isabel Catarina Correia Braga<sup>1</sup>, Célia Antunes Chrysóstomo de Sousa<sup>2</sup>, Sônia Regina de Souza<sup>3</sup>

**ABSTRACT**

This is a reflective article that has the objective to address the issues related to the vulnerability of women in the context of HIV / AIDS. The issue of transmission linked to the desire of maternity, and other reproductive issues, are factors sufficient to support the arguments prejudiced and punitive conduct, not just the general society, but also of health professionals focused on the assistance of its clientele. The role of women in society, the chances of antiretroviral therapy, the applicability of public policies for women's health and the Theory of Transpersonal Nursing are relevant to this subject. **Descriptors:** Sexual and reproductive rights, Women's health, HIV/AIDS, Vertical transmission, Theory of nursing.

**RESUMO**

Trata-se de um artigo reflexivo que apresenta como objetivo abordar os aspectos relacionados à vulnerabilidade da mulher no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. A problemática da transmissão vertical vinculada ao desejo da maternidade, e outras questões reprodutivas, são fatores suficientes para corroborar com argumentos preconceituosos e conduta punitiva, não somente da sociedade geral, mas também de profissionais de saúde voltados para a assistência desta clientela. O papel da mulher na sociedade, as possibilidades da terapia anti-retroviral, a aplicabilidade das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e a Teoria de Enfermagem Transpessoal são relevantes a esta temática. **Descritores:** Direitos sexuais e reprodutivos, Saúde da mulher, HIV/AIDS, Transmissão vertical, Teoria de enfermagem.

**RESUMEN**

Este es un artículo de reflexión que tiene el objetivo de abordar las cuestiones relacionadas con la vulnerabilidad de las mujeres en el contexto del VIH / SIDA. La cuestión de la transmisión vertical vinculado al deseo de la maternidad, la reproducción y otras cuestiones, los factores son suficientes para apoyar los argumentos con prejuicios y conductas punitivas, no sólo en la sociedad en general, sino también de los profesionales de la salud dedicada a la atención de los clientes. El papel de la mujer en la sociedad, las posibilidades de la terapia antirretroviral, la aplicabilidad de las políticas públicas orientadas a la salud de la mujer y Teoría de Enfermería Transpessoal son pertinentes a esta cuestión. **Descriptor:** Derechos sexuales y reproductivos, Salud de la mujer, el VIH / SIDA, Transmisión vertical, Teoría de la enfermería.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Professora Substituta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO. <sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO. <sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO

## INTRODUÇÃO

Atualmente, as mulheres representam um grupo em crescimento nas estatísticas de notificação dos casos de HIV/AIDS, no Brasil e nos demais países em desenvolvimento. De acordo com o Boletim Epidemiológico Aids e DST apresentado pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>(MS), 650 mil brasileiros estão infectados com o HIV, sendo 410 mil homens e 240 mil mulheres. Apesar de haver mais homens que mulheres com Aids, o crescimento da doença na população feminina explodiu na última década. Entre 1994 e 2004 o crescimento foi de 29% para os homens e 175% para as mulheres. A pandemia tende para uma paridade de gênero, determinando um profundo impacto na saúde da mulher em todo o mundo e conseqüentemente na população infantil<sup>2</sup>.

Grande parte das mulheres descobre a infecção através de exame diagnóstico durante a gestação. Contudo, mulheres já conhecedoras de seu *status* sorológico para o HIV e com experiência anterior relacionada à maternidade, engravidam e enfrentam todas as situações que perpassam por “ser mulher e mãe” HIV positiva como, por exemplo, a discriminação e a estigmatização social, o abandono da família, a proibição do ato de nutrir seu bebê através do aleitamento materno, entre outras. Sendo assim, o objeto de nossa reflexão perpassa sobre este fenômeno, que revela mulheres sabidamente HIV positivas vivenciando a maternidade.

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Segundo informações apresentadas na área técnica do Programa Nacional DST /Aids, numa amostra de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, a taxa de prevalência de mulheres infectadas pelo HIV foi de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de 13 mil parturientes infectadas. De janeiro de 1983 a

junho de 2006, foram notificados 13171 casos de infecção em menores de 13 anos de idade devido à transmissão vertical (TV).

De acordo com indicadores do MS, uma das conseqüências diretas da maior exposição de mulheres em idade fértil ao vírus, foi o progressivo aumento de casos de TV, principal responsável pelos casos de infecção pelo HIV em crianças no Brasil<sup>3</sup>. A taxa de TV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV positivas. Esta transmissão pode ocorrer no período pré-natal, intra-parto e pós-parto (através do aleitamento materno).

Conforme explicitado no Projeto Nascer Maternidades<sup>4</sup>, instituído pelo Programa Nacional DST/ AIDS, as medidas de prevenção à infecção materno-infantil, apesar de eficientes, tem sido insuficientes para impedir que mais de 90% dos casos de HIV/AIDS entre menores de 13 anos tivesse como causa a TV. Atestou, dentre outros motivos, que a cobertura de realização de testes anti-hiv no pré-natal, no Brasil, era inferior ao desejado. Embora haja disponibilidade de testes e medicação profilática que possibilitam taxas potencialmente reduzidas de TV, as crianças continuam a se infectar.

Em face do exposto, seria bastante pertinente acreditarmos que a estratégia de desaconselhar a gravidez para as mulheres soropositivas funcionaria como o melhor recurso, para minimizar a problemática gerada pelo HIV/AIDS na vida de todos os atores envolvidos, o que nos conduziria inevitavelmente aos aspectos bioéticos envolvidos na questão. No entanto, podemos verificar, mesmo que empiricamente, no cotidiano de nossas ações como enfermeiros, que existem mulheres que decidem ter filhos depois do diagnóstico positivo para o HIV, mostrando-se

como sujeito coletivo e, ao mesmo tempo, repleto de singularidades.

O fenômeno em questão é impactante e causa estranheza em nossa sociedade, causa perplexidades também nos meios acadêmicos e profissionais da área de saúde. O que pensam estas mulheres? Que sentimentos motivam tal comportamento? Qual a perspectiva da maternidade na qualidade de vida destas mulheres? Afinal, por que ter ou continuar tendo filhos sendo soropositiva?

Um estudo realizado em São Paulo, com 148 mulheres HIV positivas, relativo à sexualidade e questões reprodutivas, demonstrou que 76% dessas mulheres tinham filhos e que 21% pensavam em tê-los. Das 119 que tinham filhos, 36 os tiveram depois de se tornarem positivas para o HIV. A imensa maioria não foi beneficiada pela política de livre acesso ao tratamento com zidovudina (AZT) durante o parto, usado desde 1996 para reduzir a TV do HIV. Sendo assim, das 44 crianças nascidas das 36 mulheres HIV positivas, 16 foram positivas para o vírus, apresentando uma taxa de transmissão materno-infantil bastante alta (36%)<sup>5</sup>.

#### **A mulher, seu papel social e sua vulnerabilidade para o HIV**

Sabemos que as necessidades reprodutivas são marcadas por contextos sociais, culturais e morais. O desejo por ter filhos, por exemplo, é parte de um determinado papel social esperado para as mulheres e ameaçado pela condição sorológica, conforme registra Knauth<sup>6</sup>, em estudo sobre a subjetividade feminina e a soropositividade,

“A manutenção da atividade reprodutiva é uma importante estratégia utilizada pelas mulheres (...) acionada especialmente por aquelas que se encontram em fase de

consolidação de aliança e que buscam, através da maternidade, fortalecer essa relação”. Ainda, as relações com a família consanguínea, ao “ganhar” um descendente, também são reforçadas por meio da maternidade.

A valorização da procriação, principalmente em função de uma necessidade intrínseca da mulher, é antiga. Muitos povos, desde a antiguidade, valorizavam e enalteciam as mulheres que eram capazes de reproduzir, enquanto as inférteis eram excluídas na sociedade como um castigo<sup>7</sup>.

Tubert<sup>8</sup> aponta, que a valorização da maternidade modifica-se ao longo da história em função dos interesses econômicos, demográficos, políticos e outros. Está relacionada à completude, ou seja, para ser uma mulher de verdade, deve ser mãe. A maternidade representa parte identitária da estrutura da mulher. Por outro lado, a maternidade tida como esta expressão máxima da sexualidade feminina, ganha outra dimensão em tempos de aids: a do medo, da estigmatização e da culpa.

Ao nível macro-social a vulnerabilidade da mulher relaciona-se com diferenças pertinentes ao gênero, ao acesso às oportunidades de educação, emprego e estruturas de modernidade. Entendemos também que questões sociais como jornada de trabalho, responsabilidade não só em cuidar de si, mas de outros também e as dificuldades econômicas, associadas à discriminação, desigualdade, isolamento social, desinformação e também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, implicam na qualidade de vida das mulheres.

A adoção de medidas preventivas à infecção pelo HIV extrapola o conhecimento e a vontade individual, pois depende da capacidade efetiva de as pessoas assimilarem as informações, de sua possibilidade de acesso aos recursos para

praticá-las, além do poder para incorporar tais práticas em suas vidas para que então resultem em mudanças de comportamento<sup>9</sup>.

A falta de acesso às informações precisas sobre a aids constitui um dos elementos que aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento, pois dificulta o conhecimento e a compreensão dos agravos à saúde e o desenvolvimento de habilidades para alcançar mudanças comportamentais.

Podemos também considerar que a vulnerabilidade feminina está relacionada ao tipo de relação que a mulher mantém com sua sexualidade e consigo mesma. Os tabus sobre sexualidade, mesmo com o passar dos anos e apesar das mudanças morais ocorridas nas diversas sociedades, continuam indicando dificuldades tanto para homens quanto para mulheres, expondo-os a situações de risco e vulnerabilidade à saúde sexual.

Neste ponto há uma gama de dificuldades e subjetividades envolvidas no processo de negociação do sexo seguro: exigir do parceiro o uso da camisinha, a crença na capacidade das mulheres de conhecerem seus parceiros, a importância da fidelidade e confiança, o mito de que o uso camisinha reduz o prazer sexual, o não uso significar o desejo de uma relação estável e a associação do uso da camisinha com comportamentos desviantes e imorais.

A problemática que AIDS acarreta para a saúde da mulher e da criança vai muito além do que possamos imaginar em relação a complicações clínicas. A decisão sobre engravidar, amamentar ou não são questões que a mulher tem de ter condições de compreender e decidir de forma consciente e esclarecida, mas a decisão final deve ser da mulher.

A vivência da gravidez reforçada pela concepção idealizada da maternidade é muitas vezes mais valorizada que a soropositividade,

chegando a superá-la através da resignificação da doença, das suas conseqüências e do conhecimento da aids como uma das formas para o seu enfrentamento<sup>9</sup>.

Querer filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres, às vezes motivados por questões religiosas, para dar sentido a vida, às vezes por questões de gênero, para a construção da identidade feminina ou viril.

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

Segundo Giffin<sup>10</sup>:

Os direitos reprodutivos / direitos humanos, apresentam um vínculo que proporcionam a mulher o direito de decidir livremente a respeito das questões relativas a sexualidade, envolvendo saúde sexual e reprodutiva, sem se verem sujeitas à coerção, discriminação ou a violência<sup>10</sup>.

As diferentes dimensões que determinam uma pessoa infectar-se pelo HIV, acontecem de forma ampla e complexa, envolvem questões objetivas e subjetivas, em nível tanto social quanto individual, exigindo que pensemos em formas diferenciadas de intervenção, em particular, no que se refere às mulheres. Considerando as vulnerabilidades as quais a mulher se encontra inserida, tanto dentro quanto fora do contexto de infecção pelo HIV, não procede culpabilizar, nem tão pouco estigmatizar as protagonistas envolvidas na questão da epidemia.

### **Intervenções político-governamentais voltadas para a saúde da mulher: o confronto do ideal com o real**

O Projeto Nascer Maternidades<sup>4</sup> constitui uma medida política que apresenta o seguinte objetivo:

Capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no Projeto Nascer - Maternidades, com vista à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido, redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

O sucesso do projeto é considerado proporcional à responsabilidade compartilhada entre os diversos atores participantes, destacando a importância da adesão das maternidades e principalmente das equipes de saúde pela ação direta realizada na prestação de serviços de saúde de qualidade e pela capacidade de promover mudanças sociais.

Destaca ainda, que as gestantes/parturientes devem ser acompanhadas por equipe multiprofissional, visando cobrir as diferentes necessidades do ciclo gravídico-puerperal, inclusive as de origem social, familiar e emocional. Acrescenta ainda, a importância do enfoque holístico, incluindo o aspecto humano e não só médico-científico.

Em contrapartida, numa pesquisa realizada em Fortaleza<sup>11</sup>, para avaliar o atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS - que contou com o depoimento de dois médicos e seis enfermeiros responsáveis em realizar ações relacionadas à redução da TV no alojamento conjunto da maternidade em estudo - observou-se que, dos critérios considerados sobre as recomendações para redução da TV na assistência pós-parto, os profissionais não cumpriram totalmente aqueles avaliados, ou seja, nenhuma puérpera recebeu todas as intervenções  
Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. jan/mar. 2(1):572-582

preconizadas no puerpério, ações necessárias para redução da TV. Deste modo, os profissionais realizaram as intervenções e orientações apenas parcialmente.

O Plano Nacional de Políticas para as mulheres (PNPM)<sup>12</sup> propõe enfrentar as desigualdades sofridas pela mulher, referentes ao gênero e a raça em nosso país. O PNPM tem sua origem a partir das diretrizes estabelecidas na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (CNPM).

Dentro deste contexto, o Estado reconhece seu papel como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, alterando as dificuldades sociais existentes em nosso país. Todas as esferas de governo estão envolvidas neste processo - Governos Federal, Estadual e municipal - para que haja a concretização da modificação da vida das mulheres, através da possibilidade de relações igualitárias entre homens e mulheres, e entre as próprias mulheres.

O PNPM está traçado em quatro áreas estratégicas de atuação, a saber: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos e o enfrentamento à violência contra as mulheres.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>13</sup> destaca como objetivo maior, atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas. Para isto, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal tem dado ênfase ao atendimento à população feminina através de ações preventivas e de controle às doenças prevalentes nesse grupo populacional nos níveis primário, secundário e terciário de assistência.

As áreas de atuação do PAISM são divididas em grupos baseados nas fases da vida da mulher,

que englobam: a assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal (baixo e alto risco), parto e puerpério; assistência ao abortamento; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama; assistência ao climatério; assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS e assistência à mulher vítima de violência.

O conceito integralidade e universalidade do fundamentados no PAISM foram passíveis de questionamentos, pois destacavam a contradição entre a denominação "integral" e os objetivos apontados no conteúdo, que estariam concentrados somente nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher<sup>14</sup>.

Mesmo aqueles que não centravam suas críticas nesse aspecto, consideravam que o "integral" estava mal aplicado, porque o Programa persistia na visão, amplamente já difundida na sociedade, de que a mulher se define apenas pela sua capacidade de reprodução. As mulheres são plurais e as políticas de saúde devem levar em consideração as diferenças entre elas.

Apesar de todos os esforços do governo em criar estratégias e programas para alcançar metas que visam melhorar a qualidade de vida da mulher no âmbito biopsicossocial, ainda existem barreiras neste caminho que não permitem a eficácia e o sucesso dos mesmos. Faz-se necessário enfatizar que os profissionais de saúde precisam conhecer, entender, intermediar e praticar as ações de saúde que garantam os direitos e o bem-estar da mulher.

**Risco X Benefício: A busca do ponto de equilíbrio entre efeitos da medicalização, as expectativas e o bem-estar geral das mulheres que vivem com Aids**

No começo da epidemia afirmava-se que a Aids era inevitavelmente fatal e que se

desenvolvia rapidamente, levando suas "vítimas" à morte em menos de dois anos após sua manifestação. Hoje, ao contrário, sabe-se que nem todos os portadores do HIV desenvolveram Aids, conseguindo longa sobrevivência, com relativa qualidade.

É sabido que o uso correto dos antiretrovirais (ARV) e o monitoramento dos efeitos adversos causados por estas medicações, são muito importantes para a qualidade de vida dos que vivem com o HIV/Aids.

Porém, na contramão, o organismo deste indivíduo experimenta toda a sorte de mudanças metabólicas que constantemente evoluem para complicações de toxicidade hepática e renal, risco cardiovascular, lipodistrofia, osteoporose, pancreatite. Conviver com deficiência imunológica proporciona problemas advindos de co-infecções como, por exemplo, tuberculose pulmonar, pneumonias, hepatites B e C (que podem alcançar um grau crônico ou cirrose), bem como o aparecimento de linfomas.

Mesmo considerando algumas mudanças e restrições no cotidiano das pessoas com HIV/Aids, como as que são impostas pelo uso de medicamentos, não se pode reduzir ou restringir suas vidas à sua condição sorológica, nem mesmo supor que elas deixem de ter projetos ou aspirações em função da soropositividade.

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

A terapia ARV apresenta como objetivo retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida do portador do HIV ou com aids. Desde a publicação

do protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG)<sup>15</sup>, em 1993, a profilaxia tem avançado. Os resultados do protocolo evidenciam a redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia para a mãe e o bebê, a cesariana eletiva e a não-amamentação.

Os trabalhos encontrados na literatura relatam que o período de maior risco de transmissão do vírus concentra-se no 3.º trimestre da gravidez e principalmente no momento do parto. Sabe-se que, quanto menor for a carga viral da mãe, menor será a possibilidade de transmissão vertical.

Essa condição é o objetivo da profilaxia com medicamentos antiretrovirais, cujos efeitos visam fazer com que a gestante HIV positiva chegue ao momento do parto com a menor carga viral possível, de preferência indetectável ou pelo menos que seja menor de 1.000 cópias virais por ml. O estado clínico, a contagem de células T CD4+ e o nível da carga viral são os indicadores para a terapia.

As técnicas de reprodução assistida não estão disponíveis para a grande maioria dos portadores da infecção no Brasil. Porém uma maneira de contornar esse problema, já que a infecção pelo HIV não afasta o desejo de homens e mulheres portadores de terem filhos, está na orientação sobre a possibilidade da escolha da melhor fase da doença para fazê-lo, aquela em que o risco de transmissão seja menor.

Desta forma, compreendemos que estas mulheres precisam encontrar uma rede de apoio para que consigam enfrentar e se adaptar aos traumas de ordem psicológica, física, social, econômica, cultural e espiritual causados por sua nova condição de vida. Tais dificuldades podem ser identificadas pelo enfermeiro e consideradas em um plano de cuidados, pois a enfermagem como ciência e como profissão a serviço da humanidade tem o compromisso de estabelecer

condições favoráveis para a promoção da qualidade de vida de seus clientes. Neste sentido, a enfermagem deverá repensar a sua postura prática diante da sociedade e de seus diversos cenários, contribuindo para a discussão de novos desafios.

#### **Cuidado de enfermagem numa perspectiva humanista: outro modo de olhar para a mulher soropositiva**

A gravidez no contexto da infecção pelo HIV é um tema que gera discursos polêmicos e, muitas das vezes, preconceituosos, especialmente entre profissionais de saúde. Ancorados nos riscos da transmissão perinatal do HIV, os profissionais de saúde justificam seus sentimentos de indignação ou de incompreensão quando uma mulher, que já vivenciou por diversas vezes a maternidade e tem conhecimento da sua condição de soropositividade, manifesta o desejo de engravidar novamente ou chega grávida ao serviço de saúde.

Muitos destes profissionais apóiam-se sobretudo na epidemiologia para justificar essa indignação, e os programas chegam a resumir a saúde reprodutiva à profilaxia da transmissão vertical, no contexto do HIV/Aids. A mulher é observada de forma reducionista á incapacidade de administrar coerentemente o seu sistema reprodutor e, da mesma forma, desconsiderada como um sujeito inserido num diversificado contexto social.

A rejeição dos profissionais de saúde à gravidez no contexto da Aids, conforme corroborado por vários estudos,<sup>16,17</sup> confronta-se com o papel preponderante da noção de risco epidemiológico nas práticas assistenciais. Tal noção, muitas vezes, "limita as possibilidades de 'abertura' das práticas médico-sanitárias às diversas subjetividades socialmente construídas, às diferentes necessidades, ao dinamismo das realidades humanas"<sup>18</sup>.

Através de uma visão que abrange perspectivas de atuação mais significativas, o profissional de enfermagem é capaz de se empoderar de uma conduta assistencial pautada em valores humanísticos, que propiciem um ambiente terapêutico constitutivo de um novo paradigma de cuidado biopsicossocial para a mulher soropositiva. Aspectos pautados na ética, empatia e sensibilidade são fundamentais no processo de reabilitação do sujeito. Numa relação de cuidado transpessoal torna-se possível detectar os sentimentos e pensamentos desta mulher, bem como conhecer as percepções que tem de si mesma e assim pode haver uma apreensão mais apurada desta mulher sobre seu auto-cuidado.

Pelo prisma da Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson<sup>19</sup>, observamos uma concepção teórico-filosófica e métodos para sistematizar a prática de enfermagem. Watson acredita que o foco principal em enfermagem está nos fatores de cuidado que se derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos.

Para que os enfermeiros desenvolvam filosofias e sistemas de valores humanistas, faz-se necessário conhecer as ciências humanas que, por sua vez, oferecem uma fundamentação sólida a ciência do cuidado. Watson sinaliza que uma base de conhecimento em ciências humanas, possibilita para os enfermeiros a ampliação da visão a respeito do mundo, bem como o desenvolvimento de habilidades para o pensamento crítico onde, tais possibilidades, são essenciais à ciência do cuidado que tem seu foco na promoção da saúde e não na cura da doença.

Nesta teoria, o ser humano é considerado como ponto de convergência de todas as ações de enfermagem, a integralidade do corpo, mente e espírito em um processo transpessoal. O ato de acolher o outro, desenvolver a capacidade de ouvir sobre seus anseios, medos e expectativas,

estabelece condições para que se instaure o mais alto valor da vida<sup>20</sup>.

Para Watson o cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, pois, quando realizado de forma eficiente, promove saúde e crescimento individual ou familiar. Um ambiente de cuidado é capaz de proporcionar o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite a pessoa escolher a melhor ação para si mesma num determinado ponto no tempo. O verdadeiro cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de certas necessidades humanas. Praticar o cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde, e para propiciar auxílio àqueles que estão doentes.

O cuidado é a essência da enfermagem e conota sensibilidade entre o enfermeiro e a pessoa, pois este co-participa com a pessoa. O cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar controle, tornar-se conhecedora e promover mudanças de saúde. A autonomia da pessoa e sua liberdade de escolha têm uma alta consideração no sistema de valores humanistas de Watson.

Portanto o cuidado voltado para esta mulher, independente de seu status sorológico para o HI, deverá ser holístico, onde o enfermeiro precisará compreender suas atitudes, seus sentimentos e crenças. Segundo Siqueira<sup>15</sup>, se o ser humano é o sujeito do trabalho do enfermeiro é necessário conhecê-lo em sua natureza física, social, psicológica e também suas aspirações espirituais.

Favorecer e sustentar o sistema de crenças e instilar fé e esperança - um dos fatores de cuidado desenvolvidos por Watson - é imprescindível para referenciar o sobrenatural que vai ao encontro dos anseios espirituais. Motivar a fé-esperança sugere o resgate da auto-confiança do ser humano. Conhecer as subjetividades que

permeiam a vida desta mulher, mostrar respeito à sua crença e estimular a manutenção de sua fé, promovem sensação de bem-estar.

Neste processo terapêutico e transpessoal, um dos instrumentos mais poderosos que o enfermeiro poderá utilizar no estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico é uma comunicação harmoniosa. As características necessárias para o sucesso desta comunicação são baseadas na compatibilidade, onde o enfermeiro deverá ser autêntico em suas interações e não façam uso de fachada; na empatia, onde sejam aceitos os sentimentos do cliente sem que o enfermeiro se comporte na defensiva; e na calidez, que refere-se à aceitação positiva do outro.

A comunicação não-verbal por muitas vezes é captada de forma mais expressiva que as palavras. A interpretação do que é dito vem acompanhada por uma gama de sinais que demonstram se há veracidade na comunicação: o tom de voz, sua intensidade, a expressão facial. Por isso cada gesto demonstra o verdadeiro interesse dispensado a esta cliente. É importante olhar nos olhos, oferecer um sorriso, ouvir o que está sendo dito e tocar com carinho, tais gestos trazem sensações de acolhimento e segurança.

O cuidado produz efeito terapêutico quando há incentivo para a expressão de sentimentos positivos e negativos. A expressão das emoções faz parte da percepção que temos de nós próprios, o que pensamos e, conseqüentemente, como agimos, deve ser valorizada neste processo de reestruturação.

Um outro fator de cuidado designa propiciar um ambiente espiritual, sociocultural, físico e mental corretivo, protetor e de apoio. Existe uma interdependência entre os ambientes externo e interno, ou seja, questões objetivas - como fatores físicos, de segurança e ambiental- e questões subjetivas - como processos mentais,

culturais e espirituais. Sabemos que a percepção que cada um tem tornará o ambiente ameaçador ou não. O enfermeiro deverá ser capaz de determinar a avaliação que a pessoa faz da situação que está vivenciando e suas habilidades para enfrentá-las.

Watson recomenda uma ampla abordagem à enfermagem que busque mais conexões do que separações entre as partes que compõem a totalidade da pessoa. O enfermeiro é o profissional de saúde que passa maior parte do tempo em contato com outras pessoas durante a reestruturação do processo saúde/doença. No atendimento às mulheres soropositivas esta realidade não é diferente. Portanto o enfermeiro, através da teoria de cuidado transpessoal, poderá contribuir para o resgate da dignidade destas mulheres dentro da sociedade, capacitando-as à participação nas decisões sobre sua própria saúde enquanto sujeito coletivo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se atualmente sobre a repercussão da “feminização” do HIV/Aids, nos países em desenvolvimento. O modo mais freqüente de transmissão heterossexual é a relação heterossexual consentida, sem proteção e envolvendo afeto. Já não cabe mais falar em grupos de risco, pois a infecção com o HIV não contempla mais, somente, as prostitutas e usuárias de drogas injetáveis, mas donas de casa, que resguardam a fidelidade conjugal.

A partir do diagnóstico, instala-se, no cotidiano de vida da pessoa, o medo que se apresenta com diferentes faces: o medo de si mesma, o medo da discriminação, o medo do preconceito, o medo do sofrimento físico e o medo da morte. Soma-se a estes fatores a face mítica do HIV/AIDS que traz, em seu bojo, além

da recusa social, a própria culpabilização e por parte dos familiares.

A estigmatização da doença que remete a condutas de contravenção e do próprio descuido em não proteger-se em suas relações sexuais, reacende o medo, a culpa de ser julgada pelo seu companheiro/marido e pelos próprios filhos, pois é da culpa e, conseqüentemente do castigo que se formula a natureza do HIV/AIDS no imaginário do ser humano. Tais sentimentos emergem do desconhecimento, das informações incorretas sobre a transmissão, da evolução da doença e dos meios de comunicação.

Como citado, a falta de informação, dentre outras dificuldades sociais, é um fator que pode potencializar a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV, porém vale ressaltar que muitos profissionais de saúde, também precisam de atualização quanto às novas condições epidemiológicas, científicas e de acesso que favorecem uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

É inerente ao enfermeiro, como agente do cuidado, investigar e analisar a efetividade das campanhas educativas divulgadas nos meios de comunicação e como tem sido feita a prevenção da epidemia, já que o número de mulheres infectadas tem aumentado progressivamente.

É de fundamental importância a atitude do profissional enfermeiro no acolhimento das mulheres soropositivas. Faz parte do cuidado ético, informar e esclarecer corretamente utilizando um vocabulário acessível, com escuta e aconselhamento, pois o direito de ter filhos cabe somente à mulher e para tanto ela precisa estar bem orientada para essa decisão.

O constante conflito que atinge a vida das mulheres contaminadas deve ser foco das ações planejadas por equipes de saúde multiprofissional, para atender as necessidades do tratamento medicamentoso e oferecer o apoio moral e

psicológico necessários, possibilitando o enfrentamento do medo paralisante, abrindo novas oportunidades para ressignificar suas vidas.

Compreender o significado de cada uma dessas preocupações é essencial, na medida em que oferece maiores e melhores subsídios para uma intervenção mais adequada. Cabe aos profissionais se disponibilizarem para essa compreensão, oferecendo a essas mulheres a oportunidade de falar, questionar, expor suas idéias, angústias e expectativas em relação a sua vida e aos que delas dependem.

Tendo em vista a complexidade de ser mulher, mãe e infectada pelo HIV, deve-se considerar que as ações preventivas, para serem resolutivas, precisam ser iniciadas o mais precocemente possível e estar mais próximas da realidade social e cultural da população. Eis o desafio do profissional enfermeiro - centrar sua prática para muito além do HIV/AIDS em si. Uma prática voltada para o ser humano mulher em todas as suas dimensões.

## REFERÊNCIAS

- 1-Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/ AIDS. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 20 set. 2007.
- 2- UNAIDS. AIDS. Epidemic Update December 2002- Agência das Nações Unidas para AIDS.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde- Secretaria de Atenção à saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança; 2004.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer Maternidade; 2003, p. 7-8.
- 6-Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. São Paulo: Editora 34; 1999.

- 5-Santos NJS *et al.* Mulheres HIV Positivas, Reprodução e Sexualidade. 2002; 36 (4 Supl): 12-23. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11159.pdf> Acesso em 23/07/2008.
- 7-Tanaka ACA, Alvarenga AT. Tecnologias e medicalização na concepção e anticoncepção. In L. Galvão & J. Díaz (Orgs.), São Paulo: Hucitec; 1999, p. 198-208.
- 8-Tubert S. Mulheres sem sombra-maternidade e novas tecnologias reprodutivas. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos;1996.
- 9- Costa MS, Silva GA. Gestante HIV Positivo. O Sentido da Descoberta da Soropositividade durante o Pré-natal. REME - Rev. Min. Enf.; 9(3):230-236, jul./set., 2005.
- 10- Giffin KHS. Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 11- Barroso LMM; Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. Texto contexto - enferm. v.16 n.3 Florianópolis jul./set. 2007.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Política para Mulheres. Relatório de Implementação. 2005, 2006, 116 p.
- 13- Brasil. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Acesso em 10/10/2008. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?tt\\_CD\\_CHAVE=6805](http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?tt_CD_CHAVE=6805)
- 14- Duarte MJM. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro 1998. Acesso em 25/09/2008. disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000500011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000500011&script=sci_arttext).
- 15- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids. Consenso: recomendações para profilaxia de transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes 2006. Brasília. 2006. 81p. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. jan/mar. 2(1):572-582
- 16- Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(Supl 2):S315-23.
- 17- 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):105-33.
- 18- Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 19- Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: FADavis; 2005.
- 20- Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
- 21- Siquera J E . Bioética e Estudos Reflexivos. Londrina: UEL; 2000.

Recebido em: 09/12/2009

Aprovado em: 13/01/2010