

Mulher, gestação e AIDS: perspectivas psicossociais da transmissão vertical do HIV.

Souza da Silva, Carla Glenda y Alchieri, João Carlos.

Cita:

Souza da Silva, Carla Glenda y Alchieri, João Carlos (2005). *Mulher, gestação e AIDS: perspectivas psicossociais da transmissão vertical do HIV. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/130>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/yqh>

MULHER, GESTAÇÃO E AIDS: PERSPECTIVAS PSICOSSOCIAIS DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Carla Glenda Souza da Silva; João Carlos Alchieri
Secretaria de Saúde PB

Resumen

O primeiro caso de Aids notificado no Brasil ocorreu em 1980 e foi em 1985 diagnosticado o primeiro caso de transmissão vertical o que acarretou a importância cada vez maior de ações preventivas, de assistência, tratamento, controle e acompanhamento para a população feminina. O objetivo do estudo é apresentar alguns aspectos psicossociais que envolvem a Aids quando se acompanha mulheres e gestantes soropositivas, bem como expor os avanços, facilidades e dificuldades enfrentadas no Brasil para a assistência de qualidade. Enfatiza-se que a co-responsabilidade é a forma mais eficiente e justa de promover políticas públicas condizentes com as inúmeras realidades enfrentadas no Brasil em suas cinco grandes regiões. Divisão de tarefas, parcerias, comprometimento da sociedade civil, das entidades de classe e da população em geral, favorecem o aperfeiçoamento do sistema e permitem o controle social.

Palabras Clave

Aids, Transmissão Vertical, Mulher.

Abstract

WOMAN, GESTATION AND AIDS: PERSPECTIVES PSICOSSOCIAIS OF THE VERTICAL TRANSMISSION OF THE HIV

The first case of AIDS notified in Brazil occurred in 1980 and 1985 was diagnosed the first case of vertical transmission what each bigger time of injunctions caused the importance, of assistance, treatment, control and accompaniment for the feminine population. The objective of the study is to present some psicossociais aspects that involve the AIDS when it is accompanied by soropositivas women and pregnant woman, as well as, to display the advances, easiness and difficulties faced in Brazil for the quality assistance. It is emphasized that the co-responsibility is the form most efficient and joust to promote it says well public politics with the innumerable realities faced in Brazil in its five great regions. Division of tasks, partnerships, to pledge of the civil society, the entities of classroom and the population in general, favor the perfecting of the system and allow the social control.

Key words

AIDS, Vertical Transmission, Woman.

A Epidemia: Aids

O Ministério da Saúde (1999) expõe a relevância de compreender que o perfil epidemiológico da doença vem mudando, a epidemia que em sua primeira fase (1980 a 1986), caracterizava-se pela prevalência da transmissão em homo e bissexuais, de escolaridade elevada, passa a uma segunda fase (1987 a 1991), a caracterizar-se pela transmissão sanguínea, especialmente na subcategoria de usuários de drogas injetáveis (UDI). Inicia-se um processo de pauperização e interiorização da doença, em outras palavras, pessoas com baixa escolaridade e de pequenas cidades do interior estavam se infectando. Em uma terceira fase (1992 até a presente data), é verificado um aumento de casos por exposição heterossexual, assumindo cada vez mais importância a introdução de casos do sexo feminino. Tem-se assim, a exposição heterossexual atualmente representando a principal subcategoria de exposição em crescimento (1991 eram 21%, e em 1996/97 passam a 55%). De acordo com o Ministério da Saúde (2003) foram diagnosticados no Brasil no período de 1980-2003, 310.310 casos de Aids, as regiões Sudeste e Sul concentram 84,8% dos casos. Só em 2003 houve uma incidência de 9.762 casos a taxa de incidência para o Brasil foi de 5,5/100.000hab., para as grandes regiões do Brasil ficou da seguinte forma: 8,5, região Sul; 7,5 Sudeste; 3,5 Centro-Oeste; 2,5 Norte e 2,3 Nordeste. Deve-se levar em consideração o atraso das notificações e, portanto tomar por base o ano de 2002, quando foi verificada uma redução na taxa de incidência de Aids em relação ao ano de 2001, sendo 7,2% no Norte, 1,8% no Nordeste, 23,3% no Centro-Oeste, 17,7% no Sudeste, e de 2,7% no Sul. Dentre os 26 Estados e Distrito Federal, o aumento de incidência da doença em relação ao ano de 2001 ocorreu nos estados de Rondônia, Acre e Pernambuco. Centrando os estudos nos casos de Aids que têm afetado o sexo feminino, é possível apresentar dados que explicitam a vulnerabilidade dessa população específica à contaminação por HIV/Aids. No período de 1983 a 2003, segundo a faixa etária foram notificados 89.527 casos, representando 28,8% do total de casos no País. A razão de sexo nesse período foi de 2,5 casos masculinos para cada caso feminino. Observou-se um adoecimento maior entre as faixas etárias de 20-49 anos, respondendo por 83,4% dos casos da doença, passa-se a verificar uma tendência não só a feminização da doença, como também ao aumento do número de casos entre mulheres mais velhas. A principal categoria de exposição é a sexual (63,8%), seguida da sanguínea (20,3%) e perinatal (2,9%). Dos casos de Aids pediátricos no país no mesmo período (1983-2003) que representaram 3,4% (10.577 casos) do total dos diagnosticados no país, 83,6% (8.843) têm como via de transmissão a materno-infantil - transmissão vertical, perinatal. As mulheres com mais de 13 anos de idade que tiveram como categoria de exposição via sexual (heterossexual), representaram 86,9% dos casos. A transmissão sexual vem aumentando ao longo da série histórica, passando de 70,7% em 1992 para 93,5% em 2003. A via de transmissão mais importante é a relação sexual, especialmente a anal, pois a mucosa do reto é mais frágil que a da vagina e se rompe facilmente durante o coito, abrindo caminho à entrada do vírus na corrente sanguínea. Para cada caso diagnosticado haverá, provavelmente, 50 a 100 pessoas infectadas. O perfil da Aids no Brasil assemelha-se ao dos países do Hemisfério Ocidental,

no que se refere a distribuição espacial, sexo, idade, além de um aumento no número de casos de transmissão perinatal ou de transfusão de sangue e/ou derivados. O risco aumenta na mesma proporção que aumenta o número de parceiros e dobra se estes não tomam a precaução necessária. A segunda situação são as transfusões de sangue. A terceira é o ato de compartilhar seringas. E a quarta é a gestação, transmissão vertical (Marin, Paiva e Barros, 1991; Wisdom, 1994; Queiroz, 1997; M.S., 1999).

Mulher, Grávida e Aids: Perspectivas Psicossociais

O conceito hegemônico sobre os grupos mais atingidos pela doença, até então foi um fator importante para a população feminina não se perceber vulnerável à infecção pelo HIV, conseqüentemente não adotando medidas preventivas. A não inclusão das mulheres nos "grupos de risco" - atualmente trabalha-se com populações específicas na perspectiva da vulnerabilidade social - afastou-as dessa possibilidade, e as ações de prevenção direcionadas às mulheres foram tardias. A própria cultura brasileira, machista, vertical e desigual, no cotidiano das relações de gênero, reforçou esse atraso (Figueira Júnior e Della Nina, 1997; PE, 2000). Ao longo do tempo as campanhas preventivas têm abordado o sexo como um ato mecânico e desprovido de qualquer carga emocional. A grande maioria das pessoas que se contaminam com o HIV por via sexual, tanto homo, bi e heterossexuais, em algum lugar de sua mente foi buscar no sexo o que não era próprio do sexo, tentando provar através dele coisas que não podem ser provadas. Muitos quiseram fazer sexo seguro, mas, para dar prova de amor e confiança, se arriscaram e se contaminaram. Outras não quiseram perder a oportunidade do prazer imediato e também se contaminaram. Essas pessoas têm em comum a dificuldade de lidar com as suas emoções, principalmente aquelas mais vinculadas com as do sexo (Picazio, 1999). Em uma pesquisa intitulada "*Transmissão Vertical do HIV em População de Baixa Renda do Sul do Brasil*", foi observado que apesar dos inúmeros esforços que vêm sendo feitos pelo poder público para tratar adequadamente a doença persistem, ainda, várias falhas no acompanhamento desses pacientes, comprometendo o resultado final. O número elevado de gestantes fora do pré-natal, o início tardio do pré-natal, com o conseqüente retardo no diagnóstico e início da medicação, o mau preenchimento dos prontuários médicos dificultando a tomada de decisão e o alto índice de abandono por parte dos pacientes no acompanhamento da doença no ambulatório especializado são apenas alguns dos problemas enfrentados (Stefani, Araújo e Rocha, 2004). De acordo com Moore (1999) o preconceito, após o impacto do diagnóstico, ainda é uma das mais fortes preocupações das pessoas acometidas, uma vez que diante das referências depressoras, o medo de ser rejeitado, abandonado, da futura ou presente mudança do corpo, a dor e o sofrimento, o desconhecido e perspectiva de morte súbita, promovem no indivíduo uma fase de crise. A maior parte dos casos de transmissão vertical do HIV (aproximadamente 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação e através do aleitamento materno. A taxa de transmissão vertical, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20% e com o uso combinado de determinadas intervenções pode ser reduzida para cifras de 1%. O Protocolo 076 da "*Aids Clinical Trial Group*" (PACTG-076) de 1994, comprovou que uso do AZT pela mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelo recém-nascido por 6 semanas, pode reduzir a transmissão do HIV em cerca de 67,5%. A transmissão pelo aleitamento materno é evitada com a substituição pelo leite artificial ou dos bancos de leite humano que fazem aconselhamento e triagem das doadoras. Dos casos de Aids em menores de 13 anos, 90%, têm como via de transmissão a infecção intra-uterina (Melo Filho, 1992; Pinho Neto e Frade, 1999; M.S., 2001; M.S., 2004). Figueira Junior e

Della Nina (1997) observam que a freqüência e a distribuição dos casos de Aids em mulheres está fortemente relacionada a função sexual e reprodutiva. As mulheres enfrentam, dificuldades quanto a acesso aos recursos de planejamento familiar, e prevenção, na influência das crenças religiosas e na importância dos filhos como referência na construção da identidade do casal. Cabe ressaltar alguns pontos essenciais para que a gestante HIV+ tenha seu direito de conceber garantido:

a) *o impacto da notícia*: apesar de no geral as mulheres serem bem informadas, constata-se que em sua intimidade essas informações estão dissociadas de sua vida afetiva, reprodutiva e sexual. Como conseqüência do medo da contaminação e da dificuldade em solucionar essas questões em sua vida, descobre-se HIV+ em uma vigente gravidez, ou mesmo não conseguem evitá-la quando cientes de sua condição de saúde. Quando a mulher recebe a notícia sua percepção da realidade fica confusa, como se ela fosse forçada a despojar-se de sua gravidez, devido à força do diagnóstico e/ou do medo da doença que passa a fazer parte da sua vida grávida, conflito este que fica expresso no significado de vida e de morte. Desta forma, pelo próprio estado de desorientação que o momento provoca é fundamental que receba informações simples e objetivas, pois o diagnóstico pode vir a romper o vínculo que a mãe tinha com o médico ou com a assistência que vinha recebendo, o que aumentaria sua angústia e a do profissional que a atendeu. Oferece-se um pouco mais de tempo e orientação à paciente naquilo que ela pode ouvir ou desejar compreender, antes de seguir no atendimento ou de transferi-la para um centro especializado, sendo esta conduta essencial para a diminuição do stress;

b) *o resgate do afeto materno*: a verbalização de receios, crenças e até mesmo o desejo de morrer são muito comuns, em um primeiro momento. A recuperação do sentimento materno é uma maneira de fortalecer a mãe e proporcionar-lhe melhores recursos para a sua adaptação ao momento grávido. A mulher precisa de segurança afetiva e apoio do contexto familiar e assistencial. Caso contrário terá sua auto-imagem prejudicada em sua auto-estima e tenderá a sentir-se "*ruim por dentro*", como se não fosse capaz de gerar "*bons bebês*". A expectativa presente nelas é de sempre serem tratadas como grávidas, sendo portadoras do HIV ou não;

c) *o sentimento da mulher em relação à gestação*: devido aos sentimentos mórbidos que acometem a gestante portadora do HIV, despertados por sua condição de saúde, há uma intensificação dos aspectos ambíguos (aceita e rejeita o feto, o que é fruto da necessidade de reestruturação da personalidade e do papel sócio-familiar da mãe) e que são transferidos e referidos ao feto. O aborto expressa, além da rejeição ao filho, a dúvida quanto à continuidade da gestação por causa da incerteza quanto a sua própria vida. Mas pensar em aborto é uma condição passageira nesses casos; uma vez que a gravidez é um fato. A gravidez associada à Aids gera tais sentimentos, que farão parte da relação materno, podendo nutrir ou não a idéia de que estará provocando algum mal intencional ao feto. Portanto, assegurar para si uma nova expectativa de vida será uma nova forma de suportar a situação, manter presente o afeto pelo filho e protegê-lo.

Outros aspectos, como o aumento do período de cobertura do pré-natal, incremento na captação e adesão nos primeiros trimestres da gestação, capacitação de profissionais do Programa Saúde da Família para aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis, vinculações e parceria com a Atenção Básica para cobertura da população sexualmente ativa e, principalmente, das gestantes, são algumas das ações essenciais a médio e longo prazo visando aperfeiçoar a cobertura nacional. Estas ações não poderão estar dissociadas das atuais políticas públicas locais mais eficientes, inclusivas, com parcerias conjuntas a entidades de classe, e sociedade civil.

Considerações Finais

Alonso (1991) considera a Aids um assunto não só da saúde pública, mas também, de políticos, teólogos, filósofos, sociólogos, médicos, para todos os especialistas e não-especialistas, enfim, Aids diz respeito a todos os seres humanos, sem distinção. Percebe-se diante da discussão levantada, que o Ministério da Saúde, através do PN-DST/AIDS tem investido em políticas públicas mais eficientes que visam cumprimento das diretrizes do SUS5. Urge a racionalização de recursos e principalmente divisão de responsabilidades entre as três esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal), possibilitando ações efetivas e eficazes a serem empreendidas na luta contra o avanço da doença. Para finalizar apresenta-se o depoimento de uma mulher que se descobriu com Aids, grávida com 7 meses e meio, e procurou a autora após saber do diagnóstico: "Eu pedi a médica no início da minha gestação para fazer o exame de HIV, porque eu sei da necessidade no pré-natal, e ela disse que eu não precisava porque eu tinha boa aparência e apenas meu parceiro fixo..." (M., 27 anos). O resultado dessa história foi que realizamos um aconselhamento pós-teste, e encaminhamos a gestante para um serviço especializado (SAE Materno-Infantil), fizemos um acompanhamento paralelo, o bebê nasceu já fez o primeiro teste e até a presente data não soroconverteu, deverá fazer outro teste com 18 meses.

São Paulo: Ed. Atheneu, 1997.

STEFANI, Mariane, ARAÚJO, Breno F., ROCHA, Neiva M. P. Transmissão Vertical do HIV em População de Baixa Renda do Sul do Brasil. *In: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. V.16, Nº2. Rio de Janeiro: SBDST, p.33-39, 2004.

SOARES, Darli A., ANDRADE, Selma M. de, CAMPOS, João J. B. de. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. *In: BRASIL*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Curso de Especialização do Desenvolvimento da Gestão Descentralizada do PN-DST/AIDS. Brasília: M.S., 2004.

VELOSO, Marcelo A.. Encantos no Masculino. *In: CUT*. Escola de Formação Sindical da CUT no Nordeste. As Relações de Gênero. Recife: Edições Bagaço, 2000.

WISDOM, Anthony. Atlas Colorido de Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Artes Médicas, 1994.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, Luiza. Aids: quem ganha com a discriminação e a desinformação. *Psicologia Ciência e Profissão*. Nº01, 02, 03, 04, Distrito Federal: CFP, p.36-38, 1991.

AYRES, José R. de C. M. et. al.. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. *Apud* Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN-DST/AIDS. Universidade Federal do Maranhão-UFMA. Projeto de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada PN-DST/AIDS: Especialização. Brasília: M.S., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª ed. Brasília: M.S., 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de Tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: M.S., 2001.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. PN-DST/Aids. Boletim Epidemiológico de AIDS. Ano XVII Nº01 - 01 à 52 Semanas epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003. Brasília: M.S., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Ações Populares de Educação na Saúde. Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS. Direito Sanitário e Saúde Pública. V.2. Brasília: M.S., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Centers of Diseases Control and Prevention*. Monitor Aids: sistema de monitoramento de indicadores do programa nacional de DST e Aids (Versão 1.0). Brasília: M.S., 2004.

FIGUEIRA JÚNIOR, Nelson, DELLA NINA, Milton. Aids e Ciclo Gravídico-Puerperal. *In: Zugaib, Marcelo, Tedesco, José J., Quayle, Julieta*. Obstetria Psicossomática. São Paulo: Ed. Atheneu, 1997.

MARIN, Heimar de F., PAIVA, Mirian S., BARRROS, Sônia Mª O. de. Aids e Enfermagem Obstétrica. São Paulo: EPU, 1991.

MELLO FILHO, Júlio de. Aids: o doente, o médico e psicoterapeuta. *In: Mello Filho, Júlio de*. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MOORE, George. Preconceito, Estereótipos e Discriminação. *In: Rodrigues, Aroldo, Assmar, Eveline Mª. L., Jablonski, Bernardo*. Psicologia Social. 18ª ed.. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária. PE-DST/Aids. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Material didático elaborado pelo PN-DST/AIDS - M.S.. Pernambuco: 2000.

PICAZIO, Cláudio; com colaboração de Eduardo Bittencourt, Rogério Brugnera e Alexandre R. Araújo. Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade. 2ªed. São Paulo: Edições GLS, 1999.

PINHO NETO, Otávio S. de, FRADE, Joana D. M. da S. Aids e Mulheres: transmissão vertical do HIV. *In: Revista de Extensão / UFPB, Pró-Reitoria para Assuntos Comunitários*. Ano IV, nº9. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 1999.

QUEIROZ, Amaury. Aids: aspectos psicossomáticos. *In: Mello Filho, Júlio de et. al*. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

QUEIROZ, Wladimir. Epidemiologia. *In: Negra, Marinella D., Marques, Heloisa H. S., Queiroz, Wladimir, Lian, Yu C. (Org.)*. Manejo Clínico da Aids Pediátrica.