

**GESTANTE PORTADORA DO HIV: RELATO DE
UMA EXPERIÊNCIA¹**
***PREGNANT WOMAN CARRYING HIV: AN EXPERIENCE
REPORT***

Daiana Terra Ribeiro²
Claudia Diaz³

RESUMO

Na pesquisa visou relatar-se o caso de uma gestante portadora do HIV, com a finalidade de identificar suas dúvidas e angústias, oferecendo suporte informativo e emocional diante das questões levantadas no decorrer dos encontros domiciliares. Optou-se, aleatoriamente, por relatar o caso de F.G.K., 24 anos, gesta IX p/ II, analfabeta, viúva, com condição socioeconômica precária, internada em um hospital público de Santa Maria – RS, em outubro de 2001, por hiperêmese gravídica. Foram realizadas duas visitas domiciliares, nas quais os dados foram coletados sob a forma de entrevista semi-estruturada e observação do ambiente, seguindo os preceitos éticos descritos na Resolução 196/96. A história desta gestante reflete uma trajetória de sofrimentos, entre eles: prostituição, etilismo, discriminação e preconceito pela AIDS, abortamentos, depressão, etc. No decorrer dos encontros, procuraram-se elucidar as dúvidas e medos em relação à doença, orientando sobre as medidas de prevenção, principalmente, em relação ao feto e aos parceiros sexuais. Devido à interação conquistada e como forma de recompensar a contribuição da gestante no decorrer do trabalho, será oferecido o acompanhamento durante o parto.

Palavras-chave: HIV, gestação, relato de experiência.

ABSTRACT

In the present research, it was aimed to report the case of a pregnant woman carrying HIV, with the purpose of identifying her doubts and anxieties, providing informative and emotional support toward the questions raised during home visits. At random, it was selected to report the case of a 24-year-old widowed illiterate grávida IX p/ II, in a poor socioeconomical condition, who was admitted to a public hospital in Santa Maria, RS, in

¹ Trabalho Final de Graduação.

² Curso de Enfermagem - UNIFRA.

³ Orientador.

October of 2001 due to hyperemesis gravidarum. Two home visits were made, in which the data were collected by means of a semi-structured interview and environment observation, following the ethical precepts described in the 196/96 Resolution. The story of this pregnant woman reflects a trail of suffering, among them, prostitution, elitism, discrimination and prejudice against AIDS, abortions and depression. During the meetings, it was intended to elucidate the doubts and fears toward the disease, giving directions about prevention measures, mainly in relation to the fetus and sexual partners. Due to the interaction gained and as a way of rewarding the woman's contribution throughout the work, she will be offered assistance during the delivery.

Key words: HIV, pregnancy, experience report.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), a soroprevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre as gestantes, foi de 0,9%, em outubro de 1998. Essa realidade é assustadora e ainda, estima-se que, sem qualquer intervenção, 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou parto, ou ainda pela amamentação.

Esses dados denotam apenas parte da estatística sobre a situação da infecção pelo HIV em gestantes. No entanto, sabe-se que inúmeras portadoras não notificam a doença.

Por tratar-se de uma epidemia de crescimento alarmante, sua disseminação tem ocorrido em larga escala, principalmente nos países subdesenvolvidos, onde as condições precárias de vida, atreladas à desinformação fazem com que a infecção se alastre. Assim, buscou-se estudar este tema tanto pela incidência cada vez maior no número de casos, como pela deficiência de informações entre as pessoas.

Por isso, nesta pesquisa, trabalha-se com uma gestante portadora de HIV que procurou atendimento em um hospital público de Santa Maria – RS, no mês de outubro de 2001. Foi realizado um encontro hospitalar e duas visitas domiciliares, a fim de coletar os dados necessários para o relato do caso, com o intuito de alcançar os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Relatar o caso de uma gestante portadora do HIV.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar as principais dúvidas e angústias da gestante portadora do HIV, oferecendo suporte informativo e emocional durante os encontros;
- Promover encontros interativos por meio das visitas domiciliares para que a realidade e as dificuldades da gestante pudessem ser identificadas e na medida do possível, sanadas.

REVISÃO DE LITERATURA

HIV

Segundo BRUNNER & SUDDARTH (1999), o HIV pertence ao grupo de vírus conhecido como retrovírus, o qual indica que o mesmo carrega seu material genético no ácido ribonucleico (RNA) mais que o ácido desoxirribonucleico (DNA). A replicação viral continua por todo o curso da infecção HIV; o principal local é o tecido linfóide. Acredita-se que a taxa de produção do HIV esteja associada com o estado de saúde da pessoa infectada. Se a pessoa não está lutando contra outra infecção, a reprodução do HIV pode proceder lentamente. No entanto, acelera quando a pessoa está combatendo uma outra infecção ou quando o sistema imune é estimulado. Isto pode explicar o período latente exibido por algumas pessoas depois de infectadas pelo HIV.

FLASKERUD (1992) diz que, desde 1981, a epidemia de AIDS vem assumindo maiores proporções; as projeções indicam que ela acabará emparelhando com as maiores causas de óbito da história, caso não se consiga um bom avanço na luta contra a síndrome.

Grandes áreas urbanas continuam a relatar mais casos de AIDS do que as áreas rurais devido à maior incidência de uso de drogas injetáveis e das práticas sexuais de alto risco. O HIV é predominantemente uma infecção de pessoas jovens, a maioria apresentando entre 17 e 55 anos de idade. Contudo, também foi registrado em homens e mulheres idosos. O maior aumento proporcional ocorreu em mulheres, sobretudo naquelas entre 20 e 29 anos. Estas mulheres adquiriram a doença pelo contato heterossexual enquanto adolescentes. Um aumento de AIDS no grupo de bebês é esperado por resultar em um aumento no número de crianças com infecção HIV (BRUNNER & SUDDARTH, 1999).

Segundo PADOIN & DE PAULA (2000), a AIDS é uma epidemia global que, em menos de 20 anos, adotou proporções com foco de disseminação em todos os continentes. Foi descrita inicialmente em

homossexuais e, atualmente, atinge homens, mulheres, jovens, crianças e idosos, ou seja, independente da idade, e também de diferentes classes sociais, raças, valores ou cultura. No Brasil, estima-se que haja 540 mil infectados. Diante dessa realidade, é necessário que estejam preparadas com conhecimento científico, ético e humano e despidos de preconceitos e julgamentos, reconhecendo a real vulnerabilidade a que estamos expostos para que se possa lutar na prevenção da transmissão do HIV e garantir às pessoas já contaminadas seus direitos e cidadania, buscando uma vida com qualidade para todos, independente da condição sorológica.

De acordo com RACHID & SCHECHTER (1999), a transmissão do HIV ocorre por meio das relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados e da mãe infectada para o concepto. A transmissão, nas relações sexuais, é bidirecional, tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais. O risco de transmissão aumenta com a prática do intercuro anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado. A presença de doenças sexualmente transmissíveis, a ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual também aumentam a possibilidade de transmissão do HIV.

Além das formas sexual e sangüínea (associada ao uso de drogas injetáveis), também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV e transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, o que está aumentando devido à maior transmissão heterossexual.

HIV NA GESTAÇÃO

Conforme NEME (2000), o aumento da infecção pelo HIV nas mulheres é decorrente de sua vulnerabilidade, o que se pode observar em três esferas: biológica, sociocultural e programática. Quanto à **suscetibilidade biológica**, refere-se à transmissão sexual do homem para a mulher como duas a três vezes mais freqüente do que na direção oposta. Esta diferença se explicaria pela maior superfície de mucosa vaginal que se expõe ao pênis, possíveis infecções cervicovaginais que ativam o sistema de resposta imune local que facilitam a entrada do HIV e dos microtraumatismos associado ao coito vaginal e anal. A **suscetibilidade sociocultural** está atrelada à dependência econômica e às relações de gênero, que culminam com a falta de poder das mulheres para negociar ou até exigir o sexo seguro. A **suscetibilidade programática** está na carência de serviços de saúde e estratégias de prevenção comprovadamente eficazes que se dirijam às mulheres.

O conhecimento do tratamento anti-HIV permite reduzir o risco de transmissão do vírus à criança. Entre as mulheres que não recebem tratamento durante a gravidez, o risco é muito maior, mesmo sendo assintomáticas. Nas gestantes sintomáticas, o aborto espontâneo, a prematuridade, o descolamento prematuro da placenta, o retardo de crescimento intra-uterino e o baixo peso são algumas conseqüências freqüentes.

Partindo-se do pressuposto de que a própria mulher soropositiva é quem irá decidir se deverá engravidar ou não, seria necessário recolher o máximo de informações possíveis a fim de fazer uma opção consciente.

FLASKERUD (1992, p.126) diz que:

O impacto psicossocial da AIDS sobre as mulheres em idade fértil não pode ser separado da própria doença. Muitas mulheres que são positivas para os anticorpos anti-HIV encaram o dilema de aceitarem o conselho para não engravidarem ou de jogar com a sorte de que seus filhos podem ser um dos felizardos e escaparem da infecção por este vírus.

É importante salientar que as mulheres soropositivas que engravidam apresentam uma maior probabilidade de experimentarem uma aceleração de sua doença e de desenvolverem a AIDS. Assim, o BRASIL (2000) reforça a importância em se oferecer o teste rápido (resultado em 30 minutos) a toda gestante que chegar aos hospitais sem ter realizado o teste anti-HIV durante o pré-natal, para que, se o resultado for reagente, a paciente seja encaminhada o mais rapidamente possível para realizar testes confirmatórios. A identificação de gestantes soropositivas para o HIV é fundamental para um tratamento adequado no ciclo gravídico-puerperal e no período neonatal.

Segundo FREITAS *et al*, (2001), o pré-natal da gestante HIV-positivo diferencia-se em alguns aspectos em relação ao pré-natal normal, principalmente no que diz respeito aos cuidados com o feto e ao uso de antiretrovirais pelas mães. A transmissão materno-fetal está na dependência das condições da doença materna. Alta carga viral e imunodeficiência associam-se a uma maior taxa de transmissão vertical, assim como o baixo peso ao nascer.

De acordo com FLASKERUD (1992), atualmente a principal fonte de infecção pelo HIV em crianças ocorre na forma de transmissão vertical da mãe infectada para o feto ou para o RN. A infecção pelo HIV pode ser transmitida de uma mulher infectada para o concepto intra-útero, durante o parto, ou pelo leite materno.

Confirmando essa realidade, FREITAS *et al*, (2001) diz que, cerca de 90% das mulheres HIV positivo se encontram em idade reprodutiva e a maioria delas contaminou-se por transmissão heterossexual. Mais de 90% das

crianças infectadas pelo HIV estão nesta situação em função da transmissão vertical. Por este motivo, durante o acompanhamento, as gestantes devem ser preparadas para não amamentarem seus filhos, uma vez que a amamentação é uma fonte de transmissão importante. Quanto ao uso de anti-retrovirais deve-se seguir o esquema terapêutico, conforme o estado imunológico, pois a transmissão vertical se dá mesmo com níveis indetectáveis. Além disto, é aconselhável a cesariana para evitar o contato sanguíneo direto no momento do parto.

Outro fator a ser considerado é o risco da depressão, no decorrer da gestação. Esta alteração, se presente, deve ser adequadamente valorizada e manejada, mesmo no nível de atendimento primário. Durante estes meses a gestante se depara com muitos sentimentos, entre eles, o medo da morte, da discriminação, da hora do parto, etc. Dessa maneira, em gestantes HIV-positivo, as consultas pré-natais deveriam incluir um acompanhamento psicológico.

Vale ressaltar, que a assistência pré-natal a essa clientela não deve desconsiderar o suporte informativo sobre a patologia. Com raras exceções, as orientações e os cuidados relacionados a pessoas com AIDS estão sob a responsabilidade de enfermeiros que atuam em instituições de saúde e em hospitais de atendimento emergencial. FLASKERUD (1992, p. 224) relata que:

É essencial o enfoque particularmente dado à população feminina, uma vez que as mulheres informadas podem representar um impacto positivo no bloqueio à transmissão perinatal e sexual da AIDS a seus parceiros atuais e futuros. As mulheres tradicionalmente tem desempenhado papéis sociais e culturais importantes na manutenção de fortes valores familiares, o que as torna figuras importantes na educação da comunidade.

METODOLOGIA

Esta pesquisa descritivo-exploratória, do tipo relato de caso, foi desenvolvida no período de outubro à novembro de 2001, e nela descreve-se a história de uma gestante HIV+.

Por meio do manuseio dos prontuários do Centro Obstétrico de um hospital público de Santa Maria, no dia 22 / 10 / 2001, foi possível selecionar aleatoriamente a história de F.G.K., G IX P II, 24 anos. Neste momento, fez-se o primeiro contato com a paciente ainda no ambiente hospitalar, informando os objetivos da pesquisa, e ela foi questionada se gostaria de participar ou não.

Assim que se obteve resposta positiva, foi realizada a primeira visita domiciliar na qual garantiu-se o anonimato e o sigilo profissional em relação aos dados coletados (Resolução 196/96). A paciente, por ser analfabeta, autorizou verbalmente também a utilização de fotografias no decorrer do trabalho para ilustrar a apresentação.

No dia 03 /11/ 2001, foi realizada a primeira visita domiciliar, sendo possível por meio da observação e de uma entrevista composta por perguntas semi-estruturadas, alcançar os primeiros subsídios para relatar o caso.

Após a primeira visita, apesar de não ter sido programado anteriormente, sentiu-se a necessidade de realizar um novo encontro devido à complexidade do caso e também para oferecer um acompanhamento mais adequado.

No dia 20/11/2001, foi realizada a segunda visita domiciliar. Neste dia, foram esclarecidas algumas dúvidas da paciente, realizou-se orientações sobre os riscos de transmissão do HIV para o feto, entre elas a amamentação. Além disso, ficou combinado que, durante o parto, seria oferecido acompanhamento à gestante, ao recém-nascido e aos familiares para que se sentissem recompensados por terem contribuído para a elaboração do trabalho.

RELATANDO O CASO

F.G.K., 24 anos, analfabeta, católica, branca, doméstica, viúva, natural e procedente de Santa Maria – RS, com idade gestacional de 15 semanas e 3 dias, sendo esta sua 9ª gestação, com apenas dois filhos vivos, sabendo que é portadora do HIV ha quatro meses.

O 1º encontro ocorreu dia 22/10/2001, num hospital público de Santa Maria, onde a paciente internou por apresentar hiperêmese gravídica. Neste dia, apenas se conheceu a paciente e agendou-se a 1ª visita domiciliar, explanando os objetivos do trabalho e solicitando o consentimento para a efetivação do mesmo.

O 2º encontro foi realizado, no dia 03/11/2001, no domicílio da gestante. Neste momento, iniciou-se a coleta de dados com a entrevista semi-estruturada e a observação do ambiente. À medida que se aplicava a técnica de entrevista, automaticamente a conversa tornou-se informal e descontraída. Assim, abaixo, relata-se a história de F.G.K.:

F., aos 14 anos, fugiu de casa. Morava com o pai e duas irmãs mais novas (a mãe faleceu quando ela tinha seis anos), para morar com o namorado, dez anos mais velho, e, do qual, seu pai não tinha conhecimento. Isto ocorreu porque estava esperando seu primeiro filho. A primeira gestação não apresentou intercorrências, mesmo sem pré-natal (todos sem pré-natal); nascendo uma menina com peso de 3.900g, por parto cesáreo.

Dois anos após o nascimento, uma nova gravidez. Nasceu outra menina, esta com 2.300g também de cesariana. Com o nascimento da segunda filha, o casal que até então morava em um bar do sogro, resolveu mudar de profissão, tornando-se então papeleiros. Viajaram pelas estradas do RS, levando em média 10 dias para chegar a Porto Alegre, puxando o carrinho contendo papelões que eram entregues no depósito (Santa Maria), as duas crianças pequenas, roupas, cobertas e mantimentos, quando tinham, passando as noites embaixo de pontes. F. relata que foram seis anos de pura aventura da qual ela sente saudade, não das dificuldades mas dos momentos bons que teve ao lado da família. Durante os seis anos, ela conta que o marido a obrigava a se prostituir com caminhoneiros à beira das estradas para ganhar algum dinheiro, dinheiro este destinado à alimentação.

Neste tempo, a gestante informa que engravidou mais 4 vezes, sendo que as gestações aconteciam com intervalos de menos de 1 ano entre elas, não conseguindo levar a gravidez a termo em função da vida desregrada que levava. Abortava, segundo a paciente, entre 2 e 3 meses, após tomava somente chás e nunca procurou médico.

Em 1996, conforme F., tiveram que parar com o emprego, pois o marido, “mulherengo” segundo a expressão da paciente, adoeceu, ficando internado 4 meses no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para tratamento de cirrose, vindo a falecer. A informante voltou para a casa do pai, colocou as filhas, na época com 6 e 4 anos respectivamente, no Lar de Miriam, pois conseguiu emprego como doméstica.

Viúva há dez meses, F. conheceu seu atual companheiro, dois anos mais novo. Após 3 meses juntos, engravida e, em função das dificuldades de moradia (não tinha luz elétrica e nem água encanada), tinha que buscar água em galões por longa distância, apoiando com a barriga, então, novamente abortou, sem nenhum acompanhamento médico.

Atualmente, a paciente informa que é acompanhada por uma assistente social que a ajuda bastante, aconselha, agenda consultas, leva ao médico, consegue medicamentos, preservativos e a orienta.

Na oitava gestação, após 5 meses do último aborto, engravidou de gemelar. Com seis meses, referiu fortes dores nas costas e na barriga, procurou o HUSM. Informa que os profissionais que a avaliaram, garantiram que ela e os bebês estavam bem. No mesmo dia, em casa, à noite relata que sentiu uma dor muito forte. Como não tinha banheiro, ela sentiu os fetos caírem na latrina ficando muito triste de não poder vê-los e nem sepultá-los. Diz que não procurou o hospital novamente para uma avaliação, apresentando febre e dores, que, segundo ela, curou com chás.

Após oito meses do aborto, F. encontra-se na situação atual, ou seja, na 9ª gestação. Eventualmente se prostitui, mesmo grávida, contra-gosto do marido, para ter com o que se alimentar. Mora de favor em uma casa de

apenas um quarto, com uma cama de solteiro, uma cozinha e um banheiro que é do patrão do companheiro.

Relata que apresenta “disritmia” desde a infância e que tomava Gardenal, devido às muitas convulsões e dicção difícil. Parou de fazer uso da medicação na primeira gestação, mas alerta que, quando convulsiona, devem jogar água em seu rosto.

Quando foi chamada no Lar de Miriam para realizar o teste HIV com as filhas, seu pai lhe informou que o real motivo da morte de seu marido fora a AIDS e, não, cirrose. Ela tinha “certeza” de que não era portadora do vírus, pois não sentia nada. Há 4 meses, o resultado veio confirmando sua positividade, mas as filhas negativas para o vírus. A gestante, no momento da descoberta, apresentou vontade de suicídio. Isolou-se dos familiares, entrando em um quadro depressivo, para o qual não procurou ajuda. O que sabe a respeito do vírus é mínimo, não começou o tratamento, mas pretende começar, conforme consulta agendada no HUSM. O companheiro atual é HIV -, sabe do caso dela e mesmo assim se recusa a usar preservativo.

O 3º encontro foi realizado no dia 20/11/2001, novamente no domicílio da gestante. Conversou-se bastante a respeito da doença, foram realizadas orientações e feitas algumas fotos a pedido da paciente.

Nesse encontro, descobriu-se que F. é etilista, motivo pelo qual seus dois filhos permanecem no Lar de Miriam, inclusive nos finais de semana.

Novamente o assunto sobre a consulta agendada no HUSM surgiu. F. ficou sabendo que a data da visita ao HUSM já havia passado por uma amiga, pois não sabe ler para conferir no cartão.

Na semana anterior ao 3º encontro, a gestante diz ter procurado a Unidade Sanitária mais próxima a sua residência para começar o pré-natal. Por sua vez, com o apoio do companheiro, achou melhor não contar a respeito do vírus aos profissionais, temendo ser discriminada.

A paciente apresenta uma certa resistência quanto ao fato da amamentação, julgando que todos os bebês amamentados pelas mães são mais saudáveis. Realizaram-se orientações sobre a transmissão vertical e a importância do tratamento precoce.

O momento em que foram feitas as fotos foi o mais apreciado por F., esta demonstrou satisfação e alegria típicos de criança. Ao término da visita, ficou combinado que ligaria no dia do parto para receber o acompanhamento necessário durante a internação hospitalar.

DISCUSSÃO DO CASO

O caso acima relatado perpassa a realidade de muitas mulheres portadoras do HIV. Porém, a história de F.G.K. reflete uma bagagem de

sofrimento desde a infância, com uma situação socioeconômica precária, sem perspectivas de melhora, o que a levou a prostituição.

Chequer, apud PROCHNOW *et al*, (1999) comenta que o nível de escolaridade e a baixa renda estão agregados as condições socioeconômicas da população, tornando-se um problema social e cultural diretamente interligado à esfera da saúde, ou seja, para obtermos mudanças epidemiológicas torna-se indispensável o acesso à educação.

Pode-se observar que a paciente não teve oportunidade de estudo, dificultando seu entendimento sobre anticoncepção e prevenção de DST.

O caso de F. se assemelha ao de milhares de outras mulheres que, num misto prazer e necessidade, vão se infectando e transmitindo HIV a seus parceiros, numa progressão que chega as raias do pânico de nossas autoridades sanitárias. As campanhas, com farta distribuição de preservativos masculino e feminino, estão sempre na mídia, mas as pessoas permanecem insensíveis a esses apelos.

PROCHNOW *et al*, (1999, p. 119), enfatizam: “a alienação e o medo que a sociedade têm são reforçado pelos meios de comunicação que, através da mídia e/ou tipos de propaganda ligam a doença aos ‘grupos de risco’, ao fato de não ter cura e à morte.”

Este fato aumenta o preconceito e a discriminação aos portadores do HIV desconsiderando a vulnerabilidade das demais pessoas, o que dificulta a prevenção adequada. Ignorância, rebeldia, frustrações são fatores que ajudam a desencadear um processo de degradação moral e física, o que se enquadra no caso da gestante estudada. F. referia que um dos motivos pelo qual não procura atendimento era por receio de ser discriminada pelos próprios profissionais da saúde.

PROCHNOW *et al*, (1999, p. 123), afirmam: “o ser com AIDS, muitas vezes, passa a viver num estado que é pior que a própria doença, com medo da denúncia decorrente da ignorância e principalmente do preconceito”.

Sob este ponto de vista, percebeu-se que a enfermagem tem um vasto campo de cuidado para oferecer a esta clientela, com a promoção de informações que facilitem o entendimento dos envolvidos sobre a patologia.

No último encontro, percebeu-se o quanto este esclarecimento exige do profissional. Sentiu-se essas dificuldades quando o casal não entendia o porquê de evitar a amamentação, a importância de comparecer à consulta agendada com o infectologista, o uso de preservativo, etc.

Outro aspecto importante a ser considerado no âmbito emocional refere-se à negação, expressa várias vezes pelo casal, no momento que duvidavam da veracidade do resultado dos exames. Além disso, F. comentou que temia afastar-se do convívio com seus filhos em decorrência da doença, denotando sua percepção de morte.

Nesta perspectiva, entende-se que portar o vírus da AIDS, durante uma gestação, é uma experiência penosa e angustiante para qualquer ser humano, inclusive no caso de F., que parecia ter uma visão de mundo bastante ingênua e limitada das reais implicações de sua situação. Ao mesmo tempo, notou-se o quanto seria importante essa clientela dispor de profissionais dispostos a compartilhar suas vivências e interagir com suas dificuldades. A partir desta experiência pode afirmar-se que existe uma lacuna no atendimento à gestante HIV+, mas que há possibilidades de mudanças, desde que haja comprometimento e interesse.

CONCLUSÕES

O ser humano, bem informado, muito embora procure um método de vida que menos agrida a sua saúde, por vezes, é traído por enfermidades que chegam a colocar em risco a sua sobrevivência. Quando a agressão infecciosa atinge pessoas com pouca ou plenamente desinformada, o caso pode ter desfecho de disseminação e fatalidade.

É o caso das gestantes portadoras de HIV, com índices alarmantes de contaminação, pela ignorância ou com risco reduzido de transmissão viral se houver tratamento adequado.

O caso estudado mostra que a gestante acolheu com satisfação as orientações sobre os riscos de transmissão para o seu filho e para com os outros.

As visitas domiciliares foram realizadas de maneira descontraída para que os objetivos presentes neste trabalho tivessem êxito. Entre os específicos estavam os encontros interativos, que proporcionaram momentos de mútuo aprendizado, esclarecimento de dúvidas e desabafos. Acredita-se ter alcançado esta meta no momento em que foi recebido o convite da gestante para acompanhar seu parto.

Incluindo-se aqui, em função de sua veracidade, as palavras de FLASKERUD (1992, p. 126), quando disse: “o cuidado e o aconselhamento destas mulheres e famílias exigirão do enfermeiro o atendimento de muitas necessidades e, por vezes, grande dispêndio de recursos emocionais. A compaixão e uma atitude isenta de julgamento, sem dúvida, representam ingredientes essenciais na abordagem dos problemas relacionados à gravidez e à mulher grávida infectada pelo HIV”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2000. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRUNNER, S. C; SUDDARTH, G. G. 1999. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8.ed. v. 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

FLASKERUD, J. H. 1992. **AIDS/ Infecção pelo HIV**. São Paulo: Medsi.

NEME, Bussâmara. 2000. **Obstetrícia Básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier.

FREITAS, F.; COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.;MAGALHÃES, J.A. 2001. **Rotinas em Obstetrícia**. 4.ed. Porto Alegre:Artmed.

PADOIN, S.M.; PAULA, C.de. 2000. **A AIDS hoje**. Universidaids Centro de Ciências da Saúde / Unibversidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem – 2. ed. – Dezembro 2000.

PROCHNOW, A.G.; PADOIN,S.M.; CARVALHO, V.L. 1999. **Diabetes e AIDS: A busca do estar melhor pelo cuidado de Enfermagem**. Santa Maria: Pallotti.

RACHID, M.; SCHECHTER, M.1999. **Manual de HIV / AIDS**. 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter.