

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE**

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE
MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

**JOÃO PESSOA/PB
2011**

EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE
MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Dissertação apresentado à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares

Linha de pesquisa: Política e Práticas de Enfermagem e Saúde

JOÃO PESSOA/PB
2011

F676v Fonseca, Emanuel Nildivan Rodrigues da.

Vivências de profissionais de saúde no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal / Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca.-- João Pessoa, 2011.

103f.

Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE
MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Aprovada em: _____/_____/_____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares
Universidade Federal da Paraíba-UEPB.
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
(Membro Efetivo)

Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB - Jequié.
(Membro Efetivo)

Prof^a. Dr^a. Marta Miriam Lopes Costa
Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
(Membro Suplente)

**JOÃO PESSOA – PB
2011**

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais, Antonia Rodrigues da Fonseca e Luiz Hildesuite da Fonseca, pelo amor incondicional, pelo exemplo de ética e dignidade e por me proporcionar tão importante herança: a educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço **a todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo. Gostaria, neste momento, de lembrar alguns nomes, que contribuíram para a realização deste trabalho, e que necessariamente não seguem a ordem apresentada.

A **Deus**, que ilumina sempre o meu caminho para seguir em frente, com coragem, força, fé, determinação, enfrentando obstáculos necessários para o meu amadurecimento pessoal, profissional e espiritual.

A toda minha **família**: meus irmãos, sobrinhos, cunhados e, em especial, Natali e Alan, pela colaboração na digitação.

À Prof^a. **Dr^a. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares**, pela competência, disponibilidade, compreensão, ensinamentos, amor pela enfermagem, possibilitando a busca de meus próprios caminhos, engrandecendo e construindo o meu crescimento profissional.

À minha amiga e colega de mestrado **Anne Jaqueline**, por instigar a realização do mestrado, bem como pelo cuidado e amizade que fizeram diferença em momentos difíceis desta trajetória.

Aos membros da banca, Prof^a. **Dr^a. Simone Helena**, Prof^a. **Dr^a. Maria Adelaide** e a Prof^a. **Dr^a. Marta Miriam**, pela disponibilidade e contribuições importantes. Vossas considerações foram imprescindíveis na construção e reconstrução deste trabalho.

Às professoras doutoras **Lenilde, Cláudia, Solange, Neusa, Jordana, Miriam, Antonia, Maria Filha, Vilma, Sérgio dentre outros**, por suas contribuições, e não pouparam esforços para o crescimento deste Programa de Pós-Graduação. A vocês, meu carinho e gratidão, pelos conhecimentos compartilhados e por sempre acreditar no potencial de seus alunos.

Aos **colegas de mestrado**, pelo carinho, companheirismo e a oportunidade de conviver e aprender juntos para atingir nosso objetivo final.

A Coordenadora da Clínica Obstétrica **Lucineide Aquino**, em especial, por disponibilizar a minha liberação parcial, o que contribuiu para a realização dessa árdua e prazerosa tarefa.

Aos **colegas do Hospital Universitário Lauro Wanderley**, pela receptividade e prontidão com que se dispuseram a falar e compartilhar suas experiências, no cuidar de gestantes soropositivas.

À **Direção do Hospital Universitário da UFPB**, pelo apoio e cooperação, com enriquecimento da pesquisa.

Aos **colegas da Casa Maternal Denilma Bulhões de Maceió-AL**, pelo apoio e carinho de anos de convivência prazerosa. Minha escola como parteiro. Saudade eterna.

Às **amigas Coordenadoras e Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança**, pela troca de experiências, companheirismo e materiais disponibilizados que contribuíram ricamente na minha formação profissional e desenvolvimento deste trabalho.

Ao amigo **Samuelson**, pela colaboração no inglês;

Às **mulheres**, em especial as **gestantes**, por aceitarem com carinho o meu cuidar e me proporcionarem satisfação profissional.

Aos **amigos** de todas as horas, família que escolhemos. Obrigado pelo apoio.

Uma fronteira não é o ponto onde algo termina, mas, como os gregos reconheceram, a fronteira é o ponto a partir do qual algo começa a se fazer presente.

MARTIN HEIDEGGER

RESUMO

FONSECA, E. N. R. **VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

A AIDS configura um importante problema de saúde pública em todo mundo, sobretudo nos países emergentes e nos países pobres. Doença inicialmente presente na categoria dos homossexuais, localizada nos grandes centros. Sua configuração mudou com a pauperização e conseguinte feminização da epidemia. Foram intensificadas políticas públicas voltadas para diminuir o índice de transmissão vertical do HIV. Melhoria da qualidade pré-natal, capacitação dos profissionais de saúde, diagnóstico precoce das gestantes, criação de serviços de atendimento especializados materno-infantil, e ampliação das maternidades integrantes do Projeto Nascer são estratégias empregadas no controle da transmissão materno-fetal. A pesquisa teve como objetivo geral: conhecer a vivência de profissionais de saúde no que concerne à assistência prestada às gestantes/parturientes soropositivas para o HIV. E como objetivos específicos: analisar o discurso dos profissionais de saúde em relação à vivência do cuidado às gestantes/parturientes soropositivas; identificar, junto aos profissionais, as condições operacionais e técnicas para a prestação do cuidado às gestantes/parturientes soropositivas; conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o direito reprodutivo de mulheres soropositivas para o HIV. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Contamos com a participação de dezoito profissionais de saúde, dos quais cinco eram enfermeiras, cinco médicos e oito auxiliares/técnicos de enfermagem. Todos eram funcionários do Hospital Universitário Lauro Wanderley, atuando nas unidades de clínica obstétrica e SAE-MI, referências no cuidado a gestantes/parturientes soropositivas para HIV. Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2010, através da técnica de entrevista, com utilização do gravador. Posteriormente, foram transcritos e organizados com uso do software Atlas.ti versão 6.0. Em seguida, analisados qualitativamente, utilizando a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin. Dos discursos, emergiram quatro categorias: vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal; percepções dos profissionais de saúde acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo; vivência dos profissionais em relação às condições de trabalho e preparo dos profissionais de saúde, para a realização do cuidado em gestantes soropositivas. Nas subcategorias surgidas dos discursos, percebemos que a vivência do cuidado desses profissionais, com as gestantes soropositivas para o HIV, ainda reflete sentimentos de medo, desrespeito ao direito reprodutivo, falta de condições operacionais e despreparo técnico e humano, para exercerem o que mais sublime representa a prática da enfermagem e da medicina: o cuidar. Com este estudo, pretendemos estimular a reflexão da prática profissional, gerar subsídios para o ensino, e possibilitar a realização de mais pesquisas que envolvam a temática do cuidado dispensado à gestante com HIV/aids.

Descritores: Pessoal de saúde. Assistência à saúde. Gestantes. HIV.

ABSTRACT

FONSECA, E. N. R. EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE PROCESS OF CARE FOR HIV POSITIVE WOMEN DURING PREGNANCY AND PUERPERIUM. 2011. 103p. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba. João Pessoa, 2011.

Aids constitutes an important public health problem worldwide, especially in emerging and poor countries. The disease, initially present in the gay category located in major cities, had a change in its configuration with the epidemic pauperization and feminization. Public policies were intensified to decrease the rate of vertical transmission of HIV. Prenatal care quality improving, health professionals training, pregnant women early diagnosis, specialized mother-baby care services creation and the expansion of maternity hospitals involved in the project “Nascer” are some of the strategies used to control HIV maternal-fetal transmission. The research general goal was to analyze health professionals discourses regarding the experiences in care and the operational and technical aspects provided to contaminated pregnant women of HIV. The specific objectives are: to know the experience of health professionals regarding the care provided to contaminated pregnant women and parturients; to identify the operational and technical conditions provided by health professionals to pregnant women and parturients living with HIV. This is an exploratory study following a qualitative approach. To do the research, we could count on the participation of eighteen health professionals, among them five nurses, five doctors and eight nursing technicians, all of them Lauro Wanderley University Hospital(HULW) employees, working in obstetrical units and SAE-MI, both references in the care of pregnant women and parturient for HIV. The data were collected in December of 2010 by using interview techniques and a recorder. Later, they were transcribed and organized using software Atlas.ti version 6.0 and, afterwards, they were analyzed qualitatively using the technique of discourse analysis (DA) following Orlandi approach. From the discourses, four discursive formations emerged: the professionals' experience in the care of HIV contaminated women during pregnancy and puerperium; health professionals' perceptions about pregnancy in women with HIV, in a notion of reproductive rights; operational conditions to achieve the care of contaminated pregnant and postpartum women in HULW; health professionals' preparation to perform the care of pregnant and postpartum women with HIV. From the analysis units drawn from the discursive formations, we found out that the experience of caring provided by these professionals to pregnant with HIV still reflects feelings of fear, contempt of reproductive rights, lack of operational conditions and technical and humane absence of preparation to exercise what is more sublime in the practice of nursing and medicine: the caring attitude. This study is intended to stimulate reflection on professional practice, provide subsidies for education and enable more research involving the subject of caring regarding pregnant women with HIV / aids.

Descriptors: Health personnel. Delivery of health care. Pregnant womem. HIV.

RESUMEN

FONSECA, E. N. R. **EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PARA MUJERES VIH POSITIVAS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO**. 2011. 103p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba. Joao Pessoa, 2011.

El Sida constituye un problema importante de salud pública en todo el mundo, especialmente en los países emergentes y los países pobres. Enfermedades inicialmente en la categoría de homosexuales, que se encuentra en grandes ciudades. Su configuración ha cambiado con la pauperización y feminización de la epidemia por lo tanto. Se intensificaron las políticas públicas para disminuir la tasa de transmisión vertical del VIH. Mejora de la calidad de la atención prenatal, la formación de profesionales de la salud, el diagnóstico precoz de las mujeres embarazadas, creación de servicios especializados de atención y la expansión de los hospitales materno-infantil que participan en el proyecto nacer són estrategias utilizadas para controlar la transmisión materno-fetal. La investigación tuvo como objetivo general: conocer la experiencia de profesionales de la salud sobre la atención a mujeres embarazadas y parturientas con VIH. Y como objetivos específicos: analizar el discurso de los profesionales de la salud en relación con la experiencia del cuidado de las mujeres embarazadas y parturientas con VIH. Identificar las condiciones profesionales y técnicas de operación para la atención a las mujeres embarazadas y parturientas con VIH. Conocer la opinión de los profesionales de la salud sobre los derechos reproductivos de las mujeres VIH positiva. Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Contamos con la participación de dieciocho profesionales de la salud, de los cuales cinco fueron enfermeras, cinco médicos y ocho auxiliares / técnicos de enfermería, todos empleados del Hospital Universitario Lauro Wanderley, que trabajan en unidades de obstetricia y SAE MI-, referencias en el cuidado de gestantes y parturientas seropositivas para el VIH. Los datos fueron recogidos en diciembre de 2010 a través de la técnica de entrevista, con la grabadora. Fueron posteriormente transcritas y organizadas con la versión 6.0 del software Atlas.ti luego analizados cualitativamente mediante la técnica del análisis del contenido propuesto por Bardin. De los discursos surgieron cuatro categorías: experiencia de los profesionales en el proceso de atención a mujeres VIH-positivas en el ciclo de embarazo puerperal, las percepciones de los profesionales de salud sobre el embarazo en mujeres con VIH en un concepto de los derechos reproductivos, la experiencia de los profesionales con respecto a las condiciones de trabajo y la preparación de profesionales de la salud para llevar a cabo de la atención en las mujeres seropositivas embarazadas. En las subcategorías que surgieron en los discursos, nos encontramos con que la experiencia de cuidar a estos profesionales con gestantes VIH positivas, sin embargo, refleja los sentimientos de miedo, el desprecio de los derechos reproductivos, la falta de condiciones operativas y falta de preparación técnicas y humana para ejercer la más sublime representación de la práctica de la enfermería y de la medicina: el cuidado. Este estudio tiene por objeto estimular la reflexión sobre la práctica profesional, proporcionar subsidios para la educación y permitir una mayor investigación con el tema de la atención prestada a las mujeres embarazadas con VIH / Sida.

Descriptores: Personal de salud. Prestación de atención de salud. Mujeres embarazadas. VIH.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas, no ciclo gravídico puerperal. João Pessoa/PB.	47
FIGURA 2 - Percepções dos profissionais de saúde acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo. João Pessoa/PB.	47
FIGURA 3 - Vivência dos profissionais, em relação às condições de trabalho. João Pessoa/PB.	48
FIGURA 4 - Preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas. João Pessoa/PB.	48
Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.	51
Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa, quando da realização de cursos de capacitação.	52

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I	
CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO	13
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 OBJETIVO GERAL	22
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
2 CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 BREVE HISTÓRICO DA INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL: do estigma homossexual à feminização da epidemia	24
2.2 GESTAÇÃO E HIV/AIDS: políticas públicas de prevenção e assistência ao binômio mãe-filho	29
2.3 O CUIDAR DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM SOB OLHAR DA HUMANIZAÇÃO	33
3 CAPÍTULO III	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
4 CAPÍTULO IV	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
5 CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	98
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
APÊNDICE B – Instrumento para Levantamento de Dados	100
ANEXO	102
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	103

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

1.3 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é atualmente um importante problema de saúde pública mundial, uma vez que extrapola fronteiras, e não distingue pobres e ricos. Seu caráter pandêmico aumenta ainda mais os efeitos da gravidade que a AIDS representa para todos os países, sobretudo para os mais pobres.

Responsável por modificações significativas em vários campos, dentre eles o da saúde, associando comportamento sexual e doença, a AIDS acarretou desafios importantes para a área científica, principalmente no que concerne ao surgimento, tratamento e busca da cura. Trouxe novos atores para os movimentos sociais, e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (PINTO et al., 2007).

Para podermos fazer uma reflexão sobre a situação da AIDS no mundo, é importante ressaltar que diariamente quatorze mil pessoas são infectadas pelo HIV. Desde o início da epidemia, mais de vinte milhões de pessoas faleceram e, até este ano de 2010, a doença deixou órfãs cerca de vinte e cinco milhões de crianças (UNAIDS, 2010).

O HIV/AIDS foi reconhecido em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de pacientes do sexo masculino, homossexuais, que residiam nas cidades de São Francisco e Nova Iorque (GALVÃO, 2000).

A doença detectada, inicialmente em homens homossexuais, bissexuais e nas profissionais do sexo, bem como a divulgação sensacionalista, pela mídia, da caracterização da nova e desconhecida doença associada a comportamentos desviantes, fez com que tais categorias sofressem discriminação e preconceitos ainda maiores. Segundo Soares (2003), o homossexual carregou e carrega o peso da responsabilidade de disseminar o vírus para as outras categorias, atualmente em menor intensidade, pois a crença de ser a AIDS uma doença de homossexuais continua no imaginário de muitas pessoas. O fato de ser uma doença identificada, primeiramente em homossexuais, gerou, além da estigmatização e pânico, a sensação de que o comportamento heterossexual seria um fator de proteção contra o vírus. Práticas sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros e a liberdade sexual também contribuíram para a disseminação da doença. Dessa forma, não demorou muito para que surgissem os primeiros casos de AIDS nos heterossexuais e, conseqüentemente, nas mulheres e nos seus filhos.

No início da década de 1990, mudou o perfil da doença. A principal via de transmissão passou a ser a heterossexual, provocando significativo aumento do número de casos em mulheres, fazendo com que a razão homem/mulher de infectados, que era de 28:1 em 1985, passasse para 2:1 já em 2002. De acordo com o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas, sobre HIV/AIDS, aproximadamente quarenta milhões de pessoas vivem com a infecção no mundo. A maior parte dessas pessoas infectadas está localizada na África Subsaariana, portanto esta é a região mais afetada, com aproximadamente 2/3 do total mundial (25,4 milhões de pessoas com o HIV) e deste total, 3/4 são do sexo feminino (UNAIDS BRASIL, 2009).

O crescente aumento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre as mulheres, a partir da década de 1990, conhecido como processo de feminização da AIDS, sinaliza a real necessidade da efetiva implementação de estratégias de políticas de saúde voltadas para essa área e, mais especificamente, na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Segundo Bastos (2001), apud Carneiro et al (2009), as desigualdades de gêneros, fortemente evidenciadas nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, desempenham um fator a mais na determinação da vulnerabilidade feminina. O tratamento pouco igualitário que é dado às mulheres em termos políticos, culturais e socioeconômicos, compreende a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, extrapolando as fronteiras das famílias e parcerias, bem como da sociedade ou das culturas nacionais e supranacionais (expressa um poder de mando superior ao do estado), organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores. Em decorrência dessa realidade, observa-se que, no caso do Brasil, especificamente, o papel da mulher em nossa sociedade ainda é de dependência, gerando dificuldade de acesso à educação e assistência à saúde, revelando o grande desafio de enfrentar a doença, visualizado nesse cenário de desigualdades sociais, sobretudo de gênero.

Quando consideramos a situação do HIV/AIDS, na população feminina, visualizam-se aspectos peculiares. As mulheres têm sido identificadas como mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em geral e, especialmente, à infecção pelo HIV. Tal vulnerabilidade é resultante de condições biológicas, bem como de condições sociais. Para as mulheres, é mais difícil a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais. Elas não se protegem, por não se perceberem, sob o risco da infecção, delegando ao companheiro a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao uso do preservativo. Outro fato que leva a não

adesão, por parte das mulheres ao uso do preservativo, tem relação com a necessidade em se submeter à vontade de parceiros que se negam a se proteger, dentre outros fatores (CARVALHO; PICCININI, 2008).

É importante entender como, no panorama nacional, deu-se a evolução da infecção pelo HIV, desde o seu surgimento até as crescentes taxas atuais em mulheres e, sobretudo, em crianças expostas.

No panorama nacional, os primeiros casos de AIDS confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo, e desde o início da década de 1980 até junho de 2009, foram registrados 544.846 casos de aids no Brasil, com 217.091 mortes nesse período. Por ano, segundo o Ministério da Saúde, são notificados até 35 mil novos casos no país. No período de 1980 a 2009, a região Sudeste concentra o maior percentual de casos (59,3%), seguida pela região Sul (19,2%) e pela Nordeste (11,9%). Deste total, foram identificados 356.447 casos de aids no sexo masculino, e 188.399 no sexo feminino, observando-se que a razão entre sexos (M:F) diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais. Em 1986, a razão era de 15,1:1 e, a partir de 2002, estabilizou-se em 1,5:1. Entre 1980 e junho de 2009, observa-se que, do total de casos identificados em homens, 78% estão na faixa etária de 25 a 49 anos. Para as mulheres, esse percentual corresponde a 71% nessa mesma faixa etária. Ao longo da série histórica, percebe-se um incremento das taxas de incidência de aids na faixa etária de maiores de cinquenta anos. Em relação à infecção pelo HIV, a estimativa é que haja 630 mil pessoas infectadas no país (BRASIL, 2009a).

Ainda de acordo com o Brasil (2009a), em relação à categoria de exposição dos casos de aids em menores de treze anos de idade, notificados no SINAN, de 1980 a junho de 2009, a transmissão sexual, em 2007, representou que, do total de 173 casos, 14 correspondia à subcategoria heterossexual. Porém, ao longo da série histórica, a categoria transmissão vertical concentrou a maioria dos casos, 86%. A categoria de transmissão vertical registra, no período de 1980 a junho de 2009, 12.463 casos notificados.

Em 2007, no sexo masculino, na categoria de exposição sexual, há maior transmissão entre os heterossexuais (45%), demonstrando, ao longo do período de 1980 a junho de 2009, uma tendência ao crescimento nesse público. Na categoria sanguínea, a transmissão é maior entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) (7%). Nota-se a estabilização entre homo/bissexuais, e redução entre os UDI. No sexo feminino, no ano de 2007, a transmissão é

predominantemente heterossexual (97%), seguida das UDI (3%). Observa-se, também, queda na razão brancos/negros, entre homens, de 1,7:1 em 2001, para 1,1:1 em 2008; e entre mulheres, de 1,6:1 em 2001, para 1,0:1 em 2008. Quanto à escolaridade, os dados apresentados, ao longo da série histórica, mostram um aumento proporcional de casos entre a população com 8 a 11 anos de estudo, passando de 16%, em 1999, para 29% em 2007 (BRASIL, 2009a).

A Paraíba, localizada na região Nordeste, tem revelado, como nos outros Estados da região, crescimento na taxa de infecção pelo HIV, sobretudo, nos últimos anos, um aumento dos casos da doença, em cidades maiores de 50 mil habitantes, bem como a interiorização da epidemia e não diferenciando dos demais Estados que apresentaram crescimento na taxa de infecção em mulheres, aumentando significativamente o risco da transmissão vertical (BRASIL, 2009a).

O aumento significativo dos casos de AIDS em mulheres, na Paraíba e no Brasil, como um todo, reflete o pensamento da crença generalizada de que as mulheres estariam imunes à contaminação pelo vírus HIV. Isto parece ter sido determinante na demora do poder público, em definir intervenções para a prevenção e o controle da infecção nas mulheres, no decorrer da primeira década da doença, isto é, entre 1980 e 1990. No entanto, dados epidemiológicos demonstram um progressivo aumento da infecção na subcategoria heterossexual, o que refletiu diretamente no aumento da proporção de mulheres infectadas. No ano de 2007, no Brasil, a via heterossexual atingiu os maiores níveis de infecção, sendo essa a forma predominante de transmissão do HIV em mulheres (BRASIL, 2008a).

A partir de 1990, começou a haver certa movimentação de setores públicos no Brasil, em direção à melhor compreensão do perfil da epidemia entre as mulheres. Entre os principais fatores mobilizadores, destacamos a ocorrência de casos de aids em recém nascidos que, em 1990, tornou-se tema de uma reunião internacional, promovida pela Organização Panamericana de Saúde e pelo Ministério da Saúde, em São Paulo, culminando na criação dos Serviços de Atendimento Especializados em gestantes, e criança exposta ao vírus (BARBOSA; VILLELA, 1996).

A feminização da epidemia é uma tendência mundial: dos 39,5 milhões de pessoas atualmente infectadas com o HIV/AIDS no mundo, 17,7 milhões são mulheres (UNAIDS; WHO, 2007). A expansão da epidemia em mulheres ocorre, principalmente, naquelas em

idade fértil. Esse aumento de mulheres infectadas, principalmente em idade reprodutiva, resulta no aumento da transmissão materno-infantil do HIV, também conhecida como transmissão vertical (BRASIL, 2009b).

Outro fato, que se deve mencionar no contexto em que se dá a transmissão vertical do HIV, é o fator escolaridade e a renda materna. Mulheres menos esclarecidas iniciam cada vez mais tarde o pré-natal, o que dificulta a detecção precoce da contaminação pelo vírus, bem como a eficácia das medidas preventivas da infecção materno-infantil. Outro fato relevante faz referência ao uso do preservativo nas relações sexuais, evidenciando que à medida que a idade da mulher aumenta e a escolaridade diminui, reduz-se significativamente a utilização de tal medida preventiva (BRASIL, 2009c).

Segundo Carvalho e Piccinini (2008), o número crescente de mulheres infectadas pelo HIV gerou a necessidade não somente de estratégias de prevenção à infecção, mas de atenção à população de pessoas portadoras do vírus. E essa nova amostra, que necessita de assistência, traz consigo uma importante questão de saúde pública: a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Mulheres soropositivas seguem engravidando como as demais mulheres. O preocupante é que muitos serviços de saúde, destinados ao atendimento de pessoas portadoras de HIV, não se organizaram efetivamente para desenvolver um trabalho que responda as questões de auxílio à sexualidade reprodutiva, junto a essas mulheres, envolvendo temas como o planejamento familiar; à sexualidade feminina, na presença do HIV; e aos direitos reprodutivos. A culpabilidade, com o sentimento de que essas mulheres não devem, não podem ou até não têm o direito de serem mães, ainda é bastante observado por parte dos profissionais que as assistem.

Por esse motivo, o Ministério da Saúde incluiu, no protocolo da assistência pré-natal, a oferta do teste anti-HIV para as gestantes, mediante aconselhamento, o que contribui para garantir a voluntariedade da decisão de realizar o exame. As gestantes soropositivas têm, assim, a possibilidade de conhecer seu status sorológico e, no caso de positividade do teste, iniciar o tratamento com os antirretrovirais durante o pré-natal.

A disponibilidade de medidas terapêuticas que diminuam os riscos de transmissão vertical do vírus tem contribuído para eleição da assistência durante o pré-natal e parto, como momentos oportunos para detecção da infecção pelo HIV em mulheres. Isso, além de suscitar discussões de natureza política e ética, como o direito à maternidade da mãe soropositiva, a

ilegalidade do aborto, a testagem de rotina no pré-natal, a notificação da gestante portadora do HIV, impõe novos desafios à assistência nesse período.

Sem dúvida, a prevenção da transmissão vertical se faz necessária, e deve estar contemplada como uma ação estratégica no controle da AIDS. Para que isso ocorra, é fundamental que a mulher conheça sua situação sorológica e tenha acesso à terapêutica. No entanto, é preciso estabelecer, como beneficiários desta estratégia, as mulheres e os bebês e não somente os últimos. Porém tal prática torna-se difícil no Brasil, em decorrência das restrições sociais existentes para o exercício dos direitos reprodutivos, bem como da prática autoritária das instituições e dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2005).

Determinar a gestação como momento de detecção do HIV, em mulheres de modo a beneficiá-las, pressupõe reconhecer seu direito de decisão sobre sua vida reprodutiva, e propiciar o suporte e os serviços necessários para sua realização. Faz-se necessário que a unidade de saúde se perceba a serviço da mulher, e proporcione uma assistência de qualidade, valorizando os aspectos técnicos e humanos.

Nessa perspectiva, a equipe de saúde, no cuidado à gestante/parturiente com HIV, interage com este Ser, através de possibilidades de “Ser Mais”, valorizando seu potencial como pessoa, lembrando que os valores éticos estão ligados ao respeito, consigo e com os outros; respeito à dignidade, à individualidade, à liberdade de ser e agir e, sobretudo, à responsabilidade na elaboração e execução das ações propostas.

Ao assistirmos gestantes/parturientes HIV, estamos dando uma resposta positiva à valorização da vida. É importante ressaltar que nossa parcela de contribuição para com esse público, bem como com o público em geral, está pautada na construção de modelos assistências que privilegiem as quebras de paradigmas, o fim do preconceito e a diminuição do medo em lidar com HIV.

Visando reordenar as formas de assistência, prestadas aos portadores do HIV, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Integral da Assistência Adequada aos Portadores de DST/HIV/AIDS; Serviço de Assistência Especializada (SAE); Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT); Hospital Dia (HD), e o pagamento diferenciado de leitos hospitalares destinados à internação tradicional (SERVIÇO..., 2004).

Dentre as modalidades acima, foi implantada, em 2002, no Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa – PB, o Serviço de Assistência Especializada – SAE. Este serviço tem, como objetivo, prestar assistência materno infantil, em transmissão vertical do HIV, atendendo a demanda do Estado da Paraíba e demais cidades circunvizinhas. Pioneiro no Brasil, o serviço é referência e se destina a reduzir os riscos de transmissão vertical, através do acompanhamento mãe e criança exposto por uma equipe multidisciplinar (OLIVEIRA, 2005).

Integrada com o SAE, a Clínica Obstétrica do HULW, localizada na ala B, do terceiro andar, desde sua implantação há mais de 20 anos, destina-se a receber gestantes de alto risco. Além de outros problemas clínicos associados à gestação, o aumento da infecção pelo HIV, em mulheres, aumentou significativamente o número de internações de gestantes soropositivas. Assim como o SAE, a Clínica Obstétrica visa prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários. Para tanto, contam com uma equipe de profissionais de diversas áreas de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. E foi a partir da minha experiência como enfermeiro da Clínica Obstétrica do HULW, desde 2004, que surgiu a aproximação com a temática.

À medida que adquiria mais experiência em cuidar de gestantes/parturientes soropositivas, tornava-se mais evidente a necessidade em rever determinadas práticas por parte dos profissionais de saúde no atendimento a essas mulheres. É frequente observar o “medo” que ainda permeia mediante a realização da assistência a esse público, dificultando a realização de um acolhimento pautado nos princípios da humanização.

Para Ayres (2005, p.550), a humanização da atenção à saúde pode ser definida como: “Um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.

Alguns estudos demonstram, por meio de relatos, a insatisfação de mulheres quanto à assistência prestada nos serviços de saúde:

As reclamações dos serviços de saúde são dirigidas principalmente aos maus tratos no atendimento ao parto (...) Compelidas a buscar assistência, as mulheres encontram uma brutalidade a que, dizem, é melhor ‘suportar calada ao invés de reagir ou dar escândalo e correr o risco de represália’. ‘E se eu reclamo e fazem um corte maior, de propósito, só pra infeccionar e eu morrer?’. Independentemente de sua ocorrência, a possibilidade desta

imagem é eloquente para demonstrar o estado das relações entre instituições de saúde e usuárias” (D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999, p.351).

Observando as questões do ponto de vista das unidades que assistem a mulher soropositiva, durante o ciclo gravídico puerperal, mais uma vez se evidencia que não se trata de um fenômeno eminentemente técnico. Aos profissionais de saúde, é muito difícil que ele se desprenda totalmente de crenças pessoais (CARVALHO; PICCININI, 2008). Para Maksud (2003), as atividades de cada profissional seguem misturados aos seus próprios valores gerando, muitas vezes, medo quanto à gestação de uma mulher portadora de HIV/aids. Medo ligado diretamente ao risco social, e pouco relacionado aos fatores que levam risco de contaminação da criança. Tais situações, ainda hoje, ocorrem, devido ao despreparo dos profissionais e unidades de saúde, em lidar com crenças sociais enraizadas no cotidiano de atores sociais.

O encontro entre profissionais e usuários envolve personagem com valores, crenças, saberes, preocupações, desejos e projetos de vida próprios e que, mesmo apresentando diferenças, necessitam dialogar para abrir possibilidades de produzir saúde (FILGUEIRAS, 2008). Ainda segundo o autor, é preciso haver reflexão crítica acerca das práticas que desenvolvemos cotidianamente, nas unidades e serviços de saúde, devendo haver reconhecimento da legitimidade dos usuários e dos limites de cada um, seja profissional ou usuário, compartilhando sentimentos e saberes e, assim, vislumbrar as respostas viáveis que satisfaçam as necessidades de ambos.

Como mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pude compreender que se faz necessário aproximar a ciência (visão biológica das ciências da saúde) a algo mais abrangente cujos tecnicismos em que estamos enraizados, prendem-nos aos nossos medos e anseios, frente a uma doença ainda estigmatizante, como é o caso da aids. Como enfermeiro, vejo a necessidade de aproximar os cuidados prestados por nós, profissionais de saúde a práticas mais humanizadas. Nesse contexto, a enfermagem destaca-se entre as demais profissões de saúde, no que concerne aos cuidados prestados aos usuários. E essa enfermagem, cada vez científica, inserida na equipe multiprofissional, deve proporcionar a construção de políticas e estratégias que visem a melhoria do modelo vigente.

Inserido no processo de cuidar, fazendo parte de uma equipe multiprofissional, atuando como enfermeiro numa maternidade pública de referência para HIV/AIDS, vivenciando, na prática, os “dilemas” acerca da realização de procedimentos técnicos, bem

como a associação ao conceito de bioética, visando o desenvolvimento de uma prática de assistência livre de preconceitos, respeitando os direitos e deveres dos usuários, sugiram várias inquietações acerca de como os profissionais de saúde atuam na assistência prestada à mulher soropositiva para HIV, no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, o presente estudo pretende responder as seguintes questões norteadoras: como os profissionais de saúde vivenciam o cuidar de gestantes/parturientes soropositivas para o HIV? Quais as condições de trabalho dos profissionais para a realização do cuidado às gestantes/parturientes soropositivas? Qual a opinião dos profissionais de saúde sobre o direito reprodutivo de mulheres soropositivas para o HIV?

Visando responder a esses questionamentos, o estudo sugere o alcance dos seguintes objetivos:

1.4 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL:

Conhecer a vivência de profissionais de saúde no que concerne à assistência prestada às gestantes/parturientes soropositivas para o HIV.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Analisar o discurso dos profissionais de saúde em relação à vivência do cuidado as gestantes/parturientes soropositivas;

Identificar, junto aos profissionais, as condições operacionais e técnicas para à prestação do cuidado as gestantes/parturientes soropositivas;

Conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o direito reprodutivo de mulheres soropositivas para o HIV.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DA INFECÇÃO PELO HIV NO BRASIL: do estigma homossexual à feminização da epidemia.

O primeiro caso de AIDS registrado no mundo foi na década de 1980, entretanto esta doença transmissível teve o seu primeiro reconhecimento oficial publicado no diário do Center for Disease Control, do Serviço de Saúde dos Estados Unidos, em 1981 (VAZ; BARROS, 2002). Dois anos depois, 1983, o agente responsável pela doença foi isolado pela primeira vez. No ano seguinte, a demonstração do papel causal desse agente na aids foi aceita por toda a comunidade científica (MELO et al., 2006). Em 1985, surgiram os primeiros testes comerciais de detecção do vírus (BARBOSA, 1999).

O primeiro caso de AIDS, no Brasil, foi notificado retrospectivamente na cidade de São Paulo, em 1980 (BRASIL, 1999). Depois de surgir esse caso inicial, seguiram-se outros, restringindo-se, a princípio, a duas grandes regiões metropolitanas do país, as denominadas metrópoles nacionais, São Paulo e Rio de Janeiro, tendo como categorias de exposição preponderantes, os homens que faziam sexo com outros homens - homossexuais e bissexuais masculinos; os hemofílicos e as demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados (BASTOS et al., 1995).

Portanto, a infecção pelo vírus HIV, no âmbito da transmissão sexual, teve o segmento composto por homossexuais como o mais severamente afetado no início da epidemia. Contudo pode-se observar que a extensa disseminação inicial seguiu-se estabilizada em anos seguintes à epidemia, principalmente entre os homens pertencentes às camadas médias da população urbana, revelando uma ampla participação dos grupos em prol de práticas sexuais seguras e conseqüentemente mudança de comportamentos (CASTILHO; CHEQUER, 1997).

Outro seguimento que merece destaque na evolução da epidemia da AIDS são os usuários de drogas injetáveis (UDI). Já na década de 1980, os UDI passaram a ocupar posição significativamente relevante no que concerne ao número de pessoas infectadas, chegando a contabilizar 48% do total de casos da doença no Brasil (BRASIL, 1999).

Segundo Bastos et al. (1995), a aids é uma doença que ataca o sistema imunológico das pessoas infectadas, e é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Como doença crônica, sua evolução geralmente é lenta, podendo levar dez anos, entre a contaminação e o momento em que a pessoa desenvolve a doença, denominando o portador do vírus de “soropositivo”.

Ainda segundo o autor, a história natural da doença compreende várias etapas bem definidas: a primo-infecção, a fase silenciosa e a doença clínica. Num certo número de casos, a contaminação se traduz por uma infecção aguda, cujas manifestações são aparentemente banais e que dura, de alguns dias a algumas semanas. A reação do organismo a essa primo-infecção é determinante para a evolução da infecção. As formas de transmissão do HIV baseiam-se nas situações em que se depende do sangue ou derivados, e do relacionamento sexual, através do esperma e da secreção vaginal. Outro mecanismo refere-se à amamentação de recém nato pela mulher infectada. Progressos indubitáveis foram realizados, desde o início dos anos de 1980, permitindo prolongar a vida dos doentes.

Diante a situação de ausência de cura, as formas de prevenção da doença assumem importante papel no controle e avanço da epidemia. A educação em saúde, o apoio dos serviços de saúde e uma assistência social adequada às necessidades da população que sofrem as consequências da epidemia, podem definir elementos de prevenção bem sucedidos.

Para Parker (1994), durante grande parte da década de 1980, a AIDS foi vista, sobretudo, como uma questão essencialmente biomédica, que confronta indivíduos isoladamente. Mas o argumento do autor, contrário a esta ideia analisa os vários aspectos importantes: “o HIV/AIDS deve ser entendido, como todos os aspectos da saúde e da doença, como fundamentalmente coletivo, um constructo social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém interligados.

E por ser vista inicialmente do ponto de vista biomédico, a doença e os portadores vivenciavam o estigma, o preconceito e o pouco conhecimento sobre a AIDS. Como se vê, nas palavras de Guibert (1995, p.56), reafirmando na época o quanto a AIDS era devastadora e enigmática. O autor narra assim a sua experiência:

[...] a AIDS, na verdade, não é uma doença, só simplifica as coisas dizer que ela é isso, é um estado de fraqueza e de abandono que abre a jaula da fera que se carrega dentro de si, à qual sou obrigado a dar plenos poderes para que me devore a quem deixo fazer com meu corpo vivo o que ela iria fazer com meu cadáver para desintegrá-lo. Os cogumelos da pneumocistose, que são para os pulmões e para a respiração como jibóias, e os da toxoplasmose, que arruinam o cérebro, estão presentes no interior de qualquer homem, simplesmente o equilíbrio de seu sistema imunológico os impede de ter direito de cidadania, ao passo que a aids lhes dá o sinal verde, abre as comportas da destruição.

Sobre o primeiro caso de AIDS diagnosticado no Brasil, ocorrido em 1982, nessa época, os meios de comunicação já noticiavam que uma doença que atacava o sistema imunológico vinha crescendo entre os homossexuais masculinos americanos e atingia também hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, provocando a morte de seus portadores. O que levou a imprensa sensacionalista brasileira a designar a doença como “Peste Gay”, associando-a ao comportamento masculino homossexual, ao desvio sexual e práticas comportamentais que levavam esse grupo à morte (MOTA, 1995).

Outras especulações foram surgindo na época, afirmando se tratar a nova doença de um castigo divino aos “desviantes e promíscuos”, que iam de encontro às normas sociais estabelecidas pela sociedade. Nem as descobertas científicas sobre a AIDS, no ano de 1980, repercutiram numa reflexão sobre as designações criadas para os grupos visados na época (ARRUDA, 2003).

Ainda segundo o autor, as medidas de prevenção vieram pautadas no preconceito e desconhecimento da doença. A comunidade médica designava as ações específicas de prevenção aos tais “grupos de risco”, o que certamente hoje vemos que não foi à toa que a epidemia se espalhou tão rapidamente a outros grupos da população como mulheres, homens heterossexuais e adolescentes. Mantendo a ideia de grupo de risco, que talvez até hoje permaneça enraizado na sociedade, os outros grupos foram tidos como “imunes”.

A ideia de grupos de risco à infecção pelo HIV, que constituíam os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e hemofílicos, mudou ou exige mudança, em decorrência do comportamento epidemiológico da doença no Brasil, visto que a mesma saiu do que se chamou de grupos específicos e avançou a todos os sujeitos, independentemente de faixa etária, gênero e status social. A prevenção, então, baseia-se hoje na identificação dos comportamentos de risco, e a partir daí, desenvolver estratégias que sensibilizem a população para adesão de práticas seguras, em relação à transmissão da AIDS, levando em consideração a dignidade da pessoa humana, como essencial ao alicerce da construção de uma sociedade igualitária.

Hoje, em nosso país, embora se observe uma tendência à estabilização da epidemia da AIDS, é crescente o número de casos em pessoas acima de 35 anos. Evidenciando, também, a heterossexualização e a feminização da doença (BRASIL, 2006a). A razão de sexo entre os indivíduos portadores do vírus HIV passou de 28 homens para 1 mulher em 1985, para 2

homens para 1 mulher nos dias atuais, podendo, em alguns lugares, essa relação ser de 1:1 (BRASIL, 2009a).

A feminização da AIDS é um reflexo do comportamento sócio-sexual da população, somado às características de vulnerabilidade biológica e de gênero. Entre indivíduos do sexo masculino, com escolaridade acima de oito anos de estudo, observa-se uma tendência ao declínio, no número de casos notificados da doença, o que não vem ocorrendo na mesma proporção com a população feminina. Um dos fatores pode estar relacionado, talvez, ao fato de a mulher considerar-se menos exposta ao risco, devido a sua inserção tardia na dinâmica da epidemia, portanto não sendo incluída entre os “grupos de risco”. Dentre a população feminina afetada pela doença, a maior proporção encontra-se na faixa de 25 e 34 anos, ou seja, em plena idade reprodutiva, o que se relaciona diretamente com o aumento do número de casos de transmissão vertical pelo HIV (BRASIL, 2003a).

O perfil dos casos notificados de AIDS, entre mulheres no país, remete a alguns fatores que contribuem para a sua vulnerabilidade: o fato de as mulheres com DSTs terem menor escolaridade que os homens em igual situação, e ainda, uma maior proporção de mulheres que apresentam como categoria de exposição para o HIV, pelo fato de seus parceiros terem múltiplas parcerias sexuais. Mesmo que, no geral, as mulheres no Brasil apresentem média de escolaridade maior que a dos homens, uma parcela importante delas que se expõe às DSTs apresentam baixa escolaridade. E dentre as que tem melhor nível educacional, estas convivem com a realidade socialmente aceita de os seus parceiros apresentarem múltiplas parcerias sexuais, o que as deixa mais expostas aos riscos de contaminação pela HIV e outras DSTs (VILLELA, 2005).

A dinâmica das relações de gênero revela importantes nuances à vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV. No âmbito conjugal, o receio de abalar a relação amorosa, pautada pela confiança e entrega total, “apaga” os riscos de contrair HIV/DSTs. Estudos demonstram que, muitas vezes, nas relações amorosas, a mulher vê os acordos conjugais mais importantes que a própria prevenção. O medo de levantar a desconfiança também afasta a mulher da realização de medidas preventivas e de autocuidado (SANTOS; IRIART, 2007).

Muitos aspectos ligados às relações sociais de gênero determinam um baixo poder de negociação sexual das mulheres, tornando-as mais propensas a terem relações sexuais desprotegidas, aumentando, conseqüentemente, as suas chances de exposição a DSTs. A

submissão das mulheres aos homens, no que diz respeito ao exercício da sexualidade, e a sua responsabilização pelas questões reprodutivas - contracepção e concepção - dificulta o diálogo com seus parceiros e aumenta a vulnerabilidade das mulheres. Diante disso, não é possível pensar em ações de prevenção, sem considerar as relações de gênero como relações de poder (VILLELA, 2005).

A sexualidade feminina foi historicamente construída no sistema de gênero, com as características de passividade e de impureza, devendo ser exercida, a partir do sentimento de amor e não de desejo. No que se concerne à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS, pode dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina, neste sistema, prioriza o enfoque maternal e pró-criativo, opondo-se à proposta de prevenção do HIV/AIDS.

No estudo intitulado Adoção de Práticas Sexuais mais Seguras entre Mulheres, em Intervenções Educativas com o Preservativo Feminino, o Ministério da Saúde admite como fatores de fundamental importância, na determinação da vulnerabilidade ao HIV/AIDS, o acesso à informação e aos serviços sociais e de saúde, as relações de gênero, as questões de raça/etnia, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas e o nível de pobreza, entre outros (BRASIL, 2005).

Estratégias visando à desconstrução da tradicional concepção de gênero, pautada na desigualdade entre homens e mulheres, devem ser criadas. Homens e mulheres sejam vistos como seres sociais e políticos igualitários, capazes de discutir e tomar decisões de forma a atingir objetivos comuns, e não em detrimento ao outro. Mulheres nessa condição estariam prontas para assumir, na relação com o parceiro, uma postura pró-ativa acerca do uso do preservativo nas relações sexuais (SCOTT, 2005).

Os modelos propostos de prevenção, derivados do início da epidemia, em cujo perfil predominavam os homens gays, precisam ser revistos e avaliados. Os avanços da terapia anti-retroviral e as tendências atuais da epidemia devem levar a reflexões sobre novas formas de abordagem do HIV/AIDS, buscando a implementação e manutenção de políticas públicas de prevenção e assistência cada vez mais eficientes, com o desafio e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a toda a população (BRASIL, 2006b).

2.2 GESTAÇÃO E HIV/AIDS: políticas públicas de prevenção e assistência ao binômio mãe-filho

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aliada à prevenção, à universalidade e à equidade, deve permear as políticas de atenção, tornando possível a elaboração de programas que contemplem os direitos dos portadores do vírus HIV, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o local para sua execução (LIMA, 2007).

A Constituição Federal Brasileira estabelece que saúde seja direito de todos e dever do Estado. Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido, como modelo de política de saúde, o SUS. Sendo este um marco na luta pelos direitos de cidadania, o desafio do SUS é possibilitar um acesso de todos os cidadãos de forma universal e equânime, garantindo a integridade, universalidade, humanização e qualidade na atenção.

Como exemplo de referencia mundial em política pública, para o tratamento da AIDS, baseados dos princípios do SUS, a implementação da Lei nº 9.313, de novembro de 1996, tornou obrigatória, no Brasil, a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da AIDS. Dentre eles, os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (zidovudina, didanosina, estavudina, lamivudina e abacavir), não análogos de nucleosídeos (nevirapina, efavires, delovirdina) e os inibidores da protease (saquinavir, indinavir, ritonavir, nelfinavir, amprenavir) (DADOS, 2009).

Enfocaremos as medidas de prevenção e tratamento da AIDS, em mulheres gestantes, por ser esse o nosso objeto de estudo.

A fragilidade dos programas de atenção à saúde reprodutiva, aliada ao aumento do número de casos de mulheres infectadas pelo HIV, gera a necessidade de aprimoramento das políticas de atenção à mulher, em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, à gravidez indesejada e ao direito à reprodução livre de danos à criança.

No final da década de 1970, a sociedade brasileira discutia o direito das mulheres de controlar sua própria reprodução. Já no início da década de 1980, o movimento feminista buscou a interação com instituições públicas formuladoras de políticas de atenção e foi, dentro de um contexto político de mudanças expressivas, como a Reforma Sanitária e a implantação do SUS, que surgiu, no ano de 1983, o Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) (LIMA, 2007).

Tendo, como princípio de atenção integral, a saúde da mulher, o PAISM vem modificando e implementando as políticas voltadas para a atenção a mulher, num novo modelo de saúde, que enfoca, além dos direitos reprodutivos, as ações de prevenção e tratamentos dos problemas de saúde da mulher, em todas as suas fases da vida.

Partindo dos princípios de uma estrutura humanizada, em que os direitos de escolha das mulheres fossem respeitados, o Ministério da Saúde lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000. O PHPN tem, como objetivos, a promoção da melhoria do acesso; a cobertura e a qualidade do pré-natal, do parto e do puerpério; e a assistência neonatal, resgatando a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada com o envolvimento de forma articulada dos Estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2002).

Como o aumento de casos de AIDS em mulheres, aumentou proporcionalmente, em meados da década de 1990, os casos de transmissão vertical, visto que a maioria das mulheres, infectadas pelo vírus HIV, estavam na faixa reprodutiva. Faz-se necessário destacar que o aumento de casos notificados, em mulheres acometidas pelo HIV, decorre da captação da mulher, pela rede de saúde, ocorrer, em sua maioria, durante a realização do pré-natal e parto (PRAÇA; LATORRE, 2003).

Motivado pela necessidade de reduzir os atrasos dessas notificações no caso de gestantes, foi criado o Sistema de Vigilância de Gestantes HIV Positivas e Crianças Expostas, o que tem possibilitado o rastreamento da infecção pré-natal juntamente com a avaliação da prevalência da infecção do HIV nas gestantes e nas crianças (BRASIL, 2003a).

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Em um estudo realizado, em 2004, parturientes de 15 a 49 anos possuíam uma taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV, no momento do parto em 0,42%, o que corresponde a cerca de 12.644 parturientes infectadas. Podemos ressaltar, além desta situação epidemiológica, a existência de um esquema profilático altamente eficaz contra a transmissão vertical da doença, o que se faz importante destacar o conhecimento precoce da condição sorológica dessas mulheres, visando iniciar a terapêutica ou profilaxia adequada da transmissão materno infantil do HIV, precocemente (BRASIL, 2006c).

A probabilidade da transmissão materno-infantil do HIV foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que, na maioria dos casos de transmissão, cerca de 65% ocorre durante o trabalho de parto; 35% ocorre intra-útero, principalmente próximo ao termo. O aleitamento materno, por sua vez, contribui de 7% a 22% como risco adicional de transmissão (BRASIL, 2003a).

Sendo durante o parto quando encontramos o maior percentual de risco de transmissão vertical, é neste momento que os profissionais de saúde devem estar atentos à intensificação das medidas preventivas de contaminação da criança, exposta ao HIV, associadas a uma assistência humanizada, visando o bem estar do binômio mãe e filho. Mesmo sendo o período de transparto crítico para a contaminação, as ações de prevenção da transmissão vertical devem estar pautadas, antes mesmo do desejo da mulher em engravidar.

Contudo, a política nacional de controle do HIV/AIDS corresponde ao trabalho que vem sendo executado pelos governos e pela sociedade civil há mais de duas décadas. O componente de vigilância epidemiológica dessa política tem, como propósito geral, acompanhar as tendências temporais e espaciais da ocorrência da AIDS e da infecção pelo HIV, visando a orientar as ações de controle da epidemia, em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Seguindo essa linha, a resposta efetiva à epidemia, essencialmente entre as mulheres, passa a constituir uma questão fundamentalmente sociopolítica; por conseguinte, implica em processo de mudanças sociais, que devem necessariamente buscar a transformação das relações de poder e dominação presentes na sociedade (PARKER, 1994).

A implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS, na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos (BRASIL, 2006c).

O Brasil, atualmente, prioriza a Estratégia Saúde da Família, como modelo de organização da atenção básica. Considera-se que essa estratégia favorece a reorientação do modelo de atenção, centrado no atendimento individualizado, no trabalho do médico e na doença, para um modelo que prioriza a qualidade de vida das pessoas, capaz de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, por meio do estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade, e de concretizar o princípio da integralidade (BRASIL, 2006c).

É preciso que a política de prevenção das DSTs/AIDS se entrelace na política de atenção básica, visando claramente uma melhor reorganização da política de prevenção, detecção precoce e acompanhamento resolutivo dos casos, sobretudo no que concerne a redução dos casos de transmissão materno-infantil.

O Ministério da Saúde expõe dados que revelam que a taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada cem crianças nascidas de mães infectadas, vinte podem tornar-se HIV positivas, contudo com ações de prevenção, essa transmissão pode diminuir para menos de 1% (BRASIL, 2006b).

Algumas estratégias podem ser utilizadas, a fim de reduzir o risco de transmissão vertical e devem ser adotadas, considerando os diversos níveis da atenção à saúde. Podemos citar, como práticas preventivas para a diminuição da transmissão vertical: prevenção da infecção pelo HIV entre mulheres; prevenção de gravidez ou na gravidez entre mulheres HIV positivas; não amamentação de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV (GUERRA et al., 2004).

Na prevenção do HIV, dispomos hoje de uma gama de metodologias de testes sorológicos que favorecem o diagnóstico precoce e a prevenção transmissão vertical. O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes, realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue. Esses testes podem ser realizados nos laboratórios de saúde pública, por meio do atendimento do usuário, nas Unidades Básicas de Saúde, em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em laboratórios particulares.

Nos CTA, o teste anti-HIV pode ser feito de forma anônima e gratuita. Nestes centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, feito de forma cuidadosa, a fim de facilitar a correta interpretação do resultado pelo paciente. Todos os testes devem ser realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde, e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) e por ela controlados (BRASIL, 2005).

Uma vez detectada uma mulher infectada, devem ser demonstrados a ela os riscos de uma gravidez nesta nova condição, porém o direito reprodutivo é de inteira responsabilidade da mulher ou do casal. Esta mulher então deve ser assistida de forma a garantir melhora do seu quadro clínico/gravídico/gestacional, visando o nascimento de um recém nascido saudável.

Para garantir o nascimento de um bebê saudável de uma mãe soropositiva, o Ministério da Saúde orienta, como práticas a serem implementadas, tais como: oferecer teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, sendo essa testagem ser sempre voluntária e confidencial; oferecer o teste rápido anti-HIV, com aconselhamento antes e após o teste para todas as parturientes não testadas no pré-natal, devendo a mulher ter o direito a aceitar ou recusar a testagem; introduzir terapêutica antiretroviral em gestantes HIV positivas (terapia combinada a partir da 14ª semana) – AZT IV, nas parturientes durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical, e o AZT xarope por seis semanas ao RN; avaliar a gestante em serviço de atendimento especializado (SAE), para ajuste da terapia antiretroviral, de acordo com os níveis de carga viral e CD4+, e seguimento periódico da mulher durante toda a gestação e no pós-parto; orientar a gestante/puérpera para não amamentar, e para instituir a fórmula infantil e outros alimentos, de acordo com idade da criança, garantindo seu adequado crescimento e desenvolvimento; orientar a mulher quanto ao seu seguimento em serviço especializado (SAE/Planejamento familiar), e da criança em serviço de pediatria especializado, para o acompanhamento de crianças verticalmente expostas ao HIV (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde (MS), no âmbito do SUS e da política nacional de prevenção das DST/AIDS, oferece assistência especializada às mulheres gestantes soropositivas e à criança exposta, garantindo gratuitamente a testagem do HIV, a terapêutica antiretroviral, a fórmula láctea infantil, o seguimento pós-nascimento, bem como a capacitação e sensibilização dos profissionais que atuam no cuidado a gestante/parturiente HIV e criança exposta.

Com capacitações dos profissionais, o MS visa à melhoria da assistência aos portadores, diminuição dos casos e controle da contaminação pela forma de transmissão vertical, proporcionando à mãe e filho acesso integral (BRASIL, 2005).

2.3 O CUIDAR DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM SOB OLHAR DA HUMANIZAÇÃO

Para fazermos uma análise sobre o cuidado de enfermagem, não será possível, nem necessário, percorrer as mediações que levam o caráter abstrato do cuidado, como categoria ontológico-existencial para o plano das atividades e preocupações práticas do cuidado da

saúde. Foucault (2002) nos dá subsídios preciosos, tanto para a fundamentação histórica da compreensão da existência humana, como cuidado; quanto sobre o modo como o “cuidado de si”, desde as raízes gregas até as sociedades ocidentais contemporâneas, passou a integrar a preocupação com a saúde às determinações mais centrais da construção dos projetos existenciais humanos.

É natural, da espécie humana, dispensar cuidados aos seres próximos, quando estes estão enfermos ou indefesos. Por ser a única dotada de raciocínio crítico, desenvolveu essa prática de cuidar, ao longo do tempo, antes, durante ou mesmo após o período em que as enfermidades ocorriam. Essa arte do cuidar visando o bem-estar, recuperação e promoção da saúde do ser humano, individual ou coletivamente, é chamada de Enfermagem.

Horta (1979), oportunamente, destaca a Enfermagem como a ciência ou a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, através do ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Foi com Florence Nightingale que a enfermagem moderna surge, no século XIX, após publicar a sua forma de assistência, baseada em observações ocorridas durante a Guerra da Criméia (1854-1856). Naquela época, a classificação dos pacientes, quanto a sua dependência, já era por ela realizada, de forma que os pacientes mais graves, considerados críticos, ficavam mais próximos das enfermeiras dentro das enfermarias.

É oportuno compreender que, nesse contexto, a Enfermagem desenvolveu, como objeto e finalidade de sua ciência, o cuidado.

E essa responsabilidade no cuidado ao outro é bem expressa na fala de Ayres (2004, p.24):

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

Quando falamos de práticas humanizadas de saúde, que nos remete à integralidade, é importante lembrar que a relação, entre o sujeito que cuida e o sujeito cuidado, deve ser estabelecida, pensando na construção do bem comum.

Ao longo dos tempos, a prestação desse cuidado associou-se a meios mais qualificados e especializados, a mecanismos tecnológicos cada vez mais avançados, além do fato de os próprios profissionais envolvidos no cuidar assistencial estarem associando a implementação de novas técnicas ou procedimentos à criatividade, sensibilidade e intuição para cuidar do outro.

É importante, porém, mantermos a sensibilidade de seres humanos, cuidando de outros, como poder citar a fala de Ayres (2004, p.28):

Quando se busca, por outro lado, uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das instituições de saúde e suas atividades; quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado.

Porém muitas situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, dificultam a manutenção dessa assistência humanizada. Esse atendimento a pacientes, em situações críticas, sejam risco de vida, ou doenças crônicas, como é o caso da AIDS, gera, nesses profissionais, constantes conflitos. De acordo com Ferreira (2007), o paciente crítico é aquele que possui debilidade funcional dos órgãos vitais, ocasionada por diversos fatores internos e/ou externos, como por exemplo, acidentes, infecções ou doenças degenerativas.

Lidar com pacientes críticos pode trazer, muitas vezes à tona, por parte dos profissionais, seus medos, mitos, anseios e preocupações, em relação ao cuidado dispensado ao paciente. E quando nos remetemos ao cuidado à gestante HIV, conflitos ainda maiores podem surgir: seja pelo risco de contaminação mãe/bebê; seja pelo despreparo em lidar com esse público ou até mesmo como se dará o estabelecimento do respeito ao direito reprodutivo dessas mulheres, bem como a convivência com as demais pacientes da unidade e a manutenção do sigilo, referente à condição sorológica das gestantes HIV, para com as demais pacientes, e para com a família.

Os enfermeiros cuidam de clientes e familiares e, às vezes, pelas contingências do cotidiano, esquecem de se preocupar com sua qualidade de vida, em especial com sua saúde. Neste contexto, destaca-se a dupla jornada de trabalho, vivenciada por grande parte destes profissionais que, de certa forma, acabam por favorecer a diminuição do tempo dedicado ao auto-cuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e, conseqüentemente, gerando o estresse.

Os fatores intrínsecos da profissão, descritos acima, em conjunto com os institucionais, podem levar a subutilização das capacidades ou desvalorização do trabalhador, expressa na sua baixa auto-estima. Podendo, portanto, o enfermeiro vivenciar quadro de estresse, refletindo, muitas vezes, na forma como o mesmo desempenha suas atividades de cuidar. Assim, o enfermeiro deve buscar mecanismos que visem minimizar as fontes geradoras de estresse (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

Como reflexo desses fatores de estresse, e até mesmo pelo despreparo ou, muitas vezes, pela falta de compromisso, o cuidado prestado pelo profissional de saúde é visto pelos pacientes como algo apenas mecânico. Estudo realizado no Nordeste Brasileiro, em hospitais de Fortaleza-Ce, mostrou que, nos relatos dos pacientes, a experiência vivida de internação é marcada pelo sofrimento humano e fragilidades relacionais com o profissional, refletidas na pobreza e na desigualdade social predominante no Nordeste brasileiro. Para que essa situação seja vivida institucionalmente, e não parecer essa ou aquela patologia relevante, nem tampouco os serviços consultados, ou os procedimentos requeridos, e ou submetidos, além do tempo de permanência no hospital (NATIONS; GOMES, 2007).

Ainda segundo o autor, o paciente destaca a falta de ética no cuidado, e deseja que sua dignidade seja respeitada, tratando-o como ser humano. Deseja uma conduta que integre a alteridade e o respeito.

Para Merhy (2002), os pacientes valorizam muito mais a competência humana do profissional, do que seu conhecimento técnico puramente empregado e demonstrado através de técnicas corretas, durante as execuções de atividade de cuidado. Portanto, é preciso cultivar, no profissional, uma atitude de generosidade humana, que respeite o outro dentre as várias formas da expressão cultural de cada um, sem estigmatizar ou discriminar, independente da condição social ou patológica, estabelecendo uma relação terapêutica justa, equilibrada e concisa.

A humanização está vinculada aos direitos humanos, e é um princípio que deve ser aplicado a qualquer aspecto do cuidado. Na atenção humanizada, o usuário participa do processo decisório quanto ao tratamento, tendo sua autonomia preservada. Na relação profissional - paciente, o profissional deve valorizar a efetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidado. É preciso que haja um encontro entre pessoas, compartilhando saber, poder e experiência vivida, mantendo relações éticas e solidárias (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização em saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços. Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro, com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses. Envolve a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Humanização é o processo de produção de saúde, proporcionando um atendimento integral ao usuário (BRASIL, 2004).

A assistência humanizada de enfermagem baseia-se na prática, que resulta do encontro da enfermagem com a assistência à saúde. É através desse encontro entre enfermeiro e paciente, que o ato de cuidar se torna humanizado. Paterson e Zderad, ao desenvolver a teoria da enfermagem humanística, tinham, como questões centrais, a maneira de enfermeiros e pacientes interagirem, e como pode ser desenvolvido um conceito para o cuidar em enfermagem (LEOPARDI, 1999).

A teoria é baseada na relação enfermeiro-paciente, que são seres únicos, com potenciais para fazer escolhas; todo encontro entre seres humanos é aberto e profundo, com envolvimento do ser que é cuidado, no seu próprio cuidado e decisões que o envolve; todo ato de enfermagem influencia na qualidade de vida e morte do ser que é cuidado; enfermeiro, e gestante soropositiva são independentes e interdependentes (LEOPARDI, 2006).

É uma teoria da prática. Nela, as respostas à experiência fenomenológica tornam-se uma perspectiva filosófica, originada do encontro existencial da enfermeira no mundo do atendimento à saúde. Daí esse interrelacionamento da teoria com a prática, na enfermagem humanística, depender da experiência, concepção, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeira em relação às suas vivências no mundo e na enfermagem (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005, p.434).

Observa-se, de acordo com Paterson e Zderad (1979), um pensamento bastante atual, através do qual é possível fazer novas reflexões sobre a prática do cuidar e desenvolver novos modelos de assistência. A principal preocupação das autoras é fazer com que o leitor reflita sobre o que é inerente ao ser humano: sua humanidade e dignidade.

É com base no cuidado humanizado e nas teorias da humanização que se ancora o desenvolvimento desse estudo.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Como foi dito anteriormente, o fenômeno estudado teve, como enfoque central, conhecer a vivência de profissionais de saúde no que concerne à assistência prestada a gestantes/parturientes soropositivas para o HIV.

Este estudo é do tipo qualitativo. Segundo Minayo (2006, p.14), as metodologias da pesquisa qualitativa podem ser compreendidas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Como relatam Poupart et al. (2008), a utilização dos métodos qualitativos foi, e continua sendo, considerada um meio de dar conta do ponto de vista dos atores sociais, e de considerá-los a fim de compreender e interpretar as suas realidades. As condutas sociais não poderiam ser entendidas, nem explicadas, sem considerar as perspectivas dos atores sociais.

Strauss e Corbin (2008, p.23) definem pesquisa qualitativa como sendo

qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, sentimentos, e também à pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre as nações.

Este método se diferencia do quantitativo, à medida que não emprega um instrumental estatístico, como base do processo de análise de um problema, não pretendendo numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas (RICHARDSON, 2009). Ainda sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (2006) afirma que ela se preocupa com questões particulares, buscando compreender o problema sobre a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, trabalhando seus significados, aspirações, valores, atitudes das ações e relações humanas, de forma que é enfatizado o contexto social no qual o indivíduo está inserido.

Em nossa pesquisa, privilegiamos as experiências vividas pelos profissionais de saúde, durante o processo de cuidar de gestantes soropositivas, suas opiniões sobre a gravidez em

mulheres soropositivas para o HIV, bem como a condições de trabalho encontradas por esses profissionais que favoreçam ou dificultem suas práticas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) pertencente à Universidade Federal da Paraíba, Campus-I, localizado na cidade de João Pessoa-PB, mais precisamente na Unidade de Clínica Obstétrica e no Serviço de Atendimento Especializado-Materno Infantil – SAE-MI. A escolha do local se deve ao fato de o pesquisador fazer parte do corpo de enfermagem da clínica obstétrica, e por serem as mesmas referências no cuidar a mulher soropositiva no ciclo gravídico-puerperal.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos colaboradores desse estudo foram 18 profissionais de saúde, integrantes da equipe de Enfermagem e Médica, atuantes na Clínica Obstétrica e no Serviço de Assistência Especializada Materno-Infantil (SAE-MI), do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). A escolha dessa amostra se deu pelo fato de serem os mesmos que prestam assistência direta e contínua às gestantes e puérperas soropositivas. Sendo, portanto, o critério de inclusão dos sujeitos os atendimentos dispensados no que diz respeito ao cuidado de gestantes/parturientes soropositivas, e aceitação em participar do estudo.

Foi utilizado o critério de repetição das informações, portanto o número de participantes alcançado foi determinado ao passo que as informações começaram a se repetir. Esse critério é definido por Minayo (2006), como o início da coleta dos dados sem definição prévia do número de participantes, favorecendo coletar uma maior quantidade de informações, e quando observada a repetição das mesmas, a amostragem é considerada adequada. À medida que a análise transcorria, observou-se que os dados se repetiam, indicando, assim, a saturação das informações, possibilitando a compreensão do fenômeno.

Ainda como critério de inclusão na pesquisa, utilizou-se a aceitação dos profissionais na participação da pesquisa, resposta do instrumento de coleta de dados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas. A entrevista é definida por Haguette (1997, p.86) apud Boni e Quaresma (2005, p.72), como um “processo de interação social entre duas pessoas em que uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Muito utilizado em trabalhos de campo, a entrevista proporciona importante ferramenta, como coleta de dados. Os pesquisadores buscam, através dela, obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos. Ainda de acordo com Richardson (2009, p.208), “a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas”. O contato face a face possibilita a proximidade entre as pessoas, proporcionando melhor possibilidade de conhecimento entre elas.

Quanto à formulação das questões, o pesquisador deve ter cuidado com as perguntas a serem elaboradas. Elas devem ser feitas, levando em conta a sequência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade à conversação, conduzindo a entrevista a um certo sentido lógico para o entrevistado (BOURDIEU, 1999).

De acordo com Boni e Quaresma (2005, p.57):

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

No roteiro de entrevista (Apêndice B), constam-se primeiramente de dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa, dados pessoais e profissionais, e dados de interesse ao alcance dos objetivos levantados.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do HULW, protocolo nº. 815/10, sendo realizada, portanto, no mês de dezembro de 2010, durante os turnos matutino, vespertino e noturno de modo a contemplar um número

maior de profissionais. Todas as entrevistas ocorreram no local e horário de trabalho dos entrevistados, e previamente acordado com a direção do hospital e chefia dos setores.

A entrevista individual ocorreu, obedecendo as seguintes etapas:

Etapa 1:

- Mediante encaminhamento de ofício, junto à direção do HULW e sua liberação. O Após aprovado o projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW, solicitamos permissão para a coleta dos dados, junto à chefia da clínica obstétrica e SAE, bem como local para realização das entrevistas;
- Foi agendada previamente com os profissionais, a data e hora da entrevista. Bem como explicado ao profissional entrevistado o objetivo da pesquisa, garantindo o anonimato e a participação livre e esclarecida, após assinatura do termo de consentimento;

Etapa 2:

- Foi aplicado o roteiro (Apêndice B), utilizando-se do método de entrevista semi-estruturada, visando obtenção dos dados de caracterização da amostra, bem como alcance do objetivo proposto na pesquisa;
- A entrevista foi gravada, de modo a garantir a total fidedignidade das informações coletadas.

Após a gravação de cada entrevista, utilizou-se o diário de campo, visando à realização dos registros das impressões sobre o contato com os colaboradores, o local onde se deu a entrevista, bem como as dificuldades encontradas durante o percurso da coleta. Nele, o pesquisador anota suas observações e acontecimentos nas reuniões, falas importantes, indagações (MELLO, 1995).

As gravações eram transcritas até 24 horas após a coleta, pois, assim, não se perdia a riqueza dos dados coletados. Os relatos obtidos dos profissionais foram descritos literalmente, assim como as minhas reflexões, como pesquisador, durante toda a realização do estudo. Após a transcrição, foi realizada uma segunda leitura do documento, acompanhada da escuta da gravação, e uma terceira leitura minuciosa, sem o equipamento, a fim de observar a essência do texto transcrito.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Organização do material coletado

As entrevistas transcritas foram organizados com uso do *software* Atlas.ti versão 6.0, em torno de questões norteadoras, mediante a criação de *Hermeneutic Unit* (HU); através dos ícones *File, open*, foi salvo no *TextBank* o nome do HU a ser utilizado – Vivência de Profissionais de Saúde no Processo de Cuidar de Mulheres Soropositivas no Ciclo Gravídico Puerperal. Em seguida, as entrevistas de cada profissional foram inseridas, através do ícone *Primary Doc Manager* (P-Docs), no total de 18 (dezoito) entrevistas salvas em extensão – *rtf*, após leitura minuciosa destas, de modo a contemplar o objeto de investigação, registrando também as impressões das falas, acompanhadas da revisão da literatura científica. Foi realizada a codificação do *corpus*, através do qual foram criados códigos pelo ícone *Code Manager* (Codes), sendo 04 Codes: *vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas; concepção dos profissionais sobre o direito reprodutivo em mulheres soropositivas; dificuldades na execução do cuidado proporcionadas pela estrutura do serviço; preparo dos profissionais para a realização do cuidado*.

Após criação dos códigos, as entrevistas foram abertas uma de cada vez, e foram sendo codificadas através do sublinhamento dos fragmentos, sendo que cada fragmento poderia receber um ou mais códigos. Os fragmentos eram armazenados no ícone *Quotation Manager* (Quotes). Após a codificação das 18 entrevistas, foram gerados relatórios através do ícone *Tools*, seguido do ícone *Query Tool*, através do qual se selecionava o código que se desejava obter o relatório, e acionando-se o ícone da impressora, adquiria-se o relatório. Com a impressão desse relatório, obteve-se importante instrumento para a aplicação da técnica de análise.

3.6.2 Aplicação da técnica de análise – Análise de Conteúdo

Posteriormente, o resultado do material coletado nas entrevistas foi analisado numa abordagem qualitativa. Para tal, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin, como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens. Este tipo de análise é marcado pela presença ou pela ausência de um dado característico do conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de mensagem. Pode funcionar sobre o corpus reduzido e estabelecer categorias mais discriminantes (BARDIN, 1979, p.115).

O *corpus*, de acordo com Rodrigues e Leopardi (1999, p.29), corresponde ao conjunto de documentos necessários aos procedimentos analíticos, e com vistas à identificação de temas centrais geradores de categorias de análise. Neste estudo, o *corpus* constituiu os dados produzidos pelos profissionais de saúde no contexto das entrevistas.

A escolha das unidades de análise

Constituído o *corpus* do trabalho, foi realizada a fase de sua decomposição, em unidades menores ou elementos constitutivos, também denominados de unidades de análise, as quais foram agrupadas, a partir de características comuns ou aproximadas. A unidade de análise escolhida para esta pesquisa foi o tema que está incluído na área da semântica, e destina-se ao estudo do significado das palavras, gerando, assim, categorias temáticas. Richardson (2009, p.235) afirma que o tema se refere a uma afirmação sobre o sujeito da oração, isto é, uma frase ou uma frase composta, a partir da qual se podem formular várias afirmações. Sobre esta questão, Bardin afirma que

[...] a análise temática recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis (BARDIN, 1979, p.175).

A categorização

A fase da categorização descrita por Bardin

É uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1979, p.117).

Para a identificação das categorias, seguimos as etapas propostas por Bardin (1979):

- 1- Pré- análise - esta etapa correspondeu à leitura flutuante do material coletado, mediante as entrevistas, que foi se tornando mais claro a partir do contato exaustivo da pesquisadora

com o referido material. Nessa fase, ocorreu ainda a organização do material, de maneira a responder regras, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Após esse procedimento, determinamos as unidades de análise (temas);

- 2- Exploração do material - nessa etapa do estudo, buscamos, inicialmente, classificar o material empírico em quatro grandes categorias estabelecidas *a priori*: (1) vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas, no ciclo gravídico puerperal; (2) percepções dos profissionais de saúde acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo; (3) vivência dos profissionais em relação às condições de trabalho e (4) preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas. Após o inventário e a classificação das unidades de análise nas categorias ora referidas, passamos a decompor os dados em subcategorias, com capacidade mais reduzida de generalização. Estas subcategorias foram codificadas, mediante as letras iniciais dos termos que lhes faziam referência;
- 3- Interpretação dos resultados obtidos - o material empírico foi analisado qualitativamente. A discussão desse material envolveu o entendimento do pesquisador sobre a temática e análise da literatura pertinente, para ancorar o posicionamento dos profissionais nele revelados. As subcategorias foram codificadas mediante a letra correspondente à subcategoria a que pertencia. As figuras 1, 2, 3 e 4 demonstram como ficaram dispostas as categorias e subcategorias respectivamente.

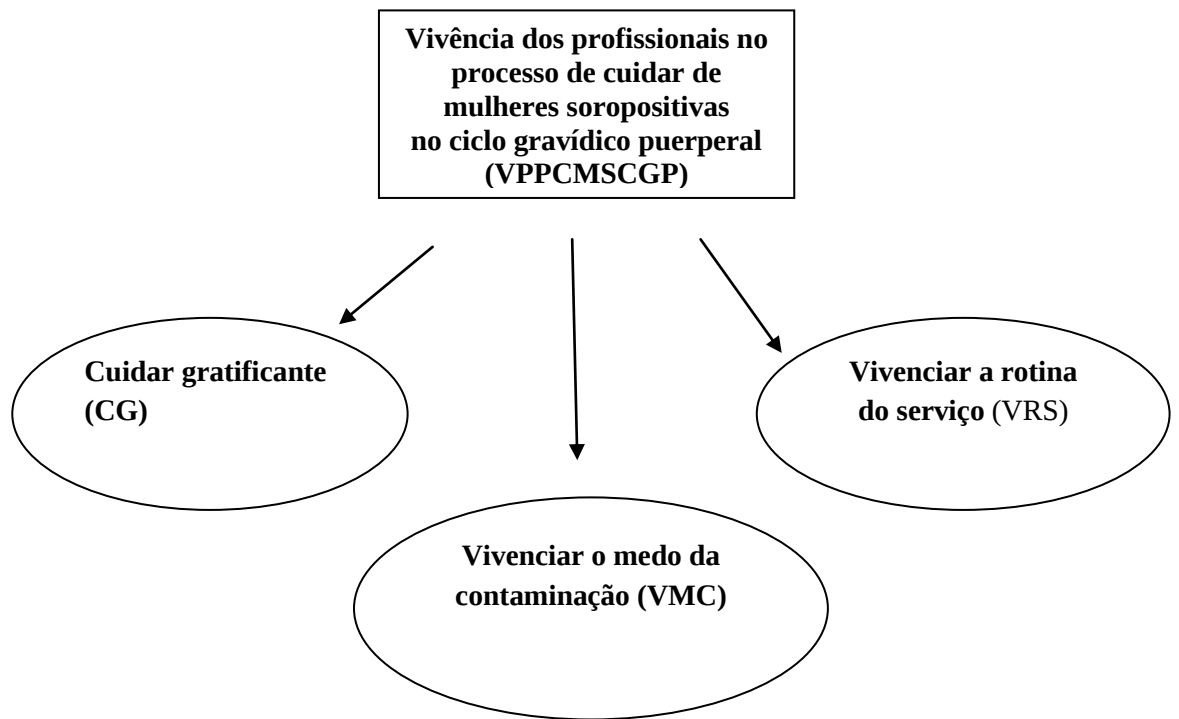


FIGURA 1: Vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal. João Pessoa/PB.

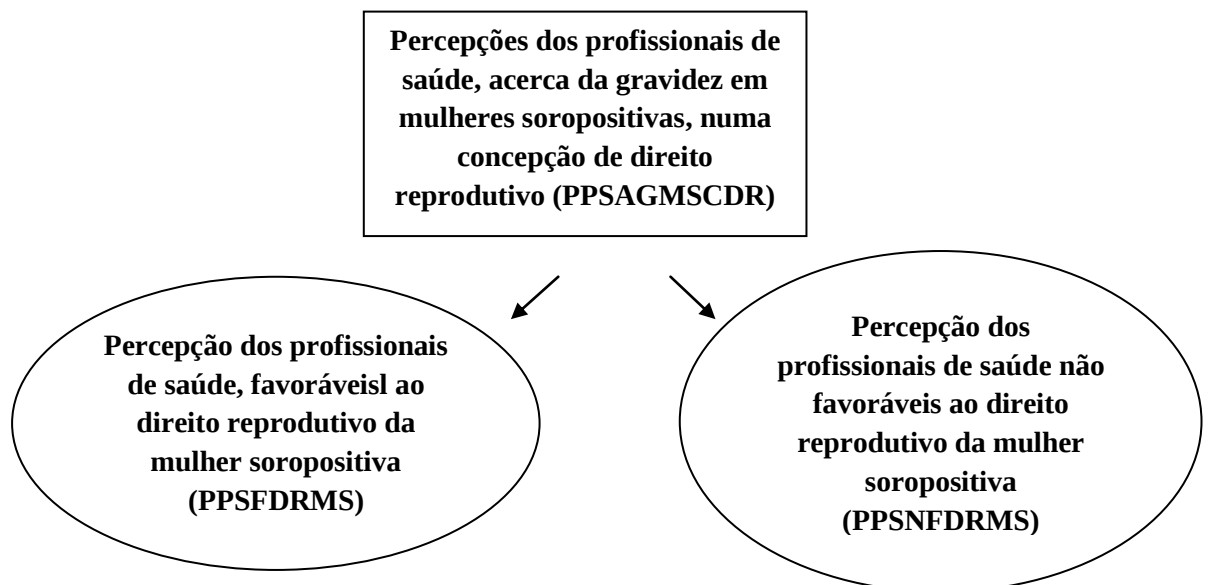


FIGURA 2: Percepções dos profissionais de saúde acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo. João Pessoa/PB.

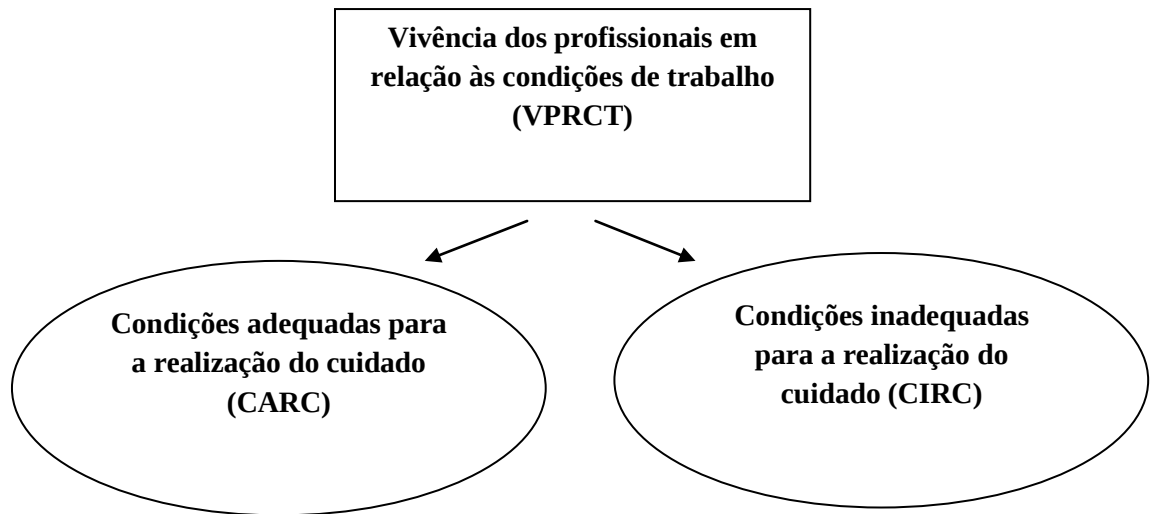


FIGURA 3: Vivência dos profissionais em relação às condições de trabalho. João Pessoa/PB.

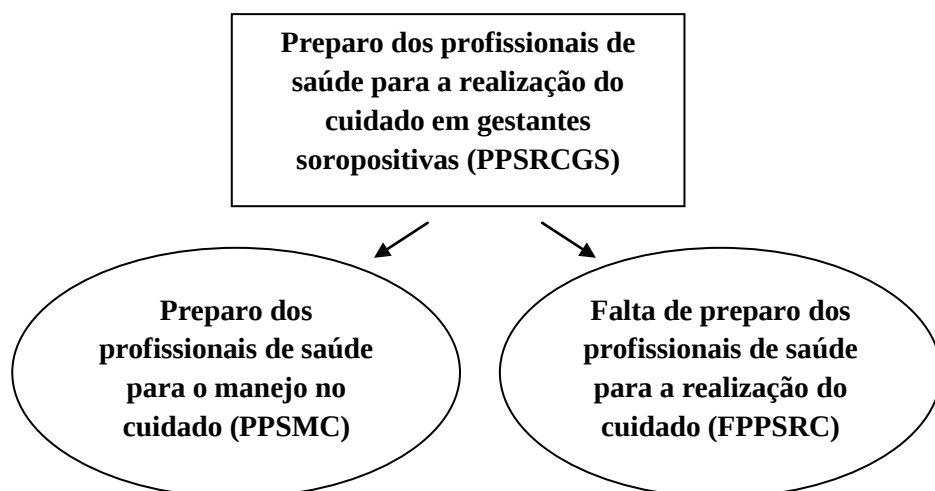


FIGURA 4: Preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas. João Pessoa/PB.

Seguida essa etapa de categorização, fundamentamos o referencial teórico-metodológico, a partir dos conceitos de Humanização do Cuidado, Direito Reprodutivo, Organização de Serviços de Saúde e Planejamento e Implementação das Ações em Saúde, na técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin.

A importância do emprego da análise de conteúdo, neste estudo provém da possibilidade de essa técnica poder revelar o posicionamento dos sujeitos, em relação à

temática do cuidar de mulheres soropositivas, no ciclo gravídico puerperal e o cotidiano de suas práticas, como profissionais de saúde que vivenciam essa realidade.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – HULW/CCS/UFPB, atendendo às orientações éticas e legais, inerentes ao protocolo de pesquisa, envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 CNS (BRASIL, 1996). Sua aprovação se deu em 14 de dezembro de 2010, sob nº de protocolo 815/10 (**ANEXO A**).

A autorização dos sujeitos, para gravação e uso das informações, foi obtida mediante a assinatura do TCLE, que além de assinado, está datado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra ficou com o entrevistador. Não houve qualquer tipo de fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação por participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de participar ou não, e de desistir a qualquer momento. Também foi assegurado o sigilo e o anonimato dos sujeitos.

Depois de transcritas, as entrevistas foram guardadas em lugar seguro e confidencial, tendo acesso somente o pesquisador, em conformidade com os princípios da ética na pesquisa, envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir de uma materialidade que emergiu dos discursos dos profissionais de saúde, segue-se a análise desse estudo. Após uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, daremos início às análises das entrevistas com esses profissionais.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Respalhando-se pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como pela Resolução COFEN 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem, a fim de garantir o anonimato e evitar a quebra de sigilo de informações, todos os profissionais pesquisados, nesta etapa da pesquisa, foram identificados por siglas que referiram a ordem de suas entrevistas: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17 e P18. O quadro abaixo apresenta os sujeitos investigados segundo sexo, idade, unidade de atuação profissional, formação básica, nível de formação, tempo na unidade em anos, e quanto à escolha pela unidade que atua (se voluntária ou determinada pela chefia) de cada profissional participante do estudo:

Profissional	Sexo	Idade	Unidade de Atuação	Formação Básica	Nível de Formação	T. na Unidade	Escolha pela Unid.
P1	F	37	C.Obstétrica	Enfermeira	Especialização	6-10	Determinada pela chefia
P2	F	43	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Graduação	6-10	Voluntária
P3	F	47	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Médio	16-20	Determinada pela chefia
P4	F	50	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Especialização	1-5	Voluntária
P5	F	53	C.Obstétrica	Médica	Especialização	25-30	Voluntária
P6	F	54	C.Obstétrica	Médica	Especialização	25-30	Voluntária
P7	F	54	C.Obstétrica	Enfermeira	Especialização	25-30	Voluntária
P8	F	48	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Médio	6-10	Determinada pela chefia
P9	M	62	C.Obstétrica	Médico	Especialização	25-30	Voluntária
P10	F	53	SAE-MI	Enfermeira	Graduação	6-10	Voluntária
P11	M	52	SAE-MI	Médico	Mestrado	11-15	Voluntária
P12	M	28	SAE-MI	Aux/tec de Enf.	Médio	1-5	Voluntária
P13	F	56	SAE-MI	Aux/tec de Enf.	Especialização	1-5	Determinada pela chefia
P14	M	57	C.Obstétrica	Médico	Especialização	25-30	Voluntária
P15	F	33	C.Obstétrica	Enfermeira	Especialização	1-5	Determinada pela chefia
P16	F	36	C.Obstétrica	Enfermeira	Especialização	1-5	Determinada pela chefia
P17	F	41	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Médio	6-10	Determinada pela chefia
P18	F	56	C.Obstétrica	Aux/tec de Enf.	Médio	11-15	Determinada pela chefia

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa (Dezembro, 2010).

Ainda caracterizando os sujeitos da pesquisa, o quadro abaixo mostra a realização de treinamento, ou cursos de capacitação na área do objeto do estudo pelos profissionais de saúde pesquisados:

Profissional	CURSOS E CAPACITAÇÕES				
	Aconselhamento Pré e Pós teste HIV	DST/AIDS	Teste Rápido para HIV	Humanização do Parto e Nascimento	Outros
P1	sim	sim	sim	sim	-
P2	sim	sim	sim	não	Ser servidor HIV
P3	não	não	não	não	-
P4	não	sim	não	sim	-
P5	sim	sim	não	sim	-
P6	sim	sim	não	sim	-
P7	não	sim	não	não	-
P8	não	não	não	não	Ser servidor
P9	não	sim	não	sim	-
P10	sim	sim	sim	não	Hepatites virais
P11	sim	sim	sim	sim	Esp. em DST/aids
P12	sim	sim	não	não	Hepatites virais
P13	sim	sim	não	não	-
P14	sim	sim	sim	sim	-
P15	não	não	não	não	-
P16	não	não	não	não	-
P17	não	não	não	não	-
P18	não	não	não	não	-

Quadro 2: Caracterização dos sujeitos da pesquisa, quanto à realização de cursos e capacitação.

Fonte: Dados da pesquisa (Dezembro, 2010).

4.2 DADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO DO ESTUDO

A fim de favorecer a leitura, as 04(quatro) Categorias e suas respectivas Subcategorias, como demonstradas nas figuras 1, 2, 3 e 4 foram novamente mencionados.

CATEGORIA I - Vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas, no ciclo gravídico puerperal (VPPCMSCGP).

Subcategoria I - cuidar gratificante (CG);

Subcategoria II - vivenciar o medo da contaminação (VMC);

Subcategoria III - vivenciar a rotina do serviço (VRS).

CATEGORIA II - Percepções dos profissionais de saúde, acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo (PPSAGMSCDR).

Subcategoria I - percepção dos profissionais de saúde, favoráveis ao direito reprodutivo da mulher soropositiva (PPSFDRMS);

Subcategoria II - percepção dos profissionais de saúde, não favoráveis ao direito reprodutivo da mulher soropositiva (PPSNFDRMS).

CATEGORIA III - Vivência dos profissionais em relação as condições de trabalho (VPRCT).

Subcategoria I - condições adequadas para a realização do cuidado (CARC).

Subcategoria II - condições inadequadas para a realização do cuidado (CIRC).

CATEGORIA IV - Preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas (PPSRCGS).

Subcategoria I - preparo dos profissionais de saúde para o manejo no cuidado (PPSMC)

Subcategoria II - falta de preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado (FPPSRC).

Segue-se, então, a análise das categorias e suas respectivas subcategorias temáticas:

CATEGORIA I - Vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas, no ciclo gravídico puerperal (VPPCMSCGP).

Nesta Categoria discutem-se os aspectos relacionados à vivência dos profissionais de saúde, no processo de cuidar de mulheres soropositivas, baseados nos princípios propostos pelo SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz, como princípios fundamentais, a universalidade, equidade e a integralidade, objetivando assistir a todo cidadão brasileiro que necessitar de assistência à saúde. Para que isso ocorra, é preciso ver o ser humano como um todo, às vezes num momento de fragilidade, às vezes não (VARGENS; SANTOS; RANGEL, 2010). Ainda segundo os autores, nos dias atuais, na busca por uma melhor assistência à

saúde faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, no que consiste a assistência integral e igualitária ao cliente. Para que essa ação integral ocorra, é imprescindível que aconteça também uma modificação nas relações de poder entre os profissionais de saúde, bem como dos profissionais de saúde para com as usuárias.

Por muitos anos, os programas de prevenção do HIV/AIDS não contemplavam as mulheres, reflexo talvez de o SUS ter demorado a realizar ações preventivas, através da criação de programas que contemplassem a população feminina. Os aspectos abordados pelo SUS eram sempre direcionados à saúde materno-infantil. Com o surgimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), surge um princípio de desenvolvimento das políticas de saúde voltadas à mulher, de forma a atender as necessidades desse público, integralmente, proporcionando medidas de prevenção e promoção da saúde. Tais ações são desenvolvidas, visando o bem estar da mulher em todas as fases da vida (VARGENS; SANTOS; RANGEL, 2010). Com o crescimento da infecção pelo HIV na população feminina, surge a preocupação com o controle da transmissão vertical e o desenvolvimento de ações voltadas para a captação precoce das gestantes, bem como para a rapidez no diagnóstico da infecção pelo HIV, proporcionando também melhoria na qualidade da assistência prestada, de forma que atenda aos princípios do Programa de Humanização da Saúde (PHS).

A partir desta Categoria I, sugiram três subcategorias como descrito anteriormente:

Subcategoria I - cuidar gratificante (CG)

Meu relacionamento com a paciente soropositiva é o melhor possível, eu cuido como cuido de qualquer outra paciente, com os cuidados que são dedicados a esse tipo de paciente, mas eu a trato como trataria uma paciente que não fosse soropositiva. (P4-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Para mim, o cuidar dessa gestante é muito gratificante, desperta um sentimento de perspectiva, perspectiva porque a gente trabalha num setor onde é possível obter o milagre da vida, e ao implementar os cuidados do Projeto Nascer, a gente vê que é possível ter esse bebê não contaminado, mas também a gente fica curioso em pensar nessa mãe que ainda é portadora de uma patologia incurável, apesar de que considerada crônica. Com toda a medicação, todos os recursos que existem obtém uma perspectiva de vida grande, mas também a gente se sente assim curiosa, tentando resgatar dessa paciente o sentimento, o que ela sente em ser mãe com um problema de saúde tão grave. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Olha, eu acho que o cuidado de mulheres soropositivas é uma parte da obstetrícia que é bem importante, é interessante, como pra mim é gratificante, porque quando a gente fala de soropositividade a gente tem que ver que hoje que a infecção de HIV em gestantes é a única forma de controle que nós temos dessa transmissão mãe-filho, ou seja da transmissão vertical.(P11-Méd. SAE)

Entende-se por cuidar tudo aquilo se opõe ao descuido e ao descaso, não é só um ato, e sim uma atitude, abrangendo mais que um momento de zelo, de atenção ou de solicitude. “Representando, portanto, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2003, p.33). Essa consciência é indispensável para que o profissional possa interagir com a gestante, portadora do vírus HIV, a qual não deve ser considerada apenas um número, ou a patologia a ser tratada, mas um ser humano, que necessita de cuidado. Podemos estar prestando assistência e não estar cuidando. De acordo com Baggio (2006), o cuidado está vinculado ao cuidar, também, com ação de prevenção.

Cuidar significa, além de tudo, estar preocupado com o paciente, mais que um momento de atenção. “Cuidar é um verbo que se refere à ação de assistir, ajudar ou facilitar ao outro indivíduo, com necessidades evidentes, ou que podem ser antecipadas, levando-o a melhorar ou aperfeiçoar uma condição humana ou modo de vida” (CROSSETTI, 2000, p. 46).

Ainda segundo Boff (2003), citando o filósofo Martin Heidegger, o cuidado é algo inerente à formação humana. Tudo que o ser humano desempenha vem acompanhado de cuidado. É preciso reconhecê-lo como um modo de ser essencial, impossível de ser totalmente desvirtuada.

É preciso que os profissionais, ao promoverem o cuidado, possam abranger não apenas o biológico, mas ver o ser cuidado como um todo, numa visão holística não limitando sua atenção àquilo que é visível ao olho. Ter uma visão ampliada para o todo é extremamente necessário (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Na busca de revelar a vivência dos profissionais de saúde, no processo de cuidar de gestantes soropositivas para HIV, percebe-se, nessa subcategoria I, a satisfação dos mesmos em realizar atenção a esse público. Essa satisfação tem relação com a possibilidade de promoção do bem estar materno, e a possibilidade de proporcionar uma gestação segura, com o objetivo primordial, que é o nascimento de uma criança saudável.

Cabe aos profissionais de saúde que prestam cuidados às gestantes soropositivas, estarem isentos dos preconceitos que ainda permeiam a AIDS. O papel da equipe multidisciplinar nesse processo deve estar pautado na busca da melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como da satisfação dos profissionais na realização dessas atividades. Para Silva e Gimenes (2000) apud Baggio (2006), é preciso perceber o paciente como ele se mostra, através dos seus sinais e falas, na expressão de sua dor e restrição pois, por trás de cada situação corporal de doença, há uma história de vida que pode ser apreendida em muitas minúcias. Percebendo a individualidade do cuidar, cada profissional inserido nesse processo desempenhará suas funções, de maneira a atingir a satisfação do paciente, bem como sua própria satisfação profissional.

Subcategoria II - vivenciar o medo da contaminação (VMC)

Vivencio de uma forma mais assim... Com mais cuidado, com mais dedicação, mas não deixa de ser uma gestante igual às outras.(P2-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

A vivência é normal, não é assim ter rejeição porque a paciente tem HIV positivo e a gente vai diminuir a pessoa, entendeu? A gente vai ter que ter mais cuidado, realmente porque a paciente tem HIV positivo. Cuidado assim a respeito do sangue[...].(P3-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Eu vivencio de forma que o cuidado, principalmente o cuidado com a contaminação seja feita, sem passar para a paciente que tem preconceito, medo de se contaminar, tratar normalmente, cuidar naturalmente e sempre alerta a cada movimento, a tudo que for fazer em relação ao paciente. E também cuidado não só a mim, mas aos outros pacientes que estejam por perto, né? Que entram em contato também né...? A gente tem que lidar com cuidado que a paciente não se sinta diferenciada pelo fato de ser soro positiva. Tratar com naturalidade o paciente. (P8-Méd.Clinica Obstétrica)

E é uma paciente comum, lógico com os cuidados que devem ser tidos para pacientes soropositivos, mas nada muito diferenciado não. (P15-Enf. Clínica Obstétrica)

Com cuidado e com cautela, tenho medo de me contaminar, sempre que posso, procuro aconselhar.(P17-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Nessa subcategoria II, podemos observar, através do discurso dos profissionais, que o cuidado é marcado ainda pelo medo da contaminação pelo HIV.

A assistência da equipe de enfermagem e médica a gestante soropositiva encontram-se inseridas em todas as fases da epidemia da AIDS, que vai desde a prevenção, a fase diagnóstica, bem como a terapêutica da doença.

Segundo Formozo e Oliveira (2009), não podemos esquecer que, durante a realização das atividades práticas pelos profissionais de saúde, no que diz respeito ao cuidado prestado ao paciente portador do HIV, o risco de contaminação, por parte de quem cuida, existe, seja pela possibilidade de acidentes com material biológico, seja pelo não emprego de meios de prevenção adequados.

Pela ameaça do risco de contaminação pelo HIV, torna-se visível o medo por parte dos profissionais, em relação ao cuidar de gestantes soropositivas.

Como podemos observar, nas falas acima, os profissionais assumem a postura de comportamento preventivo para o HIV contraditória, quando diferenciam os cuidados prestados à clientela das gestantes soropositivas das demais gestantes. Enfatizam o medo da contaminação em seus discursos, o que contradiz com a fala que demonstram o tratar igualitário, entre todas as pacientes dos serviços. Vale ressaltar, portanto, que a clínica obstétrica atende, além de gestantes portadoras do vírus HIV, outras pacientes que estão no ciclo gravídico-puerperal.

Um estudo realizado por Formozo e Oliveira (2009), corrobora com essa discussão, uma vez que demonstrou que, entre os profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes HIV positivos, existe uma contradição em determinada representação. Demonstrada pela verbalização de que o cuidar de paciente soropositivo para o HIV é dito igual ao cuidar de qualquer outro paciente, no entanto, diferenciado pela necessidade de proteger-se do contágio. No tratar, considera-se igual a qualquer outro paciente, porém enfatiza a AIDS como doença transmissível e fatal. Gerando a busca com cautelas adicionais, quando o cuidado é dispensado a esse tipo de paciente, mostrando que, apesar do reconhecimento da cronicidade da doença e invisibilidade dos doentes, a doença (e o vírus) ainda não são representados como comuns.

Faz-se necessário que os profissionais que cuidam de gestantes soropositivas, conheçam as formas de contaminação e, por conseguinte, como prevenir-se da doença. Talvez, assim, o medo que carrega o cuidado prestado por esses profissionais seja diluído, melhorando a assistência prestada, e a vivência e convivências entre esses profissionais sejam desenvolvidas de forma igualitária e prazerosa.

Subcategoria III - vivenciar a rotina do serviço (VRS).

A gente trata as pacientes por igual, as cesarianas são agendadas e daí a gente segue a rotina do serviço. (P5-Méd.Clinica Obstétrica)

A minha vivência é pouca, pouca mesmo, é só atuar como cirurgião nas cesáreas. (P9-Méd.Clinica Obstétrica)

Minha função aqui no hospital no cuidado com essas gestantes é verificar a pressão, encaminhas para os consultórios, é... essa é a parte fundamental da minha função, e também preparar, é conversar, muitas me procuram pra conversar e assim eu faço encaminhamento para assistente social, para ver as necessidades das gestantes. (P12-Téc. Enf. SAE)

Diferente dos discursos anteriores, nesta unidade, pode-se perceber, através das falas, que os profissionais vivenciam o cuidado como algo inerente a sua rotina de trabalho.

A atenção que deve fazer parte do processo de cuidar passa a ser vista como meramente ato de assistir ou intervir, focado no modelo biomédico e visualizando apenas os aspectos físico-biológicos. Segundo Boff (2003, p.98), o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para mim, fazendo com que um indivíduo passe a se dedicar ao outro.

Os fatores físico-biológicos, envolvidos na realização da assistência pré-natal ou no momento da internação na maternidade, tais como aferição de pressão, peso, medição do útero materno, ausculta de BCF e procedimento cirúrgico são aspectos contemplados no decorrer do ciclo gravídico puerperal, em gestantes soropositivas. No entanto, associada aos fatores físico-biológicos, foi observada uma preocupação dos profissionais de saúde, em realizar uma assistência integral a essas gestantes, contemplando, também, os aspectos psicossociais, como observamos na primeira e terceira subcategorias descritas anteriormente.

Estudo realizado por Brienza e Clapis (2002), na cidade de Ribeirão Preto, SP, ressalta que a priorização dos aspectos físico-biológicos, durante a realização do pré-natal, torna o cuidado pouco significativo e pouco abrangente, deixando de vislumbrar, em sua plenitude, o universo no qual está inserida a futura mãe.

Segundo o manual de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde, as condutas, baseadas nos aspectos físicos, devem ser associadas aos aspectos psicológicos do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005). Aspectos emocionais, tais como ansiedade, medo e mudança de vínculo afetivo devem ser abordados durante as consultas de pré-natal. O atendimento humanizado à gestante soropositiva deve contemplar não só a assistência pré-natal, mas todo momento do ciclo gravídico-puerperal, bem como o seguimento e acompanhar a criança exposta ao vírus HIV, até o descarte ou confirmação da infecção, devendo essa mulher/família ser acompanhada pelo programa de DST/AIDS.

Para que possamos alcançar uma assistência de qualidade ao binômio mãe e filho faz-se necessária uma reestruturação, na forma como é prestada a assistência no modelo atual, biomédico e reducionista, que deve começar já na formação dos profissionais da saúde. Assim, a formação profissional não deve focalizar apenas a doença, a forma como é dado o diagnóstico e as formas de tratamento, mas deve permitir uma abrangência ampliada das necessidades de saúde, visando atender, de forma integral, desenvolvendo ações voltadas à integralidade do cuidado à saúde das gestantes soropositivas (BRASIL, 2008b). Por fim,

cuidar é uma atitude de responsabilidade. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato[...]. Ela pode ser pensada como uma atitude de implicação, do tipo tudo o que diz respeito a este sujeito me importa, me diz respeito diretamente. O ponto central é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território onde deve ser baseado o atendimento (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

CATEGORIA II - Percepções dos profissionais de saúde, acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo (PPSAGMSCDR).

A partir desta categoria II, surgiram duas subcategorias descritas sequencialmente:

Subcategoria I - percepção dos profissionais de saúde favoráveis ao direito reprodutivo da mulher soropositiva (PPSFDRMS).

As falas abaixo mostram como os profissionais de saúde apresentam-se de forma favorável ao direito reprodutivo das mulheres soropositivas.

Olhe, complicada, mas é possível, principalmente as nossas pacientes, porque elas já tiveram aqui uma gestação com a gente, ela já viu o resultado e deu certo, então a gente fica dando uma assistência, ter outro ela pode ter sim, com mas cuidado, fazendo o pré-natal adequado, fazendo os exames acompanhando a carga viral, o momento em que esteja com a carga viral se possível indetectável, e o CD4 bom, elevado. Então é uma hora boa dela pensar, e também o companheiro, no momento que ela desejar uma gestação o companheiro tem que ser acompanhado, nós temos que ver como está a carga viral do companheiro, desde que ele permita ser testado, mas se não permitir, a própria paciente com carga indetectável e CD4 elevado ela pode ter novos filhos. Eu penso dessa maneira, tem muitas que vão querer e pode sim ser realizado. (P10-Enfª. SAE)

Eu acho que toda mulher tem o direito à maternidade e o homem à paternidade, quando você lida com o vírus HIV, eu não posso ter em mente esterilizar em massa, eu acho que todo mundo tem direito a ser pai e mãe, só que pra essas pessoas que vivem com HIV, eles têm que ter consciência do momento ideal para que essa gravidez possa ocorrer, por isso nós aqui acompanhamos esses casais.[...]Então tem que ter uma maternidade e uma paternidade responsável. Então eu acho que todo homem e toda mulher têm direito à paternidade e à maternidade. Então a gente tem que estar sempre atento a essas questões de julgamento. (P11-Méd. SAE)

Eu penso assim que ela pode engravidar normalmente, mas tem que seguir todo o tratamento, com os cuidados, ela pode ter sim, eu sou totalmente a favor que ela tenha outras crianças. (P12-Téc. Enf. SAE)

Isso hoje não interfere nos cuidados que nós temos, tanto que até agora, aqui no hospital, dá negativo pra todos os recém nascidos, então eu acho que, na situação dessas mulheres, elas podem engravidar, desde que tenham seus cuidados, né? (P14-Méd. Clínica Obstétrica)

Essa discussão permite vislumbrar, com segurança, que é possível o desenvolvimento de uma gestação em mulheres soropositivas. Como é demonstrado, através dos fragmentos nos discursos dos profissionais, a gravidez, com responsabilidade e de forma planejada, respeitando os riscos e os limites de cada casal, é a melhor forma de possibilitar que mulheres (casais) portadoras do HIV possam exercer seu direito reprodutivo, traduzido numa maternidade e paternidade responsáveis.

A expansão da epidemia, na população feminina, acarretou o aumento dos casos de AIDS, em crianças, pela transmissão materno-infantil do HIV. A transmissão materno-infantil do HIV, também denominada transmissão vertical, pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação, sendo que, cerca de 65% dos casos ocorre durante o trabalho de parto e o restante durante a gestação, principalmente nas últimas semanas, ou no período de amamentação (BRASIL, 2003b). A alta carga viral materna é um dos principais fatores associados à transmissão vertical. Outros fatores associados são: a ruptura prolongada das membranas amnióticas, a presença de infecção sexualmente transmissível, o tipo de parto, a prematuridade e o uso de drogas (BRASIL, 2007a).

O governo brasileiro vem, nas últimas décadas, angariando esforços na busca de reduzir a transmissão vertical, em nosso País. Algumas medidas podem aqui ser elencadas: o aconselhamento e a realização de sorologia para HIV no pré-natal; a administração da zidovudina combinada a outros anti-retrovirais para as gestantes; a administração da zidovudina durante o trabalho de parto e no pós-parto para os recém-nascidos; e a substituição do aleitamento materno por fórmulas lácteas adequadas. Todas essas medidas estão disponibilizadas de forma universal e gratuita para toda a população (SOUSA JÚNIOR, 2004).

Objetivando reduzir ainda mais as taxas de transmissão vertical, o Ministério da Saúde também recomenda a realização do parto por operação cesariana eletiva, devendo ser realizada, antes do início do processo de trabalho de parto, com as membranas amnióticas íntegras e ausência de perda sanguínea (BRASIL, 2007a).

Sob a visão biológica, a associação do HIV à gestação, torna-se uma condição de alto risco, que necessita de abordagem adequada e completa durante o pré-natal, o parto e o puerpério, com o objetivo de reduzir os níveis de risco de infecção (BRASIL, 2007a).

Em virtude da alta carga viral materna, está fortemente associada à transmissão materno-infantil. Estudiosos associam ao uso da terapia anti-retroviral altamente potente, ou seja, um esquema de tratamento do qual se pode esperar que reduza a carga viral para menos de 50 cópias/ml, em pacientes virgens de tratamento (BRASIL, 2007a), reduzindo significativamente a taxa de transmissão vertical do HIV, principalmente quando é administrada em gestantes com alta carga viral e que desconheciam o seu estado sorológico até o início do pré-natal.

Ante esta realidade, para implementar a avanço da qualidade de atenção à saúde da mulher e do filho, durante a gestação, o parto e o puerpério, visando ao alcance da redução da transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, no Brasil, estimulando o cumprimento de ações e de metas, aportadas nos subsídios e responsabilidades, divididas entre os três níveis de governo; federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007b).

O Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil vem dar suporte ao Programa de Atenção ao Pré-natal e Nascimento, PAISM, Programa de DST/AIDS, Estratégia Saúde da Família e ampliação dos Serviços de Atendimento Especializados – Materno Infantil, objetivando acesso precoce das gestantes aos testes sorológicos, favorecendo o diagnóstico precoce e implementando ações que garantam a atenção integral especializada às grávidas soropositivas e crianças expostas ao vírus. Com essas medidas, o MS já alcançou, no País, índice de transmissão vertical menor que 5% (BRASIL, 2007b), e em alguns serviços, esses índices permeiam valores que se aproximam de 0%.

Subcategoria II - percepção dos profissionais de saúde não favoráveis ao direito reprodutivo da mulher soropositiva (PPSNFDRMS).

Os fragmentos das falas dos profissionais revelam o quanto ainda é estigmatizante a condição sorológica das gestantes soropositivas, para o HIV.

Eu acho, eu acho mesmo sabendo que o corpo é dela, que ela tem o direito de ter o filho, mas, no meu ver, no meu pensar, que ela não deveria engravidar, eu acho, que corre um grande risco do bebê também ser soropositivo. Também tem a parte de que ela não vai poder amamentar, vivenciar essa amamentação, e eu acho que fica uma restrição porque querendo ou não ela sente não poder amamentar o filho, apesar de não verbalizar, de não demonstrar, mas já é uma limitação e já existe essa diferença, que toda mãe quando tem o seu bebê, ela gosta de cuidar, de vivenciar o momento do parto, vivenciar a amamentação e tudo que ela tiver direito na maternidade. (P4-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Mesmo sabendo que elas têm direito a engravidar, eu traduzo isso como irresponsabilidade, loucura mesmo. O poder público não garante que essas crianças serão assistidas pelo resto da vida o que é um problema para as mesmas no futuro. (P5-Méd. Clínica Obstétrica)

[...]eu penso assim: e essa criança quando crescer corre o risco de perder a mãe, caso ela não tenha esse cuidado, não seja uma mãe responsável consigo mesma, minha preocupação é que essa mãe tenha esse olhar de cuidar de si mesma, para que ela tenha uma sobrevida longa para dar assistência a essa criança e que ela possa estar presente na vida dessa criança. (P8-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Sou totalmente contra, porque elas não podem amamentar, tudo pode contaminar a criança que é indefesa. Toda mãe tem que cuidar do bebê, como elas aqui cuidam. (P17-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Eu acho que ela não deveria engravidar, eu sou contra, eu acho que essas mães deveriam ser laqueadas. (P16-Enfª. Clínica Obstétrica)

[...]Eu acho assim: que essas mulheres quando são conscientes da sua condição sorológica e engravidam é um ato de coragem, e algumas vezes até de irresponsabilidade também, né? porque algumas não tomam os cuidados necessários e na minha opinião elas deveriam até evitar a gravidez com métodos contraceptivos orais, mas realmente com métodos de barreira no sentido de evitar a contaminação do parceiro, quando o parceiro não é contaminado. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Tem consciência da doença né... Mas engravida, era pra tentar mais um pouquinho não ter uma relação com o companheiro e engravidar pode até prejudicar o companheiro né...[...]Não sei se elas são não bem orientadas a respeito do coquetel, ou se acham que não vai transmitir a doença pro parceiro. Eu acho que é falta de consciência só mesmo.(P3-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Essa subcategoria II mostra, de forma clara, através dos discursos dos profissionais, como os mesmos justificam a negativa ao direito reprodutivo de mulheres soropositivas.

Uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral, na população feminina, dá-se durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, com a triagem sorológica anti-HIV.

O Ministério da Saúde, por meio de portarias, e outras normativas técnicas, vem estabelecendo as bases para o aperfeiçoamento das ações que visam ao controle da

Transmissão Vertical (TV) do HIV, no país. A disponibilização de insumos, como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico, forma a base para a atuação profissional ética e competente. Sabe-se que, com a plena realização das condutas padronizadas, consegue-se uma significativa redução da transmissão do HIV da mãe para o feto, na quase totalidade dos casos (BRASIL, 2009b).

Pesquisadores do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) realizaram estudo que demonstra o declínio de 3,75% da taxa de transmissão vertical, em 297 gestantes HIV positivas. Em 2007, o mesmo grupo atualizou os dados de sua coorte, encontrando uma taxa global de TV, de 2,8% em um total de 642 grávidas, no período de 1996 a 2004. Fato interessante observou-se, na análise por períodos de tempo, apontando o declínio na taxa de TV de 3,52% para 1,56%, no período de 1996-1998 a 2002-2004, demonstrando que o Brasil pode obter resultados tão bons como os países desenvolvidos (CALVET et al, 2007).

Toda mulher, independente de sua condição sorológica, deve receber orientação anticoncepcional, visando à promoção da saúde sexual e reprodutiva. É importante que a mulher portadora do HIV, em idade reprodutiva, receba informações em linguagem compreensível, para que incorpore a noção de risco da transmissão vertical, dos meios disponíveis para evitar a transmissão e dos meios contraceptivos acessíveis. Assim, a mulher tem possibilidade de optar, ou não, por uma futura gestação, mas também é possível obter maior adesão aos meios anticoncepcionais e até para que a gestação, se desejada, ocorra no melhor momento, do ponto de vista pessoal, familiar e clínico.

A utilização de dois métodos contraceptivos, como o preservativo e o anticoncepcional hormonal, é considerada como uma boa recomendação, uma vez que previne uma gravidez indesejada, a transmissão da infecção entre sorodiscordantes, a transmissão de vírus resistentes entre parceiros soropositivos, além de prevenir a contaminação com outras DSTs. Não existem restrições ao uso de anticoncepcionais hormonais, em mulheres vivendo com HIV/AIDS. Mesmo não havendo estudos clínicos, alguns antirretrovirais, principalmente os inibidores de transcriptase reversa, não-análogos de nucleosídeos, e os inibidores de protease, apresentam o risco potencial de diminuir ou aumentar a biodisponibilidade dos hormônios esteróides dos contraceptivos hormonais, o que poderia alterar a garantia e a efetividade desses medicamentos (BRASIL, 2007a).

Apresentando ou não diagnóstico sorológico para o HIV, as mulheres desejam um filho, sobretudo por considerá-lo como a possibilidade da extensão da própria vida, e confiantes na terapêutica profilática que, a cada dia, tem se mostrado mais eficaz, diminuindo substancialmente os riscos de transmissão vertical. Além de ser considerado uma realização da própria mulher, esse fato representa um alento, uma esperança de vida. Assim, o surgimento de um filho gera, nas soropositivas, uma espécie de resposta à doença, e a criança vem representar uma esperança de vida. No desejo de serem mães, essas mulheres encontram um incentivo para cuidar da própria saúde, sentem-se mais fortes, e capazes de resistirem aos problemas ocasionados pela doença (CECHIM; SELLI, 2007).

O conceito de Direitos Reprodutivos, reconhecido por legislação internacional e nacional, ganhou legitimidade, a partir Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994; e da IV Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em Pequim, em 1995:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, de ter a informação e os meios de assim o fazer e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, de coerção ou violência. (§ 7.3)

Apesar de discutido mundialmente, o direito reprodutivo, sobretudo dos portadores do vírus HIV, ainda é coroado sob o estigma da epidemia.

O estigma, segundo Moog (2009), refere-se à magnitude de supressão social sofrida pelas pessoas que têm determinada doença, sendo essa recusa baseada na percepção e ignorância sobre a mesma. Para o autor, existem dois caminhos que nos leva à compreensão do estigma: o estigma percebido e o sentido. Quanto ao estigma percebido, relaciona-se ao sentimento do doente sobre sua doença, e compreende a vergonha de ser portador de uma condição que é vista como imperfeição humana, como castigo, como punição por transgredir as normas sociais. Já quanto ao estigma sentido, tem, nas suas raízes, o medo e a ansiedade, levando os indivíduos a esconderem sua condição pelo medo de sofrer preconceitos sociais.

O significado da palavra estigma, para Ferreira (2008), é sinônimo de cicatriz, marca, sinal, que assinala marca infamante, vergonhosa. Enquanto que estigmatizar significa condenar, censurar, qualificar pejorativamente.

O direito reprodutivo exercido pelas mulheres soropositivas é visto pelos profissionais como ato de irresponsabilidade, perpassando, muitas vezes, a irresponsabilidade e visualizado como ato irracional. Fica claro, nos discursos, que os profissionais, mesmo conscientes do direito da mulher em engravidar, eles não aceitam que isso seja possível. Tal colocação está carregada de preconceito e estigma da doença, e pouco é enfatizada sobre os avanços técnicos e de medicamentos que garantem redução dos riscos de transmissão vertical, bem como aumento de sobrevida materna.

Em se tratando dos direitos da mulher portadora de HIV/AIDS, é necessário ressaltar que, com o crescimento da epidemia, surgiu em todo mundo questionamentos éticos sobre o agir humano e, conseqüentemente, gerou uma necessidade de adoção de novas posturas de solidariedade, respeito, amor, na condução das relações humanas, levando a busca constante de leis que garantam o direito às pessoas portadoras de HIV/AIDS, em todos os momentos de sua vida, dentre eles, o direito a maternidade e paternidade (OLIVEIRA, 2005).

Não devemos esquecer que o tema Direito Reprodutivo em Mulheres Soropositivas é carregado de preconceitos, talvez pelo fato de a epidemia da AIDS esteja associada à sexualidade ou ainda pela justificativa do aumento de caso, em crianças menores de 13anos, estar ligado diretamente à transmissão vertical. Porém é preciso pensar não no estímulo à maternidade, como meramente exercício do direito, mas sim garantir o acesso à gravidez, parto e pós-parto seguros. Segundo Silva, Alvarenga e Ayres (2006, p. 475):

Ancorados, sobretudo, nos riscos da transmissão perinatal do HIV, os profissionais de saúde justificam seus sentimentos de indignação ou de incompreensão, quando uma mulher, sabidamente soropositiva, manifesta o desejo de engravidar ou chega grávida ao serviço de saúde.

Algumas especificidades devem ser consideradas na atenção à saúde sexual e reprodutiva das pessoas, vivendo com HIV/AIDS. O diagnóstico da infecção, muitas vezes, é acompanhado de transformações importantes na vivência da sexualidade, requerendo um cuidadoso processo de avaliação das relações afetivas, dos desejos, do prazer e das relações sexuais na vida cotidiana. O medo de infectar parceiros ou de ser rejeitado, por sua condição

sorológica, o estigma associado à AIDS e seus efeitos negativos sobre a autoestima, as mudanças físicas provocadas pelo tratamento medicamentoso e as eventuais dificuldades em usar o preservativo, são aspectos a serem considerados no cuidado ofertado pelos serviços.

Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os usuários sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a estimular autocuidado e autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva. O aconselhamento pode contribuir para esse desafio, na medida em que permite a avaliação singular dos riscos e condições de vulnerabilidade.

Percebemos, em alguns discursos, que a opção pela esterilização das portadoras de HIV é mencionada de forma explícita, não justificando a adoção de tal ação, porém deixando claro que está puramente embasada na condição sorológica das pacientes, por apresentarem uma doença incurável e carregada de preconceitos como é a AIDS.

Os métodos cirúrgicos, como a laqueadura tubária, e a vasectomia, podem ser indicados e empregados, como métodos definitivos, para aqueles casais que assim o desejarem, utilizando-se os mesmos critérios empregados para os indivíduos soronegativos, para o HIV. No entanto, pode ocorrer uma redução na adesão ao preservativo em casais que foram submetidos à contracepção definitiva (MAGALHÃES et al, 2002).

Em relação à esterilização da mulher, sem os critérios estabelecidos no Código de Ética Médico, Führer e Führer (2002, p. 44) comentam que, em nosso País, tal ato pode configurar crime, conforme previsto no Art. 129, §2º, III, do Código Penal.

Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem resulta, III: perda ou inutilização de membro, sentido ou função. A pena é a reclusão de 2 a 8 anos. A esterilização, também, no caso da mulher HIV positiva, sendo feita com dolo, é considerada ofensa à integridade corporal, com perda de uma função (procriadora).

De acordo com a colocação de Vasconcelos (2003), apud Oliveira (2005), uma nova interpretação tem sido dada a este artigo. Segundo o autor, a esterilização definitiva seria considerada crime, quando for praticada com dolo, desconhecimento ou não-concordância da mulher, ou em decorrência de acidente culposo durante atos cirúrgicos. Não havendo crime,

portanto, quando a paciente, voluntária e conscientemente, decidiu por esse método de planejamento familiar.

É preciso que a equipe médica e de enfermagem compreenda e respeite o direito à maternidade das pacientes soropositivas. E que sejam capazes de proporcionar um atendimento que diminua os riscos para mãe e filho, seguindo os princípios éticos que regem essas profissões.

No Código de Ética Médico, em seu capítulo I – Dos Princípios Fundamentais, Art. 6º, (FRANÇA, 2003, p. 63):

O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

No que concerne ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução 311/2007 (COFEN, 2007), descreve em seu Capítulo I – Dos Princípios Fundamentais:

- A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.
- O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

CATEGORIA III - Vivência dos profissionais, em relação às condições de trabalho (VPRCT).

Nesta Categoria III, discutiram-se as condições de trabalho, vivenciadas pelos profissionais de saúde, ligadas ao processo de realização do cuidar. Demonstradas, então, como adequadas e inadequadas. Através dos discursos dos profissionais foram geradas duas subcategorias, descritas abaixo:

Subcategoria I - condições adequadas para a realização do cuidado (CARC).

Aqui no serviço, tem realmente, essas condições. Agente tem toda uma infraestrutura para que essa gestante seja bem cuidada, com o pré-natal bem feito e do início do pré-natal até ela ser puérpera, ela ter o parto dela cesária ou de preferência qualquer que seja e o retorno dela pra aqui. Tem todo um aparato, uma equipe multiprofissional que dá apoio a ela, desde ser gestante até ser puérpera,[...]graças a Deus a gente tem visto que o trabalho realmente caminha, e acontece, você tem toda a condição. (P10-Enfª. SAE)

As condições de trabalho aqui, pra mim, são excelentes. Desde o aconselhamento até o atendimento nos consultórios. Então aqui é assim, altamente adequado mesmo pra receber essas gestantes. (P12-Téc. Enf. SAE)

Aqui no hospital existe material, existe a medicação para a paciente, existe materiais também para manusear com as secreções. Aqui neste hospital eu acho que as condições estão razoáveis para a paciente. (P4-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Os discursos dos profissionais denotam adequação entre as condições de trabalho, isto é, entre os meios que propiciam à realização do cuidado prestado às gestantes/puérperas soropositivas, como podemos observar nas falas anteriormente.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b), a política de controle da transmissão vertical e erradicação da sífilis congênita dão subsídios aos estados e municípios, através da capacitação dos profissionais, bem como do repasse dos insumos necessários á implementação das estratégias de controle desses agravos, visando à melhoria na captação precoce, através do pré-natal e sequenciamento na maternidade de referência, ou naquelas que aderirem ao Projeto Nascer Maternidades.

Para melhoria na assistência prestada à gestante/puérpera soropositiva, é preciso que tenhamos profissionais sensibilizados e capacitados, estrutura ambulatorial e hospitalar adequada, e insumos suficientes para serem empregados na prevenção da transmissão vertical.

Todo esse processo, desde a captação precoce das gestantes, até o acompanhamento do seguimento da criança exposta, deve iniciar na atenção básica, como o emprego do aconselhamento pré e pós-teste HIV. A realização do aconselhamento desempenha um papel importante na prevenção, no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DSTs, e no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2003b).

Todos os profissionais da equipe de saúde, após treinamento especial, podem desempenhar o aconselhamento. É essencial que eles apresentem uma postura de acolhimento das emoções difíceis, que surgem no momento do diagnóstico, e da vivência da soropositividade. Informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre DST, HIV e AIDS, aptidão para propor questões que facilitem a superação de dificuldades para adoção de práticas seguras, e percebam as necessidades da pessoa em atendimento, dando, sempre que possível, respostas a essas demandas, respeitando as singularidades (BRASIL, 2003b).

Mulheres bem aconselhadas, pré e pós-teste HIV, tornam esse momento de fundamental importância para a adesão às medidas de intervenção. Seja durante a assistência pré-natal, na chegada à maternidade, quando as mesmas não tiveram oportunidade de realizarem o teste ou até mesmo nem fizeram o acompanhamento pré-natal. Para a redução da transmissão vertical do HIV, os requisitos básicos para a implementação de ações em nosso meio incluem: acessibilidade e utilização de serviços de saúde para o período pré-natal, intra-parto e pós-parto com profissionais de saúde devidamente treinados; serviços de aconselhamento pré e pós-teste; oferecimento de testes de HIV confiáveis e sem custo; laboratório equipado e apropriado para monitorar parâmetros sanguíneos relacionados à infecção pelo HIV (CAVALCANTE et al, 2008).

Profissionais satisfeitos com as condições de trabalho, e devidamente capacitados, podem proporcionar ao binômio mãe e filho, bem como à família, uma assistência de qualidades, aproximando os pacientes dos serviços de saúde e garantindo um seguimento seguro que diminua os riscos de transmissão vertical.

Subcategoria II - condições inadequadas para a realização do cuidado (CIRC).

Nesta subcategoria, percebemos um discurso conflitante com as da anterior, em relação às condições de trabalho, como podemos perceber nas falas dos profissionais entrevistados.

Eu descreveria como péssimo. A gente tem uma grande deficiência de insumos de equipamento, de material, o setor está muito sucateado, inclusive uma sobrecarga de atribuição para uma equipe que é tão pequena. [...]a ambiência deixa muito a desejar, a gente tem banheiros únicos, enfermarias coletivas, sobrelotadas, então isso tudo interfere, não que uma paciente em alojamento conjunto saiba do diagnóstico da outra, porque a gente preserva esse segredo profissional e essa intimidade, esse diagnósticos da paciente, mas a gente fica preocupado até que ponto isso

seria prejudicial, tanto para as outras quanto para ela mesma [...]. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Péssimas, falta de material adequado, não temos capotes impermeáveis. Quando o RN é pélvico, na maioria das vezes, nos molhamos pra retirá-lo. O serviço por ser referência não nos dá condições, mesmo sendo um serviço de referência[...]. (P5-Méd. Clínica Obstétrica)

Nesta unidade, eu vejo precariedade em ambiente, em material também né? A estrutura física do banheiro que eu acho precária, mas mesmo com essa precariedade, a gente fica buscando fazer o melhor possível, sendo até criativo, é...fazendo alguma coisa que facilite, que colabore, que ajude com a situação daqui e é claro que não diferenciando porque de repente não pode deixar transparecer que aquela paciente é soropositiva, e que deveria ter um jeito de fazer que todos fossem bem assistidos, e não somente os soropositivos. (P8-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

As condições são um pouco deficientes, o serviço não está 100% preparada para esse procedimento, existe deficiência de material para o ato cirúrgico. (P9-Méd. Clínica Obstétrica)

Então na minha opinião a gente deveria ter mais profissionais para que se pudesse fazer uma assistência de enfermagem mais específica, individualizada, e a gente deveria ter melhores condições de ambiência até pra favorecer o bem estar dessa paciente e, de repente, evitar até um perigo para as outras que estão compartilhando o mesmo banheiro, a mesma enfermaria, todo mundo muito perto, muito aglomerado. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Somente o acesso ao diagnóstico precoce não estabelece garantia da melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante/puérpera HIV e à criança exposta. Indissociável à testagem é a conformação de uma rede organizada, a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS, que garanta o acesso das gestantes, parturientes e recém nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV e sífilis (BRASIL, 2007c).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007c), a criação de protocolos visando a eliminação da sífilis congênita e a redução da transmissão vertical do HIV a níveis menores de 1%, pode ser atingida com a criação de uma rede integral de prevenção, que seja capaz de aproximar a atenção básica e os serviços especializados, integralizando assim as ações.

O Brasil, embora apresente um programa de prevenção e controle da AIDS, reconhecido mundialmente, e que as intervenções, visando à prevenção da transmissão vertical do HIV estejam disponíveis a todas as gestantes HIV positivas, as dificuldades do Sistema Único de Saúde, em prover diagnóstico laboratorial, e as dificuldades para a obtenção do resultado, suprimento suficiente de insumos e medicamentos (como teste rápido, medicamentos anti-retrovirais), bem como o percentual relativamente baixo de mulheres testadas no pré-natal da atenção básica, sobretudo nas regiões de difícil acesso, e nas mulheres mais vulneráveis, são fatores que dificultam a redução da taxa de transmissão vertical no Brasil (VASCONCELOS; HAMANN, 2005). Fatores que imperam o SUS, sobretudo os burocráticos, podem dificultar a implementação das ações voltadas ao controle da transmissão vertical, bem como a falta de organização e interesses dos gestores locais, na busca da melhoria do acesso às formas diagnósticas, que poderiam ser favorecidas por uma criação de uma rede laboratorial e ambulatorial adequada, e profissionais treinados e sensibilizados.

Estudo realizado por Vasconcelos e Hamann (2005) mostrou que cerca de 24% e 27%, das grávidas não teve acesso ao AZT oral; 19% e 10% das parturientes não recebeu o AZT intravenoso no parto; 8% e 7% dos recém-nascidos não foi medicado com o AZT xarope, tendo os autores evidenciado falhas relevantes na implementação das ações, apesar de os insumos estarem disponíveis. O coeficiente de transmissão vertical foi de 5,6%, alternando entre 2,9% a 7,5%, sendo maior no parto vaginal (8%), e na cirurgia cesariana não-eletiva (7%).

É marcante, no discurso dos profissionais, que a falta de condições de trabalho interfere diretamente na efetivação do cuidado. A falta de insumos, associada ao número reduzido de profissionais da saúde, sobretudo de profissionais de enfermagem, pode estar associada à diminuição da qualidade da assistência.

[...] porque muitas pacientes, conscientes da sua condição sorológica, pedem para a gente não dar a medicação na frente das outras, pede pra gente, elas ficam inibidas, e algumas até querem sair de alta rápido para preservar o segredo do diagnóstico que elas têm [...] pelo fato dessa paciente estar junta das outras, às vezes as outras ficam bem curiosas, perguntando: “Por que ela não amamenta?”, “Por que o bebê dela toma essa medicação?”... Tudo isso. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

[...]Então tudo isso me dá medo. Eu aqui nem me escovo pra fazer uma cesariana de uma paciente B24, para não correr o risco de me contaminar durante os procedimentos. (P5-Méd.Clinica Obstétrica)

Aqui o bom seria que separassem, mas não pode. Muitas chegam pra mim dizendo “Você gostaria que uma filha, uma irmã ou sua mãe usasse aquele sanitário? Eu não gostaria”. Então eu imagino assim que deveria ter uma separação, mas não pra dizer, ali é só HIV, ali é só isso, mas separar né? Que elas próprias pudessem ficar cada uma no seu quadrado, e não ficassem com outras que não tem nada a ver, porque muitas vezes elas até pedem pra ficar separadas, pra que ninguém saiba o que ela tem. (P17-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Alguns discursos revelam a falta de conhecimento sobre as formas de contágio da doença. Com mais de 30 anos do surgimento do primeiro caso de AIDS, muitos profissionais de saúde ainda desconhecem as formas de contágio e, sobretudo, das formas de prevenção, gerando conflito no momento da realização de procedimentos, orientações as pacientes, bem como organização dos serviços. A capacitação em serviço pode diminuir essa lacuna que talvez permeia esses profissionais, desde sua formação.

Outro fato que podemos observar, nos discursos, é o dilema vivido por esses profissionais que cuidam de gestantes/puérperas soropositivas. É a garantia da manutenção do sigilo da condição sorológica para HIV das pacientes, principalmente durante o período de internação na maternidade. Primeiramente, pela garantia que toda parturiente, independente da sua sorologia, ser colocada em alojamento conjunto; segundo pela maternidade do HULW apresentar apenas enfermarias coletivas; e terceiro por ser essa unidade destinada à gestação de alto risco. Muitas pacientes permanecem por longos períodos, percebendo a rotina "diferenciada" às gestantes soropositivas, tornando difícil o sigilo do diagnóstico.

Muitas pacientes, por sua vez, segundo a opinião dos profissionais, revelam a opção por querer permanecer numa enfermaria separada, para evitar comentários como: “por que você não amamenta?” “que medicação você está tomando antes de se operar e por que vai se operar?” dentre outros. Podemos perceber, nos discursos, que muitas vezes as outras gestantes ou acompanhantes questionam os profissionais sobre o uso coletivo do banheiro.

Estudo realizado por Sant'anna, Seidl e Galinkin (2008) mostrou, na opinião de puérperas soropositivas para HIV, que o momento referente à supressão do aleitamento exerce uma pressão social, percebida de modo negativo entre as mulheres estudadas. Na opinião das mulheres, o fato de não amamentar poderia revelar sua condição sorológica, além de representar o não cumprimento de um papel social esperado.

Durante a internação hospitalar, sobretudo em maternidades, a valorização da amamentação exclusiva é defendida por todos os membros da equipe de saúde, principalmente nos “hospitais amigos da criança”. Tal fato pode expor as puérperas soropositivas a revelarem sua condição sorológica. Na maternidade do HULW, por ser referência para a interrupção da gestação de mulheres soropositivas, é muito comum que o ato de não amamentar gere curiosidade nas demais pacientes internas, na busca dos motivos pelos quais paciente *a* ou *b* não amamentam, gerando desconforto por parte das pacientes e até mesmo por parte da equipe.

Mais estudos devem ser realizados com gestantes soropositivas, para que possam estabelecer sua satisfação em relação à permanência em enfermarias coletivas. Não com o objetivo de isolar para evitar contaminação das demais pacientes, já que isso não procede (devendo ser esclarecido, por parte dos profissionais, as verdadeiras formas de contaminação junto às demais pacientes) (BRASIL, 2007c), mas para melhorar a assistência dada à mulher, durante o período de internação, desde que a mesma assim deseje.

Nós, aqui na maternidade, não recebemos uma insalubridade de 20%, que é dada ao pessoal do SAE, onde lá eles nem fazem procedimentos invasivos. Isso deveria ser revisto[...] (P5-Méd.Clinica Obstétrica).

Condições não são adequadas, nos falta material e incentivo financeiro o que é um erro e deveria mudar. (P6-Méd.Clinica Obstétrica)

Outra questão importante, revelada nos discurso dos profissionais, tem relação aos incentivos financeiros, diferenciados entre setores do mesmo hospital, gerando, de certa forma, indignação, já que o seguimento maternidade não recebe os mesmos percentuais de insalubridade que é dado ao serviço ambulatorial especializado.

É importante ressaltar que as falas anteriores, presentes nessa subcategoria II, são dos profissionais que atuam na clínica obstétrica do HULW, revelando, em muitos aspectos discutidos acima, insatisfação com as condições de trabalho. Como os setores comungam de interesses comuns, como por exemplo, alcançar o índice de 0,0% de transmissão vertical, é importante que as arestas que dificultam as condições trabalho, no setor de clínica obstétrica,

sejam sanadas, proporcionando maior satisfação profissional que refletirá, sobretudo, numa assistência de qualidade à mulher soropositiva, e criança exposta ao HIV.

CATEGORIA IV - Preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas (PPSRCGS).

Esta Categoria IV faz referência ao preparo dos profissionais de saúde, para realização do cuidado em gestante/puérperas soropositivas. Percebemos, através dos discursos que foram gerados, duas unidades de análises. Antes de descrevermos as referidas unidades, é preciso que definamos preparo.

Para Ferreira (2008), a palavra *preparo* faz relação ao efeito de preparar ou preparar-se, competência, instrução. Quando fazemos referência à competência de alguém, dizemos que aquela pessoa é preparada para desempenhar determinada função ou ação.

Desta categoria II, surgiram duas subcategorias, extraídas dos fragmentos dos discursos.

Subcategoria I - preparo dos profissionais de saúde para o manejo no cuidado (PPSMC).

Assim, o preparo do ponto de vista do cuidado, de precaução universal eu considero bom, certo. A equipe tem todo esse cuidado de calçar luvas, colocar uma máscara na hora do parto, é tanto que a gente vê pouquíssimos casos de acidentes, com objeto perfuro-cortantes, com material contaminado, respingo de secreções. Não se vê coisas assim aqui, tá certo? [...].(P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Aqui todos os profissionais são treinados para lidar com soropositivo, são bem formados e preparados para que não possa haver discriminação com a paciente e tenha a função de acolher e orientar a paciente a saber lidar com a patologia com a qual ela é portadora. (P4-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Quanto mais informações tivessem, seria melhor. Atualmente, eles são muito bem informados, mas eu sei que se tivessem mais preparação, mais cursos de reciclagem que nos atualizassem anualmente e que tivéssemos preparação e capacitação para que o funcionário estivesse realmente preparado para receber, para assistir, para estar junto do paciente. (P8-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

[...]Tem que se capacitar mesmo, desde o primeiro atendimento, como seus aconselhamentos, pré e pós-teste, até também durante toda a gestação, as consultas médicas, as informações. Então a gente tá preparado, porque a gente se capacitou para isso, toda a equipe multiprofissional adequada, não pode ser realmente qualquer um, tem que passar, tem que entender, tem que ver, tem que se especializar, tem que ler, tem que se qualificar mesmo. Então todos nós nos sentimos preparados. (P10-Enfª. SAE)

O preparo da equipe multidisciplinar que atua aqui no serviço, é uma equipe que tem um preparo de já de anos, não temos problema com julgamento de pacientes aqui. Só que aqui no contexto desse hospital, ainda se tem que quebrar muitas barreiras de preconceito, de julgamento, de estigma, ainda se tem, apesar de que já capacitamos todos os profissionais deste hospital. Hoje a gente já nota uma melhoria do olhar para esses pacientes, mas ainda se precisa fazer muito. [...]Eu acrescentaria que nós temos que pedir para os gestores municipais e estaduais capacitarem efetivamente a atenção básica. Eu acho que o grande problema da transmissão vertical do HIV está na atenção básica. Nós temos 24 crianças no serviço infectadas que nos chegaram após as mães passarem no pré-natal da atenção básica[...]. (P11-Méd. SAE)

Aqui tá tudo certinho, a gente vem preparando o pessoal daqui, com a maior presteza e depende muito dos colegas que queiram participar[...]Pelo menos em todo esse tempo nos seminários e palestras que eu assisti ultimamente em novembro e dezembro, eu lembro mais de ter pessoal de enfermagem e pouca gente de medicina, mas isso depende mais da disponibilidade de querer ir né. (P14-Méd. Clínica Obstétrica)

Percebe-se, nos discursos acima, que os profissionais expressam-se, sobretudo, preparados tecnicamente para cuidar de gestantes/puérperas soropositivas.

O Ministério da Saúde, através do Programa de DST/AIDS, tem intensificado, nos últimos anos, a capacitação dos profissionais da área da saúde, visando à redução dos casos de DST/AIDS, em nosso País, sobretudo no que concerne à transmissão vertical da sífilis e do HIV (BRASIL, 2007c).

É importe ressaltar que profissionais sensibilizados e engajados no cuidado ao paciente soropositivo para HIV, bem como a cronicidade da AIDS, colocam os serviços de saúde que lidam com esse público, num patamar de destaque e, sobretudo, de suma importância, por garantir a adesão dos pacientes, tornando-se um elo entre o paciente, a doença e o tratamento (RIBEIRO et al, 2006).

O profissional de saúde deve, portanto, valorizar os princípios éticos de modo intrínseco, fazendo de sua prática a concretude de uma relação profissional-paciente, de modo a materializar, na prática, o modelo da ética das virtudes que, segundo Pessini e Bertachini (2004) apud Oliveira (2005), é apontado pelo princípio do respeito à dignidade do ser humano. Como desdobramentos desse princípio do respeito, temos o princípio da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, bem como o princípio da solidariedade humana, os quais precisam refletir na conduta ética dos profissionais de saúde.

Alguns relatos fazem menção à realização do aconselhamento pré e pós-teste HIV. Segundo o Brasil (2007c, p.18):

A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional. O aconselhamento necessita cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e os Direitos Humanos. Atualmente, é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS, inclusive no pré-natal e no parto.

A realização do aconselhamento funciona como um momento de interação entre o profissional e a gestante (paciente), estabelecendo uma relação de confiança, proporcionando ao profissional escutar e esclarecer as dúvidas que, porventura, surgirem. Faz-se necessário que o profissional seja capaz de desenvolver habilidades, para realizar perguntas de conteúdos que envolvam a intimidade da gestante, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, a adoção de práticas seguras e a promoção da qualidade de vida. É importante que o profissional utilize uma linguagem compatível com o entendimento da usuária (BRASIL, 2007c).

Ao mesmo tempo em que os discursos dos profissionais de saúde do nível secundário e terciário, participantes desse estudo, revelam sentirem-se preparados para cuidar de gestantes/puérperas soropositivas, está presente, em um discurso, a falta de preparo da atenção básica na detecção precoce, através dos exames de pré-natal, do diagnóstico de HIV, positivo em mulheres acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde, gerando as falhas que podem trazer graves consequências ao binômio mãe-filho.

Podemos destacar algumas falhas, no processo de detecção do HIV, relevantes e que prejudicam a realização de um seguimento adequado para a prevenção da Transmissão Vertical: ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia para o HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal adequado, porém sem pedido de teste do HIV; atendimento pré-natal adequado, com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil, ou extravio do mesmo (BRASIL, 2007c).

É importante que se estabeleça uma rede de referência e contra-referência organizada, proporcionando ao binômio mãe-filho garantia da continuidade da assistência, entre a atenção básica e os serviços especializados.

Essa proposta de melhoria só será alcançada se houver a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado à gestante/puérpera soropositiva para o HIV, e criança exposta. Porém percebemos, nos discursos desses profissionais, que a participação nas capacitações não tem estimulado o interesse de todos, predominando a participação de uma categoria, nesse caso a categoria da enfermagem. Tal fato pode dificultar a elaboração de estratégias multidisciplinares que visem à melhoria da qualidade da assistência, sobretudo dificultando a redução dos índices de Transmissão Vertical do HIV.

Subcategoria II - falta de preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado (FPPSRC).

[...] porém o preparo para o lidar com a paciente soropositiva do ponto de vista da descrição, do psicológico aí eu acho deficiente[...]Para essa questão de empatia, de interação entre os profissionais, é tanto que ainda gera comentários, curiosidade, “Poxa vida essa paciente é tão jovem, né?, já é soropositiva”, “Olhe cuidado viu? Aquela menina é B24” que é o diagnóstico que se dá às gestantes soropositivas. Então, eu vejo assim, que quando você coloca essas duas frentes de preparo, um eu considero bom, que é o preparo de proteção, técnico de lidar, mas esse preparo de interação, de diálogo, de relacionamento, aí eu acho deficiente. (P1-Enfª. Clínica Obstétrica)

Alguns profissionais são preparados, aqueles que já fizeram alguns cursos como HIV, DST não têm muito receio. Mas aqueles que não têm uma preparação já ficam receosos até de chegar perto da paciente, conversar e

administrar até uma medicação com aquele medo que não deveria existir, não deveria ser dessa forma. (P2-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Os profissionais são preparados, porém ainda tenho medo em lidar com essas pacientes, principalmente pela falta de material. Com o medo a gente acaba se acostumando, mas é sempre receoso o fato de ter que realizar um novo procedimento. (P5-Méd. Clínica Obstétrica)

[...]tem casos que você vê que tem muita gente que se afasta quando vê que uma paciente tá tendo um parto assim, quando sabe que é aidética corre. Muitos profissionais se afastam, aqui mesmo eu já vi, quando deu HIV positivo não quer ficar na sala. No caso de uma paciente já vem coroando, aí você ter que pegar o bebê, tem que ter o maior cuidado, mas na hora corre. Já aconteceu aqui, eu já vi chegar em ambulância de município do interior, o bebê já estar coroando e teve gente que correu e até a técnica que vinha estava sem luvas, não tava preparada também, não sabia. (P3-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Mesmo com todos os cursos e capacitações, mesmo sabendo que as pessoas tão vivendo mais com HIV, ainda assim os profissionais são receosos em lidar com esse público. Necessita mais conscientização, capacitação profissional e melhoria na condição financeira. (P6-Méd. Clínica Obstétrica)

Ainda não estão preparados totalmente, alguns eu vejo realmente que tratam a paciente com naturalidade, mas tem uns, a maioria, até mesmo os médicos são uns dos que tem mais restrição em relação aos cuidados com a gestante, mas a enfermagem é mais humanizada para o tratamento com as gestantes soropositivas. (P7-Enf. Clínica Obstétrica)

[...]Eu acho que muita gente às vezes ignora ou sabe, mas faz que não sabe, ou dá uma de doida pra não chegar perto, mas você tem que encarar. Tem gente que tem receio, certo que não é todo mundo, mas eu já vi gente se esquivando, pra não ir fazer a medicação. (P18-Téc. Enf. Clínica Obstétrica)

Percebemos, através dos discursos dos sujeitos entrevistados, que a existe uma falta de preparo dos profissionais de saúde, no que concerne à execução do cuidado à gestantes/puérperas soropositivas. Esse despreparo mencionado faz alusão ao preparo técnico, como também à sensibilização para lidar com pacientes HIV positivas, gerando ainda o medo e a insegurança, sentimentos percebidos em todas as formações discursivas.

O despreparo técnico, percebido aqui através das falas, faz alusão à falta de, ou pouca, realização de capacitações pelo serviço. Podemos associar, também, ao despreparo, a falta de condições operacionais, mencionada nos discursos da 3ª formação discursiva. Tudo isso favorece o receio, e por que não dizer, o medo e a insegurança do profissional para lidar com uma doença ainda tão estigmatizante. Podemos perceber que, em vários momentos, alguns discursos revelam comentários que podem ser traduzidos como violação ao direito do sigilo em relação à doença.

De acordo com o código de ética dos Profissionais de Enfermagem, em relação aos Deveres, Capítulo IV - Art. 29 “Manter segredo sobre o fato sigiloso de que tenha conhecimento, em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei.” (COFEN, 2007, p. 56)

Na medicina, em seu Capítulo I do Código de Ética Médica – Princípios fundamentais – Art. 11 diz que “o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções.[...]” (CONSELHO..., 2003, p. 15)

Oliveira (2005), em seu estudo, revelou que profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), mesmo conhecendo os direitos da pacientes soropositivas para HIV, ainda assim têm receio de atendê-las, levando-as ao risco de serem passíveis de estigma, preconceito, discriminação e demora no atendimento. Ainda segundo o autor, no atendimento à gestante soropositiva para o HIV, os profissionais devem ser isentos de julgamentos, de ações ou pensamentos preconceituosos, e conduzirem o paciente a uma assistência humanizada, levando em consideração as observâncias éticas que regem sua profissão.

Outro estudo revelou que, quando tratamos de representações sociais dos profissionais da área médica, em relação ao atendimento do paciente HIV positivo, é perceptível a forte presença de elementos que associam a doença à promiscuidade. Dessa forma, o risco do surgimento de práticas preconceituosas torna-se passíveis de serem vistas na prática desses profissionais (RIBEIRO et al, 2006).

No que diz respeito, especificamente, ao cliente soropositivo para o HIV, estudo realizado por Formozo e Oliveira (2009) corrobora com os discursos dos nossos profissionais entrevistados. O autor observou a existência da preocupação pelos membros da equipe de enfermagem, em repassar a informação aos colegas de trabalho sobre a condição sorológica para HIV dos pacientes, quando internos no setor, vendo a presença desse cliente no setor

como potencial situação de risco. Muitas vezes, essa preocupação não é percebida em outros clientes com diagnóstico de hepatite, por exemplo.

As precauções básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-íntegra. O momento da permanência das gestantes na maternidade, principalmente durante o transporte e pós-parto, é crucial para que se desmistifiquem os receios dos profissionais que as assistem. Procedimentos de biossegurança devem ser adotados, para garantir a minimização dos riscos de contaminação. Podemos citar os cuidados específicos durante o parto (vaginal ou cesárea) de mulher infectada pelo HIV (BRASIL, 2007c):

- Preferir sempre seringas de plástico (isso se aplica para a episiotomia, quando não puder ser evitada);
- Preferir sempre o uso de tesouras, em vez de bisturi;
- Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo);
- Preferir fios de sutura agulhados;
- Evitar agulhas retas de sutura, pelo maior risco de acidente percutâneo;
- Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos, durante a sutura da episiotomia (quando essa for necessária), durante o fechamento por planos na operação cesariana e outros procedimentos;
- Evitar sutura por dois cirurgiões, simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico;
- A passagem de materiais perfuro-cortantes (bisturi, porta-agulha montados, etc.) do auxiliar para o cirurgião, que deve ser feita por meio de cubas, após aviso verbal;
- Utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), na manipulação da placenta, do cordão umbilical e nos cuidados imediatos do recém-nascido, por causa da possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007c), os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões, pessoal de limpeza, de laboratório e todo pessoal do hospital que lida com materiais perfuro-cortante, devem tomar outros cuidados especiais, para se prevenir contra acidentes, pois em caso de exposição ocupacional ao HIV, ainda não existe qualquer tipo de

quimioprofilaxia absolutamente segura, o que reforça a necessidade do rigoroso estabelecimento de normas universais de biossegurança, para reduzir o risco dessa exposição.

Estudo realizado por Formozo e Oliveira (2009) revelou que os sujeitos entrevistados enfatizaram a apreensão com as recomendações específicas que devem ser seguidas, durante a realização de procedimentos que envolvem a manipulação de materiais pérfuro-cortantes. Reforçando a adoção de medidas preventivas, durante a manipulação de materiais contaminados, devendo fazer parte da rotina durante a assistência prestada.

O reconhecimento, nos discursos de alguns profissionais, da necessidade da realização de capacitações visando o preparo técnico e humano, denota a sensibilidade destes, no processo de mudança de suas próprias práticas, visando à melhoria na qualidade do atendimento prestado ao binômio mãe-filho.

O profissional da saúde se constitui em sujeito fundamental para a viabilização das mudanças nas práticas de saúde, porém é importante que ele compreenda os princípios que direcionam o Sistema de Saúde no qual estão inseridos. Assumir seu papel como membro integrante na construção e implementação das políticas públicas do SUS, em seus aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais é condição sine qua non para a construção e viabilização de reais mudanças institucionalizadas e legitimadas socialmente (ARANTES et al, 2007).

Faz-se necessário que os profissionais exijam, dos gestores públicos, condições de trabalho, adequadas às reais necessidades que sua atividade necessita. As capacitações periódicas podem reduzir significativamente o déficit de conhecimento dos trabalhadores em saúde sobre a infecção pelo HIV, bem como reduzir os anseios que os mesmos ainda apresentam em lidar com pacientes soropositivas. Neste sentido, faz-se imprescindível a realização de educação permanente, em relação aos riscos de acidentes de trabalho com materiais contaminados, buscando alternativas que permitam maior segurança nos procedimentos realizados, transformando a prática da assistência num cuidar humanizado. Sendo capazes de estimular o fortalecimento do controle social, melhorando a interação profissional/paciente.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim desse estudo, que teve como direcionamento responder: como os profissionais de saúde vivenciam o cuidar de gestantes/parturientes soropositivas para o HIV? Quais as condições de trabalho dos profissionais para a realização do cuidado às gestantes/parturientes soropositivas? Qual a opinião dos profissionais de saúde sobre o direito reprodutivo de mulheres soropositivas para o HIV? Apresenta-se uma série de reflexões decorridas das interpretações das informações e do contato com os entrevistados e com o tema em discussão, sobretudo, durante a trajetória pessoal e, particularmente, durante a vivência profissional, exercendo a função de enfermeiro.

Esta pesquisa abordou, dentre outras questões, a vulnerabilidade da mulher à contaminação pelo HIV, e as dificuldades enfrentadas por ela, desde o acesso aos meios de prevenção até a possibilidade de exercer o direito reprodutivo, bem como a qualidade da assistência prestada, extraída das falas dos profissionais de saúde.

A soma de conhecimentos advindos da realização desse trabalho contribuiu na melhoria da minha prática, em relação aos cuidados dispensados as gestantes/puérperas soropositivas para o HIV, e espero com ele contribuir também para melhoria da qualidade do atendimento prestado pelos serviços estudados, dentre outros, após as reflexões levantadas durante todo o período discussão.

Os profissionais que se dispuseram a participar deste estudo, nos proporcionaram a descrição de fenômenos através de suas experiências vividas, como trabalhadores da saúde, expressas durante as entrevistas, para que pudéssemos alcançar os objetivos propostos.

A utilização da técnica de Análise de Conteúdo, na busca das respostas às questões norteadoras foi, a princípio, um desafio, porém enfrentado com garra e determinação, possibilitou dar voz àqueles que, no cotidiano do trabalho, muitas vezes não avaliam sua prática e em que condições a exerce. Outra ferramenta indispensável, na elaboração deste, foi utilização do software Atlas.ti que facilitou todo o preparo, armazenamento e codificação das entrevistas, gerando relatórios que contribuíram na produção das informações necessárias para a análise e visualização das formações discursivas.

Percebemos que nosso estudo atingiu os objetivos propostos. Os profissionais revelaram, através de seus discursos, como se dá a vivência com as gestantes soropositivas e em que condições esse momento ocorre, bem como de que forma eles avaliam sua preparação

para lidar com esse público. Assim, encontramos, em nossa pesquisa, informações para compreender as nossas questões e hipóteses na sua relação direta com os objetivos.

Emergiram, portanto, através dos discursos dos profissionais, quatro categorias: “vivência dos profissionais no processo de cuidar de mulheres soropositivas no ciclo gravídico puerperal”; “percepções dos profissionais de saúde acerca da gravidez em mulheres soropositivas, numa concepção de direito reprodutivo”; “vivência dos profissionais em relação às condições de trabalho”; e “preparo dos profissionais de saúde para a realização do cuidado em gestantes soropositivas.”

A primeira categoria retrata a vivência dos profissionais, no processo de cuidar de gestantes/parturientes soropositivas. O discurso dos profissionais nos revela que esse cuidado pode ser gratificante, vivenciado com o medo da contaminação ou meramente instrumento de prática empregada na rotina do serviço. O modelo biomédico é fortemente evidenciado nas falas desta categoria, através das questões de medicalização da doença. A estigmatização da AIDS é verbalizada através do surgimento da palavra “medo” nos discursos, e o cuidado pouco humanizado é evidenciado, pela falta de aproximação com as pacientes, dificultando a integralização do serviço, bem como o não favorecimento do controle social.

A segunda categoria revelou, através das falas dos profissionais, a percepção sobre o direito reprodutivo das mulheres soropositivas para HIV. Percebemos depoimentos favoráveis e não favoráveis a esse tema. Quanto aos argumentos dos trabalhadores da saúde, favoráveis ao direito reprodutivo, ficou claro que eles respeitam a liberdade da mulher (casal) e são conscientes dos avanços que propiciam menor risco de transmissão vertical, frisando que a gravidez deve ser bem planejada e que a mulher seja consciente dos riscos que apresenta. Este discurso é percebido em todos os profissionais do SAE entrevistados. Isso sugere que eles estão sensibilizados e compreende o direito reprodutivo, sendo isentos de julgamentos. Já quando aos argumentos dos profissionais não favoráveis, esses foram muitos. Vai desde a contaminação do parceiro, re-contaminação dos soroconvergentes, dos riscos de ser ter um filho contaminado pelo HIV, da impossibilidade de exercer a prática da amamentação e do fato de a criança tornar-se órfã precocemente.

Vimos, fortemente, nesta categoria, que a cessação ao direito reprodutivo da mulher soropositiva para o HIV está bastante enraizada na atuação dos profissionais de saúde, sobretudo, na equipe de enfermagem e médica, atores desse estudo. Não pretendemos aqui

tecer julgamentos, mas oferecer embasamento para a construção de novos saberes que proporcionem reavaliação de nossa prática como profissionais de saúde.

Ao analisarmos a terceira categoria, a qual revelou a vivência dos profissionais em relação às condições de trabalho disponíveis nos serviços pesquisados, observa-se, através dos discursos dos profissionais, que o SAE apresenta uma estrutura física melhor que a clínica obstétrica, além de não ser mencionada por esses sujeitos a falta de insumos no setor. Porém, surge a problemática do diagnóstico precoce, que deveria ser feito pela atenção básica, e essa deixa a desejar na presteza do diagnóstico positivo para HIV, dificultando o trabalho da referência especializada.

Quanto à clínica obstétrica, percebe-se, nos discursos, que a unidade não dispõe de uma estrutura física que propicie a qualidade da assistência. É evidenciada, através das falas, a falta de insumos e equipamentos necessários à realização do cuidado à paciente soropositiva, e a diferença da insalubridade em relação aos profissionais do SAE, que gera indignação por parte dos profissionais da clínica. Vários discursos estão carregados de insegurança e falta de preparo, para lidar com uma paciente com AIDS, como observado pela sugestão do isolamento e da verbalização do banheiro único, como risco de contaminação.

Na quarta e última categoria, que abordou o preparo dos profissionais, para cuidar de gestantes soropositivas, fica claro, através dos discursos, que os profissionais do SAE se sentem preparados para cuidar dessas mulheres. Realizam cursos e capacitações frequentemente, e encontram, no serviço apoio, para implementar esses treinamentos.

Quanto aos profissionais da clínica obstétrica, muitos não se sentem preparados para lidar com mulheres soropositivas. É verbalizada a falta de capacitações e atualizações. Os que se mostram preparados enfatizam o lado técnico e referem que o lado humano deixa a desejar. A falta de interesse pela busca das capacitações surge, nos fragmentos dos discursos, mostrando ser a enfermagem a categoria mais presente nos treinamentos realizados fora da unidade.

Percebemos que o grande gargalo, talvez, que prejudique a melhoria da qualidade da assistência prestada, seja a falta de capacitações dos profissionais, gerando os julgamentos, os anseios, e o medo em lidar com gestantes/parturientes soropositivas para HIV. O preconceito e a discriminação rondam o cotidiano das mulheres gestantes soropositivas.

Aos profissionais de saúde, faz-se necessário que busquem conhecimentos nas ciências sociais e da antropologia, favorecendo a adoção de práticas mais humanas, pensando o cuidado do outro como o cuidar de si mesmo.

É importante acrescentar que o estudo, ao se fundamentar nas políticas e teorias da humanização, vislumbrou a necessidade de elaboração de uma postura crítica-reflexiva sobre a vivência dos profissionais de saúde, no cuidar de gestantes/puérperas soropositivas para o HIV, realizada no dia-dia do HULW.

Este estudo, em âmbito geral, proporcionou, ao pesquisador, identificar fatores historicamente presentes que prejudicam a assistência prestada a essas mulheres, bem como rever sua própria prática como enfermeiro obstetra. Que essa pesquisa venha contribuir na reflexão dos profissionais de saúde, na melhoria do cuidado, na prática do ensino e no incentivo a novos estudos que abordem a temática do cuidar e das relações humanas em relação às gestantes vivendo com HIV.

REFERÊNCIAS

ARANTES, C. I. S. et al . O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 13 jan. 2011.

ARRUDA, S. **Modelos de Prevenção a AIDS**. 2003. São Paulo: Xerox Ecos. Disponível em:< <http://www.usp.br/nepaids/pdfs/Prev-DST-Aids.pdf> >. Acesso em:02 abr. 2009.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3: 549-554, 2005.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, vol.13, n.3: 16-29, set-dez, 2004. Disponivem em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf> > Acesso em:10 set. 2010.

BAGGIO, M. A..O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem [online]**, v. 08, n. 01, p. 09 – 16, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm> Acesso em:29 jan. 2011.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A Trajetória Feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVAO, J. **Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BARBOSA, R. H. S. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN K.; COSTA, S. H.; org. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342007000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2011.

BASTOS, F. I. et al. A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, M. C. S.; org. **Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 20 set. 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2010.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências Sociais. **EM TESE: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC [online]**. Florianópolis: v. 2. n. 1(3), jan./jul, 2005. p. 68-80. Disponível em: < http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2010.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos** - Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica**. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão. **Textos Básicos de Saúde [online]**, Brasília, 2004. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 18 Out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília. 2006a. Cad. n. 18.

_____. Ministério da Saúde. Casos de AIDS (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico, Brasil, 2006. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano III, n.1, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Gestante HIV+ e criança exposta. Outubro 2006c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMISC830994dotbrie.htm>>. Acesso em: 25 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção vertical de HIV e Sífilis: Manual de bolso**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo técnico da política nacional de humanização**. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano VI, n.1, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança** / Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da saúde, 2009c.

BRIENZA, A.M.; CLAPIS, M.J. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. Proceedings... Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200011&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 22 jan. 2011.

CALVET, G. A. et al . Trends in a Cohort of HIV-infected pregnant women in Rio de Janeiro, 1996-2004. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-90X2007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CARNEIRO, W. S. et al. PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE FEMININA AO VÍRUS DA AIDS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, Niterói: v. 21, n. 3, out./nov./dez., 2009. p. 101-106.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro: v.13, n.6, nov./dez., 2008. p. 1889-98. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232008000600024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 jun. 2010.

CASTILHO, E. A. S.; CHEQUER, P., 1997. A epidemia de Aids no Brasil. In: Coordenação Nacional de IST e Aids da Secretaria de Projetos Especiais em Saúde, org. **A Epidemia de Aids no Brasil: Situação e Tendências**, Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21185.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2009.

CAVALCANTE, M. S. et al . 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. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar. 2011.

CECHIM, P. L., SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 60, n. 2, mai./jun.,2007. p.145-9.

COFEN. **Resolução COFEN-311/2007**. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>>. Acesso: 27 abr. 2010.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Luís, v.37, n.4, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília-DF, 2003.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Unifra, 2001.

CROSSETTI, M. G. O. Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.21, n.44 – 67, jan. 2000.

DADOS de AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 29 out. 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. **Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços**. In: Questões da Saúde Reprodutiva. (K. Giffin e S. H. Costa, org.), Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERREIRA, A. B. H., Miniaurêlio: o minidicionário da língua portuguesa. 7. ed., Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FERREIRA, Iára Kallyanna Cavalcante. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-07X2007000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2011.

FILGUEIRAS, S. L. **EU NÃO SOU SÓ O HIV QUE EU TENHO: HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E ESCUTA NO ATENDIMENTO A MULHERES QUE VIVEM COM AIDS**. In: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE CONCEITOS, DILEMAS E PRÁTICA. (S. F. Deslandes, org), Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FORMOSO, G. A.; OLIVEIRA, D. G. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v. 22, n. 4, p. 392-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a07v22n4.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

FOUCAUT, M. História da sexualidade. Rio de Janeiro, Graal, 2002.

FRANÇA, G. V. **Direito médico**. 8. ed. São Paulo: Fundação BYK, 2003.

FÜHRER, M. C. A.; FÜHRER, M. R. E. **Resumo de Direito Penal** (Parte Especial). São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. 34. ed. Rio de Janeiro: 2000.

GUERRA, M. A. et al. Epidemiologia. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

GUIBERT, H. **Para o amigo que não me salvou a vida**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, A. S. **Avaliação da Atenção a Gestantes, na Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus Hiv, no Distrito Leste de Belo Horizonte**. 2007. 216f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MAGALHÃES, J. et al. HIV infection in women: Impact on contraception. **Contraception**, v. 66. n. 2. p. 87-91, 2002.

MAKSUD, I. Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, organizadores. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília: ABRASCO, 2003. p. 621.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELLO, L. G. **Antropologia cultural**: iniciação, teoria e temas. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

MELO, V. H. et al. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS). In: COUTO, J.C.F.; ANDRADE, G. M. Q.; TONELLI, E. **Infecções Perinatais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Abrasco, 2006.

MOOG, J.C. Estigma em epilepsia. **Iatreia**. v.22, n.3, July/sept., 2009. Disponível em: <iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia>. Acesso em: 23 jan. 2010.

MOTA, M. P. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. In: CZERESNIA, D.; et al.. **AIDS – pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. Rio de Janeiro; Superintendência de Saúde Coletiva, out/nov/dez de 1995.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.5: 661-665. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500013%20&script=sci_arttext > Acesso em: 21 jul. 2010.

NATIONS, Marilyn K. and GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.9: 2103-2112. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000900018&script=sci_arttext> Acesso em: 21 jul. 2010.

OLIVEIRA, I. C. C. **Discursos de Médicos e Enfermeiros sobre Direitos e Deveres de Gestantes com Hiv/Aids no Âmbito Assistencial: uma abordagem bioética**. 2005. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PARKER, R. **A construção da solidariedade - AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1994. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/pdfs/21Emancipacao_piscossocialVeraPaiva.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2009.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. **Enfermeria humanística**. México: Limusa; 1979.

PINTO, A. C. S. et al. COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AIDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS. DST – J Bras Doenças Sex Transm, Niterói: v. 19, n. 1, abr./mai./jun., 2007. p. 40-50.

POUPART, J. ET AL. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

PRAÇA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde Sexual e Reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife: v. 3., jan./mar., 2003.

RIBEIRO, C. G. et al. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 23, n.1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-66X2006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jan. 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

RODRIGUES, M. S. P; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Editora Gráfica LCR, 1999.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-40, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a19.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2010.

RUDIO, S. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SANT'ANNA, A. C. C; SEIDL, E. M. F; GALINKIN, A. L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2011.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v. 23., dez, 2007.

SCOTT, R. P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA, 2005. Disponível em:
< http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010412902008000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 out. 2009.

SILVA, N. E. K.; ALVARENGA, A. T.; AYRES, J. R. C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, June 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:10 fev. 2011.

SOARES, M. J. G. O. **Mulheres e HIV/AIDS: Análise do comportamento preventivo à luz do Modelo de Crenças em Saúde**. 2003. 172f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. **Oportunidades perdidas de redução de aids adquirida por transmissão vertical no Brasil**. 2004. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UNAIDS Brasil. **Relatório global sobre a epidemia de aids 2009 – sumário geral**. Brasília, 2009. Disponível em: < <http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sumario-Geral-Port.pdf>> Acesso em: 20 set. 2010.

UNAIDS; WHO. **AIDS epidemic update**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. v. 7. n. 27. dec., 2007. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BFD4B5F2E-FB97-4749-BDA2-C2360F59870%7D/2007_epiupdate_en.pdf>. Acesso em:10 abr. 2010.

VARGENS, O. M. C.; SANTOS, S. D.; RANGEL, T. S. A. Atenção à mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade. **Cien. Cuid. Saúde [online]**. v. 9 n. 1. jan/mar, p. 137-43, 2010. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8921/5749>> . Acesso em: 31 jan. 2011.

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** v. 5, p. 483-92, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400013>.

Acesso em: 29 jan. 2011.

VAZ, M. J.; BARROS, S. M. O. Gravidez e HIV. In: BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.** São Paulo: Roca, 2002.

VILLELA, W. O impacto social e econômico do HIV/AIDS no Brasil. In: PITANGUY, J.; MOTA, A. Os novos desafios da responsabilidade política. **Caderno de Fórum Cível - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação**, Rio de Janeiro: v.7. n. 6., 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre E Esclarecido

Esta pesquisa é intitulada: **VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**. Está sendo desenvolvida por Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da UFPB. Área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Conhecer a vivência de profissionais de saúde no que concerne à assistência prestada às gestantes/parturientes soropositivas para o HIV. Objetivos específicos: Analisar o discurso dos profissionais de saúde em relação à vivência do cuidado as gestantes/parturientes soropositivas; Identificar, junto aos profissionais, as condições operacionais e técnicas para a prestação do cuidado as gestantes/parturientes soropositivas; Conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o direito reprodutivo de mulheres soropositivas para o HIV.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionada a sua vivência no cuidado a gestante e parturiente soropositiva, os mesmos farão parte de uma dissertação de mestrado podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O (s) pesquisador (es) estará (ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

João Pessoa, ____/____/2010.

Mestrando Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca
Pesquisador responsável

Prof^a. Dr^a. Maria Julia Guimarães Oliveira Soares
Orientadora

Participante da Pesquisa

Endereço profissional do pesquisador responsável: Clínica Obstétrica, Hospital Universitário Lauro Wanderley, Campus I – UFPB, Castelo Branco – João Pessoa-PB. Fone: (83) 32167098

APÊNDICE B

Instrumento Para Levantamento de Dados

I – Dados pessoais e profissionais dos sujeitos do estudo

1- Unidade de atuação profissional:

() Clínica obstétrica () SAE-MI

2- Atuação profissional:

() Enfermeiro (a) () Médico (a) () Aux. ou Téc. em Enfermagem

3- Formação profissional à nível de:

() Médio () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especifique a área: _____

4- Sexo: () masculino () feminino

5- Faixa etária:

() 20 a 25anos	() 26 a 30anos
() 31 a 35anos	() 36 a 40anos
() 41 a 45anos	() 46 a 50anos
() 51 a 55anos	() 56 anos e mais

6- Tempo de serviço

A - No hospital:

() 1 a 5anos	() 6 a 10 anos
() 11 a 15anos	() 16 a 20 anos
() 20 a 25 anos	() 25 a 30 anos
() 31 a 35 anos	() 36 anos e mais

B – Na unidade

() 1 a 5anos	() 6 a 10 anos
() 11 a 15anos	() 16 a 20 anos
() 20 a 25 anos	() 25 a 30 anos
() 31 a 35 anos	() 36 anos e mais

7- A escolha pela unidade que atua foi:

() Voluntária () Determinação da Chefia

Caso possível gostaria de mudar () sim () não

Justifique: _____

8- Possui capacitação em:

- a) Aconselhamento pré e pós-teste para HIV () Sim () Não
- b) Capacitação em DST/AIDS () Sim () Não
- c) Capacitação em realização de testagem rápida para HIV () Sim () Não
- d) Capacitação em humanização da Assistência ao Parto e Nascimento () Sim () Não
- e) Outras. Especifique _____

II – Dados relacionados ao objetivo da pesquisa

9- Como você vivencia o cuidar de mulheres gestantes soropositivas?

10- O que você pensa sobre a gravidez em mulheres soropositivas?

11- Como você descreveria as condições operacionais para a realização do cuidar em gestantes/puérperas soropositivas nessa unidade?

12- Como você descreveria o preparo dos profissionais para realização do cuidado a gestante/puérpera soropositivas nesse serviço?

ANEXO

ANEXO A



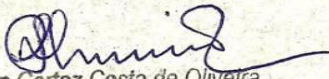
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 14/12/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR DE MULHERES SOROPOSITIVAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**. Protocolo CEP/HULW nº. 815/10, Folha de Rosto nº 394239, CAAE Nº 6603.0.000.126-10 dos pesquisadores EMANUEL NILDIVAN RODRIGUES DA FONSECA.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 14 de dezembro de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar, Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

