

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CINARA VANISE TUMELERO MARTINS

**PENSAMENTOS DAS ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA SOBRE AS DIFERENTES FORMAS DE
CONTÁGIO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS PELO HIV**

Porto Alegre

2006

CINARA VANISE TUMELERO MARTINS

**PENSAMENTOS DAS ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA SOBRE AS DIFERENTES FORMAS DE
CONTÁGIO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS PELO HIV**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Mariene Jaeger Riffel

Porto Alegre

2006

RESUMO

Buscou-se neste trabalho relatar os pensamentos das enfermeiras de uma Unidade de Internação Obstétrica de uma instituição hospitalar de Porto Alegre, sobre as diferentes formas de contágio das gestantes e puérperas pelo HIV, de acordo com as suas vivências, tempo de profissão e tempo de serviço numa unidade como esta. O propósito deste trabalho é descrever os pensamentos das enfermeiras que trabalham com gestantes/puérperas HIV-positivas em relação ao modo como contraíram o vírus, a partir dos seus relatos e a possibilidade de influência desses pensamentos sobre o cuidado prestado. O estudo, exploratório-descritivo, é de abordagem qualitativa e seu projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da instituição onde foram coletados os dados. A metodologia do estudo baseou-se na análise de dados proposta por Minayo (1994). Tais pensamentos foram expressos através de opiniões, observações e análises feitas sobre cada uma das enfermeiras, sobre si mesmas e de suas colegas de profissão. Considero que as enfermeiras entrevistadas procuram aplicar práticas do cuidado humanizado. Entretanto há restrições no que diz respeito à individualização deste cuidado pela situação da soropositividade das mulheres e, também, pela possibilidade de contágio das mães aos seus bebês enquanto cuidadoras. As enfermeiras percebem o preconceito existente através das ações e/ou comentários realizados na equipe de saúde. O medo, a falta de informação e o preconceito existente na sociedade fazem com que as gestantes/puérperas HIV-positivas tenham uma assistência que pode ser prejudicada em razão destes aspectos. O estudo evidencia que práticas de cuidado adequadas não apenas às gestantes/puérperas, mas também, direcionadas às mulheres enquanto cuidadoras e cuidadas, em períodos nos quais elementos de vulnerabilidade e instabilidade emocional estão mais evidentes levam e devem, cada vez mais, levar em consideração a singularidade e unicidade de cada um: inclusive das enfermeiras.

Descritores: enfermeiras; pensamentos; HIV; AIDS; gestantes; puérperas; preconceito; cuidado.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	5
2 OBJETIVO	8
3 UMA HISTÓRIA DE MULHERES E DO HIV	9
4 PENSAMENTOS DAS ENFERMEIRAS	15
4.1 As formas de contágio de gestantes e puérperas pelo HIV	15
4.2 As relações extraconjugais das gestantes/puérperas e seus parceiros	20
4.3 O cuidado às gestantes/puérperas HIV-positivas	23
4.4 O bebê e a amamentação	26
4.5 Em que sociedade vivemos?	30
4.6 A vida como ela é	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - Instrumento da pesquisa	38
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	39

1 APRESENTAÇÃO

A oportunidade de presenciar maneiras diferentes de os profissionais da saúde referir-se à forma de contaminação de mulheres grávidas ou puérperas acometidas de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e certa rudeza na maneira com que estas são tratadas em algumas situações fez-me pensar se tal forma de cuidado não estaria impregnada de julgamentos presentes nas informações transmitidas de profissional a profissional e se as possíveis diferenças de cuidado prestado à mulher poderiam ser influenciadas pelas diferentes formas de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Assim, vi-me motivada a buscar relatos de enfermeiras que trabalham com gestantes e puérperas HIV-positivas quanto às diferentes formas de contágio dessas mulheres e sobre a possibilidade de influência desses pensamentos sobre o cuidado prestado. A relação de tais pensamentos com o cuidado de enfermagem às mulheres HIV-positivas e suas famílias pode contribuir para uma melhoria da assistência e da própria vida das enfermeiras.

O esforço empreendido na elaboração do projeto, na coleta de cada relato, na análise que procurei detalhar e ao mesmo tempo objetivar, não apenas remeteram-me todo o tempo ao cuidado em Enfermagem, mas parecem, como diz Pinheiro *et al.* (2005), incitar tudo que tem vida, clamar por cuidado. Este cuidado, prática complexa também no que diz respeito à gestante/puérpera soropositiva para o HIV, é evidenciado em aspectos culturais, afetivos, sexuais, e em espaços destinados à mulher no mundo, entre eles o hospital. Ao descrever os pensamentos das enfermeiras, pode-se, então, remeter a gestante/puérpera HIV-positiva para além de sua doença, para que mediante o cuidado, possa-se ajudar a construir a saúde de todos e diminuir o estigma do HIV e a sensação de finitude imediatamente relacionada à gestação e à perspectiva de vida nestas situações (COELHO; MOTTA, 2005, p. 34).

O cuidado de enfermagem a uma gestante ou puérpera soropositiva para o HIV pode ser encarado como um conjunto de estratégias adequadas que considera a singularidade e unicidade de cada um (COELHO; MOTTA, 2005), inclusive das enfermeiras.

O estudo, exploratório-descritivo, utilizou uma abordagem qualitativa e teve seu projeto submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da instituição onde foram coletados os dados. Segundo Minayo (1994), quando se trata de análise em pesquisa qualitativa, não se pode esquecer que apesar de se mencionar uma fase distinta com a denominação “análise” (p. 68), durante a fase de coleta de dados, a análise já pode estar

ocorrendo. A técnica da análise de conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas. Duas funções na aplicação da técnica podem ser destacadas: a verificação de hipóteses e/ou questões, isto é, encontrar respostas para as questões formuladas e também poder confirmar ou não as hipóteses, e o descobrimento do que está por trás dos conteúdos manifestos.

Cronologicamente, a análise de conteúdos pode ter as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, ocorreu a organização do material a ser analisado: definidas as unidades de registro e as anotações sobre impressões para futura categorização. Na segunda fase foram categorizadas as unidades de registro em grandes temas. Esta foi a fase mais longa, pois houve necessidade de se fazer várias leituras do material. Na terceira fase, foram analisadas as unidades de registro pertencentes a cada um dos temas.

A autora (MINAYO, 1994) apresenta os seguintes passos para a operacionalização de sua proposta de análise de conteúdos: ordenação dos dados quando se faz o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, tais quais “transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante” (p. 78). Um segundo passo é a classificação dos dados que se faz “através de leitura exaustiva e repetida dos textos” (p. 78), estabelecem-se interrogações para se identificar o que surge de relevante. Com base nestes, elaboram-se as categorias específicas. Já na análise final, procura-se “estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base” (MINAYO, 1994, p. 78) nos objetivos e, dessa forma, promover “relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (p. 79).

A Coleta de Dados, efetuada durante o período do Estágio Curricular II, se deu mediante formulário contendo questões norteadoras e abertas. Os formulários foram preenchidos pelas enfermeiras e entregues em até 20 dias. As respostas foram categorizadas conforme possibilidades relacionadas ao problema de como as enfermeiras pensam os diferentes modos com que gestantes e/ou puérperas foram contaminadas pelo HIV.

A população, amostra e campo de estudo foram sete enfermeiras, que realizam atendimento à mulheres HIV-positivas numa Unidade de Internação Obstétrica de um hospital da cidade de Porto Alegre.

Os dados foram coletados pela pesquisadora através de formulário com questões semi-estruturadas (APÊNDICE A). Tal opção visou flexibilidade à participante para a descrição de seus pensamentos. O período em que os dados foram coletados foi o mês de maio de 2006.

A participação das enfermeiras no estudo deu-se após convite e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE B) individual. O documento, além de explicitar os objetivos do estudo, visou assegurar o direito à informação sobre a pesquisa, a participação voluntária, o sigilo em relação à identificação das participantes e a autorização para publicação dos dados. Cada participante ficou com uma cópia do termo.

As sete respondentes têm idade entre 23 e 49 anos (média de 37,8 anos), trabalham enfermeira entre 1 ano e 5 meses e 26 anos (média de aproximadamente 13 anos) sendo que o tempo em que trabalham nesta unidade de internação varia entre dois extremos: de um mês a 26 anos (média de 10 anos).

2 OBJETIVO

Descrever os pensamentos das enfermeiras que trabalham com gestantes/puérperas HIV-positivas em relação ao modo como contraíram o vírus, a partir dos seus relatos.

A seguir passo a análise das informações coletadas pelas enfermeiras respondentes, num capítulo que chamei de **uma história de mulheres e do HIV**.

3 UMA HISTÓRIA DE MULHERES E DO HIV

A maioria das mulheres soropositivas para HIV tem na internação para o parto a primeira oportunidade de acesso ao aconselhamento, ao teste de pesquisa do HIV e ao tratamento quimioprolático da transmissão vertical (LE MOS; GUR GEL; DAL FABRO, 2005).

É na relação heterossexual que se encontra uma das formas mais importantes da transmissão do HIV. O número de mulheres em idade fértil infectadas pelo HIV representou 85,5% dos casos de AIDS na população feminina no período de 1980 a 2002 (BRASIL, 2000).

Coelho e Motta (2005) afirmam que “a suscetibilidade de contaminação por via sexual é quatro vezes maior na mulher do que no homem” (p. 34). Estas, quando descobrem sua soropositividade,

[...] consideram-se diferentes, visto que se infectam na própria relação conjugal. Desse modo, a condenação de soropositividade, ao se tornar decorrente da sua condição social (de mulher, esposa, mãe), estabelece, para elas, uma diferença entre os infectados: os que procuraram a doença (homossexuais, prostitutas, usuários de drogas) e os que se infectaram legitimamente (mulheres com relacionamentos estáveis) (p. 34).

Se considerarmos o período 1996 a 2000, temos que, do total de casos notificados na população de 13 a 30 anos, as mulheres excedem os homens em percentuais que variam entre 8% a 10% (BRASIL, 2000). No ano de 2002, foram notificados 9.495 novos casos da epidemia e, desses, 6.031 foram verificados em homens e 3.464 em mulheres mostrando que, atualmente, a epidemia cresce mais entre as mulheres.

Entretanto, há também a população usuária de drogas, particularmente as usuárias de droga injetável, cuja soro-prevalência média é de 52%, variando de 20 a 80% em alguns estudos isolados, mostrando uma taxa de compartilhamento de seringa de 80% em alguns grupos (BRASIL, 2000).

Durante muito tempo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS – foi relatada como doença específica de certos grupos. Tais grupos, chamados de grupos de risco compreendiam homossexuais e pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Caracterizada a população portadora da Síndrome criaram-se, também, situações de intolerância e discriminação a todas as pessoas portadoras da Síndrome ou do vírus independentemente do fato de serem, ou não, homossexuais ou usuários de drogas. Atualmente, os chamados ‘grupos

de risco', tiveram sua denominação alterada para "situações de risco a que os indivíduos podem estar expostos" (COELHO; MOTTA, 2005, p. 34) e, mesmo não havendo qualquer "evidência técnica ou científica que justifique a segregação dos doentes de AIDS como forma de controlar a expansão da doença" (SUCCI; SUCCI, 2003, p. 135), nota-se certa diferença na forma como tais pessoas são referidas.

Os conhecimentos produzidos sobre o vírus HIV, sua transmissão, clínica e tratamento, os dilemas sociais e as implicações éticas da AIDS ainda são pouco discutidos. As normas do Código de Ética Médica que mencionam o atendimento a pacientes infectados pelo HIV ainda são pouco conhecidas e/ou aplicadas. A discriminação do portador do HIV ou do doente de AIDS, por profissionais e estudantes da área de saúde, faz com que todo o conhecimento adquirido nos últimos 20 anos de conhecimento da doença torne a luta contra as maneiras de tratamento das doenças insuficientes, sendo esta a pior forma de lidar com o problema (SUCCI; SUCCI, 2003).

As manifestações iniciais do HIV/AIDS, percebidas no corpo das gestantes soropositivas para o HIV, podem gerar conseqüências que trazem sofrimento para elas, pois "as marcas da doença trazem a possibilidade do afastamento do outro, devido ao preconceito e ao estigma advindos do HIV" (COELHO; MOTTA, 2005, p. 38). Parte da população de mulheres portadoras da infecção pelo HIV tem informações fragmentadas e permeadas de culpas e fantasias sobre os seus direitos.

A AIDS, definida como uma deficiência no sistema imunológico associada com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV – Human Immunodeficiency Vírus), provoca o aumento na suscetibilidade à infecções oportunistas e câncer (BRASIL, 2005c).

O vírus HIV pode ser transmitido mediante contato com sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno contaminados. Isso pode se dar nas relações sexuais homo ou heterossexuais, com penetração vaginal, oral ou anal, mais facilmente sem a proteção do preservativo, compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis e transfusão de sangue, objetos contaminados que entram em contato com partes do corpo lesionadas e da gestante infectada para o feto ou da puérpera através da amamentação.

Com o aumento do número de mulheres entre os casos de infecção por HIV/AIDS, a partir da década de 90 e com as possibilidades de diminuir o risco de transmissão vertical do vírus, tornou-se necessário monitorar e intervir na prevenção primária e secundária para evitar que os bebês não fossem contaminados (SES-RS, 2003). Os dados específicos sobre exposição à transmissão vertical da infecção começaram a ser sistematizados a partir de 1997. Desde então, até 2004, foram notificados à SES-RS, 4.016 casos de gestantes HIV-positivas

que dessa maneira teriam a possibilidade de transmitir verticalmente o vírus aos seus filhos. Os dados mostram a distribuição desses casos analisados por períodos distribuídos da seguinte forma: até o ano de 2000, entre 2001 e 2002 e entre 2003 e 2004, nas diversas redes regionais de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Tal análise mostrou que não houve diferença no que se refere à distribuição desses casos em relação aos casos de AIDS em geral no estado; mostra sim, a grande concentração de gestantes portadoras do HIV na capital e região metropolitana.

Segundo o Programa Nacional de DST e AIDS (PROGRAMA..., 2005), a maior preocupação do profissional de saúde é com o fato de que casais soropositivos não estão usando a camisinha. A maioria dos casos refere-se a casais heterossexuais, quando, mesmo consciente do risco de reinfecção, a mulher não consegue negociar com o parceiro sua proteção. Isso se reflete, também, no número de relatos de homens que não usam camisinha com parceiras fixas, para não haver suspeitas por parte da mulher de que o mesmo mantém relações sexuais com outros (as) parceiros (as). Todos afirmam a importância do uso da camisinha entre parceiros fixos, devido a frequentes situações de relações com mais de um (a) parceiro (a) na sociedade.

A retórica de que somos todos grupos de risco também está presente: não há como diferenciar portadores de não portadores. No entanto, não é raro o profissional perceber que cai em contradição quando reconhece a dificuldade que ele próprio tem em usar camisinha. A busca de prazer através da relação sexual faz com que pessoas usem seus corpos para suprir carências afetivas implicando, muitas vezes, na falta de cuidado adequado para a prevenção de uma DST e ampliando o leque de possibilidades de contaminações. Os próprios profissionais de saúde relatam suas dificuldades, como descrito no site do Programa Nacional de DST e AIDS: “Eu tinha dificuldades de falar sobre sexo, sobre transa, como é que eu vou falar sobre trepar (...). Mas eu trabalhei os meus valores internos, os meus bloqueios” (PROGRAMA..., 2005).

Anderson (2004) determinou estratégias para melhorar a qualidade da assistência a mulheres HIV-positivas no Brasil. Uma delas é a de sensibilização e de capacitação de recursos humanos para a abordagem integral à mulher HIV-positiva enfocando seu papel social e familiar. Com isso, o autor salienta a necessidade de melhorar o manejo clínico dessas mulheres, de sua sexualidade, da gravidez, da violência doméstica e outros aspectos que interfiram no processo de atenção à mulher HIV-positiva.

Segundo Coelho (2004), “há um grande empenho para que o cuidado seja realizado com excelência, nesse grupo especial de mulheres” (p. 17), entretanto, a mulher HIV-positiva

se depara com a resistência e o preconceito de alguns profissionais de saúde quando usuária de drogas, sendo muitas vezes interpretada como pessoa ‘problemática’ e não alguém com problemas de saúde.

O Programa Nacional de DST e AIDS (PROGRAMA..., 2005) sintetiza a necessidade de reflexão de profissionais, de homens e de mulheres sobre a saúde sexual e reprodutiva da população. De uma maneira geral, considera que

a gravidez de soropositivas traz para a reflexão dos profissionais de saúde uma situação em que está em jogo; um direito da mulher em decidir sobre seu corpo e o direito à qualidade de vida das gerações futuras. A gravidez de soropositivas é considerada, também, um indicador das dificuldades em convencer os pacientes sobre o uso da camisinha (PROGRAMA..., 2005).

É de profissionais que parte um ordenamento de prioridades: como afirma Vitória (2004), temos que melhorar o acolhimento no serviço, facilitar para que esse acolhimento ocorra de forma adequada, e o paciente não tenha a entrada dificultada desde a entrada ao serviço de saúde, até mesmo perante o médico que vai atendê-lo. Ressalta, ainda, que há a questão da adesão terapêutica e do uso de drogas. Muitas vezes, a má adesão dos pacientes usuários de drogas ao tratamento se deve a má adesão do paciente ao serviço e à dificuldade que ele tem de ser aceito pela equipe ou profissional de saúde. Há vários trabalhos demonstrando que, se o paciente é acolhido adequadamente, orientado e se sente realmente envolvido no processo, a adesão dele ao tratamento está intimamente relacionada.

Aos profissionais da área da saúde é recomendado que percebam o cuidado em sua maior dimensão, ou seja, como uma forma de viver plena e não só “como uma execução de tarefas para promover o conforto de alguém” (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 570).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d), uma equipe considerada preparada para lidar com este tipo de paciente é aquela que tem acesso e se interessa nas informações sobre o atendimento, tais como: dados epidemiológicos locais, informações teóricas sobre DST/HIV/AIDS - formas de transmissão, prevenção, tratamento, diferença entre HIV/AIDS, janela imunológica -, diagnóstico laboratorial de HIV e Sífilis, sexualidade e gênero, vulnerabilidade para as DST/ HIV/AIDS, drogas e redução de danos, ética/direitos humanos, práticas mais seguras para a prevenção das DST/HIV/AIDS, as abordagens previstas para o termo ‘aconselhamento’ - conceito, princípios, componentes, distinção entre ação educativa e aconselhamento - e organização do processo de trabalho das equipes. Por isso, antes de abordar qualquer assunto ou argumento éticos,

[...] deve-se ter uma idéia clara dos valores e dos pontos de vista pessoais nessa área. Esse discernimento é algo que se adquire com o tempo, com a continuidade da reflexão, da leitura e, sobretudo, com os debates sobre os problemas éticos. 'O que eu penso a respeito do assunto?' é a questão crítica que sempre se deve tentar responder (HACKER; MOORE, 1994, p. 23).

Em se tratando de ética voltada para o cuidado ao portador do HIV constata-se a importância do cuidado, a percepção de particularidades e da estigmatização que a sociedade imputa a estes portadores. É preciso que o profissional veja na mulher soropositiva o ser humano com necessidades básicas afetadas, que merece o respeito e atenção daqueles que a atendem. O primeiro passo preconizado ao profissional neste sentido é que tenha como objetivo estimular essas mulheres para o autocuidado, a autonomia e a auto-estima.

Pinheiro *et al.* (2005) ao afirmar que o cuidado de pessoas com AIDS passa a fazer parte do cotidiano de muitos trabalhadores da área da saúde recomenda:

[...] resgatar a verdadeira essência desse cuidado, para possibilitar maior amorosidade entre os seres humanos e, com isso, desvelar um mundo com mais valor, valor esse presente nos preceitos éticos necessários para se viver em comunidade e, nessa vida em comunidade, é preciso que exista a solidariedade, qualidade essencial para se enxergar as necessidades do outro, principalmente, se esse é portador de uma doença estigmatizada como a AIDS (p. 572).

Já D'Urso (2005) alerta quanto à necessidade da solidariedade, da abordagem aberta e franca da problemática da AIDS, sem medo de tocar num assunto que, mais de vinte anos depois de sua descoberta ainda é tabu. Tais práticas, conforme o autor, diminuem o isolamento e o medo que interferem na vida da maioria dos soropositivos. Daí o problema escapar da esfera da saúde e ser visto como uma questão interdisciplinar e social. Nessa perspectiva, os detentores de conhecimentos técnico-científicos devem colaborar contra a epidemia do HIV/AIDS e tratá-la sem preconceitos, devolvendo aos portadores do vírus o sentimento de cidadania. Os infectados, muitas vezes renegados pela própria família, também não têm conhecimentos suficientes para auxiliar na diminuição dos problemas apontados. Para isso, o Estado ratifica a necessidade de conscientização sobre a problemática da doença sendo esse o melhor caminho para enfraquecer o "muro de estigma e silêncio" (CELLOS, 2002) que se criou contra os portadores do HIV.

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) considera os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, pessoas com obrigações e direitos garantidos desde o nascimento, tais como tratamento digno e acesso à saúde pública. Em defesa dos grupos mais vulneráveis à discriminação, como no caso de homossexuais,

mulheres, negros, crianças, portadores de doenças crônicas infecciosas, idosos, portadores de deficiência, o Brasil tem focado sua legislação nos direitos da pessoa humana. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2005b) tais direitos, considerados fundamentais e assegurados pela Carta Magna do País, não são acessíveis a todos os cidadãos. “A política brasileira de AIDS baseia-se nos princípios constitucionais do acesso universal à saúde integral, incluindo prevenção e tratamento gratuito, entre outros” (BRASIL, 2005b). No Brasil, a exclusão de qualquer pessoa devido à condição econômica ou outro fator, é considerada descumprimento da lei. Entretanto é graças a essa política que milhares de brasileiros vivem com HIV/AIDS há vários anos, fazendo com que a expectativa de vida fosse ampliada. As Organizações Não-Governamentais (ONGs) facilitam a inclusão social de portadores do HIV e desenvolvem ações como a assistência jurídica, o apoio psicológico, grupos de adesão ao tratamento, a assistência domiciliar, a visita hospitalar, as atividades de geração de renda e os centros de convivência, entre outros (BRASIL, 2005a).

Para D’Urso (2005) há muito tempo a AIDS ultrapassou a barreira dos chamados grupos de risco: usuários de drogas, homossexuais e pessoas que receberam transfusões. Hoje, a pandemia da AIDS trafega por todas as classes sociais, faixas etárias e orientações sexuais. Estima-se que 75% dos casos de transmissão do HIV ocorrem por via sexual, sendo 58% por práticas heterossexuais. Por isso, discriminar um cidadão com AIDS ou HIV positivo mostra-se um comportamento que precisa ser reconsiderado por ser cruel, desumano e desinformado.

Após estas considerações, pretendo, com este trabalho, descrever pensamentos hegemônicos e/ou divergentes expressados pelas enfermeiras que trabalham com gestantes e puérperas em relação ao modo como estas mulheres contraíram o vírus. Dessa maneira penso contribuir para identificar formas de agir que facilitem a atuação da enfermagem em seu cuidado frente às mulheres afetadas e a compreensão da vulnerabilidade social inerente às diferentes formas de contaminação pelo HIV.

4 PENSAMENTOS DAS ENFERMEIRAS

A partir deste capítulo passo à análise dos pensamentos das enfermeiras que trabalham em Unidade de Internação Obstétrica de uma instituição hospitalar, descritos em seus relatos que foram categorizados por mim de acordo com a forma de contágio, relações extraconjugais, cuidados relacionados ao bebê e à amamentação de gestantes/puérperas soropositivas para o HIV, à sociedade em que vivemos e à vida como ela é. Tais pensamentos foram expressos através de opiniões, observações e análises que cada uma delas realizou, sobre si mesmas e em relação às suas colegas de profissão. Algumas enfermeiras referiram-se à complexidade das perguntas e a possibilidade que teriam de realizarem uma dupla interpretação. O importante para a autora foram as respostas dadas, suas singularidades, indagações e reflexões.

4.1 As formas de contágio de gestantes/puérperas pelo HIV

As formas de contaminação pelo HIV são todas aquelas em que fluidos podem ser transmitidos de uma pessoa à outra, como exemplo, cito a relação sexual desprotegida, o compartilhamento de seringas contaminadas no uso de drogas injetáveis, a transfusão de sangue contaminado, os acidentes com material biológico e realização de tatuagem. Nos relatos das enfermeiras, pude encontrar algumas destas formas.

[...] quando uma mulher descobre que adquiriu o HIV do seu marido, seu casamento passa a não mais ser considerado uma relação segura e estável e a confiança em seu esposo fica abalada. Normalmente a vida desta mulher sofre um impacto muito forte, parece que tudo desmorona... e é para desmoronar mesmo, né? Nestes casos, acho que todas as enfermeiras ficam mais sensibilizadas e tratam a paciente com mais carinho, têm pena sabe... (ENFERMEIRA CINCO).

A forma de contaminação do HIV por relação sexual desprotegida é a mais referida pela população estudada, principalmente devido à traição de um dos parceiros ou de ambos, resultando em muito sofrimento, como descrito a seguir:

Chama-me a atenção a forma de contágio na qual a mulher sempre se surpreende com o diagnóstico ficando evidente a traição do parceiro, em quem tinha toda confiança (ENFERMEIRA SETE).

A traição de um dos parceiros é relacionada à falta de comunicação entre os mesmos, principalmente, antes do início de um relacionamento mais sério. Isto é expresso na seguinte fala:

Outro caso é o da mulher que se reconcilia com o marido, engravida e descobre-se soropositiva devido a um relacionamento eventual que ele teve durante a separação, causando um 'desmoronamento' em sua vida recém ajustada (ENFERMEIRA SETE).

A relação sexual desprotegida é, apesar das recomendações sobre a importância da proteção pelos meios de comunicação, uma prática comum entre casais cujo relacionamento é dito "estável" como relatado na fala a seguir:

Ela e seu marido faziam sexo grupal, com troca de casais. Seu marido sempre usava preservativo com outras mulheres. Durante uma 'festa grupal', ela teve relações com um dos homens sem preservativo. Foi contaminada e o marido não (ENFERMEIRA TRÊS).

Além da troca de casais e do sexo sem proteção, há a possibilidade de transmissão através do uso de material contaminado durante o uso de drogas injetáveis já que durante o efeito da droga ou mesmo de sua abstinência o usuário perde a noção de risco. Nestas condições pode ocorrer o compartilhamento de uma ou mais seringas contaminadas que são reutilizadas num momento em que a necessidade da droga fala mais alto como descrito no relato a seguir:

Em relação ao contágio conseqüente ao uso de drogas, percebo que grande parte das mulheres já sabia que eram portadoras e não se assustaram muito ao saber do diagnóstico. Sinto elas mais 'indiferentes' em relação a esta situação (ENFERMEIRA SEIS).

A contaminação por meio do uso de drogas injetáveis ou nas relações sexuais sem desprotegidas é como um jogo de azar. A principal diferença é que podemos escolher entre nos protegermos ou não e isto depende de nosso grau de conhecimento, de percepção da realidade e de disciplinamento. Um dos pensamentos relacionados a isto é o citado pela ENFERMEIRA CINCO:

Ela também sabe que as drogas fazem mal... . Provavelmente ela já tentou largar e não conseguiu... . Então a contaminação é simplesmente uma conseqüência que mais cedo ou mais tarde vai acontecer (ENFERMEIRA CINCO).

A tatuagem, outra forma pela qual pode ocorrer a contaminação, preocupa parte da população mais esclarecida. Nesta situação o contágio está relacionado à tinta e/ou às agulhas reutilizadas para a pintura que entram em contato com o sangue da pessoa que está sendo tatuada. Além da tatuagem há outra forma de contaminação relacionada à estética: a colocação de *piercings*. Esta prática traz riscos semelhantes aos da tatuagem. Nela são utilizados dispositivos do tipo “Abocath” para criação de continuidade onde será fixado o *piercing*. Por isso, a doação de sangue de pessoas que realizaram tatuagem ou colocação de *piercing* no último ano é impedida para maior proteção das pessoas que poderão ser transfundidas, conforme recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

Serão inabilitadas por um ano, como doadores de sangue ou hemocomponentes, os candidatos que nos 12 meses precedentes tenham [...] realizado ‘*piercing*’ ou tatuagem sem condições de avaliação quanto à segurança (BRASIL, 2004).

A contaminação através desta via é descrita por uma das enfermeiras conforme relato que segue. A hepatite C é igualmente contagiosa e está inserida no núcleo de doenças transmitidas pelas mesmas formas de contágio que o HIV. Entretanto, os portadores da hepatite C sofrem menos preconceito que os portadores do HIV.

Outra forma de contágio referido por uma paciente ocorreu através da realização de tatuagem. Além do vírus HIV, a paciente também contraiu o vírus da hepatite C. Ela tinha certeza de que foi através da tatuagem, visto que se relacionava há anos com o mesmo parceiro e fazia exames para estas sorologias periodicamente. Este foi o relato que, de certa forma, me deixou mais surpresa (ENFERMEIRA SEIS).

Quando as enfermeiras são empáticas elas percebem situações nas quais evidenciam-se as dificuldades das mulheres que não sabem como contar ao parceiro sobre o resultado do teste anti-HIV que positivou. Entretanto, algumas vezes as enfermeiras preocupam-se de tal forma com as dificuldades destas mulheres que isto pode refletir-se na qualidade do trabalho realizado, assim expresso no relato da ENFERMEIRA SEIS:

Fico angustiada quanto ao momento em que as mulheres portadoras do HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s) terão que contar o resultado do exame anti-HIV ao esposo (parceiro) e também aos familiares (mãe, pai, etc.). Imagino que deve ser uma situação muito difícil e conflituosa (ENFERMEIRA SEIS).

Nestes casos de contaminação por relações extraconjugais, o momento de contar ao parceiro é uma situação muito difícil, tanto para quem conta quanto para quem é surpreendido com a informação. A enfermagem deve estar preparada para dar suporte e apoio para a gestante/puérpera para contar ou para que ela fique ciente, no momento da internação hospitalar, sobre o contágio ou contaminação do parceiro pelo HIV.

A contaminação da gestante/puérpera pelo HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s) me traz sentimento de pesar, pena e raiva. Raiva porque com todas as campanhas veiculadas na mídia, TV, rádio, jornal, revistas, hospitais, posto de saúde, etc., as pessoas não usam camisinha e não se protegem. Muitas vezes sabem que o parceiro é 'potencial' portador do HIV e mesmo assim se arriscam. Não têm auto-estima, não pensam no seu futuro e dos seus filhos? Pena e pesar, pois se submeter a tudo isso e ainda querer manter relações com este parceiro é não se gostar, não ter um pouco de compaixão pela vida (ENFERMEIRA DOIS).

A realidade da contaminação e disseminação do HIV com grande aumento no número de pessoas infectadas traz sentimentos diversos como raiva, infelicidade e tragédia:

Como não sentir raiva de um homem que transmite o vírus para uma adolescente de 15 anos? Como não sentir raiva dela porque não se cuidou? Na realidade é tudo muito trágico... e infelizmente acontece todo dia... (ENFERMEIRA CINCO).

A falta do uso de preservativo nas relações sexuais é fator polêmico. Casais que têm relacionamento considerado estável dão seus “votos de confiança” ao (a) parceiro (a). Entretanto é preciso considerar a possibilidade de mudança nos sentimentos em tais relações. Mais, é preciso considerar a responsabilidade que se deve ter pela vida do outro. Por isso, a descoberta de relações extraconjugais, acrescida da descoberta da contaminação pelo HIV, evidencia não apenas a fragilidade dos relacionamentos, como a falta de responsabilidade em aspectos de proteção da vida. Parece serem poucos os casais estáveis que utilizam preservativos. Em minha experiência como bolsista do Banco de Sangue de uma instituição hospitalar em Porto Alegre e numa unidade de triagem clínica de doadores, surpreenderam-me as informações fornecidas pelas pessoas doadoras durante suas entrevistas, em relação a suas práticas sexuais. Sentimentos como os da ENFERMEIRA TRÊS, muitas vezes foram compartilhados por mim:

Fico com pena dela, pois é sinal que tem mantido relações sexuais sem proteção (ENFERMEIRA TRÊS).

Já as pessoas que não querem ter uma relação estável ou ainda não elegeram uma pessoa para tal, se arriscam em relações sexuais sem proteção, “dando a cara a tapa”. Os pensamentos da ENFERMEIRA CINCO trazem algo sobre isso:

Quanto à mulher que adquiriu o HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s), sinto pena, raiva, tristeza e, às vezes, até penso ‘bem-feito’. Depende de cada situação... É tudo muito particular... Não dá para generalizar (ENFERMEIRA CINCO).

Os pensamentos das enfermeiras trazem certas dificuldades ainda existentes no ato de cuidar. A quantidade de informações colocadas ao nosso alcance não minimizam restrições, fraquezas e falhas quando a forma de contágio é o uso de drogas injetáveis, como descrito no próximo relato:

Tenho muita pena, pois o uso de drogas é um problema social muito grave, onde não se tem tratamento à disposição para todos os dependentes de classe econômica mais baixa. No fundo, a gestante/puérpera que adquiriu o HIV pelo uso de drogas injetáveis é uma pobre coitada e eu não a culpo. Uma drogada não tem discernimento para saber que pode se contaminar no momento da fissura pela droga. O vício é maior que a razão (ENFERMEIRA CINCO).

As enfermeiras convivem com pessoas em situações diferentes de vida. Tais situações podem desencadear sentimentos até então desconhecidos para si. Conhecemos a nós mesmos a cada dia, a cada cuidado realizado, a cada situação inesperada. Somos seres humanos e “racional”, como lembrado no relato a seguir:

Nós somos humanas. Sentimos raiva, alegria e tristeza em todas as diferentes situações da nossa vida pessoal e profissional (ENFERMEIRA CINCO).

O inesperado pode ocasionar dificuldades no controle das nossas emoções. Por isso há instituições que oferecem acompanhamento psicológico obrigatório para os profissionais de saúde com o intuito de conhecerem e cuidarem dos outros da mesma forma como gostariam e deveriam ser tratados. A ENFERMEIRA DOIS relata:

Acho que a gente não deve julgar ninguém por ser ou não HIV positivo. Quem trabalha na área da saúde pergunta muitas vezes por que uma paciente HIV-positiva gera um filho com uma chance de ser HIV positivo? Por descuido? Por querer ter direito de ser mãe como qualquer outra mulher? Muitas vezes isto gera revolta dentro da gente, mas minha assistência a essa mulher não muda (ENFERMEIRA DOIS).

A empatia é, para mim, o sentimento mais precioso no atendimento de pessoas debilitadas e fragilizadas, tanto física quanto psicologicamente. Quando nos conhecemos melhor, aprendemos a julgar menos e agir mais.

4.2 As relações extraconjugais das gestantes/puérperas e seus parceiros

Não poderia falar sobre relações extraconjugais sem antes saber o significado da palavra ética. Glock e Goldim (2003) dizem que

Ética é o estudo geral do que é bom ou mau, correto ou incorreto, justo ou injusto, adequado ou inadequado. Um dos objetivos da Ética é a busca de justificativas para as regras propostas pela Moral e pelo Direito. A Ética não estabelece regras. Esta reflexão sobre a ação humana é que caracteriza a Ética (GLOCK; GOLDIM, 2003).

Dentre os diversos casos de contaminação pelo HIV, a forma de contaminação mais relatada nas entrevistas com as enfermeiras foi, sem dúvida alguma, a relação sexual desprotegida em relações extraconjugais de uma das partes ou de ambos. Isto se evidencia no relato da ENFERMEIRA TRÊS:

Houve contaminação da paciente pelo amante. Ela era casada com um homem que havia sofrido um acidente e que estava com dificuldades de manter boas relações com ela. Terminou se envolvendo com um homem, também casado, que não sabia que sua esposa era contaminada. Tinham relações sem preservativo, pois não achavam necessário. No entanto este companheiro havia se infectado pela esposa e não sabia. Ela engravidou do próprio marido e durante a gestação descobriu estar contaminada (ENFERMEIRA TRÊS).

Outra palavra muito importante que busquei para entender melhor os pensamentos estudados foi “moral”. Glock e Goldim (2003) dizem que

a Moral estabelece regras que são assumidas pela pessoa, como forma de garantir o seu bem-viver. A Moral independe das fronteiras geográficas e garante uma identidade entre pessoas que sequer se conhecem, mas que utilizam este mesmo referencial moral comum (GLOCK; GOLDIM, 2003).

A decepção das mulheres com seus parceiros que praticam sexo fora de seu relacionamento é muito grande e o mesmo acontece na situação contrária. Valls (1997) considera, ainda, as “atitudes infra-éticas”. Estas são evidenciadas por “aquelas pessoas que não vivem, ao menos conscientemente, ao nível ético da escolha do ‘bom’, do ‘bem’, do ‘agir bem’ ou do ‘bem comum’. São pessoas que buscam simplesmente o prazer, ou o poder, ou o

proveito pessoal, ou as vantagens econômico-financeiras, em todas as ocasiões” (VALLS,1997). A surpresa de um teste positivo para o HIV é uma emoção muito forte, um evento inesperado desesperador para muitas das mulheres que tem esta descoberta durante o pré-natal ou durante o teste rápido para o HIV no Centro Obstétrico, poucas semanas, horas ou minutos antes de parirem seu(s) filho(s), como relatado nos pensamentos abaixo:

Noto que muitas pacientes ficam decepcionadas com seus companheiros, desconfiadas de que foram traídas ou, então, com medo de que o parceiro descubra que este foi traído e que também pode estar contaminado (ENFERMEIRA SEIS).

Em ambos eventos, a falta de ética nas relações é presente e, às vezes, mesmo após o resultado do teste rápido para o HIV ter sido positivo, a mulher resiste para contar ao seu parceiro sobre sua “nova” condição, como diz a ENFERMEIRA SETE:

Há também vários casos de mulheres que têm uma vida dedicada ao marido e aos filhos, mas o marido mantém aventuras extraconjugais e a contamina, sendo que elas só descobrem porque estão grávidas, durante a realização dos exames de rotina (ENFERMEIRA SETE).

No relato a seguir há a descrição do pensamento de que o uso do preservativo é “um simples ato que poderia evitar a transmissão do HIV”. Entretanto, na continuidade deste pensar, encontramos a afirmativa que coloca a mulher em posição de necessidade de submissão ao companheiro. Tal situação é compreendida, em segmentos da sociedade, como algo “natural ou normal”, sendo esta submissão considerada uma espécie de refúgio à desproteção, à discriminação da sociedade e à ausência do sustento. O pensamento a seguir, descreve, também, o medo da mulher ao assumir um comportamento socialmente rejeitado como a traição feminina que coloca a mulher em situação de risco de morte perante o companheiro. Vejamos o relato:

As relações podem ser seguras com o uso do preservativo. A mulher que adquiriu o HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s) se submete às vontades do companheiro, não questionando seu passado, não expressando sua vontade num simples ato que poderia evitar a transmissão do HIV. Também existe o outro lado da questão: em alguns casos, a mulher portadora do HIV não conta ao companheiro e não utiliza o preservativo, contaminando-o ou expondo-o ao risco. Acredito que o medo, o tabu, o preconceito, principalmente, reforçam este fato (ENFERMEIRA QUATRO).

A posição que muitas mulheres ocupam nas sociedades ocidentais, na atualidade, dá possibilidade de desenvolvimento de relações mais igualitárias entre homens e mulheres,

proporcionando um mundo de mais conhecimento, menos medo e mais respeito. Mesmo assim, no momento de informar ao companheiro e familiares sobre sua nova condição, a de sua soropositividade ao HIV, a mulher se sente vulnerável e ainda tem medo da discriminação, da incompreensão. Assim, a ENFERMEIRA SEIS nos diz que:

O medo de contar ao companheiro sobre o vírus e o medo de que sua família descubra também estão muito presentes nos discursos das mulheres (ENFERMEIRA SEIS).

Vê-se que o medo de contar sobre a condição de soropositividade para o HIV está presente em muitas situações: tanto no relato das enfermeiras sobre as mulheres que já sabiam ser soropositivas quanto daquelas que não tinham esta informação previamente e foram surpreendidas com a notícia, como descrito a seguir:

Também existem casos em que a paciente dizia não saber ser soropositiva, porém apresentou comportamento muito estranho após conhecer o resultado do teste rápido, ainda no Centro Obstétrico. Normalmente o atual parceiro não tem o vírus e estas pacientes, soropositivas, não contaram para o novo parceiro por medo de discriminação e de acabar o relacionamento (ENFERMEIRA CINCO).

O fato de elas já saberem que são soropositivas e seu companheiro ainda não, deve ser um ponto de cuidado que conte com a ajuda da equipe de multidisciplinar de saúde, já que a AIDS e a soropositividade para o HIV é uma questão de saúde pública. Aqui estão fortemente presentes questões éticas em que o conhecimento da doença pelos seus entes mais próximos, principalmente a pessoa com quem tem um compromisso, revelam o compromisso de todos em relação à vida e ao direito de escolha do outro. Valls (1997) relata uma fala de Aristóteles: “tratando do amor e da amizade, ainda enfatizaria que tais relações consistem em querer o bem do outro, valorizando nele o que ele tem de melhor” (VALLS, 1997). Segue o relato da ENFERMEIRA CINCO, alertando para uma prática freqüente das mulheres HIV-positivas que pode prejudicar a atuação da equipe em relação ao seu tratamento e a sua possibilidade de receber ajuda:

A mulher que diz não saber ser soropositiva geralmente não traz carteira de pré-natal, diz que perdeu... após resultado do teste rápido dizem que deve ter erro, que é impossível ter o vírus... acho esse tipo de caso bem complicado, pois nós, profissionais, não podemos ter certeza de que a paciente está mentindo, são somente suposições, mas que podem-nos levar a julgamentos errados. Já presenciei casos em que a paciente contou que já sabia do vírus, mas que não queria que o marido soubesse... elas quase nos imploram (ENFERMEIRA CINCO).

Valls (1997) diz que “o esclarecimento sobre a doença e sobre a forma de contraí-la não deveria preocupar-se demasiado com tabus e um suposto pudor, levando-se em conta um cálculo de valores maiores, e numa perspectiva sempre voltada para os resultados concretos e previsíveis, mais do que para as formalidades das intenções” (VALLS, 1997), o que podemos relacionar ao cuidado de enfermagem.

Cabe a nós, da área da saúde, ajudarmos esta mulher em ambas as situações relativas à contaminação, de modo com que ela e seu companheiro, inseridos na população em geral possam diminuir a possibilidade de danos a si mesmos e a sociedade em que vivemos. Glock e Goldim (2003) também dizem que é importante ao cuidado de enfermagem de qualidade a

competência técnica, aprimoramento constante, respeito às pessoas, confidencialidade, privacidade, tolerância, flexibilidade, fidelidade, envolvimento, afetividade, correção de conduta, boas maneiras, relações genuínas com as pessoas, responsabilidade, corresponder à confiança que é depositada em você (GLOCK; GOLDIM, 2003).

Nem sempre é uma tarefa fácil, mas não é impossível, já que no atendimento, de acordo com os conhecimentos dos casos, a enfermagem tem como função assistir e ensinar essa mulher - gestante/puérpera HIV-positiva - a fazer a manutenção do cuidado necessário para a adesão ao tratamento, por exemplo, durante a sua internação e após.

4.3 O cuidado às gestantes/puérperas HIV-positivas

O cuidado às gestantes/puérperas HIV-positivas é um trabalho desafiador. A cada dia, torcemos pela vida e interessados nisso, nosso trabalho adquire outro sentido. Ao interessarme por estas mulheres espero ajudá-las a não ter medo da doença, a aderir ao tratamento, a poder divulgar o resultado positivo para o HIV às pessoas mais próximas sem a sobrecarga de seu próprio preconceito ou, apenas, ouvi-las. Já disse Confúcio: “Deus nos deu uma língua e dois ouvidos, para que ouçamos mais do que falamos”. Segue o relato da ENFERMEIRA DOIS que descreve pensamentos com que, de certa forma, compactuo:

Não diferencio. Para mim, paciente HIV ou não-HIV são todas iguais. A forma de abordagem na orientação de cuidados com ela e o recém-nascido que é diferente (ENFERMEIRA DOIS).

Cuidar de mulheres HIV-positivas usuárias de drogas, remete a um trabalho constante de paciência, compreensão e desprendimento, a meu ver. Glock e Goldim falam que “a reflexão sobre as ações realizadas no exercício de uma profissão deve iniciar bem antes da

prática profissional” (GLOCK; GOLDIM, 2003). Já, neste relato, uma das enfermeiras sobre seu sentimento em relação ao cuidado a mulher usuária de drogas, diz:

Trabalhar com usuários de drogas é um problema muito sério e complicado (ENFERMEIRA TRÊS).

Nem sempre, as pessoas que cuidam de gestantes/puérperas conseguem não expressar algum tipo de repulsa, preconceito, medo ou mesmo descaso por elas - como já relatado pelas enfermeiras entrevistadas - o que pode comprometer o cuidado. Glock e Goldim (2003) comentam que

toda a fase de formação profissional, o aprendizado das competências e habilidades referentes à prática específica numa determinada área, deve incluir a reflexão, desde antes do início dos estágios práticos. Ao completar a formação em nível superior, a pessoa faz um juramento, que significa sua adesão e comprometimento com a categoria profissional onde formalmente ingressa. Isto caracteriza o aspecto moral da chamada Ética Profissional, esta adesão voluntária a um conjunto de regras estabelecidas como sendo as mais adequadas para o seu exercício (GLOCK; GOLDIM, 2003).

As enfermeiras Cinco e Um expressam em suas falas as diferentes possibilidades dadas pelo pensamento às diferentes formas de cuidar:

Acho que deveríamos tentar dominar mais esses sentimentos para que eles não interferissem na nossa atuação (ENFERMEIRA CINCO).

As pessoas devem pensar em tratar (prevenção), atender estas pacientes e não questionar o seu modo de vida, ou de se cuidar. Devemos sim dar orientações, cabe a elas seguir ou não (ENFERMEIRA UM).

Atualmente, existem diversas formas de divulgação sobre o HIV/AIDS pelos meios de comunicação, postos de saúde e hospitais, tanto para profissionais da área da saúde quanto para pessoas soropositivas ou não para o HIV. Os profissionais e agentes de saúde contribuem para informar a população da área de abrangência de sua atuação sobre o que é o HIV. Francisconi (1997) fala que “o risco de transmissão da doença é igual tanto nos pacientes obviamente do grupo de risco quanto nos aparentemente ‘seguros’, embora a equipe de saúde tende a tomar mais medidas preventivas no primeiro do que no segundo grupo” (FRANCISCONI, 1997). Glock e Goldim (2003) explicam que o “comportamento eticamente adequado e sucesso continuado são indissociáveis!” (GLOCK; GOLDIM, 2003). Entretanto, diferentes formas de cuidado às mulheres contaminadas pelo HIV pela equipe de saúde são notadas, como comenta a ENFERMEIRA TRÊS:

Percebo que os profissionais da saúde fazem diferença ao atender paciente infectada e paciente não-infectada, não interessando a forma como foram contaminadas. Ainda, os profissionais da saúde não conseguem, de verdade, pensar que todos os pacientes podem ser potencialmente contaminados (ENFERMEIRA TRÊS).

A experiência profissional, a personalidade, a educação, a cultura e a formação podem trazer compensações às mulheres cuidadas no que diz respeito à empatia e ao HIV. Entretanto, isto não é suficiente para que pensamentos como os descritos abaixo predominem em profissionais como as enfermeiras:

Quando a paciente já sabe que é soropositiva e mesmo assim engravida mesmo sabendo dos comentários, tipo... pra que engravidar de novo?... qual o futuro desta criança?... não tem noção do perigo... esses comentários surgem normalmente nas passagens de plantão e em conversas entre as enfermeiras... mas acho que o cuidado de enfermagem em relação a procedimentos é o mesmo, mas aquela parte de ouvir a paciente, de dar apoio, fica mais prejudicada... mais deficiente... o que é lamentável... pois são essas pacientes que mais precisam de apoio e orientação (ENFERMEIRA CINCO).

Mas o fato de ser uma futura recém-formada foi considerado um fator positivo por uma das Enfermeiras durante meu Estágio Curricular ao dizer que “os enfermeiros recém-formados tem menos manias, menos vícios de profissão, é muito melhor pra trabalhar e para atender também”.

Nenhuma das enfermeiras entrevistadas fazem restrições no atendimento às gestantes/puérperas HIV-positivas, devido à soropositividade, mas percebem algumas restrições em algumas colegas. As ENFERMEIRAS TRÊS e SETE relatam:

Não diferencio e nem me interessa mais em saber como adquiriram o vírus. Na verdade, só é importante saber de que maneira se contaminaram caso seja um dado importante para ajudarmos a paciente em seu tratamento. Por exemplo, se ela é ainda uma usuária de drogas injetáveis e divide seringas e agulhas, é importante saber para poder orientá-la melhor evitando assim que aumente sua carga viral, etc. (ENFERMEIRA TRÊS).

Nunca observei diferença no atendimento devido a forma que as mulheres adquiriram o HIV, apenas escuto comentários, algumas vezes maldosos, durante as discussões dos casos ou passagem de plantão, entre os membros da equipe de saúde (ENFERMEIRA SETE).

Coelho (2004) acredita que uma equipe de saúde que cuida de uma gestante soropositiva para o HIV deve estar atenta e preparada para vivenciar questões particulares da experiência dessa mulher. Deve-se buscar conhecer sua cultura, suas crenças, percepções e

conflitos, pois percebe que são necessárias estratégias de cuidado adequadas para cada mulher (p. 17). E, segundo a Enfermeira cujo relato exponho a seguir, não existe diferenças quanto ao cuidado:

Não, todos temos mais ou menos a mesma formação e seguimos o mesmo modo de cuidar (ENFERMEIRA UM).

De acordo com Coelho (2004),

há uma variedade de cuidados direcionados a essas mulheres e seus bebês, entre os quais a orientação de não amamentar o filho. A mulher é informada, desde o início da gestação, sobre as conseqüências negativas do seu leite e, em alguns casos, as mamas são enfaixadas logo após o parto para não haver estímulo da lactogênese. (p. 15).

Assim, para algumas enfermeiras, a diferenciação no atendimento deve ser realizada sempre, pois é isto que caracteriza o atendimento em saúde:

Eu não diferencio as pacientes. Considero que elas devem ser tratadas igualmente às pacientes não-HIV-positivas. Apenas devem ser tomados os cuidados pertinentes à situação, principalmente relacionadas ao recém-nascido, como por exemplo: não amamentar no seio, administrar o NAN através de mamadeiras, etc. e devido a isso, considero que essas pacientes devem ficar em leitos separados às outras pacientes, mas sendo tratadas da mesma forma, humanizada, sem preconceito (ENFERMEIRA SEIS).

As diferenças no cuidado às gestantes/puérperas HIV-positivas só deverão existir como apoio ao tratamento e aos cuidados para a não-disseminação desta doença a outras pessoas.

4.4 O bebê e à amamentação

A manifestação dos sentimentos das enfermeiras em relação ao recém-nascido são mais evidentes quando nasce uma criança contaminada pelo HIV. Já relata a ENFERMEIRA SETE:

Muitas vezes fico chocada com a reação das pessoas e suas 'falas', mas procuro entender que muitas têm um sentimento maternal em relação ao bebê e por isso acham injusto uma mãe não fazer um pré-natal adequado para soropositivas. Tais pessoas se revoltam porque consideram o bebê uma vítima inocente e, por isso não maltratam a paciente (ENFERMEIRA SETE).

Em sua tese de mestrado, Coelho (2004) confessa ter se sentido mal ao submeter uma mulher HIV-positiva ao enfaixamento das mamas, mesmo consciente que isso traria benefícios para o bebê. (p.15). O mal-estar e o constrangimento por parte das enfermeiras em relação à interrupção da amamentação da mulher como um cuidado ao recém-nascido filho de mãe soropositiva para o HIV são comuns: interromper a amamentação, nestes casos, significa assumir, enfermeira e puérpera, a soropositividade para o HIV. Em geral, as enfermeiras, em seus relatos, demonstram muita tristeza e pena das mulheres que se contaminaram pelo HIV por causa do parceiro que teve uma relação extraconjugal, já que esta é a forma de contaminação que elas, em sua rotina, consideram mais expressiva, como relata a ENFERMEIRA SEIS:

Fico muito chateada quando vejo que as mulheres foram vítimas da contaminação pelo HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s), ou seja, quando se envolvem com parceiros que têm HIV e escondem isto (ENFERMEIRA SEIS).

A interrupção da amamentação é uma orientação que, na minha experiência acadêmica, é bem aceita pela maioria das mães HIV-positivas: elas pensam no bem do bebê. Francisconi (1997) pergunta “o que fazer quando as decisões da gestante entram em conflito com os melhores interesses da criança que vai nascer? O conhecimento atual é no sentido que tanto a gestante quanto o recém nascido se beneficiem de um tratamento antiretroviral precoce” (FRANCISCONI, 1997). Francisconi (1997) esclarece que “não estamos autorizados a realizar testes para o HIV em gestantes sem o seu consentimento. Em uma evidente situação de risco da doença, quando se define um conflito entre a vontade da paciente e o melhor interesse da criança, recomendamos que seja feita uma consulta ao Comitê de Bioética da instituição” (FRANCISCONI, 1997). Contudo, após a equipe de saúde saber da soropositividade para o HIV de uma gestante/puérpera, já diz Coelho (2004), em sua tese de mestrado, o que uma enfermeira fala sobre o preconceito existente no meio profissional para com essa mulher. As palavras da enfermeira que Coelho entrevistou confirmam “o grande poder que exercemos sobre a vida dessa mulher, podendo interferir no seu processo de existir no mundo e provocar danos que podem ser irreversíveis a esse ser que se encontra em situação extremamente vulnerável” (p.19).

A prática do cuidado não é, conforme relatos das enfermeiras, prejudicado, entretanto seus pensamentos de pena, tristeza e recompensa em relação aos bebês é manifestada quando as puérperas recebem o filho com alegria. Valls (1997) afirma que o cuidado dos profissionais às mulheres soropositivas tem o compromisso em auxiliá-las no alcance da felicidade, dentro

do respeito aos demais. “Não é a felicidade a qualquer preço” (VALLS, 1997). As dificuldades relacionadas à interação da mãe e seu bebê durante a internação desencadeia o apoio da equipe multidisciplinar para tentar reverter essa situação, o que nem sempre é possível.

A ENFERMEIRA CINCO expõe sua opinião sobre as dificuldades na interação:

Acho lamentável... e o pior é que ainda tem um bebê nesta jogada... aqui na unidade temos uma puérpera nesta situação: adolescente, soropositiva, não sabe como se contaminou e também é usuária de drogas... resumo: o bebê está na Neonatologia por baixa social... porque ela é uma drogadita e não tem responsabilidade de cuidar do seu bebê: o HIV é mais um detalhe nesta vida cheia de desgraças, infelizmente (ENFERMEIRA CINCO).

De acordo com a informação trazida por Francisconi e Coelho anteriormente, temos o relato da ENFERMEIRA DOIS, a seguir:

As minhas colegas do Centro Obstétrico (CO) discriminam muito as pacientes HIV, querem mandar logo para o andar, não querem ficar com a paciente muito tempo no CO, colocam sempre na frente na lista de preferência de descida para a Unidade de Internação Obstétrica independente de ter uma outra recuperada antes do que essa. Há um preconceito principalmente com a amamentação (ENFERMEIRA DOIS).

Por alguns profissionais da área da saúde, a questão da não-amamentação do filho é um tabu de uma dimensão tão grande quanto o da doença da puérpera. Acredito que haja falhas de comunicação no atendimento a essas mulheres, já que compreendem perfeitamente sua condição atual, mesmo sabendo do diagnóstico no momento do teste rápido, na hora do parto. O acolhimento é primordial a qualquer mulher, de qualquer classe social, raça, modo de contágio pelo HIV, etc. Segue um caso relatado pela ENFERMEIRA TRÊS:

E outro caso foi de uma puérpera infectada pelo HIV, internada em leito semi-privativo, que teve seu bebê amamentado por uma puérpera internada em enfermaria da mesma unidade, com o desconhecimento da instituição. Em grupo de orientação de mulheres HIV-positivas promovido pela equipe do ambulatório da instituição, tal puérpera encontrou a mulher que havia amamentado seu bebê, também contaminada pelo HIV (ENFERMEIRA TRÊS).

A mulher que já sabe ser HIV-positiva tem a opção de fazer ou não o pré-natal. Aquelas que tem a sua gestação planejada optam por ter seu filho de maneira segura, fazendo os devidos tratamentos, etc. Isto não quer dizer que sua família tenha o conhecimento da situação de sua doença; é o seu direito como pessoa, desde que não esteja prejudicando o

próximo. Francisconi (1997) fala sobre a proteção do parceiro, quando a gestante/puérpera não aceita contar sobre a descoberta do HIV: “igualmente problemática é a conduta diante da paciente HIV-positiva que se recusa a tomar as medidas cabíveis de proteção de parceiros de sexo ou drogas” (FRANCISCONI, 1997). No relato a seguir, temos um exemplo da insegurança da gestante/puérpera HIV-positiva em relação ao conhecimento de sua doença e o preconceito por ser portadora do HIV:

Elas têm medo do preconceito que sofrerão vindos dos seus familiares, amigos e companheiros. Ficam também muito assustadas ao saberem que são portadoras do ‘vírus da AIDS’, preocupam-se com seu estado de saúde e com o estado de saúde do bebê (ENFERMEIRA SEIS).

A equipe de saúde precisa encontrar uma maneira de confortá-la da melhor maneira possível, lhe ajudando nesse momento tão difícil de contar ao marido/companheiro e familiares se assim lhe for necessário naquele instante. O Ministério da Saúde (2005) expõe, na Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS que “todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja, seu estado de saúde e o resultado dos seus testes” (PROGRAMA..., 2005). Cabe a ela decidir qual é o instante de contar. Por Coelho (2004), as enfermeiras acreditam que a comunicação é um instrumento estratégico para atingir os objetivos estabelecidos para estas mulheres, evidenciando a necessidade de uma comunicação sem ruídos entre quem cuida e quem é cuidado (p. 18). A ENFERMEIRA CINCO relata que:

Não. Acho que cada um faz o que quer da sua vida. Se ela já tem o vírus não há mais o que fazer... e a maneira como ela contraiu importa, mas não para esta situação de puerpério imediato... temos que dar orientações para a atual situação, que é ensinar e orientar o tratamento do bebê num período bem curto da internação, que é de 2 ou 3 dias... a minha maior preocupação é que essas pacientes não amamentem seus filhos e que saibam dar o AZT da forma correta. O tratamento da mãe será a nível ambulatorial. Claro que a gente sempre quer saber a forma de transmissão... mas acho que no fundo é curiosidade... a maneira como ela contraiu não vai mudar em nada essa conduta, pelo menos numa unidade como essa... (ENFERMEIRA CINCO).

Segundo Coelho (2004, p.18) a preocupação das enfermeiras em colocar-se no lugar do outro, é uma habilidade que auxilia na avaliação do cuidado que é prestado. a partir da avaliação é possível buscar alternativas para os problemas identificados. Francisconi (1997) diz que “não existe, por outro lado, uma saída para o problema a não ser o de investir de maneira continuada e inteligente na educação da nossa população no sentido aprender e colocar em prática medidas efetivas no controle da disseminação da doença” (FRANCISCONI, 1997).

4.5 Em que sociedade vivemos?

Vivemos em um país onde a precariedade das condições sócio-econômicas, de educação e de saúde da população são muitas. Estas dificuldades colocam a população em situação de vulnerabilidade dificultando o exercício da cidadania e, portanto, de escolhas. Um dos relatos coloca em evidência a importância da sociedade na constituição do cidadão:

Percebo que os sentimentos das pacientes estão muito relacionados com a forma com que foram contaminados pelo HIV, quanto ao tempo transcorrido desde o diagnóstico e o meio social em que vivem (ENFERMEIRA SEIS).

Em relação às drogas, especificamente às injetáveis, pensamentos de desesperança, revolta e tristeza estão presentes:

Sinto pena, revolta, pois a gestante/puérpera adquiriu o HIV pelo uso de drogas injetáveis. Pena porque usar drogas para fugir da realidade não é o ideal; há o risco de se contaminar com o HIV, isso é suicídio. Revolta, que expresse na pergunta: em que sociedade vivemos, na qual as pessoas precisam usar drogas para se manterem 'socialmente'? (ENFERMEIRA DOIS).

Logo, os pensamentos dirigidos a uma mulher contaminada pelo uso de drogas injetáveis se baseia na idéia do lar desestruturado, sem ideais, com vícios e/ou violência, como no relato da ENFERMEIRA SEIS:

Penso que a gestante/puérpera que adquiriu o HIV pelo uso de drogas injetáveis não deve ter uma estrutura familiar que lhe transmita segurança e amor. Não deve, também, ter incentivo ao estudo ou a um emprego a fim de buscar um futuro melhor (ENFERMEIRA SEIS).

À família, núcleo central e privilegiado do Estado para a construção da sociedade, é dada a responsabilidade de suprir as necessidades de seus membros. Isto é lembrado nos pensamentos da ENFERMEIRA SEIS quando fala da solidão das mulheres:

As gestantes/puérperas que adquiriram o HIV pelo uso de drogas injetáveis sentem-se sozinhas no mundo, sem um rumo e vêem solução nas drogas (ENFERMEIRA SEIS).

A estrutura familiar permite a mediação das dificuldades em seu meio. Tal mediação é pensada como insuficiente quando existe uma mulher soropositiva para o HIV. É relacionada, também, como falta de valor á própria vida e a dos outros. Temos um exemplo:

Em alguns casos penso no pouco valor que a pessoa/mulher, que adquiriu o HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s), dá à própria vida, pois sabe que o parceiro é soropositivo e mesmo assim não se protege e muito menos valoriza a vida do bebê que está por vir... (ENFERMEIRA SETE).

O egoísmo, a falta de ética, de responsabilidade e proteção são fatores que colocam em risco o outro. Pensamentos distorcidos ou bizarros sobre o prazer ou o que é o prazer são abordados como abaixo:

Considero que as pacientes que vivem uma vida promíscua, relacionando-se com múltiplos parceiros sofrem pela falta de uma estrutura familiar que as guie (ENFERMEIRA SEIS).

HIV e sexo, assuntos debatidos e explorados sob diversos aspectos, tem seus modos de prevenção a doenças infecto-contagiosas pouco conhecidos por adultos e adolescentes. Isto, associado a sentimentos de abandono e desconfiança, é descrito conforme o relato a seguir:

A forma mais relatada é a da contaminação através do parceiro sexual. Nela, normalmente a paciente desconhece que o companheiro é soropositivo. Após a descoberta do diagnóstico, há uma inversão de responsabilidades e a mulher, então, é abandonada pelo parceiro e até mesmo culpabilizadas pela situação, como uma forma de 'isenção de culpas'. Os companheiros afirmam, nesta situação, que elas 'pegaram o vírus por aí' (ENFERMEIRA CINCO).

Julgamentos elaborados com emoção são, muitas vezes, dirigidos pelas cuidadoras em saúde estudadas a pessoas em situação de vulnerabilidade física e emocional. No relato a seguir, vemos os pensamentos da ENFERMEIRA SETE sobre o assunto:

Esta gestante/puérpera que adquiriu o HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s) foi uma pessoa fraca ao não ter cuidados para evitar a transmissão, abrindo mão de seu direito de proteção para dar uma 'prova de amor e confiança' ao parceiro (ENFERMEIRA SETE).

Há o contágio através de violência sexual, como a mulher que adquiriu o HIV após ser assaltada e estuprada pelo cunhado do vizinho (ENFERMEIRA SETE).

De acordo com Ballone (2006), a depressão é uma “doença do organismo como um todo”, que “compromete o físico, o humor e, em conseqüência, o pensamento. A depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida” (BALLONE, 2006). Ela assola grande parte da população e é hoje chamada “mal-do-século”. Sendo uma doença afetiva, a depressão

potencializa as carências nas relações, nas finanças das famílias e na saúde das mulheres, o que permite que surjam pensamentos como o descrito a seguir:

Penso que em algum momento a gestante/puérpera precisou de ajuda e o mesmo não ocorreu (desamparo) (ENFERMEIRA QUATRO).

Dá surgirem pensamentos sobre a melhoria em aspectos educativos, de promoção da saúde e para o bem-estar da mulher contaminada e/ou do bebê inserido neste contexto. O relato da ENFERMEIRA SETE traz estas noções:

A gestante/puérpera que adquiriu o HIV pelo uso de drogas injetáveis necessita de muito apoio, de acompanhamento na criação deste bebê, pois enquanto que ela tinha de cuidar somente de si, não foi competente, agora que tem um bebê deverá ter este suporte para ser competente com o bebê, nos cuidados gerais e na medicação relacionada ao HIV (ENFERMEIRA SETE).

Os pensamentos expostos trazem uma parte da realidade do mundo em que vivemos: cheio de fragilidade, de dificuldades, mas, também, de possibilidades de educação, de solidariedade ao próximo, de acesso à saúde e de ações éticas.

4.6 A vida como ela é

A vida das pessoas e suas dificuldades são expostas em diversas dimensões como a afetiva e a financeira. As mulheres, em vista das mudanças de uma sociedade em transformação trazem comportamentos de submissão, sofrem violência da sociedade ou do parceiro com quem poderia compartilhar uma vida prazerosa e ética. A vida, a sociedade e o risco são pensados pela ENFERMEIRA QUATRO da seguinte forma:

Penso que a sociedade, mesmo sabendo da forma de contágio e de prevenção, negligencia e permite se incluir no grupo que se expõe ao risco (ENFERMEIRA QUATRO).

Amor, compreensão, comunicação, respeito, ética nos relacionamentos. São valores e pensamentos que parecem existir em doses insuficientes no cotidiano de uma relação a dois. A falta de conhecimentos, a necessidade de apoio da família, a carência de fé, de ideais, o uso de drogas e a falta de cuidados nas relações sexuais podem ser minimizadas por práticas de solidariedade, de cidadania, de responsabilidade profissional e pessoal. Situações como a relatada pela enfermeira a seguir, expõe a necessidade que temos de nos arriscar à felicidade e

aos sonhos; de dar rumo à vida e ter o direito de escolher. Segue a história que a ENFERMEIRA TRÊS coloca:

Outro caso foi de uma adolescente contaminada pelo namorado que era usuário de drogas. Engravidou dele, descobriu na gestação que estava contaminada. Teve feto morto com 28 semanas de gestação e separou-se dele. Casou dois anos depois com homem não-contaminado e decidiram alguns anos após que queriam ter um filho. Para evitar terem relações sem preservativo (pois tinham muito cuidado para não passar o vírus para ele), tentaram fazer inseminação artificial. Na época, sem sucesso, terminaram ‘arriscando’ relação sem preservativo em período fértil dela. Ela engravidou, o marido não se contaminou e a filha nasceu saudável (ENFERMEIRA TRÊS).

Goldim (1998) diz uma frase que se encaixa ao relato anterior: “Santo Tomás de Aquino nos ensinou que ‘do mal vem o bem’. Uma situação inicialmente vista apenas como má, acabou por desencadear situações reconhecidamente boas” (GOLDIM, 1998). Não cabe a nós julgar. Somos reles seres observando a apenas um dos tantos episódios e situações de uma vida inteira da mulher que atendemos numa situação dada: a internação hospitalar obstétrica para o parto e nascimento e que tem na recomendação do Ministério da Saúde (2005) uma prescrição importante para as pessoas HIV-positivas: “Antes nos escondíamos para morrer, hoje nos mostramos para viver”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, pude descrever pensamentos das enfermeiras sobre o HIV e as gestantes/puérperas contaminadas: seus modos de contágio, o bebê inserido nesta problemática, seus receios e restrições, histórias e emoções. Pude descrever, também, o cuidado prestado pelas enfermeiras, a individualização deste devido à soropositividade destas mulheres e pelas necessidades dos recém-nascidos filhos de mulheres HIV-positivas. Nestes pensamentos, as enfermeiras não se esconderam, demonstrando um comprometimento com a pesquisa, com a pesquisadora e com a vida. Mostraram que medo e falta de preparo profissional no cuidado às gestantes/puérperas HIV-positivas podem prejudicar a assistência, tornando-as mais vulneráveis a doenças e segregações. As gestantes/puérperas soropositivas para o HIV são contaminadas pela via sexual, sangue e fluídos em condições particulares a cada uma. Como julgá-las, se quase nada sabemos sobre suas vidas? Se poucas são as condições que temos de ajudá-las, nos poucos momentos que nossa atuação profissional permite, durante os poucos dias em que permanecem internadas por ocasião do parto?

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, J. R. **Tratamento da gestante infectada pelo HIV**. Quarta Conferência Anual Brasil Johns Hopkins em HIV/AIDS. 2004. Disponível em: < http://www.hopkins-aids.edu/educational/events/brazil00/portuguese/ande1/ande1_text_p.html >. Acesso em: 5 nov. 2005.
- BALLONE, G. J. **O que é depressão?** PSIQWEB – Psiquiatria Geral. 2006. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/dep.html#1>. Acesso em: 18 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de apoio:** introdução. 2005a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9F5EF77CITEMID13319F99224F414596C24EA6BBEEDBEEPTBRIE.htm>>. Acesso em: 23 set. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS:** introdução. 2005b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISF7EAC55AITEMID41D504558BA54D5CB85489EA96D1BAB5PTBRIE.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dicas em saúde:** combate ao preconceito e ao estigma. 2005c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/aids/dicas/dia_luta.htm>. Acesso em: 15 nov. 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica.** 2005d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BC2BBBAFB-52CE-4550-8271-127AA5024AA2%7D/manual_simplificado.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde/CN-DST/AIDS. **Boletim epidemiológico - AIDS.** Ano XIII Nº 03 - 36ª a 52ª Semanas Epidemiológicas – out/dez. 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/bol_aids1.htm>. Acesso em: 19 out. 2005.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Vigilância Sanitária**. Resolução – RDC nº153, 14 jun. 2004.

CELLOS. Centro de luta pela livre orientação sexual. **Os números da AIDS no mundo**. 2002. Disponível em: <<http://www.cellosmg.hpg.ig.com.br/Aids/aids1.htm>>. Acesso em : 10 nov. 2005.

COELHO D. F. **A gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) percebendo sua corporeidade**. 2004. 126 f. Tese (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, 2005, abr; 26 (1): 31-41.

D'URSO, L. F. B. **Aids e Cidadania**. Agência de notícias da AIDS, 2005. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/artigos-resultado.asp?ID=134>>. Acesso em: 15 nov. 2005.

FRANCISCONI, C. F. AIDS e bioética *in* **SEMINÁRIO “AIDS QUO VADIS”**: tendências e perspectivas da epidemia no Rio Grande Do Sul, 28/07/1997, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/aids.htm>> Acesso em: 02 jun. 2006.

GLOCK, R. S., GOLDIM, J. R. Ética profissional é compromisso social *in* **Mundo Jovem** 2003, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eticprof.htm> > Acesso em: 02 jun. 2006.

GOLDIM, J. R. AIDS, Direitos humanos e ética *in* **1A. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE AIDS**, 19/04/1997, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/aidspoa.htm>> Acesso em: 02 jun. 2006.

HACKER, N. F.; MOORE, J. G. **Fundamentos de Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 19-23.

LEMO, L. M. D.; GURGEL, R. Q.; DAL FABBRO, A. L. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol.27, n.1. Rio de Janeiro, jan. 2005, p. 32-36.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PINHEIRO, P.N.C. *et al.* O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2005, jul-ago; 13 (4): 569-75.

PROGRAMA Nacional de DST e AIDS. 2005a. **Vivendo com HIV**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS0B295D98ITEMID4182FCA66C884A829366DE0C71696631PTBRIE.htm>>. Acesso em: 2 out. 2005.

PROGRAMA Nacional de DST e AIDS. 2005b. **Vivendo com HIV**: informações gerais sobre hiv, formas de infecção e acompanhamento médico. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS29AE03E3PTBRIE.htm>> Acesso em: 05 jun. 2006.

SES-RS. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Avaliação da transmissão vertical da infecção por HIV**. 2003. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/aids/transmissao_vertical_inicial.php>. Acesso em: 15 nov. 2005.

SUCCI, C. M., SUCCI, R. C. M. Conhecimento de ética médica e AIDS entre pacientes HIV+, alunos de medicina e médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.27, n.2, maio/ago. 2003, p.134-140.

VALLS, A. L. M. Ética na contemporaneidade *in* **SEMINÁRIO “AIDS QUO VADIS”**: tendências e perspectivas da epidemia no Rio Grande do Sul, 28 de julho de 1997. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eticacon.htm>> Acesso em: 02 jun 2006.

VITÓRIA, M. A. **Assistência aos pacientes HIV-positivas com difícil acesso ao sistema de saúde**. Quarta Conferência Anual Brasil Johns Hopkins em HIV/AIDS. 2004. Disponível em: < http://www.hopkins-aids.edu/educational/events/brazil00/portuguese/anto/anto_text_p.html> Acesso em: 04 set. 2005.

APÊNDICE A – Instrumento da pesquisa

Dados de identificação:

Idade:

Tempo de formada:

Tempo total de trabalho:

Tempo de trabalho na unidade:

Questões:

1. Quais as diferentes formas/histórias de transmissão do HIV relatadas pelas gestantes/puérperas que mais lhe chamou a atenção? Cite no mínimo três.
2. Você nota diferenças no modo como suas colegas abordam/cuidam das gestantes/puérperas de acordo com a forma de como essas mulheres adquiriram o HIV?
3. Você diferencia as gestantes/puérperas conforme o modo com que essas mulheres adquiriram o HIV?
4. O que você pensa ao perceber diferentes sentimentos dirigidos a gestante/puérpera HIV-positiva de acordo com as diferentes formas de contágio identificadas?
5. Que pensamentos lhe ocorrem ao saber que a gestante/puérpera adquiriu o HIV pelo uso de drogas injetáveis?
6. Que pensamentos lhe ocorrem ao saber que a gestante/puérpera adquiriu o HIV por relação sexual com outro(s) parceiro(s)?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso I – Enf 99004

CONVITE

Esta pesquisa integra requisitos da disciplina de **Trabalho de Conclusão de Curso II** como parte do seu sistema de avaliação. Para isso, eu, Cinara Vanise Tumelero Martins, realizei o projeto de pesquisa intitulado **Pensamentos das enfermeiras de uma Unidade de Internação Obstétrica sobre as diferentes formas de contágio das gestantes e puérperas pelo HIV**, cujo objetivo é conhecer os pensamentos das enfermeiras que trabalham com gestantes/puérperas HIV-positivas em relação ao modo como contraíram o vírus, a partir dos seus relatos. Por isso, peço a você, enfermeira da Unidade de Internação Obstétrica, que aceite responder as perguntas que fazem parte do instrumento proposto a esse trabalho.

A seleção de sua pessoa foi determinada pelos critérios acima descritos, entretanto sua participação é voluntária e coloco-me a disposição para esclarecer todas as dúvidas ocorridas previamente, durante ou após suas respostas. Informo também que seu direito de declinar da participação do trabalho é garantido a qualquer momento de seu transcurso, bem com seu anonimato.

Seu depoimento será gravado em fita magnética, transcrito com auxílio de computador e analisado conforme metodologia de análise de discurso descrita em Minayo (1994). As fitas serão mantidas durante cinco anos e destruídas após esse prazo. Até lá, as informações armazenadas não serão utilizadas para outros propósitos ou veiculadas.

Caso julgue estar suficientemente informada a respeito dos propósitos da pesquisa e de sua participação, solicito a formalização de seu consentimento através da assinatura no presente documento.

_____ data: ___/___/____

Assinatura da participante

_____ data: ___/___/____

Cinara Vanise Tumelero Martins - pesquisadora

_____ data: ___/___/____

Mariene Riffel - Orientadora

Telefones para contato:

Cinara Vanise Tumelero Martins: 33301508 / 96190855

Mariene Riffel: 33419651