

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

ALINE REIS SOUZA DE OLIVEIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO À GESTANTE SEM
RESULTADO DE SOROLOGIA ANTI-HIV NA MATERNIDADE

Belo Horizonte – MG
Janeiro, 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALINE REIS SOUZA DE OLIVEIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO À GESTANTE SEM
RESULTADO DE SOROLOGIA ANTI-HIV NA MATERNIDADE

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós - Graduação Nível Mestrado
da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais,
sob orientação da Professora Doutora
Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Belo Horizonte – MG
Janeiro, 2007

Oliveira, Aline Reis Souza de

O48r Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem resultado de sorologia anti-hiv na maternidade/Aline Reis Souza de Oliveira. Belo Horizonte, 2007. 128p.

Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

1.Sorodiagnóstico da AIDS/psicologia 2.Aconselhamento
3.Relações médico-paciente 4.Relações enfermeiro-paciente
5.Gestantes 6. Psicologia social I. Título

NLM: WC 503.7

CDU:301.151:616.988

“...No entanto a qualidade do cuidado vai estar fortemente marcada pela atitude e pelo comportamento do cuidador e pela representação que ele elabora sobre o que é cuidado, para quem ele é destinado e o que ele espera dessa ação.”

Girleene Alves da Silva

Às mulheres e homens que em seu cotidiano
erram e acertam na tentativa de acolher
e cuidar da vida incansavelmente.
Que o amor, a solidariedade e a
esperança sejam o combustível que
mantém acesa esta chama.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de força e inspiração.

À minha família, especialmente, meus pais, irmãos, esposo e sogra pelo amor, dedicação, compreensão e incentivo imprescindíveis nesta caminhada.

À Professora doutora Maria Imaculada de Fátima Freitas, afetosamente Peninha, por adotar o meu sonho, acreditar nele e orientar com competência, sensibilidade e carinho este trabalho.

Aos colegas e amigos do Posto de Coleta HJK da Fundação Hemominas pelo apoio, compreensão e viabilização administrativa para a conclusão do curso de Mestrado.

Aos colegas e docentes do curso de Mestrado da UFMG, pela convivência, diversidade de olhares e compartilhamento de saberes.

Aos colegas profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa, por compartilharem suas representações e possibilitarem a construção deste estudo.

A CAPES pelo apoio financeiro do programa de bolsas acadêmicas.

E para não cometer nenhuma injustiça, quero registrar o meu reconhecimento e gratidão a todos que de alguma forma contribuíram e se solidarizaram comigo nesta caminhada.

SUMÁRIO

Resumo em Português

Resumo em Inglês

Introdução..... 12

Revisão Bibliográfica

1. Os profissionais de saúde, as representações sociais e a assistência à saúde da mulher no Brasil no século XX. 20

1.1 A entrada do médico na assistência à mulher. 20

1.2 O corpo feminino: de objeto de intervenção à possibilidade de contextualização na atenção à saúde da mulher no Brasil. 24

2. O HIV, a epidemia da aids e os profissionais de saúde que atendem às mulheres. 29

2.1 Um novo vírus, uma nova doença e suas representações sociais. 29

2.2 A (Re)construção da vulnerabilidade feminina e a atenção à saúde da mulher.. 32

Objetivo 36

Caminho Metodológico

1. O referencial teórico-metodológico 37

2. A pesquisa de campo

2.1 Os sujeitos 40

2.2 O cenário da pesquisa 45

2.3 As técnicas e os instrumentos 48

2.4 Aspectos éticos 48

2.5 A análise do material 48

A Construção dos Resultados.....	49
1. Caracterizando os sujeitos	49
2. A interpretação dos dados	51
2.1 Representações de profissionais de maternidade sobre a infecção pelo HIV e Aids	52
2.2. Representações de profissionais de saúde sobre a mulher infectada pelo HIV..	59
2.3 Representações de profissionais de saúde sobre diagnóstico de infecção pelo HIV na maternidade.....	68
2.4 As Representações dos profissionais de saúde sobre maneiras de cuidar de mulheres com (risco)/infecção pelo HIV na maternidade	84
2.5. Representações dos profissionais de saúde sobre mudanças na vida da mulher/mãe infectada pelo HIV	99
Considerações Finais	107
Referências	111
Anexos	
1. Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na entrevista.....	120
2. Autorização do estudo pelo COEP FHEMIG (HJK)	121
3. Autorização do estudo pelo COEP FHEMIG (MOV)	122
4. Aprovação do estudo pelo COEP UFMG.....	123
5. Síntese da análise utilizando a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.....	124

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com o objetivo de compreender as representações sociais dos profissionais de saúde, envolvidas na prática da assistência à gestante que chega à maternidade sem resultado da sorologia anti-HIV. Foram entrevistados 22 profissionais de saúde, 12 enfermeiras e 10 médicos que atuam em duas maternidades públicas no município de Belo Horizonte. Os sujeitos foram contactados em seus locais de trabalho e convidados a participar de entrevista. A questão norteadora foi: “*Como é para você atender uma gestante na maternidade sem o resultado da sorologia anti-HIV?*”. Para a análise foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). A interpretação dos dados apontou cinco categorias temáticas em que estão organizadas as representações relacionadas à assistência à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade: Infecção pelo HIV/Aids; Mulher infectada; Diagnóstico da infecção pelo HIV na maternidade; Maneiras de cuidar de mulheres em risco ou infectadas pelo HIV e Mudanças na vida da mulher/mãe infectada pelo HIV. Os resultados apontam para espaços de permanências e mudanças nas representações sociais dos sujeitos entrevistados, indicando que estas representações interferem na abordagem à mulher em risco/infectada pelo HIV no atendimento na maternidade. Indicam também um movimento de reflexão, esteja ele voltado para o modelo de atenção vigente, a formação e a construção profissional ou para as contradições levantadas pela experiência do contato face a face com as demandas psico-afetiva-sociais da mulher em risco/infectada pelo HIV/Aids. O estudo também permitiu compreender que o sistema de saúde precisa de ajustes cotidianos, para

garantir o acesso e a integralidade do cuidado tão desejada e fundamental para a articulação entre técnicos, tecnologias e mulheres cuidadas.

Palavras- Chave: Saúde materno-infantil, Sorodiagnóstico de HIV, Representações sociais.

SUMMARY

This is a qualitative study, based on the Social Representation Theory, aiming to understand the social representations of the health care professionals, involved with the practices of pregnant women aid that achieve the maternity status without anti-HIV serum result. There were 22 health professionals interviewed, 12 nurses and 10 physicians that worked in two public maternity clinics in Belo Horizonte municipality. The subjects were contacted in was: “How is it for you to take care a pregnant woman that does not have an *anti-HIV serum result?*” To the analysis it was used the Collective Subject Discourse technique suggested by Lefèvre and Lefèvre (2005). The interpretation of the data showed five thematic categories in which are organized the representations related to the assistance to the pregnant women status without anti-HIV serum result in the maternity clinic: Infection by the HIV/Aids; Infected woman; Infection diagnosis by the HIV in pregnancy; Ways of taking care of infected or in risk of being infected women by the HIV and Changes in the life of infected woman/mother by the HIV. The results point to lacks of permanence and chances in the social representation of the interviewed subjects, indicating that these representations interfere in the approach to the infected or in risk of being infected women by the HIV in the maternity clinic internment. It also indicates that a thinking moment, that can be pointed to a model of nowadays attention procedure, the professional formation and construction or to the contradictions achieved by the experience in this face to face contact to the psycho-affective-social needs of the infected or in risk of being infected women by the HIV/Aids. This study also allowed to understand that the system of health care needs to be adapted to the daily needs, in order to afford the access

and the integrality of the so aimed and fundamental quality in health care as well as to the articulation between technicians, technologies and assisted women.

Key words: Mother-children health, HIV Serum diagnosis, Social representations.

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1990, os estudos de Parker e Galvão (1996); Veloso, Vasconcelos e Grinsztein (1999) e Vermelho, Silva e Costa (1999) verificavam a feminização da epidemia do HIV, que até a década anterior era “restrita” a grupos que receberam diversas denominações ao longo do tempo. As mulheres com parceiro fixo e não usuárias de drogas injetáveis até então não representavam um “grupo de risco”. Assim, para as campanhas de prevenção e políticas de diagnóstico e assistência em HIV/AIDS foi considerado irrelevante abordar este grupo, pois acreditava-se em sua suposta proteção, contribuindo para o aumento de sua vulnerabilidade à infecção. Tais compreensão e postura parecem ter afetado, sobretudo, as mulheres de menor nível sócio-econômico, pela dificuldade de acesso às informações e aos serviços de saúde.

Os dados do Ministério da Saúde mostram que, no período de 1994-98, o crescimento das notificações entre os homens foi de 10,2%, enquanto, entre as mulheres, este crescimento foi de 75,3%, com maior percentual entre aquelas em idade fértil (BRASIL, 2003a).

Dentro deste contexto epidemiológico, a população de menores de 13 anos começou a chamar a atenção, sendo que destes, 88,7% haviam se infectado pela via perinatal (RECIFE, 2000). A transmissão vertical ganhou vulto no início da última década e a partir daí, a testagem para as mulheres foi vinculada à proteção do feto, somando-se mais um fator para justificar a medicalização do ciclo gravídico-puerperal (GONÇALVES e VARANDAS, 2005).

Outro fato que chama a atenção é a pauperização da doença, ocorrendo de forma paralela, ajuntando-se às questões de gênero, como demonstram os estudos de Gama

(1997) e Rocha (1999), trazendo à tona os aspectos assistenciais do Estado e discutindo as formas programáticas de cuidar e a intersetorialidade.

Nesse sentido, ressalta-se que em 1995, o Ministério da Saúde (MS) divulgou a primeira publicação específica sobre a transmissão materno-fetal do HIV, propondo a testagem no pré-natal de mulheres que apresentavam histórico de risco e tratamento das soropositivas como forma de reduzir esta forma de transmissão (BRASIL, 2003a).

Em 1997, o MS ampliou a oferta da testagem a todas as mulheres que procurassem o pré-natal e, desde então, compete aos profissionais dos serviços de atenção perinatal solicitar o consentimento verbal da mulher e, ao mesmo tempo, fornecer informações que justifiquem o teste como prevenção da transmissão vertical do vírus, além de fazer o aconselhamento pré e pós teste (BRASIL, 2004a).

O MS recomenda ainda, o uso da Zidovudina (AZT) para os casos positivos durante a gestação e o parto, o tratamento profilático para o recém-nascido, o seguimento de referência para acompanhamento do binômio (mãe e filho), bem como o manejo do aleitamento materno e alimentação alternativa para o neonato, para melhorar a qualidade da assistência da mãe e do filho (Ministério da Saúde, 2003a).

O Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal (SISPRENATAL) é parte integrante do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e tem o objetivo de cadastrar todas as gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente da idade gestacional no início do pré-natal. Neste sistema são registradas informações sobre a mulher e sua assistência em todo o ciclo gravídico-puerperal, incluindo aquelas pertinentes aos exames básicos que devem ser oferecidos pelo município. Dentre os exames figura a sorologia anti-HIV, seguindo todo o protocolo preconizado pelo MS (BRASIL, 2000a).

Em que pese todos estes esforços, a realidade nos consultórios de pré-natal e maternidades nem sempre segue este fluxo, como mostram os estudos de Feliciano e Kovacs (2002); Souza Júnior, et al, (2002); Nemes, Castanheira e Melchior (2004), que apontam dificuldades nos vários níveis da organização institucional e referentes às características dos profissionais que prestam a assistência.

Quanto à organização institucional, os autores registram obstáculos para o acesso ao atendimento, desarticulação entre as práticas realizadas na própria unidade, existência de demanda reprimida para o diagnóstico laboratorial, desvalorização da atividade educativa em detrimento da produtividade em número de consultas realizadas, além da ausência de privacidade para realizar a consulta.

O município de Belo Horizonte implantou o SISPRENATAL em abril de 2001, que mostra a seguinte evolução de acesso à testagem anti-HIV de gestantes: 2001 - 51,3%; 2002 - 55,4%; 2003 - 62,6% e 2004 - 62,5% (BELO HORIZONTE, 2005), sendo esta situação similar ao que ocorre no restante de país. Souza Júnior, et al (2002) apresentam em um estudo epidemiológico sobre a situação brasileira, um percentual de 65%, variando de 42% nas regiões Norte e Nordeste a 84% no Sul, com diferenças relacionadas à escolaridade e tamanho do município em que a mulher reside.

Neste estudo, os autores analisam, ainda, dados sobre a solicitação do teste no pré-natal e o conhecimento do resultado antes do parto, que mostram percentuais máximos de 52% e afirmam:

Em se tratando da satisfação de todas as recomendações do Ministério da Saúde relativas à detecção precoce da infecção pelo HIV (isto é; início do pré-natal no primeiro trimestre, seis ou mais consultas, pedido do teste anti-HIV e conhecimento do resultado antes do parto), os resultados são alarmantes, apenas 27% delas, no Brasil atendem a todas as condições, sendo que esta proporção varia de 10 a 42% das regiões menos às mais desenvolvidas (SOUZA JÚNIOR, et al, 2002: 769).

Quanto às características dos profissionais, Costa (2004) destaca o despreparo para abordar temas como sexualidade, intimidade, medo e ansiedade das clientes atendidas, além de práticas ditas educativas com adesão a metodologias não participativas. Tais práticas não podem ser consideradas educativas, pois negligenciam o espaço de discussão e reflexão que o aconselhamento pressupõe.

Nesse sentido, vale reportar ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua como aconselhamento:

Um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 2000b:11).

O MS ressalta que o aconselhamento é fator chave, pois permite a reflexão sobre o teste, risco, comportamento, e pode reduzir a situação de estresse de um resultado inesperado.

Assim, o aconselhamento pressupõe vínculo e escuta ativa, com a construção de um espaço para apoio emocional e educativo, avaliação de risco, objetivando a discussão sobre comportamento e exposição, comunicação efetiva, a partir da capacidade do profissional de individualizar as informações e estratégias de enfrentamento dos resultados da testagem.

Goldani et al. (2003) afirmam que o aconselhamento é uma estratégia complexa e que sua eficácia depende das políticas gerais de saúde e de educação continuada de seus trabalhadores, além da necessidade de sempre se considerar as características da clientela.

Maldonado (2002) fala da gravidez como uma transição, parte do processo normal de desenvolvimento, que envolve reestruturação e reajustamento tanto biológico quanto emocional. Para a autora, o parto é a culminação deste processo e o puerpério sua continuação, com a consolidação da presença do filho, acarretando mudanças fisiológicas e

na rotina da mulher e da família. O período gravídico – puerperal é, pois, uma experiência diferenciada para a mulher, com significados conflituosos, e um evento social que envolve toda a família. Maldonado, Dickstein, Nahoum (2000), afirmam que além das mudanças objetivas, este período compreende reconstruções afetivas e emocionais singulares, considerando que o filho pode representar a continuidade da existência dos pais, uma oportunidade de aprofundar, enriquecer e dar novos significados a vida.

Neste cenário, algumas indagações se apresentam, como introduzir o diagnóstico de uma infecção que tem representações como “morte”, “sofrimento”, “medo”, “finitude” (CARVALHO, 1998)? Será que as dificuldades do profissional na construção do ambiente necessário a este aconselhamento podem ser creditadas somente a objetividade dos processos de trabalho e à organização dos serviços que parecem ainda não permitir interações adequadas para a construção da educação para a saúde que dê conta do aconselhamento abrangente e particular aos sujeitos? Ou o profissional, além de não estar preparado para a abordagem de questões subjetivas relacionadas à mulher e à possibilidade de infecção pelo HIV, acredita que esta mulher pode negar-se a realizar o exame e, por isso, no intuito de proteger o feto/ recém-nascido decide solicitar o teste sem o conhecimento dela?

Em minha prática profissional de enfermeira obstetra, acompanhei diversas situações nas quais as mulheres eram testadas compulsoriamente na admissão ao pré-parto. Na maioria dos casos, os resultados foram negativos e elas não eram notificadas sobre isso. Numa ocasião em que o resultado foi positivo, vi o profissional comunicar a soropositividade no pós-parto imediato, de forma apressada, alertando-a para não amamentar. A mulher não recebeu informação alguma sobre o exame, na admissão à maternidade, nem no momento da coleta de sangue. A partir daquele momento tinha um

resultado positivo para uma infecção carregada de representações de sofrimento e morte, sem ter tido a oportunidade de entender todo o procedimento de sua internação até ali, ou de ser preparada para compreender aquele resultado e poder expressar dúvidas e angústias.

O medo, o desespero daquela mulher, com um filho no colo, exigiram de mim naquele momento, uma intervenção e colocaram-me a necessidade de se conhecer de forma aprofundada a relação entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e o que é desenvolvido pelos profissionais no atendimento à gestante.

Esta prática não é isolada, Guilherme, et al, (2000) mostram que 60% das mulheres atendidas no pré-natal realizaram o teste, mas somente 27,3% disseram ter recebido alguma orientação. O estudo de Feliciano e Kovacs (2003) revela que, entre 6 unidades de saúde da família, 19 postos de saúde e 2 maternidades analisadas, em nenhuma havia aconselhamento.

Ressalta-se que o Artigo 4º da Resolução 1665/2003 do Conselho Federal de Medicina veda a realização compulsória de sorologia para HIV, e o Artigo 5º da Constituição Federal (BRASIL, 2003b) trata da inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, assegurando o direito de indenização em decorrência da sua violação.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído a partir da Portaria Ministerial 569/00 (BRASIL, 2000b), privilegia a assistência ao pré-natal e ao parto com atenção especial ao bem-estar da mulher e do seu filho, o uso de tecnologia de forma apropriada, reduzindo as intervenções desnecessárias e favorecendo a humanização, a partir da comunicação e da ação educativa. Tem como premissa básica garantir às mulheres o acesso à informação, sobre o que acontece com o seu corpo e as intervenções da equipe de saúde sobre ele.

O Projeto Nascer (BRASIL, 2003c), uma ampliação do PHPN, tem o objetivo de reduzir em 50% as transmissões verticais, favorecendo a testagem de todas as mulheres que não realizaram a sorologia anteriormente. Com a finalidade de fazer esta cobertura foi previsto o treinamento de mais de 4 mil profissionais de saúde, no entanto, as publicações não apontam dados suficientes para avaliar a eficácia desta intervenção.

Ainda que hajam políticas públicas no intuito de reduzir os riscos da transmissão vertical a partir do diagnóstico e tratamento precoce, a experiência tem mostrado que as mulheres chegam a maternidade sem pré-natal, ou sem o resultado da sorologia para o HIV, e é nestas instituições que são realizadas as sorologias anti-HIV. Vale perguntar: em quais condições são realizadas? Os profissionais estão preparados e se ocupam do aconselhamento?

Estes questionamentos levam-nos à indagação: Será que os profissionais se lembram que este momento é tão delicado e que a comunicação deste resultado pode trazer impactos afetivo-emocionais na vida da mulher, na adesão ao tratamento, se este for necessário, nas suas relações sociais e, principalmente, com o filho?

Os profissionais de saúde carregam suas visões de mundo, suas crenças e representações sociais sobre cada um destes objetos; a mulher, a gravidez, a Aids, a maneira de se relacionar com a clientela, que servem como pano de fundo no cotidiano da assistência. Que representações são estas, no que se refere à prevenção do HIV, no contexto da assistência em maternidades? Quais são, portanto, as formas de pensar a prevenção do HIV que fundamentam as práticas destes profissionais?

Assim, o objeto do estudo aqui proposto diz respeito às formas de pensar o cuidado, na ótica dos profissionais. A escolha da temática para este estudo emerge das indagações suscitadas pela prática profissional, pela lacuna existente na literatura nacional

e da relevância que as interações entre os profissionais e clientes têm para a humanização do cuidado no SUS, inserindo-se no das pesquisas relacionadas às avaliações qualitativas de serviços de saúde.

Pretendo, a partir da compreensão das representações sociais em torno do diagnóstico do HIV no ciclo gravídico-puerperal, discutir como elas estão implicadas na abordagem dos profissionais de saúde às mulheres admitidas na maternidade sem sorologia prévia, refletindo sobre a prática do aconselhamento fundamentada nos preceitos éticos de respeito aos direitos da pessoa humana.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1 Os profissionais de saúde, as representações sociais e a assistência à saúde da mulher no Brasil no século XX.

1.1 A entrada do médico na assistência à mulher

Na maioria dos povos, a assistência aos partos era exclusividade das mulheres (OSAWA e MAMEDE, 1995) e no Brasil a situação era similar. Enquanto na Europa o movimento pela mudança na assistência ao parto e “doenças de senhoras” começou no século XVIII (BRENES, 2005), somente no início do século XX a sociedade brasileira presenciou esta transformação que se instalou de forma gradual, definindo-se uma assistência à mulher fundada na medicalização dos cuidados à saúde.

No geral, estes cuidados à mulher eram restritos ao mundo privado e estavam nas mãos de outras mulheres, chamadas ‘comadres’, ‘aparadeiras’, ‘curiosas’, entre outras denominações. Elas detinham o saber e gozavam de intimidade e da confiança das famílias, o que lhes favorecia o espaço do cuidado. Geralmente, estas mulheres provinham de classes populares e eram consultadas sobre os mais variados temas da saúde da mulher, desde preocupações com as menstruações, doenças venéreas, além de fazerem os partos, na intimidade das residências das famílias. A assistência era, pois, domiciliar e envolta pelo sigilo (BRENES, 1991).

Entre essas mulheres, havia curandeiras, raizeiras e rezadeiras, que apelavam para o sobrenatural, quando o saber e as práticas empíricas de cura encontravam obstáculos diante da doença ou da situação de risco iminente. Os rituais mágicos associados aos partos não se resumiam a amuletos, poções, beberagens e benzeções, havia também preces e promessas aos santos, como à Nossa Senhora do Parto e a São Raimundo Nonato (MARQUES, 2005).

A entrada do médico neste cenário deu-se de forma gradativa. Primeiro porque este profissional era escasso no país: as primeiras escolas de medicina foram inauguradas no início do século XX em 1908 e 1909, na Bahia e no Rio de Janeiro respectivamente, e ambas tiveram dificuldades em estruturar a cadeira de obstetrícia e ginecologia, apesar das ordens imperiais para que tal prática fosse instalada na colônia (BRENES, 1991). Segundo porque mesmo com a cadeira de partos e moléstias de mulheres existindo nas faculdades de medicina, havia pouco espaço para a prática clínica, por ser considerada obscena frente aos costumes da época: o corpo médico, majoritariamente formado por homens, encontrava dificuldades para atuar nos hospitais, nos consultórios e nos domicílios (BRENES, 1991).

Um exemplo da ruptura gradual do modelo é apresentado no estudo de Marques (2005), que relata a trajetória do médico de senhoras ao longo do século XX, enfocando a situação em Belo Horizonte. A autora conta que, com a chegada de Hugo Werneck à direção clínica da Santa Casa de Misericórdia, as autoridades políticas e eclesiásticas o apoiaram na substituição de parteiras por médicos, conferindo-lhe prestígio entre as famílias das classes privilegiadas. Em consonância com o movimento mundial de hospitalização da assistência à mulher, Werneck pregava a modernização do espaço hospitalar, promovendo-o como um lugar privilegiado, desvinculando-o do lugar para onde se ia morrer ou que servia de abrigo para os indigentes, o que eram representações comuns na época. O hospital precisava de um novo prestígio e Werneck foi incansável nesta empreitada, criando em 1920 um hospital diferenciado, dedicado ao atendimento de pagantes, oferecendo mais conforto, dirigido especialmente às pessoas de maior poder aquisitivo (MARQUES, 2005).

Na Bahia e no Rio de Janeiro ocorriam movimentos similares, liderados pelos médicos Climério de Oliveira e Fernando de Magalhães, respectivamente. O primeiro aliado ao comitê das senhoras da sociedade baiana, aspirava uma maternidade organizada segundo os princípios da obstetrícia científica e o segundo, com a ajuda de mulheres da elite local e de famílias influentes, criou a associação *Pró-Matre*, que objetivava angariar fundos para a construção de uma maternidade modelo que não se esgotava no atendimento médico, mas um espaço de assistência social e de ensino (MARTINS, 2004).

No entanto, estes exemplos não correspondiam ao que ainda era o fundamental na assistência à mulher no país: a força das parteiras e o seu crédito perante a clientela. Isto dificultava a investidura dos médicos, apesar da legislação vigente desde o século anterior restringir o exercício delas.

Assim, pode-se verificar que a implantação da assistência à mulher com a presença de médicos foi mesmo gradativa, como afirmam Martins (2004) e Marques (2005), apresentando um conjunto de circunstâncias que favoreceram a mudança da assistência doméstica para a assistência hospitalar.

Martins (2004) documenta como principal fator as péssimas condições de muitos partos domésticos, que eram acudidos pelos médicos e seus instrumentos. Quando todas as tentativas e práticas falhavam, freqüentemente a situação encontrada pelos profissionais era completamente desfavorável.

Marques (2005) ressalta, ainda, as alianças com a igreja e com as autoridades políticas, que deram ao médico a imagem positiva de piedade e de respaldo junto às elites.

Apesar das dificuldades que os médicos encontravam para atuar, era visível a redução da mortalidade materna e infantil proporcionada pelas modernas técnicas

assépticas e cirúrgicas que eles dominavam. Os resultados nos hospitais eram animadores, mas a presença das parteiras não foi eliminada.

Havia a coexistência dos dois grupos, com o favorecimento de um ou de outro, de acordo com a força política dominante na instituição. Martins (2004) relata as desventuras dos estudantes nas enfermarias de partos, de onde eram expulsos pelas mulheres que dominavam o espaço; como irmãs de caridade e parteiras. Os médicos reagiam e usavam estratégias para demarcar o seu poder, utilizando instrumentos, técnicas cirúrgicas, medicamentos, anestésicos, que traziam a idéia de eficácia e segurança na assistência.

Aos poucos, muitas foram se transformando em auxiliares de médicos e perderam a autonomia para partejar. (...) sua função era fazer todo o preparo da parturiente, ou seja, lavar, dar medicação sob prescrição médica, fazer exames de toque, auscultar BCF (batimento cardíofetal), avaliar a hora do parto e chamar o médico. Ajudava durante o parto, dava banho no bebê e na puérpera e, ainda limpava a sala. Só depois disso é que entregava a paciente para a enfermeira. A forma como o parto se fazia nos hospitais aos poucos vai diminuindo o espaço da parteira nesta cena. Substituída ela sai do hospital, pois está fazendo o que é prescrito pelo médico e não o que ela sabe fazer (MARQUES, 2005: 74).

Em seu estudo, Marques (2005) encontra relatos da atuação das parteiras até a década de 1970. Havia uma diferença entre a mudança prevista quando se comparam as estratégias dos médicos das cidades citadas. Nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro havia uma preocupação com o social, as alianças dos médicos eram com as mulheres envolvidas com a assistência social, e se previa a instituição de hospitais voltados para assistir as mulheres carentes, que não tinham onde parir os seus filhos. Nestas cidades foram construídos hospitais com a intenção de abrigá-las. Em Belo Horizonte, a previsão era criar um lugar elitizado no hospital, lugar aprazível também às senhoras da sociedade,

desmistificando o hospital como lugar para indigentes. Este fato pode ser relacionado à povoação diferenciada que Belo Horizonte tinha naquela época: recém fundada, Belo Horizonte era a cidade do futuro, a capital projetada de Minas Gerais.

Nesse contexto, pode-se inferir que houve persistência no imaginário social de representações sobre o cuidado com a mulher como sendo ‘tarefa de mulher’, mas sofrendo desgaste com uma nova representação que vai se tornando, aos poucos, central: ‘pode-se ter uma assistência de melhor qualidade com a tecnologia médica, mesmo que esta seja praticada, fundamentalmente, por homens’.

1. 2 O corpo feminino: de objeto de intervenção à possibilidade de atenção integral à saúde da mulher no Brasil

Fora do âmbito hospitalar e doméstico, outras práticas ganharam espaço na assistência à mulher. Nas décadas de 1960 e 1970, a figura do médico já era “necessária” na assistência à gestação e ao parto, embora, nem todas as mulheres tivessem acesso a este cuidado. Nos anos de 1960, considerou-se que era preciso conter os avanços demográficos, sob pretexto de reduzir a pobreza nos países periféricos. A Organização das Nações Unidas (ONU) declara 1975 o “Ano Internacional da Mulher” e convoca as redes feministas a discutir e ocupar os espaços na articulação das definições, declarações e documentos internacionais relativos a este direito. No Brasil, o período foi marcado pelo avanço dos órgãos internacionais de controle da fecundidade (OSAWA e MAMEDE,1995).

Nos anos 1970 e 1980, as seguradas¹ do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) faziam suas consultas nos Postos de Assistência Médica (PAM) e consultórios médicos conveniados, e tinham seus partos nos hospitais do

¹ Trabalhadoras com carteira assinada ou mulheres dependentes de trabalhadores contribuintes da Previdência Social.

INAMPS ou conveniados ao órgão. Isto ampliou a assistência às mulheres das classes populares.

As mulheres não seguradas eram atendidas nos hospitais filantrópicos e naqueles mantidos pelas universidades, sendo comum, no entanto, a escassez de leitos e vagas para consultas nestes hospitais. A assistência era precária até mesmo para as mulheres seguradas pelo INAMPS.

Nesta época, outro fenômeno chamava a atenção: era o crescente aumento das taxas de cesarianas e cirurgias de esterilização femininas (CÂMARA, MEDEIROS e BARBOSA, 2000). A mulher foi perdendo o status de sujeito da ação e passando a sofrer o processo que era decidido pelo médico, a quem cabia controlar os riscos e garantir bons resultados dentro do enfoque biológico, sob a influência dos progressos nas técnicas de diagnóstico e tratamento.

Segundo Tuesta et al. (2003), a interação da mulher com o médico foi moldada e afetada por estereótipos e relações de gênero, no qual o raciocínio científico do médico era considerado superior a qualquer espécie de conhecimento, sentimento ou pressentimento de sua cliente. O médico era respeitado como aquele capaz de dominar e controlar os processos da gestação e do nascimento, decidindo ações e intervenções adequadas à situação, independentemente da voz e dos desejos dela.

Essa forma de interagir e assistir influenciou os programas oficiais de assistência à mulher, caracterizados principalmente pela forma vertical e centralizada de organização dos programas de atenção à mulher, que visavam principalmente controlar os corpos reprodutivos femininos.

No final dos anos 1970 e início dos 1980, o Brasil vivia um momento eferescente no cenário político e cultural. Os movimentos populares, o movimento da

Reforma Sanitária, os movimentos pela anistia e pelas eleições diretas, tudo influenciava a forma de pensar a assistência à saúde em todos os sentidos. Embora as mudanças fossem lentas, havia pressão social e sede de mudança.

No que se refere à assistência à saúde da mulher, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Governo Federal, em 1983, pretendia causar um impacto positivo, sendo considerado tecnicamente correto e justificando-se filosoficamente perante os anseios da sociedade em geral.

O PAISM pressupunha a capacitação de todos os profissionais envolvidos no sistema de saúde, tanto daqueles ligados diretamente à prestação de serviço, quanto daqueles encarregados da supervisão e da coordenação programática. A partir da iniciativa da criação dos centros de referência regionais, previu-se, inclusive, que as equipes envolvidas no programa fossem capazes de fazer o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do mesmo (GIFFIN, 2002).

Contudo, diversos grupos e movimentos sociais suspeitaram de que o caráter amplo e integral no qual se pretendia fundamentar o PAISM poderia ser era uma falácia. Questionava-se, principalmente, sua cobertura centrada nos problemas situados no campo reprodutivo, suas ações concentradas nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher, deixando de lado, portanto, a propalada integralidade. Dentre os questionamentos, havia também aqueles relacionados à sua universalidade e à constatação de que o homem estava à margem do programa, trazendo mais uma vez a noção de que a responsabilidade no campo reprodutivo cabia exclusivamente às mulheres. Tal argumento também foi utilizado pelos setores que associavam o PAISM a intenções controlistas, mesmo considerando todo o seu aparato teórico abrangente.

Por outro lado, o movimento de mulheres considerava satisfatória tal iniciativa do Estado, porque previa a atenção à mulher da infância à velhice, e parecia ser uma opção às precárias condições de saúde das mulheres no Brasil, independentemente de estarem ou não no ciclo gravídico-puerperal.

Na prática, a expansão da atuação ginecológica, principalmente nos grandes centros, começou por implementar um cuidado à saúde da mulher desvinculado do contexto perinatal, levando em conta as demandas de saúde femininas, fora do pré-natal e do parto, sobretudo por influência dos movimentos sociais e feministas e da reforma sanitária. Estes traziam outros conceitos para a discussão, entre eles a referência e contra-referência, de descentralização e de integralidade da assistência, para buscar a garantia de uma assistência o mais abrangente possível, e que permitisse o acesso a serviços de maior complexidade, quando o caso exigisse. Outro conceito que ganha força no mesmo período é a universalidade.

Com o avanço da Constituição de 1988, consolidou-se o reconhecimento da cidadania para as mulheres, e na mesma ocasião, por determinação do mesmo documento, a assistência à saúde no país é ampliada e legitimada como direito de todos. As leis orgânicas publicadas em 1990 redefiniram conceitos, princípios e diretrizes, garantindo a todo cidadão brasileiro equidade e integralidade na assistência, por meio de mecanismos legais que se desdobraram em programas estratégicos que objetivaram a aproximação e a construção do novo modelo de atenção. O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e, posteriormente, o de saúde da família (PSF), incentivaram a interiorização da assistência, a responsabilização e co-participação, a criação de grupos prioritários, entre eles as mulheres e as crianças e o controle social.

Entre os programas propostos no sentido de elevar a cobertura e a qualidade na assistência à mulher e seu recém-nato, estão o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e sua ampliação, o *Projeto Nascer*, cujo objetivo é reduzir a transmissão materno-infantil do HIV e a morbimortalidade por Sífilis congênita.

O *Projeto Nascer* prevê: a testagem de 100% das parturientes que chegam à maternidade sem sorologia anti-HIV, mediante consentimento informado, após aconselhamento pré-teste; a garantia de medidas profiláticas de transmissão materno-infantil do HIV para 100% das parturientes HIV positivas e seus recém-natos; a garantia de seguimento especializado para as puérperas e seus recém-natos e a criação de mecanismo para a disponibilização de fórmula infantil a todas as crianças expostas ao HIV desde o nascimento até o 6º mês de vida (BRASIL, 2003c).

Em que pese a situação descrita, no campo da redução da mortalidade materna, houve um avanço significativo, ainda que não tenha sido alcançada a posição ideal, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, quando ainda se exhibe uma razão de mortalidade materna corrigida em 2002 de 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004b).

A proliferação de diversos programas e premiações², criação de comitês de investigação de mortalidade materna, a partir de 1994 a mortalidade materna passou a ser um evento de notificação compulsória, e sobretudo, uma melhoria no atendimento obstétrico, com a qualificação dos prestadores de serviços, disponibilização de manuais técnicos com protocolos de assistência nas maternidades e unidades básicas de saúde, contribuíram para elevar a cobertura e a qualidade na assistência, no entanto demonstrou que apesar dos avanços teóricos levantados sobre o tema, a assistência à mulher ainda está

² Título Maternidade Segura e Prêmio Galba de Araújo

muito ligada ao período gravídico-puerperal e a resolução de problemas, pouco se faz no sentido da promoção à saúde.

Assim, apesar de todos os avanços, a assistência à mulher continua apresentando diversos problemas. Os estudos de Serruya, Lago e Cecatti (2004) e de Vasconcelos e Hamann (2005) mostram falhas na assistência, problemas relacionados às dificuldades de realização de um panorama da situação, além de limitações técnicas, políticas e administrativas.

Um fenômeno parecido, no que se refere à saúde da mulher, ocorreu em relação à epidemia da aids: enquanto no início da epidemia, a transmissão estava relacionada aos “*grupos de risco*”, as mulheres foram afastadas das discussões e das formas de prevenção, enquanto, silenciosamente, a aids se espalhava entre elas, a partir, na maioria dos casos, de relações sexuais desprotegidas com parceiros fixos, em situações tradicionalmente aceitas pela sociedade (KHOURY, et al, 2005; CHEQUER, 2005).

2. O HIV, a epidemia da aids e os profissionais de saúde que atendem às mulheres.

2.1 Um novo vírus, uma nova doença e suas representações sociais

No início dos anos 1980, uma nova entidade clínica chamava a atenção dos epidemiologistas. tratava-se de uma síndrome que atingia homens jovens, brancos, de classe média e homossexuais. A síndrome se caracterizava por reduzir a atividade imunológica e foi descrita a partir da notificação de um tipo de pneumonia incomum no grupo em questão, sobretudo por não apresentar um histórico de doença. Em 1982, o CDC (Center for Diseases Control and Prevention) definiu a aids como uma síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), e no ano seguinte foi identificado o vírus da imunodeficiência humana, HIV (RACHID & SCHECHTER, 2005). A partir daí as

pesquisas foram crescendo e cada vez mais se conhecia dados ligados ao ciclo biológico do vírus e de sua transmissão. No período foi relevante o interesse da mídia em difundir estas informações sobre o vírus e a síndrome a ele associada, levando ao público em geral idéias, conhecimentos e interpretações que foram configurando as representações sobre a doença.

O vírus é transmitido pelo sangue e outras secreções corpóreas, e os indivíduos que eram submetidos às transfusões sanguíneas, compartilhavam seringas ou praticavam sexo promíscuo receberam a denominação de “*grupo de risco*”. A noção de “*grupo de risco*” trouxe a sensação de proteção para aqueles que não se enquadravam nas situações previstas, o que favoreceu a construção da representação de vulnerabilidade restrita às pessoas que não tinham uma conduta considerada aceitável, exceto as pessoas contaminadas pelas transfusões sanguíneas, ‘vítimas de um sistema de saúde descontrolado’ (MEYER, et al, 2004; GONÇALVES e VARANDAS, 2005).

Ancorada na relação da aids com a promiscuidade e com a conduta desviante do usuário de drogas injetáveis, foi firmada a representação da aids como doença do outro, como um castigo, moldando estigmas ligados à imoralidade que até hoje a infecção evoca (BASTOS, et al., 1993; MOREIRA, 2002). As pessoas acometidas pela síndrome tinham sua aparência deteriorada e morriam num curto espaço de tempo, o que concorreu para o medo associados à doença e para a representação da aids como sentença de morte, além da solidão, que é uma consequência do estigma social e da deterioração da saúde e da aparência física.

Ainda nos anos de 1980 foi relatado o primeiro caso de transmissão perinatal, mais precisamente em 1985 (MOREIRA, 2002). No Brasil, em 1986, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) uma portaria que incluía os casos de aids na relação de agravos

de notificação compulsória. No ano seguinte, o MS apresentou sua primeira definição de casos de aids, restrita aos indivíduos maiores de 15 anos.

Ainda nessa década começou-se a discutir no Brasil uma política pela segurança do sangue e hemoderivados e, em 1985, foi desenvolvida a triagem sorológica nos bancos de sangue. Neste período também foram desenvolvidos os diversos métodos diagnósticos, além de pesquisas voltadas para a descoberta de drogas específicas (SILVA, 2004).

Todo o esforço científico inicial foi, portanto, voltado para a assistência aos que já estavam infectados e às descobertas biológicas, deixando de lado, pesquisas que dessem conta de aspectos sociais e culturais ligados ao fenômeno.

Quanto às Organizações Não Governamentais (ONG) que iniciam sua mobilização nesta época, trazem ao discurso os aspectos legais envolvidos no desvelamento da soropositividade e no direito à assistência, e na década seguinte começam a mostrar seus resultados, com perfis animadores frente à terapêutica e às conquistas sociais (FERRAZ e GUIMARÃES, 2001).

Nos anos de 1990, devido à alta exposição inicial, a informação veiculada, principalmente pela mídia e por propagandas governamentais, beneficiou aquelas pessoas, que se acreditava mais expostas ou as únicas expostas ao vírus, incluídas nos “grupos de risco”. A propaganda mostrava sua principal forma de prevenção, o uso do preservativo, das seringas descartáveis e do sangue testado nos bancos de sangue e a articulação entre os diversos setores privilegiava o direito ao tratamento.

Neste cenário, a prevenção entre os homens heterossexuais e as mulheres foi colocada em segundo plano ou esquecida, observando-se, gradativamente, um aumento no número de casos entre eles. Dados da UNAIDS de 1998 informam que a maioria dos novos infectados têm menos de 25 anos. O HIV atinge a população em idade produtiva e

reprodutiva, e uma de suas conseqüências é a transmissão vertical, cerca de 90% dos menores de 13 anos se infectaram pela via perinatal.

A epidemia de aids no Brasil conta hoje com cerca de 433 mil casos confirmados da doença e uma estimativa de 593 mil infectados vivendo com HIV e aids. Do número total de casos identificados de aids, 140 mil são mulheres. A razão dos casos entre os séculos vem se estabilizando, em 2005, a razão foi de 1,5 caso em homem para 1 em mulher, número estável desde 2003 (UNAIDS, 2006).

A partir daí os conceitos de comportamento de risco e, em seguida, de vulnerabilidade, começam a ser discutidos, principalmente pelo desconhecimento e despreparo que os novos vulneráveis demonstram (SZWARCOWALD, et al, 2004), essencialmente porque as representações vigentes do HIV e aids ainda estão relacionadas ao estigma da 'imoralidade' e da 'transgressão'.

2.2 A (Re)construção da vulnerabilidade feminina e a atenção à saúde da mulher

Enquanto no imaginário as mulheres estavam resguardadas da infecção, o vírus silenciosamente atingia este grupo. A vulnerabilidade feminina construiu-se baseada na negação de seu risco, o gênero feminino passou a fazer parte efetivamente das discussões somente a partir da última década, quando se verificou uma elevação das taxas de transmissão vertical, fato que denunciava a vulnerabilidade feminina e infantil, como mostram os estudos de Feliciano e Kovacs (2002) e Oliveira (2004). Paiva, Pupo e Barboza (2006) chamam a atenção para o fato de que estes números também indicavam a desarticulação entre a produção de dados e a tomada de decisão na condução das políticas de DST/aids.

Moura e Praça (2006) afirmam que a maioria das mulheres são testadas no pré-natal, por ocasião do parto, ou adoecimento de seus filhos, revelando que mecanismo mais importante de descoberta da infecção pelo HIV entre as mulheres ocorre através da atenção materno-infantil, o que aponta mais uma vez para a dificuldade de perceberem-se em risco e para um sistema de saúde voltado para a atenção perinatal, mesmo que o discurso vigente centre-se na atenção integral.

Apesar do aumento da busca pelos CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento), de cerca de 20% em 1998 com um salto para 32,9% em 2005, e uma elevação dessa testagem entre as mulheres com idade de 25 a 39 anos, o que traduz um ganho no acesso ao diagnóstico precoce da população feminina, os estudos ainda demonstram desigualdades segundo nível de escolaridade, regionais e raciais no país (BRASIL, 2006a).

Um aspecto relevante para a construção da vulnerabilidade da mulher é a subalternidade de gênero, aliada aos códigos morais impostos pelas tradições sociais, centrados na naturalização do poder e do comportamento liberal masculino, além do sentimento de se sentir protegida pela aliança conjugal. Tal vulnerabilidade justifica-se, ainda, pela dependência emocional e econômica que limita a argumentação feminina quanto às formas de proteção individual. Apesar de conhecer os riscos, a negociação do uso do preservativo pode significar a objetivação da possibilidade de traição, levantar a suspeita sobre a sua honestidade e contrastar com seus valores morais (PRAÇA e GUALDA, 2003; NASCIMENTO, BARBOZA e MEDRADO, 2005).

No campo da assistência, outro aspecto chama a atenção: a dificuldade dos profissionais de saúde na abordagem do tema aids e sexualidade. Costa (2004) aponta para o despreparo teórico-conceitual para a educação em saúde e o constrangimento com o

tema, e Oliveira (2004) afirma que apesar da testagem acontecer, nem sempre ela é acompanhada pelo aconselhamento. Estas dificuldades pioram a qualidade da assistência porque negam a oportunidade da reflexão real sobre o risco.

Sem a reflexão sobre o risco, a aids continua sendo a doença do outro e esta sentença eleva ainda mais a vulnerabilidade, como explicitam os estudos de Bastos et al, (1993), Saldanha (2003) e Nascimento, Barboza e Medrado (2005).

Nesse sentido, o sistema de saúde é contraditório: ao mesmo tempo em que apresenta uma proposta avançada de assistência ao portador do HIV com centros de referência bem organizados, protocolos assistenciais bem definidos, além de um arcabouço jurídico que impede a discriminação e promove a autonomia; é reativo e preconceituoso, quando se mostra desarticulado, pois fere os princípios da integralidade e da equidade, nega a intersetorialidade e entrava o acesso. A rede básica, porta de entrada do sistema de saúde, ainda está desorganizada (PAIVA, PUPO e BARBOZA, 2006) e os profissionais de saúde, muitas vezes estão distantes das respostas esperadas. A realidade exige competências além do conhecimento biológico, técnico-científico, de medidas programáticas, decretos ou portarias, e reclama um diálogo e reflexão profunda das representações, interrelações e subjetividades envolvidas no enfrentamento efetivo da vulnerabilidade.

OBJETIVO

- Compreender as representações sociais dos profissionais de saúde envolvidas na prática da assistência à gestante que chega à maternidade sem resultado da sorologia anti-HIV.

CAMINHO METODOLÓGICO

1. O Referencial Teórico-Metodológico

Neste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender as representações sociais dos profissionais de saúde envolvidas no diagnóstico do HIV no ciclo gravídico-puerperal, enfocando a prática dos profissionais que atendem as mulheres que chegam à maternidade sem sorologia anti-HIV, utilizando como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Escolheu-se esta abordagem por entendê-la mais adequada para compreender e interpretar as interações e os significados que as pessoas atribuem a fenômenos ligados à sua prática social.

As Representações Sociais (RS) são definidas como um conjunto de atitudes, opiniões, crenças e valores socialmente construídos e compartilhados. Seu processo transita nas diferentes dimensões do sujeito, as representações atravessam sua afetividade, cognição e ação (WAGNER, 2000). Apresentam três campos distintos de estudo; neste em particular, centrar-se-á em um objeto culturalmente construído pelos profissionais de saúde, o corpo medicalizado da mulher face à reprodução,

Como a puericultura devia ser iniciada antes do nascimento da criança, cabia ao ginecologista e ao obstetra desempenhar o papel de puericultores, prevendo e tratando doenças que podiam impedir o exercício da maternidade ou que viessem atingir a saúde do feto (MARTINS, 2004:198).

Para Moscovici (2004) as representações são geradas no social, e, a partir das interações, orienta condutas e maneiras de se organizar o ambiente circundante. É na convivência, na familiarização com os fatos e as pessoas que tais representações se afirmam.

Abric (2000) propõe que a constituição das RS se dá por dois processos: a ancoragem e a objetivação, estruturados em três etapas. Nas duas primeiras o sujeito

conhece o objeto e este o desafia, por ser novo em seu entendimento, a ancoragem ocorre na passagem deste objeto ao modelo figurativo, formando-se uma imagem na tentativa de interpretação com posterior categorização. O objeto passa então a ser conhecido, compreendido, sendo que a analogia e a inferência são os processos mentais requeridos nesta etapa. Finalmente, acontece a objetivação: o objeto torna-se modelo ativo, incorporando-se ao sistema de referência do sujeito. Com a objetivação, o fenômeno se molda ao contexto do sujeito e ganha sentido concreto.

Análogo a esta organização, a proposta de Moscovici (1976) apud Sá (1996) estabelece três dimensões na configuração das RS: informação, atitude e campo de representação.

A informação está relacionada ao processo de contato e ancoragem do sujeito com o fenômeno. A atitude e o campo de representação relacionam-se à objetivação, na medida em que este objeto é compreendido, estruturado e categorizado, ele se concretiza e se vivifica no contexto e representação do sujeito, que se orienta e se posiciona em função da representação tomada.

Além disso, as RS têm uma natureza social, portanto há a necessidade de interação, *“na medida em que sempre se há de integrar na análise daqueles processos o pertencimento e a participação sociais e culturais do sujeito.”* (SÁ, 1996:33).

Tal compreensão remete ao entendimento das funções das RS. Moscovici (1976) apud Sá (1996) destaca que o termo RS deveria ser exclusivo para a modalidade de conhecimento particular cuja função seja a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos no cotidiano. Para o autor, que o mais importante nas RS é que elas prescrevem comportamentos na medida em que definem a natureza dos

estímulos que determinam e condicionam os sujeitos, além de justificarem suas respostas (SÁ, 1996).

Seguindo este raciocínio, Abric (2000) sistematiza os objetivos das RS em quatro funções essenciais:

- Função de saber: Permite a compreensão, a explicação da realidade. Define o quadro de referência que garante a troca social, transmissão e a difusão do saber.
- Função identitária: É a guardião da especificidade dos grupos, porque define a identidade, garante a formação de uma identidade social compatível com o sistema de referência dos sujeitos pertencentes ao grupo, permite o controle dos pares.
- Função de orientação: Prescreve comportamentos e práticas. É o guia de conduta. “Define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.” (MOREIRA e OLIVEIRA, 2000: 30).
- Função justificatória: Justifica os comportamentos e tomadas de posição. É o argumento dos sujeitos diante de suas condutas em uma situação ou em relação aos seus pares.

Moreira e Oliveira (2000) apontam que as RS são criadas a partir da comunicação e do discurso de grupos reflexivos e esclarecem que tais grupos são definidos por seus membros, que conhecem sua afiliação e dispõem de critérios para definir sobre quem são seus membros.

Os grupos reflexivos são caracterizados por práticas e construções sociais congruentes, hegemônicas; por uma identidade social que permite uma interação coordenada pela holomorfose, na qual os aspectos relevantes de um grupo estão impressos em cada um de seus membros individualmente garantindo a hegemonia. Para a inovação e a mobilidade.

Partindo da idéia de mobilidade das RS, é importante ressaltar que como discutem Abric (2000), Moscovici (1976), Moreira e Oliveira (2000) e Sá (1996) as RS são fruto da imaginação cultural, ou seja, se constroem ao longo da história, das interações inter e intra-grupais, inter e intra-pessoais. Segundo Farr (1992) apud Sá (1996), “*estão tanto na cultura quanto na cognição*” (SÁ, 1996: 22), circulam através da comunicação social e cotidiana e se modificam de acordo com os grupos que as elaboram e as utilizam.

Assim a compreensão da abordagem estrutural, proposta por Abric (1976) apud Sá (1996), pode ser formulada da seguinte forma: “A organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação” (SÁ, 1996:31).

O núcleo central, ou núcleo estruturante, é determinado pela natureza do objeto e pelo tipo de relação que o grupo tem com este objeto, ou seja, o sistema de valores e normas sociais que formam o contexto ideológico do momento e do grupo. Assume duas funções fundamentais:

- A função geradora: Confere o sentido ou o valor de uma representação social.
- A função organizadora: Unifica e estabiliza a representação social.

Estas funções do núcleo central definem-no como o elemento mais estável da RS, assegurando a sua continuidade. É o núcleo central o elemento que oferece maior resistência à mudança. O núcleo central não pode ser definido apenas por critérios quantitativos, mas ao contrário, antes de tudo, o núcleo central tem uma dimensão qualitativa.

Os elementos periféricos organizam-se em torno do núcleo central, são componentes acessíveis, vivos e concretos. Nele se identificam três funções principais:

- Função de concretização: A partir da ancoragem, da representação na realidade, faz a interface entre o núcleo central e a situação concreta.
- Função de regulação: É o aspecto mais plástico, fornece o aspecto móvel e evolutivo da representação, é permeável à inovação, modela-se de acordo com o contexto ou apropriação individual.
- Função de defesa: É o pára-choque da representação, sua defesa e, ao mesmo tempo, espaço de ponderação, onde ocorre a integração condicional dos elementos contraditórios.

O duplo sistema formado pelos elementos estruturais das RS confere-lhe suas características básicas, marcadas pela contradição, porque são ao mesmo tempo: estáveis e móveis rígidas e flexíveis. Primeiro, porque são erigidas sobre um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores partilhado pelos membros do grupo, e segundo, por se alimentar das experiências individuais, “elas integram os dados do vivido e da situação específica, integram a evolução das relações e das práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos ou os grupos” (ABRIC, 2000:34).

A escolha deste referencial pautou-se, principalmente, na compreensão de que as práticas da ação humana refletem as representações sociais do grupo, ao mesmo tempo em que estas se concretizam através das primeiras. Para a organização de um campo de estudo, a fundamentação numa teoria permite o aprofundamento do conhecimento. Neste estudo particularmente, a TRS se justifica essencialmente pela necessidade de compreender a dinâmica de um grupo sobre um fenômeno social, pois busca-se compreender como um grupo representa e se movimenta sobre determinado objeto culturalmente construído.

No campo da saúde, mais especificamente da assistência à mulher, há uma gama de representações que se estruturam e se ressignificam ao longo do tempo. Desde o século

XIX, quando esta assistência se formalizou e ganhou uma nova forma, a da medicalização do corpo feminino, objetivando a reprodução saudável, garantindo a boa qualidade da prole. Na atualidade, a epidemia da Aids e o risco de transmissão vertical trazem ao discurso e às práticas dos profissionais de saúde um novo elemento que lhes exige uma postura acertada, para regular este risco, e propiciar, ao mesmo tempo, uma assistência humanizada, que contemple o sujeito em todas as suas dimensões.

Neste sentido, destaca-se a utilização de um olhar voltado para as interrelações e intersubjetividades no processo da produção dos esquemas de percepção, de pensamento e de ação que guiam os indivíduos e grupos, assegurando-lhes a conformidade e a hegemonia de certas práticas ao longo do tempo (DOMINGOS SOBRINHO, 2000).

A TRS possibilita não só a compreensão do significado da assistência e da transmissão vertical do HIV para os profissionais de saúde, mas traz sobretudo a oportunidade de discutir, no contexto social geral, os sentidos de maternidade, Aids, direito e autonomia das mulheres no que diz respeito à procriação.

2. A Pesquisa de Campo

2.1 Os Sujeitos:

Os sujeitos da pesquisa foram 22 profissionais de saúde que assistem a mulher no trabalho de parto e puerpério na maternidade, e que são responsáveis pela solicitação de exames e pela revelação dos resultados. Nas maternidades de Belo Horizonte, médicos e enfermeiros são responsáveis por estas atividades.

Os contatos foram realizados no decorrer dos plantões, a partir da abordagem da gerência do serviço para o encaminhamento do convite aos profissionais. Na ocasião do convite, os sujeitos receberam informações a respeito da pesquisa e foram esclarecidas

dúvidas quanto ao objetivo da mesma. Dezoito profissionais foram entrevistados em seus respectivos plantões, quatro solicitaram agendamento devido a dificuldade de atendimento no momento da solicitação.

O número de sujeitos não foi definido *a priori*, considerando que na investigação qualitativa, deve-se analisar o material coletado durante a pesquisa de campo, até encontrar a saturação dos conteúdos, quando se define pelo término desta. Para Triviños (1994), a pesquisa qualitativa é fundamentada na intersubjetividade e obriga o pesquisador a ter um conhecimento geral aprofundado do contexto e do referencial teórico utilizado, que lhe permitem flexibilidade à luz dos resultados e evidências que vão se acumulando durante a pesquisa.

2.2 O Cenário da Pesquisa:

A pesquisa foi realizada em duas maternidades públicas, que fazem parte da Rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), inseridas na linha do cuidado de referência distrital para o sistema municipal de saúde de Belo Horizonte, e que funcionam também como instituições formadoras de profissionais de saúde.

Ambas atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e contam com programas de formação, capacitação e aperfeiçoamento de pessoal tendo em suas dependências acadêmicos dos diversos cursos da área da saúde, bem como a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Outro dado importante a respeito das instituições eleitas para a pesquisa é a referência municipal para o atendimento às vítimas de violência.

A inserção da pesquisadora nas instituições deu-se a partir dos contatos com os Núcleos de Educação e Pesquisa (NEP) de ambas e as respectivas gerências de serviço.

A Maternidade Odete Valadares (MOV) conta com 145 leitos divididos entre ginecologia, maternidade e neonatologia, atendendo exclusivamente a mulher e ao recém-nascido. O Hospital Júlia Kubitschek (HJK) é um hospital geral, especializado em Tisiologia e Cirurgia Torácica, mas por sua localização e dimensão ampliou o atendimento para diversas especialidades, inclusive a maternidade, tem 305 leitos ativos. Ambas as maternidades estimulam o aleitamento materno, a MOV tem um banco de leite que funciona 24 horas.

O ambiente eleito para a pesquisa é o espaço compreendido entre a admissão, passando pelo pré-parto, sala de parto e alojamento conjunto (AC), por onde transitam as mulheres (clientes) e os profissionais de saúde (sujeitos da pesquisa). É importante ressaltar que a permanência da clientela neste espaço é curta, entre 24 a 48 horas.

A fim de compreender a dinâmica da assistência no cenário da pesquisa, apresento a descrição a seguir: A admissão em geral é um lugar composto por consultórios de ginecologia, situados o mais próximo possível da entrada da instituição ligando-o ao pré-parto. Na (MOV) dois andares separam estes espaços, o transporte das mulheres se dá pelo elevador. A permanência compreende o tempo necessário para o exame inicial e a definição da conduta assistencial.

No pré-parto as mulheres ficam internadas para observação, acompanhamento do trabalho de parto ou qualquer outra ocorrência obstétrica. Na MOV existem cortinas e divisórias que garantem o mínimo de privacidade, nesta instituição também é permitida a presença do acompanhante. Na maternidade do HJK não há separação física entre os leitos.

Em geral neste espaço a assistência é corrida, acontecem vários procedimentos e as decisões são tomadas com rapidez. O tempo de permanência da cliente é por cerca de 12

horas, os profissionais lidam com uma multiplicidade de fatores, desde os técnicos, éticos até os mais subjetivos como a dor, o medo e a alegria da maternidade.

Nas salas de parto a assistência, as tomadas de decisões, a permanência e a rotatividade de clientes e profissionais são ainda mais rápidas, há um turbilhão de procedimentos e movimentações. Nesse contexto o ambiente fica hostil as intersubjetividades, é um espaço tenso, em que se valoriza a técnica e a presteza.

O alojamento conjunto é o espaço no qual as representações ficam mais exacerbadas, o binômio mãe-filho se concretiza e recebe os cuidados da equipe de saúde, as visitas dos familiares e amigos e a maternidade apresenta a face idealizada, um lugar onde se realiza o sonho de continuidade, em geral é o ambiente mais leve, em que pese as situações delicadas e as complicações maternas e neonatais. O alojamento conjunto tem a característica da normalidade, quando tudo corre bem, mãe e filho vão para o AC. No alojamento conjunto as mulheres também têm a oportunidade de compartilhar experiências e de aprender com as outras, que vivenciam situações semelhantes às delas. No AC, elas permanecem em observação e sob os cuidados da equipe por no máximo 48h, salvo as situações especiais, entre elas: ganho de peso do filho, fototerapia do filho, antibioticoterapia materna ou neonatal.

2.3 As Técnicas e os Instrumentos:

Com a intenção de explorar as representações sociais dos profissionais que desenvolvem as suas atividades diárias no atendimento à gestante, foram colhidos os seus depoimentos em entrevistas semi-estruturadas, organizadas em duas partes. A primeira, com o objetivo de caracterização do seu contexto de trabalho, constou das seguintes informações: profissão, sexo, tempo de atuação em maternidade, participação na

capacitação para a implementação do *Projeto Nascer*, pressupondo que as capacitações contribuem para a mudança de posturas e propiciam a reorganização das representações sociais dentro do grupo e individualmente.

A segunda, aberta, constou de uma questão norteadora: “*Como é para você atender uma mulher na maternidade sem o resultado para o teste anti-HIV*”, e algumas questões de relance para esclarecer e aprofundar os discursos.

2.4 Aspectos Éticos:

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e aqueles que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE (Anexo 1), segundo o previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002). A cada um dos participantes foi esclarecido que sua participação era livre e sua desistência seria respeitada, não acarretando nenhum prejuízo ao seu trabalho, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos.

Após o consentimento dos sujeitos, foi entregue uma cópia do TCLE, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e depois transcritas para posterior análise.

As instituições foram contactadas e observado o potencial para o desenvolvimento da pesquisa, solicitou-se a autorização por escrito para a realização da pesquisa nos respectivos comitês de ética (Anexos 2 e 3), além do comitê de ética da UFMG (Anexo 4).

2.5 A Análise do Material

Após as entrevistas e caracterização do perfil dos entrevistados, cada depoimento foi transcrito e lido minuciosamente, após esta primeira leitura foi realizada outra mais aprofundada na qual eram marcados os termos e expressões relacionados ao objeto da

pesquisa, na qual se observava íntima relação entre as questões dirigidas, identificando as expressões chave e idéias centrais dos discursos, revelando a postura do sujeito diante do mundo. A partir desta leitura buscou-se as representações envolvidas, separando-se os temas tratados e organizando-as em pequenos textos resumidos compostos pelas expressões-chave identificadas. Posteriormente foram elaborados resumos dos discursos individuais, a partir das idéias centrais destacadas. O próximo passo foi a leitura transversal dos discursos para o levantamento dos discursos equivalentes, no qual as idéias centrais e expressões-chave compartilhadas foram recortadas e montadas para a construção dos discursos do sujeito coletivo, definindo as categorias de estudo e discussão, para compreender as representações presentes nos discursos compartilhados pelo grupo.

Como estratégia para a análise dos discursos produzidos, foi utilizada a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005), que funciona como um discurso síntese escrito na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que têm as mesmas idéias centrais ou ancoragem (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Esta forma de categorização, a partir da conexão dos discursos equivalentes construindo o discurso coletivo favorece a organização de uma figura, tal qual um quebra-cabeça, expressando uma forma de pensar ou representação social de um grupo sem anular ou reduzir o depoimento individual.

Lefèvre diz que o DSC

É uma estratégia metodológica que, utilizando a estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto de representações que conforma um dado imaginário (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005:19).

As figuras metodológicas propostas por Lefèvre para a análise do DSC são: as Idéias Centrais, as Expressões-Chave e o próprio Discurso do Sujeito Coletivo.

As Idéias Centrais (IC) são palavras ou expressões que identificam ou nomeiam um conjunto de significados de um discurso, as Expressões-Chave (EC) são o corpo desses significados, representando o seu conteúdo. Ou seja, as EC são elementos do discurso que remetem à IC.

A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterizando os Sujeitos

A fim de favorecer a objetivação das informações coletadas, foram destacadas as características dos sujeitos da pesquisa e construído o quadro abaixo.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

Identificação do Entrevistado	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de atuação	Projeto Nascer
E1	29 anos	feminino	Enfermeira	7 anos	Sim
E2	27 anos	feminino	Enfermeira	6 meses	Não
E3	31 anos	feminino	Médica	6 anos	Não
E4	24 anos	feminino	Enfermeira	6 meses	Não
E5	59 anos	feminino	Enfermeira	4 anos	Sim
E6	43 anos	feminino	Enfermeira	4 anos	Sim
E7	41 anos	feminino	Enfermeira	7 anos	Sim
E8	35 anos	feminino	Médica	8 anos	Sim
E9	35 anos	feminino	Médica	10 anos	Sim
E10	47 anos	feminino	Enfermeira	12 anos	Sim
E11	40 anos	masculino	Médico	11 anos	Sim
E12	26 anos	feminino	Médica	1 ano e 5 meses	Não
E13	27 anos	masculino	Médico	2 anos	Não
E14	35 anos	feminino	Médica	11 anos	Sim
E15	35 anos	feminino	Enfermeira	11 anos	Não
E16	41 anos	feminino	Enfermeira	14 anos	Sim
E17	25 anos	masculino	Médico	6 meses	Não

E18	53 anos	feminino	Enfermeira	20 anos	Sim
E19	25 anos	feminino	Médica	2 anos	Não
E20	27 anos	feminino	Enfermeira	5 anos	Sim
E21	24 anos	feminino	Médica	6 meses	Não
E22	26 anos	feminino	Enfermeira	2 anos	Não

Fonte: Dados coletados através de entrevistas, julho de 2006

Foram entrevistados doze enfermeiras, sete médicas e três médicos, verificando-se uma predominância do sexo feminino dentre os participantes. A média de idade dos entrevistados é de 34 anos, variando entre 24 a 59 anos, dez entrevistados têm menos de 30 anos e seis são maiores de 41 anos, o que justifica um número maior de entrevistados com até cinco anos de atuação em maternidade, quatro entrevistados têm entre cinco a 10 anos de atuação e seis atuam a mais de 10 anos em maternidade. Dos entrevistados, cinco têm menos de um ano de atuação em maternidade, sendo duas enfermeiras recém-graduadas e três médicos residentes.

Quanto à capacitação para o *Projeto Nascer*, 11 profissionais a fizeram, sobretudo aqueles que têm mais de cinco anos de atuação, sendo as exceções encontradas em uma médica com seis anos de atuação e uma enfermeira com 11 anos de trabalho em maternidade. Ressalta-se que as capacitações são voluntárias e são oferecidas em grupos, dependendo da programação da Secretaria Estadual de Saúde (SES). As capacitações para o Projeto Nascer em Belo Horizonte iniciaram-se no ano de 2004.

Estabelecer o quadro acima foi importante para apoiar o reconhecimento das consonâncias imprescindíveis para a construção dos DSC, e nas disjunções dos discursos considerar que possam existir particularidades nos 'subgrupos' (mais velhos/mais novos, mais experientes/menos experientes, médicos/enfermeiras, etc.). Sempre que houver

disjunções que apontem discordância nas representações entre ‘subgrupos’, estas serão discutidas ao longo da análise.

2. Interpretação dos dados

A interpretação dos dados permitiu, no corpus das entrevistas, destacar as categorias, encontrando-se os temas dos discursos (idéias centrais e expressões-chave), para estruturar-se figuras no sentido de organizar como as representações aparecem, reunindo-as por afinidade e segundo a sua centralidade: quanto mais firme a representação, mais central ela aparece na figura. Em sua órbita, estão os elementos periféricos que a sustentam, formando os núcleos integrativos das representações sociais.

Cada representação é corporificada em um ou mais DSC, cujos títulos referem-se às idéias centrais nela presentes. Na FIG.1 estão apresentadas as categorias em que estão organizadas as representações dos profissionais relacionadas à assistência à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade.

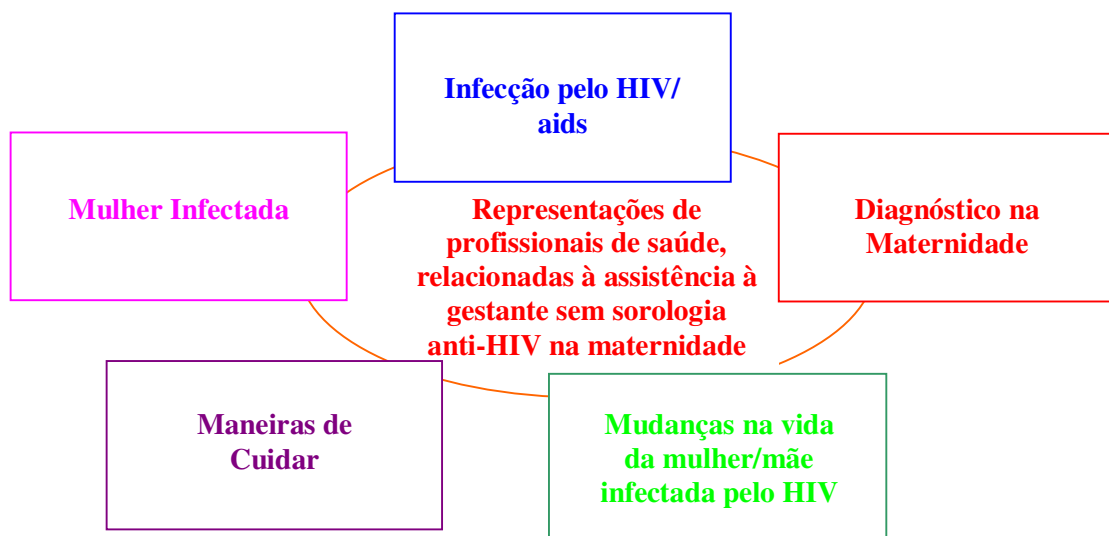


FIGURA 1: Categorias organizadoras das representações de profissionais de saúde relacionadas à assistência à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade

Durante a interpretação verificou-se que os profissionais elegiam alguns temas comuns, através dos quais organizavam suas representações, sentimentos e posturas diante do objeto pesquisado. Os temas mais evidentes, que originaram as categorias foram: Infecção pelo HIV; Mulher infectada; Diagnóstico da infecção pelo HIV na maternidade; Maneiras de cuidar de mulheres em risco ou infectadas pelo HIV e Mudanças na vida da mulher/mãe infectada pelo HIV.

2.1 Representações de profissionais de maternidade sobre a infecção pelo HIV e Aids

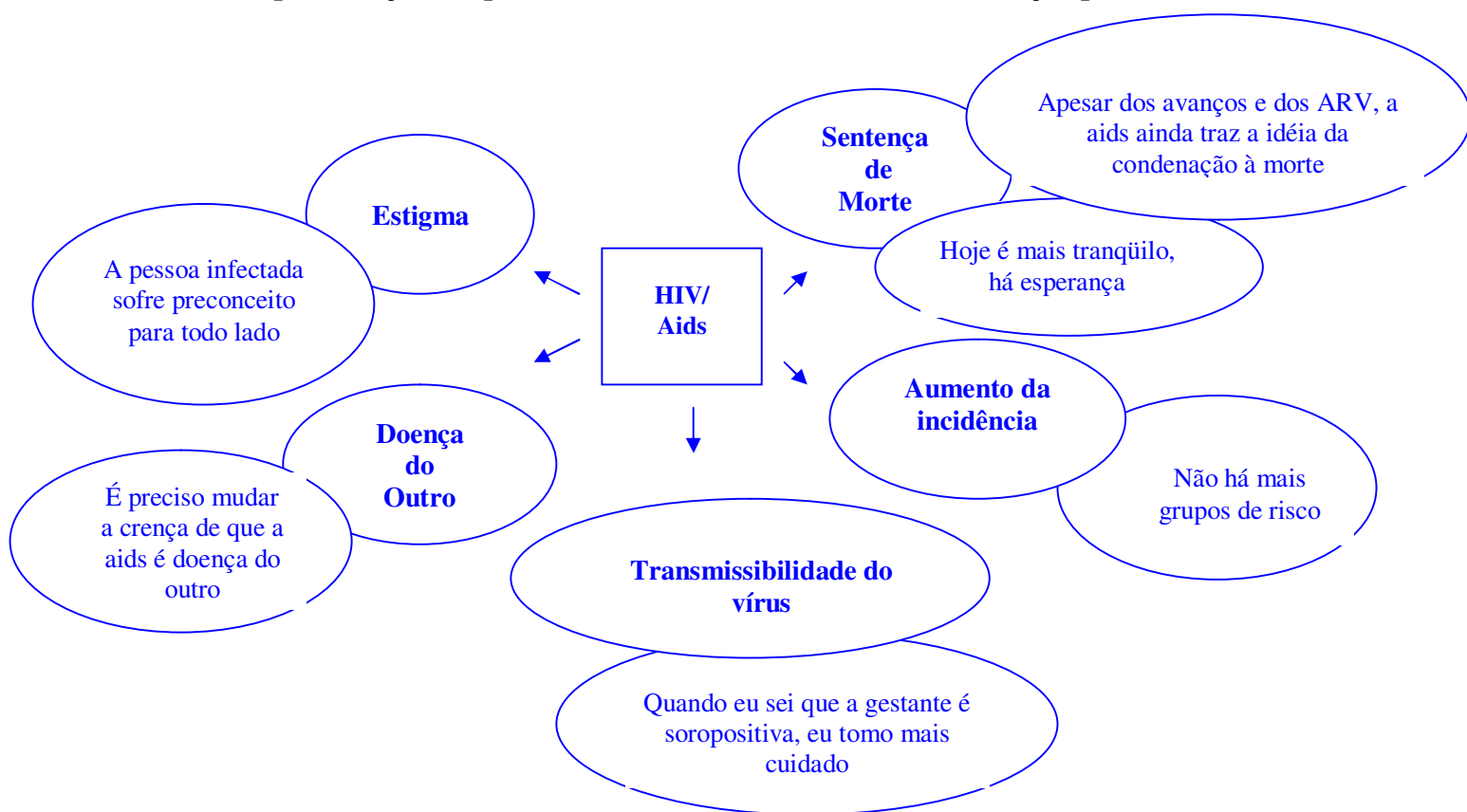


FIGURA 2: Núcleos integrativos das representações de profissionais de maternidade sobre infecção pelo HIV e aids

Atualmente, 25 anos após a descoberta do HIV e da síndrome a ele relacionada, algumas representações, que se organizaram desde o início da epidemia, mantêm-se como

centrais nos discursos levantados em diversas populações diferentes (GIAMI, 1997; JOFFE, 1998; PAULILO e JEOLÁS, 2005; BRASILEIRO e FREITAS, 2006).

O presente estudo revelou que, apesar da permanência das representações centrais, os profissionais de saúde já fazem reflexões ancoradas no seu cotidiano e seu contexto de trabalho que as mobilizam e atualizam, promovendo a reelaboração das representações, todavia se reconhece que tais inovações situam-se como elementos periféricos. As representações dos profissionais entrevistados acerca do HIV/Aids agregam idéias sobre o estigma que a doença provoca, sobre a persistência da idéia de que aids mata e que é uma doença sempre imaginada como do outro, além de representações em torno da incidência da doença e da transmissibilidade do vírus.

2.1.1 Estigma

Goffman (1988) define estigma como uma marca que expressa desaprovação numa determinada relação social, apontando para uma identificação de descrédito, na qual o indivíduo marcado é privado da oportunidade de viver plenamente. Na década de 1980, quando o termo “grupo de risco” foi amplamente difundido, originou-se o estigma da aids como doença relacionada a desvio moral e à idéia de vida desregrada. Mesmo com a evolução das pesquisas e do curso da epidemia nos mais diversos grupos, o preconceito e a associação de culpabilidade pela doença permanece nos discursos (WINGESTER, 2004). Os profissionais entrevistados têm um discurso coletivo que reconhece que a aids ainda provoca preconceito que é fonte de sofrimento para as pessoas infectadas.

DSC 1 – A pessoa infectada pelo HIV sofre preconceito

O forte na aids é a questão social, acho que o foco dela envolve é isso, tá na sociedade, na aceitação social, na relação com a família. É uma doença que muita gente julga. Tá com aids, como você pegou essa doença? É justamente esse estigma que ela carregou de ser uma doença de grupo de risco, ainda está relacionada a alguma forma de promiscuidade, é

diferente a maneira como é recebida. Hoje quem tem o vírus ainda é estigmatizado; a pessoa acaba que ela vai se privar de muita coisa quando ela souber que ela tem o vírus, acho que se ela, ela mesma, não tomar cuidado, ela entra num processo de depressão muito grande.

O estudo de Medley et al (2004) mostra como o preconceito social pode prejudicar a busca pelo tratamento, uma forma de se privar do direito de viver. A privação de viver plenamente descrita por Goffman (1988) e reiterada no DSC pode ser analisada como uma forma de morte, uma morte subjetiva, na qual os hábitos, o estilo de vida e o auto-conceito têm de ser reestruturados.

2.1.2 Sentença de Morte

DSC 2 – Apesar dos avanços científicos e dos ARV³, o diagnóstico de soropositividade para o HIV ainda é encarado como sentença de morte

Eu acho que é uma doença muito grave, mesmo que agora a gente conheça melhor os medicamentos usados no tratamento, mesmo assim continua sendo uma doença que infelizmente ainda não tem cura. As pessoas percebem o HIV como uma tragédia. Para a paciente, ela recebe a notícia do HIV como uma notícia de morte, é o que passa pela cabeça da paciente. Acho que ela vai ter aquela fase de negação, de aceitação, de revolta e a partir daí ela vai ter que descobrir um jeito de conviver, porque se ela não descobrir esse jeito de conviver com isso, ela pode ter um fim muito mais rápido. Penso que hoje é um pouco diferente do que há alguns anos atrás, a pessoa tá infectada então essa pessoa logo vai morrer, hoje isso não é assim, por causa do tratamento. A gente lida com a morte como se fosse uma coisa muito distante, nós ocidentais não lidamos bem com a morte. A gente deveria encarar isso com mais naturalidade, porque é tão natural como nascer. Só que o ocidental não lida bem com isso e o HIV positivo ele tá enxergando a morte, é assim também com o diagnóstico de câncer, você está materializando na frente dele uma coisa que ele via muito longe, que é a morte. Não sei se fosse comigo eu seria diferente, não é?

Para os ocidentais a morte é vista como um processo conflituoso, porque apesar de ser a única certeza de quem vive, traduz a situação de encontro com o desconhecido. Nossa cultura, que valoriza o saber e o controle, nega-se a consentir um fenômeno que

³ Anti-retrovirais

desloca a onipotência e afasta a possibilidade de ser imagem e semelhança do Criador, aquele que sentenciou a Adão, a morte como castigo por ter desobedecido às ordens e provado do fruto proibido, o saber, na sentença está implícito que existe algo que nunca será conhecido. Além do caráter místico, a morte traz conceitos emaranhados com desdobramento cultural, social e político (HELMAN, 2003).

As doenças incuráveis/crônicas são impregnadas do sentido de morte porque não apontam para o retorno da vida/condição de saúde considerada ideal (SONTAG, 1989). Quando o sujeito se reconhece afetado por um agravo que lhe exige todo um movimento de auto-cuidado, mas não lhe é garantida a cura, sua interpretação é de morte em vida, e pode ser denominada morte subjetiva.

No caso do HIV/Aids, há o sentido de morte objetiva, quando no discurso do sujeito coletivo aparecem as expressões “... *as pessoas percebem o HIV como uma tragédia, para a paciente, ela recebe a notícia do HIV como uma notícia de morte...*”, é a morte objetiva, a da imagem do sujeito caquético que a mídia mostrou na década de 1980 e início de 1990, quando o diagnóstico era feito sob as marcas da síndrome e logo depois a notícia da morte. O diagnóstico trazia para a pessoa doente a ‘certeza’ de uma morte rápida.

Atualmente, os anti-retrovirais (ARV) trouxeram um alento aos soropositivos para o HIV. Os avanços farmacêuticos, sua disponibilidade na rede pública e o acesso aos programas de assistência atrasam a marcha da doença e favorecem uma melhoria na qualidade de vida. Porém, exigem da pessoa obediência a planos terapêuticos: ela se vê dominada por horários, por procedimentos médicos, consultas com especialistas, efeitos colaterais das drogas, etc. A terapia anti-retroviral traz um novo modo de viver, que é diferente do seu habitual, mas não lhe garante o resgate de sua saúde.

2.1.3 Doença do outro

DSC 3 – É preciso mudar a crença de que a aids é doença do outro

A gente nunca sabe o que é estar contaminado com o HIV, apesar de ser uma doença bem controlada hoje. Só a pessoa que é mesmo, é que teria a capacidade de lhe dizer isso. Acho que o grande problema da aids é a falta de informação, há pessoas que dizem que não vai acontecer com elas, ou por algum motivo, ou por falta de informação mesmo, que elas não vão se contaminar. Eu penso que é uma coisa que seria perfeitamente controlável se a gente tivesse menos ignorância. Os meios de comunicação que só fazem campanha na época de carnaval, no dia de luta mundial, eu acho pouco isso, acho que essa proteção, essa responsabilidade que a gente tem que ter e de lembrar que existe o vírus aí, que ele pode vir para qualquer um, tem que ser no dia-a-dia, com os profissionais de saúde, com a mídia e a educação.

O termo “grupo de risco” que gerou o principal estigma da aids como doença/castigo para os desvios morais, também propagou a idéia de proteção às pessoas que não se identificavam com o perfil divulgado pelos meios de comunicação, serviços de saúde e outros meios de difusão de conhecimento. Mais tarde a concepção do “comportamento de risco” trazia outra idéia: a da culpabilização individual, porque a maioria das transmissões tinha origem na relação sexual ou no uso de drogas injetáveis, comportamentos interpretados como uma ‘busca da doença’ (NASCIMENTO, 2005). A partir daí, surgiu a noção de doença do outro, aquela que não pode atingir quem está protegido pelas instituições tradicionais e apresenta comportamento considerado naturalmente aceito pelo grupo social (JOFFE, 1998).

O DSC 3 chama a atenção para isto, para as formas de informar e educar a população, questiona as estratégias utilizadas durante as campanhas publicitárias de carnaval, ou do dia mundial de combate à aids, questiona o abandono da população escolar, exposta aos estímulos, mas desprotegida pela crença de que “isso não vai acontecer comigo.” (SOUZA e FREITAS, 2002).

Nesse sentido, o termo vulnerabilidade surge para esclarecer a tendência atual de crescimento e disseminação de forma silenciosa da aids entre os mais diversos grupos sociais, sobretudo entre aqueles menos visíveis como as mulheres e os adolescentes. O termo vulnerabilidade é definido como a qualidade daquele que é vulnerável, aquele que pode ser ferido, que apresenta um ponto fraco (FERREIRA, 2004). O ponto fraco apontado por Selli e Chechin (2005) está no não reconhecimento do próprio risco e na dificuldade de posicionamento face ao parceiro. Praça e Gualda (2003) encontraram estas mesmas representações em estudo realizado com mulheres de uma comunidade favelar e também Saldanha (2003), que realizou um estudo com mulheres em relacionamento estável.

2.1.4 Aumento da incidência

DSC 4 – *Houve aumento da incidência nos diversos grupos da população*

A aids é uma doença que tem preocupado muito ultimamente, o índice tem aumentado bastante, é uma doença espalhada no mundo inteiro, uma doença que não está olhando mais classe social, ela atinge todo mundo. Mudou muito o perfil da infecção desde o início até agora. Antes, era com grupos homossexuais, a maioria com vários parceiros. Hoje, o heterossexual, principalmente as mulheres que têm um parceiro só. Percebe-se, também, que a doença invade todas as idades. Apesar dela ter tido um controle, eu acho que ela ainda tá acontecendo bastante. O processo continua evoluindo, porque não conseguimos ainda alcançar os nossos objetivos no que diz respeito à educação e à orientação à comunidade.

Mais uma vez os profissionais de saúde se mostram preocupados com o aumento da incidência e com a disseminação do vírus, sendo que a falta de controle causa inquietação, e chama a atenção para as estratégias educacionais adotadas pelos profissionais de saúde nos diversos programas propostos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais. Dados da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (CNDST/Aids) indicam uma diminuição de casos entre os homens que fazem sexo com outros homens e aumento entre os heterossexuais (de

22,5% em 1996 para 44,2% em 2005), queda entre os usuários de drogas injetáveis (redução de cerca de 71%), elevação entre as mulheres, principalmente com transmissão pela via sexual (94,5%), entre os maiores de 50 anos houve elevação no período entre 1996 e 2005 de cerca de 10 pontos percentuais para os dois sexos (BRASIL, 2006b). Apontando a mudança do perfil, o que revela a vulnerabilidade e risco dos novos grupos.

2.1.5 Transmissibilidade do vírus

DSC 5 – Quando eu sei que a gestante é soropositiva para o HIV eu me paramento com mais cuidado durante o procedimento

É claro que quando você sabe que ela é soropositiva você toma mais cuidado, você fica mais atento, até para tomar mais precauções. As precauções de se preparar para lidar com essa paciente, pra você trabalhar com mais segurança. Mas na verdade isso é uma falha, porque, na verdade, todo paciente é um paciente de risco, às vezes ele pode tá chegando com a coleta de resultado negativo, mas você não sabe nos últimos dias, os últimos meses... Às vezes você acaba depositando sua confiança somente no resultado negativo de um teste.

Atualmente é largamente divulgada a forma de transmissão do vírus, sobretudo sobre o risco ocupacional e as precauções padrão. O DSC 5 demonstra que os profissionais estão conscientes deste risco universal, no entanto, o modo de agir não é o mesmo para cuidar de mulheres sabidamente infectadas ou não. Os entrevistados afirmam que ao tomar conhecimento da sorologia positiva para o HIV, eles se tornam mais cuidadosos, porque a infecção pelo HIV é considerada grave e que provoca uma doença mortal. A preocupação dos profissionais de saúde com o risco ocupacional é descrita em vários estudos, embora sempre apareça no caso específico do cuidado de pessoas infectadas pelo HIV (DESCLAUX, 1996; TIPPLE, 2003).

2.2. Representações de profissionais de saúde sobre a mulher infectada pelo HIV

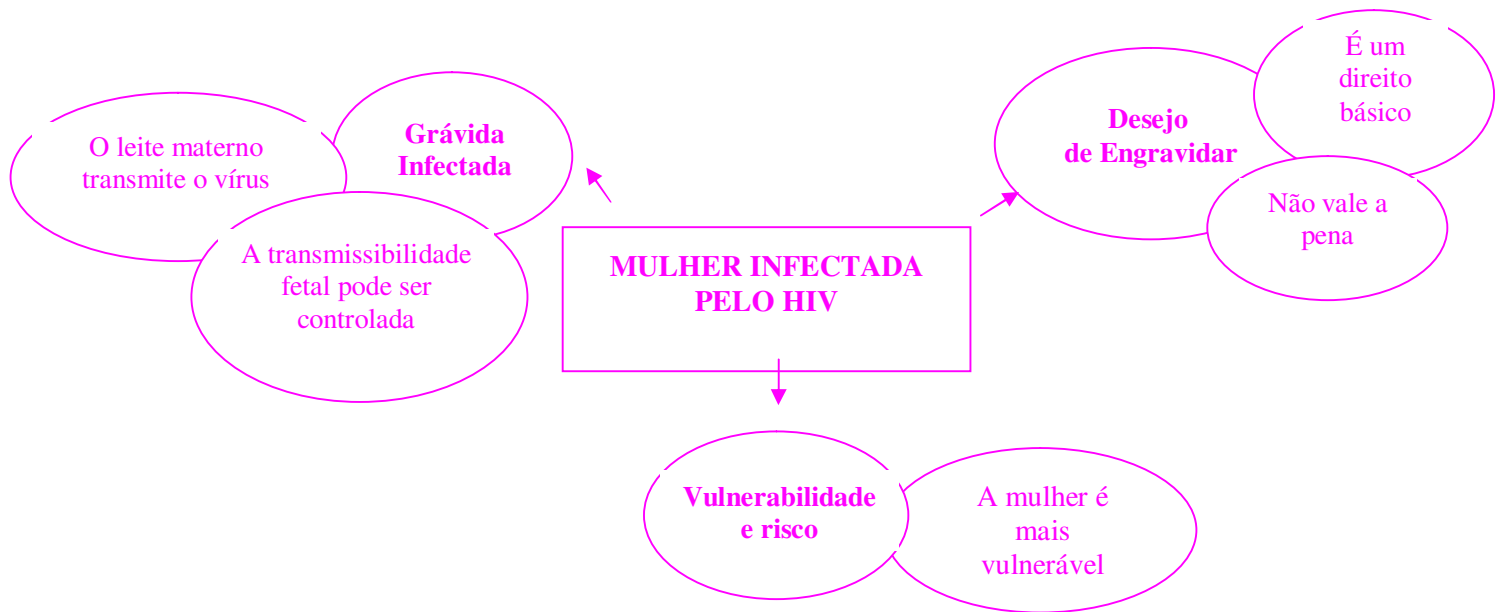


Figura 3: Núcleos integrativos das representações sobre mulher infetada pelo HIV

2.2.1 Vulnerabilidade e Risco

DSC 6 – A mulher é mais vulnerável

Eu penso que é uma coisa que seria perfeitamente controlável se a gente tivesse menos ignorância, se as pessoas soubessem mais se posicionar, se não tivesse tanto problema de gênero. Aqui no país, se as mulheres soubessem negociar o uso da camisinha, seria controlável, não só aqui no nosso país, mas no mundo todo. Desde a escola; que houvesse uma maneira de enfrentamento diferente dessas questões das diferenças sexuais, não sexuais, mas de gênero, que os meninos já fossem crescendo sabendo que a gente é igual, que a gente não tivesse que ficar negociando camisinha, negociando uma relação protegida, que isso fosse uma coisa natural, deveria ser assim, pois quando chega aqui, já é a ponta da história, já aconteceu tudo. O número de mulheres que procuram a maternidade e são HIV positivas aumentou bastante, o que a gente vê é que cada vez mais as donas de casa, as mães de família, cada vez mais elas estão se contaminando, muitas descobrem que estão com o vírus talvez na hora de ganhar o neném.

O componente estigmatizante acompanha a epidemia e interfere tanto nas relações sociais quanto na programação em saúde. Desde o seu início, diversas ações foram organizadas no campo da saúde no sentido de controlar a epidemia, alternativas e

estratégias que previam conter a transmissão e refrear a inquietação que o fenômeno está causando, mas os estudos de Nascimento, Barbosa e Medrado (2005) e de Paiva, Pupo e Barbosa (2006) demonstram que estas estratégias sempre estiveram voltadas mais centralmente para o tratamento e mais precisamente ligadas ao direito ao tratamento de determinados grupos considerados mais frágeis e expostos ao risco, o que prejudicou a visibilidade de um grupo emergente na epidemia, as mulheres.

Outra situação que chamou a atenção foi o debate sobre as questões relacionadas à sexualidade, havendo declaradamente uma tendência à contenção dos desejos e modos de vida considerados irregulares devido ao temor da epidemia, o que reforçou o preconceito que se instalou desde o princípio (GONÇALVES e VARANDAS, 2005).

As campanhas educativas, veiculadas pela mídia, focavam principalmente o uso de preservativo como forma eficaz de prevenção e mostravam um tipo específico de público, os frequentadores de festas e orgias, as relações entre pessoas do mesmo sexo, a mulher livre e “sem vergonha”, e, quando muito, o homem homossexual que trai - tais fatos afastavam (e ainda afastam) a idéia de universalidade de risco, sobretudo às pessoas que não se espelham na imagem projetada e, portanto, acreditavam (acreditam) que não há com o que se preocupar. Muitos se acham longe da realidade do risco de infecção (PAULILO e JEOLÁS, 2005).

Enquanto isso, na população, a epidemia foi se alastrando entre os diversos grupos sociais e uma série de termos foram surgindo para definir o quadro epidemiológico: homossexualização, interiorização, pauperização, juvenilização, e por último, feminização – termos questionados por alguns autores que os aceitam, mas acompanhados de ‘uma tendência a’. Em todo caso, os estudos epidemiológicos foram e são fundamentais para apontarem falhas e mostrar a fragilidade programática construída nos diferentes momentos,

exigindo novas abordagens face à vulnerabilidade dos novos grupos emergentes. Segundo Ayres et al (1997:7), vulnerabilidade ao HIV/Aids é definida

como o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põe em relação e com os recursos para o seu enfrentamento.

Em síntese, vulnerabilidade é a fragilidade do indivíduo e do seu contexto que o expõe a um agravo ou às condições determinantes para isso. É, por isto, um termo de discussão que aponta para um modo objetivo, ético e político para avaliar a situação e para subsidiar estratégias alternativas afinadas com essa realidade.

Nessa vertente, vale ressaltar que a vulnerabilidade feminina tem raízes históricas, está na forma como a menina é criada, na forma como é naturalizada a relação de gênero na sociedade (LOURO, 1996). Na sociedade brasileira, o gênero feminino centraliza-se na função reprodutiva, esposa/mãe, cuidadora, cujo corpo pode ser dominado, garantindo sua submissão, sustentada socialmente pela tradicional posição de dona de casa provida pelo homem. Em que pese o momento atual, no qual muitas mulheres são chefes de família, ocupam espaço no meio cultural, produtivo e político, ainda é discrepante a inserção da mulher no mundo dominante, conservando-se diferenças no nível de escolaridade, renda, e até mesmo de categoria profissional em relação ao homem de uma mesma origem e categoria social, mantendo-se desigualdades históricas e, principalmente, a situação de submissão e exploração.

Os profissionais de saúde, principalmente as mulheres profissionais, demonstram isso em seu discurso, quando dizem: “*seria perfeitamente controlável se a gente tivesse menos ignorância, se as pessoas soubessem mais se posicionar, se não tivesse tanto problema de gênero*” Este achado concorda com outros estudos em que esta situação

aparece, deixando claro que a subalternidade de gênero é o determinante principal da vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids (PAIVA, 2000).

A subalternidade transparece nas mais diversas formas de interagir sexualmente, quando as mulheres se consideram em segurança por terem uma aliança conjugal, ou por terem um relacionamento fixo com um parceiro escolhido ou mesmo quando não se sentem seguras nesta aliança, mas temem que ao tomar a iniciativa de negociarem o uso do preservativo se exponham e sejam qualificadas por seus parceiros como de menor confiabilidade. Praça e Gualda (2003) exemplificam bem esta situação, ao discutirem resultados de pesquisa por elas realizada, afirmando que as mulheres identificam sua situação de risco, mas dependem da responsabilidade do parceiro para se protegerem, sua capacidade de persuasão, o que, muitas vezes, é minada pelos preconceitos e códigos morais vigentes na comunidade.

Estudos com outros grupos de mulheres também demonstram a fragilidade dessa capacidade de negociação. Sanches (1999) pesquisou mulheres jovens, entre 16 e 25 anos, e encontrou que nesta população a noção de sexo seguro está apoiada na escolha do parceiro e manutenção da fidelidade. Souza Filho (2000) notou que o conhecimento social a respeito da prevenção da infecção pelo HIV ainda está impregnado de elaborações do imaginário, mas também traz incorporadas informações de massa divulgadas pelas campanhas oficiais, sendo que, entre as mulheres, as práticas mais comuns de prevenção à infecção pelo HIV são a continuidade da relação e a abstinência sexual. Nessa pesquisa, o uso do preservativo apareceu somente como terceira forma mais freqüente de proteção.

Outro dado que chama a atenção é o fato de as mulheres só conhecerem seu status sorológico tardiamente, como observado no cotidiano dos profissionais entrevistados: *“O número de mulheres que procuram a maternidade e são HIV positivas aumentou bastante,*

o que a gente vê é que cada vez mais as donas de casa, as mães de família, cada vez mais elas estão se contaminando, muitas descobrem que estão com o vírus talvez na hora de ganhar o neném". Esta afirmação traduz uma realidade de muitas mulheres grávidas, que, apesar do protocolo do Ministério da Saúde para o acompanhamento no pré-natal, são testadas secundariamente, somente na maternidade, já no momento do parto. (OLIVEIRA, 2004). A mesma constatação está presente em estudo realizado por Alves et al (2002), apontando dificuldades na prevenção e controle do HIV e lacunas no sistema de saúde.

2.2.2 A mulher infectada deseja engravidar

DSC 7 – A mulher infectada pelo HIV deseja engravidar

Vem em minha cabeça que ela precisa saber disso, ter a consciência que o vírus não vai impedir ninguém de engravidar, de que a fertilidade não fica tão prejudicada, é possível... Aí vai ter toda uma preocupação com a transmissão ou não pro bebê, pra ela se cuidar. Penso em como que foi a história dela pra ela chegar a contrair o vírus. Mas se tem o desejo, deve ser um desejo muito forte. Eu penso justamente isso, aí se for realmente assim, se o desejo é tão forte, ela vai se cercar de tudo o que tem por aí pra ajudá-la a passar bem a gravidez, o bebê nascer, evitar a contaminação, levar a coisa da melhor forma. Ela precisa ser bem orientada pra as futuras gravidezes, ela precisa ser orientada quanto ao tratamento, pra não haver abandono, e saber que sempre existe uma expectativa, hoje a gente não tem cura, mas pode ter daqui a um tempo, e o bebê tem a chance de não ter, e é um direito da mãe, ser mãe, é direito dela, é o mais básico. Então, ela tem que ser orientada, bem orientada, estar consciente dos riscos e tudo. E quando ela faz esse acompanhamento é muito legal, tem pacientes que fazem o acompanhamento super certinho, depois quando essa gravidez acaba, ela ganha essa criança, ah... agora deu negativo, negativo, a gente fica super feliz com isso.

O desejo de ter filhos pode ter inúmeros significados para a mulher e para o casal. Ao engravidar, a mulher pode sentir que se tornou adulta e inteira, de que pode cumprir o seu dever social de mãe/ cuidadora, e para o casal, pode ser uma forma de dar continuidade à família, uma forma de aprofundar e enriquecer o relacionamento, ou, simplesmente, responder ao desígnio de “crescei e multiplicai-vos”, como afirmam Maldonado, Dicstein e

Nahoum (2000). Quando ocorre a infecção pelo HIV, este desejo é questionado, representando um ponto polêmico mesmo entre os profissionais de saúde. Porém, alguns profissionais acreditam que se existe o desejo e há uma possibilidade de cuidado preventivo para a transmissão vertical, a mulher tem o direito de realizá-lo.

O direito reprodutivo refere-se à prerrogativa de adotar decisões relativas à reprodução, livres de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos de direitos humanos da ONU, citados por Matão (2004: 19). Este direito garante a mulher liberdade para escolher o momento para engravidar. Os profissionais concordam quando expressam: “*e é um direito da mãe, ser mãe, é direito dela, é o mais básico. Então, ela tem que ser orientada, bem orientada, estar consciente dos riscos e tudo.*”, mas condicionam essa possibilidade ao auto-cuidado, ao seguimento das prescrições médicas e do conhecimento dos riscos.

O estudo de Aguiar e Simões-Barbosa (2006: 2118) apresenta que os profissionais de saúde identificam a maternidade como “*uma experiência fundamental e estruturante da identidade feminina, independente da classe social*”. No entanto, estes mesmos autores ponderam sobre a situação quando se trata de mulheres infectadas pelo HIV, chamando a atenção para o risco de expor outra pessoa ao vírus, o que também foi encontrado no presente estudo, como um núcleo periférico muito perto do centro da representação em torno do direito de engravidar.

DSC 8 – A mulher infectada pelo HIV tem direito a expor outra vida ao vírus?

Aí, são dois numa pessoa só, não é? Tudo é mais complicado! Tem as pacientes que já são soropositivas que já sabem, elas engravidam e nesse caso elas têm dificuldade, porque quando ficam grávidas têm que ter mais cuidado. Informar a mãe sobre isso, todas as possibilidades da doença no neném, que ela pensa assim: “ah, eu tô doente, mas eu tô dando conta”, porque ela tá controlada. Aí, ela tem um neném grave, com a síndrome mesmo, com a doença clássica mesmo, e ela não foi informada sobre isso, ela acha que o neném vai nascer tão bem quanto ela está. Então, o controle do HIV é muito importante pra mãe, inclusive

para ela saber que é arriscado fazer outro filho, não é? Porque apesar de que a mulher infectada, se ela fizer o controle e ela tiver a carga viral baixa, ela pode até programar uma gravidez, ela pode até ficar grávida porque quer realmente e já sabendo que as chances de o bebê dela adquirir a doença são menores, se ela tiver um controle da carga viral. Mas eu acho também um tiro no escuro, querendo ou não querendo, se a mulher quer ficar grávida e sabe que tem o vírus, quer dizer; ela tá arriscando a vida daquele filho que ela vai ter.

Apesar do protocolo para a prevenção da transmissão vertical, apesar do direito reprodutivo, os profissionais de saúde, de alguma maneira, ou se pensam com poder para influenciar a decisão da mulher infectada de não engravidar ou acreditam mesmo que têm o dever e o direito de decidir sobre os corpos e desejos femininos. Obviamente, estas são atitudes ambíguas e estão carregadas de representações sobre a aids e sobre a gravidez, que, mesmo negada no discurso, estão presentes no cotidiano do trabalho.

2.2.3 A grávida infectada

O discurso do sujeito coletivo aponta para uma representação participante do sistema com uma das mais centrais acerca da gravidez e infecção pelo HIV: a transmissibilidade do vírus HIV. A grande preocupação dos profissionais de saúde é a transmissibilidade do vírus para o feto, sendo que os discursos incluem a garantia técnica do diagnóstico precoce da soropositividade para o HIV da mãe para permitir a intervenção com êxito.

DSC 9 – A transmissibilidade fetal pode ser controlada

No nosso caso na maternidade aqui, a gente visa mais este aspecto, porque o tratamento, o acompanhamento, tudo ela vai fazer, ou fez lá fora, ela chega aqui já com o diagnóstico ou sem o diagnóstico, então a gente orienta que tem que confirmar e tudo, e que temos que tomar as precauções como se o teste fosse verdadeiro. Isto é o que a gente está querendo de imediato. A transmissão maior realmente é no momento do parto, então você ainda tem como atuar no momento principal, tentando com algumas coisas que a gente faz: não fazer episiotomia, romper bolsa mais tardiamente, se você não sabe carga viral você vai operar, você só faz parto normal realmente se você tem uma carga viral muito baixinha,

numa paciente bem controlada, bem estabilizada.. O que eu acho que é muito importante mesmo a gente pedir o teste rápido aqui na maternidade.

O conhecimento do protocolo aparece como uma constante para o conjunto de entrevistados, mesmo entre aqueles que não participaram da capacitação para o *Projeto Nascer*. Este aspecto mostra a preocupação com as medidas de controle da cadeia de transmissão do HIV no âmbito da maternidade. Entretanto, existe a constatação de que as estratégias de abordagem estão distantes do ideal e raramente conseguem atingir o objetivo da reflexão sobre o risco e construção da autonomia nas escolhas femininas. As posturas podem estar fundadas também na representação de que, de qualquer forma, o trabalho na maternidade é sempre corrido e deve ser ágil, não se permitindo tempo para interações francas e de disponibilidade de escuta da mulher, mesmo depois do parto.

Outro dado ressaltado pelos profissionais foi o desejo da mulher de amamentar o filho, o que também está presente entre as mulheres infectadas pelo HIV. Eles consideram este aspecto preocupante, sobretudo as enfermeiras levantam este tema e o consideram conflituoso para a mulher, porque nos últimos anos, mais precisamente nas últimas duas décadas houve um “levante do direito e dever da amamentação”, com implicações biológicas, filosóficas e sociais, criando-se um paradoxo para a mulher e para os profissionais.

Após a descoberta do vírus HIV no leite materno, surgiu um contra-senso: se o leite é um fator de proteção tão difundido, um alimento perfeito, como é, ao mesmo tempo, uma ameaça, um risco para o filho? As mesmas profissionais que se achavam no dever quase sacrossanto de sempre estimularem a amamentação, agora se vêem na situação de ter de negá-la.

DSC 10 – É preciso informar que o HIV é transmitido pelo leite materno

Eu vou ter de falar aqui, eu trabalho também com pré-natal, é que 90% das mães que freqüentam o pré-natal não sabem que a aids se transmite pelo leite, no aleitamento materno. Algumas já sabem por que já teve neném e já foram chamadas.. Na verdade, lá em cima, eles arrumam um escândalo quando vêem uma mãe dando o leite pro neném da outra, vira um escândalo, não é? Não só aqui, como em vários lugares. Eu sempre falo sobre isso, que transmite, que a gente não dá mamar pro neném de outra pessoa, não deixa ninguém dar pro nosso, porque a gente não sabe... Falo que tem outras doenças também que são transmitidas... Então é isso: eu vejo que a maioria delas não sabe, a maioria das pessoas não sabe que o HIV se transmite pelo leite materno.

Nesse DSC explicitam-se as dificuldades dos profissionais, o temor e o sofrimento por ter de exigir da mãe infectada que não amamente o seu filho, preferindo enfocar a proibição na amamentação cruzada como uma forma de proteção à sua própria representação.

2.3 Representações de profissionais de saúde sobre diagnóstico de infecção pelo HIV na maternidade



Figura 4: Núcleos integrativos das representações sobre diagnóstico de infecção pelo HIV na maternidade.

Como se vê na FIG. 4, as representações em torno do diagnóstico de infecção pelo HIV na maternidade estão relacionadas ao teste rápido, às falhas na atenção básica, ao aconselhamento e a sentimentos envolvidos com o diagnóstico.

2.3.1 O Teste Rápido

Em 1995, o Ministério da Saúde implementou ações no sentido de reduzir a transmissão vertical do HIV, com a testagem das mulheres com risco identificado, inseridas nos programas de pré-natal. A partir de 1997, esta abordagem passou a ser

universal, contudo exigia o consentimento informado da gestante para a realização da sorologia, o que permanece até hoje (BRASIL, 2003a).

Com a evolução da epidemia e o crescimento dos casos entre menores de 13 anos, verificou-se que a cobertura dos exames de pré-natal era baixa e que diversos fatores contribuíam para esta deficiência. Entre eles estão a baixa cobertura da assistência pré-natal, a dificuldade de acesso ao exame e os sérios problemas organizacionais apresentados pelos municípios e estados na construção do modelo hierarquizado e descentralizado da assistência à saúde (FELICIANO e KOVACS, 2002).

Em 2000, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), ampliou-se a testagem para a maternidade. Por meio do *Projeto Nascer*, propôs-se que todas as mulheres que não tiveram acesso à sorologia no pré-natal possam fazê-la na maternidade. Para que isto ocorra de forma ética e integral, indica-se o aconselhamento como forma de esclarecimento à mulher sobre o exame e suas implicações, além de se obter o seu consentimento livre e informado (BRASIL, 2003b).

Na maternidade é prevista a realização do teste rápido, com vistas a intervir para a prevenção da transmissão vertical. Rachid e Schechter (2005:6) lembram que este é um

Teste imunoenzimático capaz de fornecer o resultado em poucos minutos, podendo ser utilizado sangue total e/ou soro, saliva ou urina, sem a utilização de quaisquer equipamentos sofisticados. Sua especificidade e sensibilidade giram em torno de 95% e seu uso deve ser restrito a situações que exijam conduta terapêutica imediata.

2.3.1.1 O teste deve ser oferecido como rotina

DSC 11 – Independentemente do momento do diagnóstico da soropositividade para o HIV, o profissional de saúde não pode perder a oportunidade de proteger o feto

Eu acho que a gente já tem hoje uma tranquilidade muito maior do que tinha, porque a gente sabe que isso diminuiu muito a transmissão vertical. A gente pode oferecer pra essa mãe e pra essa criança um tratamento de ponta, então, hoje é um alívio, você poder pedir o teste, não mais como já

foi, eu vou saber se ela tem HIV pra eu não pegar, e sim, eu vou saber se ela tem HIV pra criança não nascer contaminada. E hoje a gente tem a possibilidade de oferecer esse tratamento, porque antes não era, quando você ia fazer, mesmo que você pedisse o exame na internação, ele ia demorar cinco dias pra chegar, e quando chegava a criança já estava amamentando há cinco dias, aí você ia fazer o que, né? Hoje a gente pode fazer um tratamento real, ela vai internar sabendo, pelo menos com grandes chances se ela tem ou não o vírus. A sensibilidade é bem razoável e aí a gente oferece o tratamento adequado pro neném, principalmente, porque o que a gente tá visando nesse momento é o feto. O que eu penso é que esse exame tinha que ser feito é durante o pré-natal. Essa paciente não tem mais que tá chegando aqui sem esse exame, mas chegou sem, a gente tem como tratar e hoje é um dos melhores recursos que a gente tem para impedir transmissão vertical, ninguém mais, acho que hoje, ninguém que nasceu, pelo menos numa cidade grande igual a Belo Horizonte, sem conhecer se a mãe é HIV positivo ou não. Acho que a grande preocupação de profissional aqui é ter o teste rápido, ter o medicamento, porque já passou o tempo, se ela não foi testada na época que deveria ter sido, vai ser testada agora, pronto bola pra frente, penso que é uma obrigação nossa de ter essas coisas aqui, pra não faltar de jeito nenhum.

Os profissionais colocam sua responsabilidade em prevenir a transmissão vertical, o teste rápido é válido porque dá uma resposta imediata, para uma intervenção direta, eles falam da sensibilidade e da especificidade que dão segurança na condução do caso. Para eles é inadmissível que alguém nasça sem a equipe conhecer a sorologia da mãe para atuar no momento certo, pelo menos em relação ao filho.

2.3.1.2 O teste orienta a conduta mas não é 100%

DSC 12 – A gente tem que tomar cuidado: o teste rápido orienta a conduta, mas ele não dá 100% de certeza

A gente tem que ter muito cuidado, primeiro você tem que perguntar pra ela, se ela realmente não fez, falar que aqui na maternidade, pela instituição já é protocolo fazer o teste rápido, perguntar pra ela se ela deseja. Depois, no resultado é que vem a dificuldade, porque se aquele resultado deu positivo, a gente tem que ter muito cuidado ao abordá-la, ela tá de certa forma desprevenida, porque ela não esperava aquilo, às vezes também é uma inconseqüência dela, porque ela não fez pré-natal, não fez os exames e agora ela tem que saber, de qualquer forma ela tem que saber, tem que tratar! É um choque muito grande pra mulher e pro profissional, que às vezes a gente fica meio sem jeito até de conversar com ela sobre isso... A gente tenta tranquilizar porque o teste rápido pode falhar. Falha pouco porque a sensibilidade é muito alta, a especificidade também é boa, mas existe a possibilidade de falha, então a gente orienta que tem que

confirmar e tudo... Na verdade, as precauções a gente toma com qualquer pessoa, uso de equipamentos de proteção individual, é independente de você saber ou não da sorologia, a gente tem que tomar as precauções como se o teste fosse verdadeiro.

Aqui os profissionais se colocam entre a obrigação de proteger o feto da transmissão vertical, mas também têm a preocupação ética, com o fato de que o nível de certeza não chega ao máximo, havendo 95% de chances de acerto. O teste orienta a conduta, é considerado uma tecnologia fundamental para a prevenção, mas ao mesmo tempo representa um diagnóstico muito sério que carrega implicações sociais, atingindo a mulher em sua integralidade, o que precisa ser sempre ponderado no momento do desvelamento do resultado à cliente (SELLI e CHECHIN, 2005). Ainda assim, a tendência da escolha é pelo pragmatismo do momento, como ficou explicitado no DSC12.

Outro ponto neste discurso coletivo é o juízo de valor sobre a conduta da mulher: *“às vezes também é uma inseqüência dela, porque ela não fez pré-natal, não fez os exames e agora ela tem que saber, de qualquer forma ela tem que saber”* - mais uma vez o profissional se posiciona como alguém que tem as regras da boa postura e, segundo Tuesta et al. (2003), mostra-se como controlador do corpo feminino.

2.3.1.3 Ela tem autonomia, mas eu tento convencê-la

DSC 13 - Ela tem autonomia para se recusar a fazer o exame, mas eu faço a orientação, procuro convencê-la, se ela não aceita, faço os registros necessários

Você tem que tentar convencer da melhor forma possível, eu ia nesse lado assim mesmo dos benefícios que ela teria em fazer, a maioria hoje é muito tranqüila em fazer. Se existe alguma resistência, pode saber que tem alguma coisa. Porque elas até fazem questão de fazer, aqui mesmo elas pedem às vezes para repetir, então eu vejo assim, que elas tão com mais consciência... Eu acho que não teria muita dificuldade em conseguir não, mas a gente sabe que é da liberdade dela, se ela não quiser fazer, a gente com certeza, eu não seria assim invasiva obrigando. Não! Não quer fazer? Pronto, eu liberava ela, eu falaria: 'então se um dia você tiver vontade, você procura a gente'. Não ia forçar, não. Na

verdade, a gente pensa é nela e no bebê mesmo, mas é claro que eu também teria que escrever, eu escreveria no prontuário. E comunicaria à equipe, porque é responsabilidade nossa. Eu agiria dessa forma.

O discurso do sujeito coletivo traz a representação da liberdade da mulher em se submeter ao teste, mas também de sua obrigação profissional em informá-la e convencê-la da importância de sua realização para si e para o recém-nascido, havendo neste discurso uma ambigüidade. Face à representação da autonomia da mulher há uma outra representação: quem se nega a fazer o exame é porque “tem culpa no cartório” – como presente no ditado popular. Por isso, para estes profissionais vale o cuidado de sempre deixar registrada a decisão da cliente.

A possibilidade da negação em realizar o teste estar relacionada a alguma suspeita de estar infectada e o fato de uma maioria das mulheres já ver benefícios em fazê-lo são apontados também em resultados de outros estudos (MOREIRA, 2002 e MATÃO, 2004). A representação central ainda é muito forte, mas o sistema periférico vai sofrendo erosão e modificando comportamentos na sociedade.

2.3.2 Falha na Atenção Básica

2.3.2.1 A Atenção Básica está desorganizada, apesar de todos os critérios definidos para o cuidado materno-infantil

DSC 14 – A atenção básica está desorganizada, apesar de todos os critérios definidos para o cuidado materno-infantil

Eu às vezes fico muito preocupada com o nível de pré-natais que as maternidades recebem, com o nível de orientação que as clientes nos chegam, parece-me que elas não estão sendo atendidas durante o pré-natal por especialistas, mas por generalistas...Claro que eles podem sim atender, tanto podem como estão autorizados pra isso, mas com certeza têm deixado a desejar no âmbito da assistência e da orientação à nossa cliente. Vou até abrir um gancho aqui, vou falar; é muita DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez), é muita diabetes gestacional, VDRL positivo, é muito CIUR (Crescimento Intra-uterino Restrito), é muita infecção urinária, são muitas as patologias, que muito

poderia ter sido feito durante o pré-natal como conduta profilática que seria muito eficaz. É uma coisa fácil de atingir a população, era só ter uma política de governo que fosse voltada para isso, apesar de que o governo até tem uma campanha contra a aids, o Ministério tem um impresso próprio, um livrinho que é o que fazer na gestante, no adulto e na criança. Eu acho que falta mais incentivo nesta parte, principalmente do governo, e dos profissionais de saúde, eu vejo assim, quando a mãe não tem acesso ao pré-natal, na verdade ela não foi informada, porque ela não procurou uma assistência, eu acho que começa antes disso, ela deveria ser informada primeiro da importância do pré-natal, tudo o que é importante para ela fazer no pré-natal, não só em relação a aids, mas também de outras doenças.

Os profissionais responsabilizam a desorganização da atenção básica, incluindo o fato de que o pré-natal pode estar sendo realizado por médico generalista, sobre o qual há uma discordância (Cooperativismo?), afirmando que isto afeta também a prevenção de outras patologias materno-infantis. De fato, há uma posição que não é somente dos profissionais entrevistados, mas do próprio Ministério da Saúde, de que a assistência à mulher deve começar antes do pré-natal: o PAISM tem a proposta de assistência integral, mas, segundo Costa (2004), os profissionais não têm se mostrado preparados para as ações educativas contextualizadas e que dêem conta da complexidade da promoção à saúde.

O DSC aqui apresentado aponta falhas na atenção básica como o principal motivo para a chegada da mulher à maternidade sem o exame. Para eles, o arcabouço teórico e metodológico para a assistência materno-infantil é bem definido, existem diretrizes que delinham as linhas de cuidado, propondo os fluxos assistenciais e, no entanto, nem sempre o acesso é garantido em sua integralidade. O estudo de Feliciano e Kovacs (2002) mostra as vulnerabilidades programáticas que afetam a prevenção da transmissão vertical do HIV, indicando a desorganização na atenção básica e obstáculos ao acesso aos serviços de saúde. Gianvecchio e Goldberg (2005) analisaram os fatores protetores e de risco para a transmissão vertical e verificaram que a cobertura da assistência pré-natal é um fator positivo. Os profissionais entrevistados, em um discurso coletivo que dá ênfase às

dificuldades vivenciadas no processo de trabalho cotidiano na maternidade, estão na mesma vertente dos autores citados.

Os profissionais lembram que a desorganização na atenção básica, afeta também a prevenção de outras patologias materno-infantis que são preveníveis e sugerem que a assistência à mulher comece antes do pré-natal, o PAISM tem a proposta de assistência integral, mas os profissionais não têm se mostrado preparados para esta ação educativa (COSTA, 2004).

2.3.2.2 É responsabilidade da Atenção Básica captar precocemente a gestante

A captação precoce é indicada como a maneira mais eficaz de conseguir realizar todas as fases do processo de aconselhamento, solicitação do consentimento e testagem anti-HIV. Os profissionais ressaltam que muitas mulheres até conseguem colher o material para o exame durante o pré-natal, mas nem sempre têm o resultado no momento da internação para o parto. Eles afirmam que isto se deve à demora para conseguir a consulta de pré-natal e ter acesso ao resultado do exame no tempo certo. Para eles, a logística laboratorial não colabora com a dinâmica assistencial, embora no protocolo de assistência pré-natal, a sorologia anti-HIV seja definida como prioritária.

DSC 15 - É responsabilidade da atenção básica captar precocemente e garantir a vinculação das gestantes nos programas de pré-natal

O que me dá muita tristeza é ver, principalmente no SUS, mães que não tem nenhum acesso a um tratamento ou controle e não tem por falta de informação, atenção profissional, ela não é informada de uma forma que ela tem a possibilidade de se tratar durante a gravidez, tratar tanto a si mesma quanto o nenenzinho, impedir este neném de se contaminar. Você tem em conta que o fato de ela não ter feito o teste anti-HIV no pré-natal, se por acaso ela é HIV positivo, você perdeu uma chance de entrar com os anti-retrovirais pra ela, você perdeu a chance de dar uma maior proteção pro feto. A mãe não procurou o pré-natal, mas a obrigação da unidade básica de saúde é fazer busca ativa, ela tem que ir à comunidade, saber onde tem uma grávida, chamar pra fazer o pré-natal, tem que fazer a busca ativa, então a unidade básica de saúde tem uma responsabilidade muito maior até do que a da própria paciente, em relação aos cuidados do pré-natal.

Em Belo Horizonte, o Programa BH Vida Saúde Integral, prevê a implantação da estratégia do programa Saúde da Família com o credenciamento de 485 equipes, garantindo cobertura para cerca de 1,5 milhão de pessoas (BELO HORIZONTE, 2003). Este modelo de atenção à saúde propõe a responsabilização das equipes pelas suas áreas de abrangência, numa tentativa de otimizar a vigilância à saúde, as gestantes estão entre os grupos prioritários de atenção. Contudo, ainda há falhas neste sentido, o que causa indignação aos profissionais que assistem à mulher na maternidade.

DSC 16 – A falha tem sabor de fracasso

Por uma falha no pré-natal, ela não teve uma assistência de pré-natal adequada... É inadmissível uma parturiente chegar numa maternidade sem ter feito o anti-HIV. Isso é indiscutível, é uma assistência pré-natal inadequada. Onde tá a falha eu não vou saber apontar, mas que o pré-natal dela foi inadequado, e muitas vezes a falha não é nem de um médico que não pediu. Então, muitas vezes foi até solicitado, mas começou o pré-natal tardio, então quando chega aqui na maternidade, às vezes o exame tá lá no centro de saúde, e a paciente não conseguiu pegar... Deveria é ter uma busca ativa, porque existe caso de paciente que fez uma sorologia e não pegou o resultado, não procurou o posto pra nada, depois ela foi consultada aqui, fez o teste rápido e o teste rápido dela deu negativo. Depois, chegou o resultado do posto e deu positivo. O que a gente fez não teve resolutividade nenhuma assim.

Os profissionais se dizem, então, desgastados emocionalmente, admitindo que o cuidado não pode ser encarado de maneira mecanicista, como o fizeram em outros momentos das entrevistas, quando valorizaram, sobretudo, os procedimentos técnicos. Aqui, ao buscarem compreender o lugar deles no sistema, os sentimentos afloram: o cuidado aparece como intersubjetivo. Nestes discursos dos sujeitos coletivos aparecem diferenças entre o produzido pelos enfermeiros e pelos médicos, como se verifica nos itens abaixo.

2.3.3 Sentimentos envolvidos com o diagnóstico

O diagnóstico é o objetivo central na prática biomédica, a partir dele são tomadas decisões e condutas para o tratamento. “Os médicos concedem essa valorização especial ao diagnóstico porque nele se encontram depositadas as expectativas e esperanças de resolução do caso exposto pelo paciente” (BONET, 2004: 89). O diagnóstico de infecção pelo HIV, por trazer consigo significados sociais negativos, acarreta no profissional uma situação conflituosa e delicada, abrindo espaço a uma reflexão sobre sua própria implicação na assistência.

2.3.3.1 Eu sofro quando dou a notícia

Neste estudo, as enfermeiras demonstraram uma tendência à identificação com as mulheres que recebem o diagnóstico de soropositividade para o HIV em um momento tão crítico como o trabalho de parto, Aguiar e Simões-Barbosa (2006) também encontraram confluências, identificações e solidariedade de gênero entre as profissionais do sexo feminino com suas pacientes infectadas pelo HIV.

O modo de ser médico difere do modo de ser enfermeira fundamentalmente pela distinção entre os seus focos de trabalho apreendidos em sua formação. Para a enfermeira a pessoa é o sujeito do cuidado, é a peça precípua na sua prática, que requer um contato mais próximo, seu objetivo é promover qualidade de vida, a partir do cuidado, o que lhe exige interação. Este aspecto a coloca em maior contato com as subjetividades (WALDOW, 2001), mesmo que esta formação ainda esteja firmemente calcada no modelo biomédico (ALMEIDA e ROCHA, 1997). Para o médico, as entidades clínicas, os protocolos científicos e a habilidade para a intervenção são mais valorizados em sua formação, considerados como pilares de sua competência, em que pese os encontros sociais que sua

prática lhe impõe, o contato com as subjetividades constrange e reclama o deslocamento para uma área que permita a objetivação e a explicação direta (BONET, 2004).

DSC 17 – Eu sofro com a situação

Eu acho uma situação muito triste, uma situação muito complicada, porque ali já são duas vidas, não é mais só a dela, você já pensa na questão da saúde dessa mãe, dela aceitar a doença, dela se cuidar, de assimilar aquelas orientações para cuidar dessa criança pra que ela tenha alguma chance... Então, é uma situação triste e preocupante, principalmente comigo, eu sofro com aquela situação, vendo como ela está passando naquele momento, que é muito importante pra ela, tem muita mulher que fica feliz com a questão do parto, de ter um bebê, e ela ter uma notícia desta nesse momento, é uma angústia muito grande, um sofrimento muito grande.

As profissionais enfermeiras referem-se, portanto, à preocupação com o peso deste diagnóstico, com todos os cuidados que esta mãe terá que conviver a partir dali, o quanto é sofrido receber esta responsabilidade junto com a maternidade, mas também na fala dos profissionais médicos aparece tristeza e impotência frente à situação da mulher mãe infectada.

2.3.3.2 É pesado, sinto-me impotente e pesaroso

O discurso de médicos e médicas, participantes desta pesquisa, gira em torno do pesar e da impotência frente ao diagnóstico de infecção pelo HIV da parturiente, pelo fato de não ter como apresentar alternativas de cura, de resolver o problema que eles reconhecem como além do biológico, mas que aparece naquele momento como algo fora do quadro, despropositado. A representação mais forte aqui é de que a aids é uma doença que não tem cura.

DSC 18 – É um diagnóstico muito pesado para ser dado no momento do parto, me sinto impotente e pesaroso

Eu tenho dó... Porque se fosse uma doença que tivesse cura, menos mal, se fosse por exemplo: 'ah, é uma pneumonia, trata com antibiótico' Mas hoje quem tem o vírus ainda é estigmatizado, eu acho que ainda é, a mulher chega pra ter a alegria do parto, do nascimento, do neném e de repente ela fica sabendo, junto com aquela alegria que ela tem o vírus, e que pode

desenvolver uma doença que ainda não tem cura... Meu sentimento é de impotência, fico sentindo aquela angústia, um sofrimento por aquela paciente, porque você vê o sofrimento no olhar dela, é complicado. E basicamente tem a questão que você coloca a situação pra paciente e não tem como resolver, o que você pode fazer por ela naquele momento? Porque se tivesse um tempo de abordar, de falar, de explicar, ia me sentir um pouco mais seguro.

Neste DSC, fica claro que a correria, a falta de conversa, de interações e disponibilidades, pelo fato de que está instituído como centro da atenção aquelas ações técnico-clínicas, aponta o revés da medalha: a disponibilidade para a conversa poderia oferecer mais segurança ao profissional. As propostas de humanização da assistência estão nesta vertente (BRASIL, 2000b), mas é preciso romper com representações tão voltadas para o que Merhy (1997) chama de ‘tecnologia dura’ para que estas propostas possam se concretizar no dia-a-dia do trabalho.

2.3.3.3 A Esperança

A esperança é a fé depositada sobre algo que se deseja conquistar (FERREIRA, 2004). Para os profissionais, principalmente os que acompanharam a evolução da epidemia, há indícios de aperfeiçoamento nas formas de controle do HIV/Aids, trazendo esperança para a pessoa infectada e para quem cuida, o que serve como um outro lado da balança nas representações de morte, de condenação, de sofrimento que a aids tem. Este sentimento abre espaço para o profissional pensar seu trabalho com um pouco mais de tranquilidade na abordagem da parturiente.

DSC 19 – Atualmente há esperança, eu dou a notícia pensando na prevenção da transmissão vertical

Eu vejo isso com esperança porque hoje em dia a gente tá vendo que as pessoas estão vivendo mais... A minha única preocupação é em relação a adesão, ao estado psicológico da mulher frente a essa dificuldade, principalmente nós que trabalhamos com uma classe social menos privilegiada e que ela por vezes não tem assim uma boa adesão..., principalmente a compreensão de que ela tem que usar camisinha, tem a questão do parceiro. Não sei se é porque eu já fiz parte de um passado onde era um estigma muito grande, era uma dificuldade de lidar, de aceitar aquela mulher, e hoje em dia a gente trabalha com elas assim de

uma forma mais tranqüila, você só pensa em avanço, em melhoria de qualidade de vida, em aquele bebê não ser um soropositivo. Quando se fala numa gestante com HIV fica em minha cabeça mais a prevenção, pra evitar esta transmissão para o recém-nascido.

Esse discurso é compartilhado por todos os profissionais, centrando-se no fato da performance dos anti-retrovirais como a grande esperança de melhoria de qualidade de vida da mulher e de proteção do filho, mas também o receio de que estas não se sujeitem a fazer corretamente o tratamento. Para os profissionais, os ARV foram a grande conquista dos últimos tempos, mas persiste as dificuldades sentidas de não adesão aos tratamentos, como um fantasma a perseguir a esperança. Guimarães et al (2003), Ceccato, et al (2004) e Dourado, et al (2006) corroboram este resultado em seus estudos com pessoas vivendo com HIV em uso de ARV.

2.3.4 Aconselhamento

O Aconselhamento é uma tecnologia de cuidado que permite a construção de uma relação de confiança entre os interlocutores, *“visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.”* (BRASIL, 2000:10).

2.3.4.1 O pré-parto não é lugar para o aconselhamento

O Aconselhamento em Hiv/Aids envolve questões psicossociais, principalmente nas situações de alta vulnerabilidade e demandam capacitação, prática e aperfeiçoamento do profissional nos aspectos relativos ao contexto afetivo/sexual de seus clientes.

Nesse sentido, o Aconselhamento requer tempo e um espaço onde haja privacidade e oportunidade de escuta e reflexão.

DSC 20 - O trabalho de parto não é momento para o aconselhamento

O trabalho de parto ele já é delicado por si só, sem ter nenhuma outra intercorrência, acho que é um momento de pensar mais na vida do que na doença. O trabalho em si é doloroso, uma dor que a incomoda, e que elas ficam inquietas e que elas não vão assimilar o que você está falando naquele momento, então é complicado você falar sobre o teste nesse momento, eu acho que é bobagem no trabalho de parto, também porque eu acho que a mulher está muito introspectiva, até irracional, todo o movimento que ela faz pra dá conta.. Eu fico sempre achando que pode atrapalhar ficar falando demais, puxando ela pra fora do momento que ela está vivendo. Acho que informar sim o que é que tá sendo feito, mas também render muito aquele assunto, ali naquela hora, vai interferir, tem que preservar esse momento dela. Aí, é fazer do jeito que der. Não sei como que é certinho, tem que aconselhar, mas não é hora de ficar falando muito, a mulher lá, sentindo contração e tal, é e não é. É porque se der o positivo, você vai ter que entrar com a medicação, ela vai ter que saber porque que tá entrando, o que está acontecendo, mas ao mesmo tempo bate com o momento que ela está vivendo. Porque o trabalho de parto é o momento dela.

O trabalho de parto é um momento único, um período crítico na vida da mulher, e o seu significado está intimamente ligado com a subjetividade e a cultura de cada uma, desta forma é vivido de forma diferente, em cada contexto (CECCATO e SAND, 2001). É sentido como um instante de passagem de um estágio a outro, a gestação que tem longa duração, para a materialização do filho, é irreversível e precisa ser enfrentado a qualquer custo (MALDONADO, 2002). Além disso, é vivido solitariamente, ainda que a mulher tenha um acompanhante, outras parturientes ao redor, e a própria equipe obstétrica, porque o que ocorre, as mudanças, transformações, dores, é dela, só dela.

No discurso dos profissionais, o trabalho de parto não é lugar para interferências, a não ser que haja intercorrências que as justifiquem. Por isto, aparece a dúvida quanto ao aconselhamento: *“é e não é. É porque se der o positivo, você vai ter que entrar com a medicação, ela vai ter que saber porque que tá entrando, o que está acontecendo”*. Neste caso, para eles o simples fato de comunicar que farão o exame funciona como o aconselhamento. Embora isto produza um dilema ético.

2.3.4.2 Há outro lugar para o aconselhamento na maternidade?

O trabalho de parto pode ser rápido, mas a mulher ainda ficará um tempo nas dependências da maternidade, alguns profissionais acreditam que o pós-parto seja o momento adequado para o aconselhamento.

DSC 21 - Será que o aconselhamento tem outro lugar na maternidade, que não o pré-parto?

Eu fico aqui pensando se depois que o neném nascer, no pós-parto, quem sabe não seria na alta, ou depois que ela já passou, no caso de ter dado positivo, a gente vai orientá-la. Depois que passar aquele período ela está mais tranqüila, o neném já nasceu, está tudo bem, será que não seria o momento mais adequado de se fazer o aconselhamento? O que ela tem que ter de cuidado, toda a questão da prevenção de aids, e tal, abordar... mas também nem sei se é a hora certa. Sei lá, ela vai ter informações demais, você vai falar; vai ter que tomar a medicação, vai dar uma pirada, vai a mil.

Os questionamentos acima colocados estão presentes fundamentados nas representações sobre o momento do parto e a correspondente fragilidade da mulher, mas, sobretudo, nas próprias representações sobre a aids e o aconselhamento. Parece que estes sujeitos pensam o aconselhamento como “um passar informações”, uma orientação no sentido de listar condutas, deixando de lado a compreensão da necessidade de uma interação e escuta ativa, contextualizadas, que os permitiria saber os limites do possível naquele momento. Nem sempre o profissional se sente preparado para este encargo e se posiciona defensivamente. Apesar de reconhecer que a mulher precisa do aconselhamento, o profissional vai se refugiar em uma série de pretextos que adiam o procedimento que ele acredita necessário e isto gera uma falha que se perpetua nas relações, agravando o desconhecimento da população sobre o risco e elevando a vulnerabilidade.

DSC 22 - O aconselhamento tem que ser feito em qualquer contato, é uma falha perder a oportunidade de fazê-lo

Eu acho que uma falha do profissional de saúde, infelizmente eu não estou falando do enfermeiro, do médico, eu acho que é de todos, é porque a gente tende a não reforçar a coisa quando a mãe está aqui, uma

mãe que não fez pré-natal, às vezes é incômodo pra gente falar: “olha, mas é importante numa próxima gravidez tem que fazer consulta”. A gente vê que a mãe sai daqui ainda sem orientação, ela vem sem pré-natal por falta de informação e ela sai ainda sem informação. Às vezes você fala para a mãe que ela vai fazer o teste rápido, então você pede consentimento, olha você tem que fazer o teste rápido anti-HIV, mas você não informa para ela a importância disso, nem porque. Não é porque ela é grupo de risco ou não, falar pra ela que ela está vulnerável, a partir do momento que ela tem uma vida sexual ativa: “você tá vulnerável a contrair o vírus”. Então, eu acho que a abordagem começa antes do pré-natal, você tem uma consulta ginecológica, você orienta a todas as pacientes que a única maneira é se prevenindo, é importante para ela se cuidar, importante ela tratar se tiver alguma coisa, é importante prevenir para o recém-nascido, então muitas vezes eu acho que isso passa batido mesmo. É uma falha que vai se perpetuando, ela vem antes de chegar no hospital e continua depois que a mãe sai dele.

Pereira (2005) apresenta como as representações sociais sobre a dor e a morte, dos profissionais de saúde, afetam sua forma de cuidar e, sobretudo, de lidar com os diagnósticos complicados, considerados “má notícia”. Em todo caso, as dificuldades existem e o discurso do sujeito coletivo aponta a necessidade de constantes capacitações e de trabalho multidisciplinar, como se vê abaixo.

2.3.4.3 É preciso apoio multidisciplinar

Os profissionais relatam que não têm suporte teórico suficiente para oferecer o aconselhamento nos momentos em torno do parto. Estudo anterior realizado por Costa (2004) também mostra este resultado, sendo que aqui, mais uma vez, eles apontam esta dificuldade como o principal motivo para evitarem o aconselhamento. Porém, no centro do DSC prevalece a postura de passar para um outro profissional que não o médico ou enfermeira da equipe a responsabilidade no acompanhamento caso o resultado seja positivo para o HIV. Assim, existe a representação de que o aconselhamento é uma ação multidisciplinar, mas sendo ainda uma representação bem periférica: a mais forte mesmo é de deixar que alguém outro se ocupe porque aquele profissional não se sente preparado, mesmo sabendo que é sua responsabilidade também. Isto perpetua, na prática, a não capacitação e a assistência fragmentada.

DSC 23 - O aconselhamento exige multidisciplinaridade, mas prefiro que seja outro profissional a fazê-lo

A parturiente tem que ser acolhida por vários profissionais, a gente não dá conta sozinha, saber dessas coisas. Uma notícia dessas, eu tenho uma tendência a ficar tentando afastar coisas que vão incomodar uma mulher em trabalho de parto, e por isso essa dificuldade de abordar esse assunto. Às vezes não tem espaço também, mas de qualquer forma é um momento que a gente tem que ter muita tranquilidade, nessa hora dá vontade de nem tá perto, de nem tá no plantão no dia, mas se a gente tiver... Deveria, eu acho, pedir ajuda, e como a gente trabalha numa equipe interdisciplinar (nós temos uma psicóloga e uma assistente social que trabalham no hospital), ela nos ajuda a elaborar essas dificuldades com mais tranquilidade.

Esta estratégia de encaminhar a outro profissional uma demanda pela qual não se consegue responder pode ter mais de uma interpretação, a primeira, e defendida pelos profissionais, é a carência de suporte teórico para a abordagem, mas ainda há a dificuldade de lidar com situações com carga afetiva/social intensa como o diagnóstico de HIV/ Aids, levando a um distanciamento da situação. A consequência mais séria é o afastamento do pressuposto da integralidade na assistência.

2.4 As Representações dos profissionais de saúde sobre maneiras de cuidar de mulheres com (risco)/infecção pelo HIV na maternidade

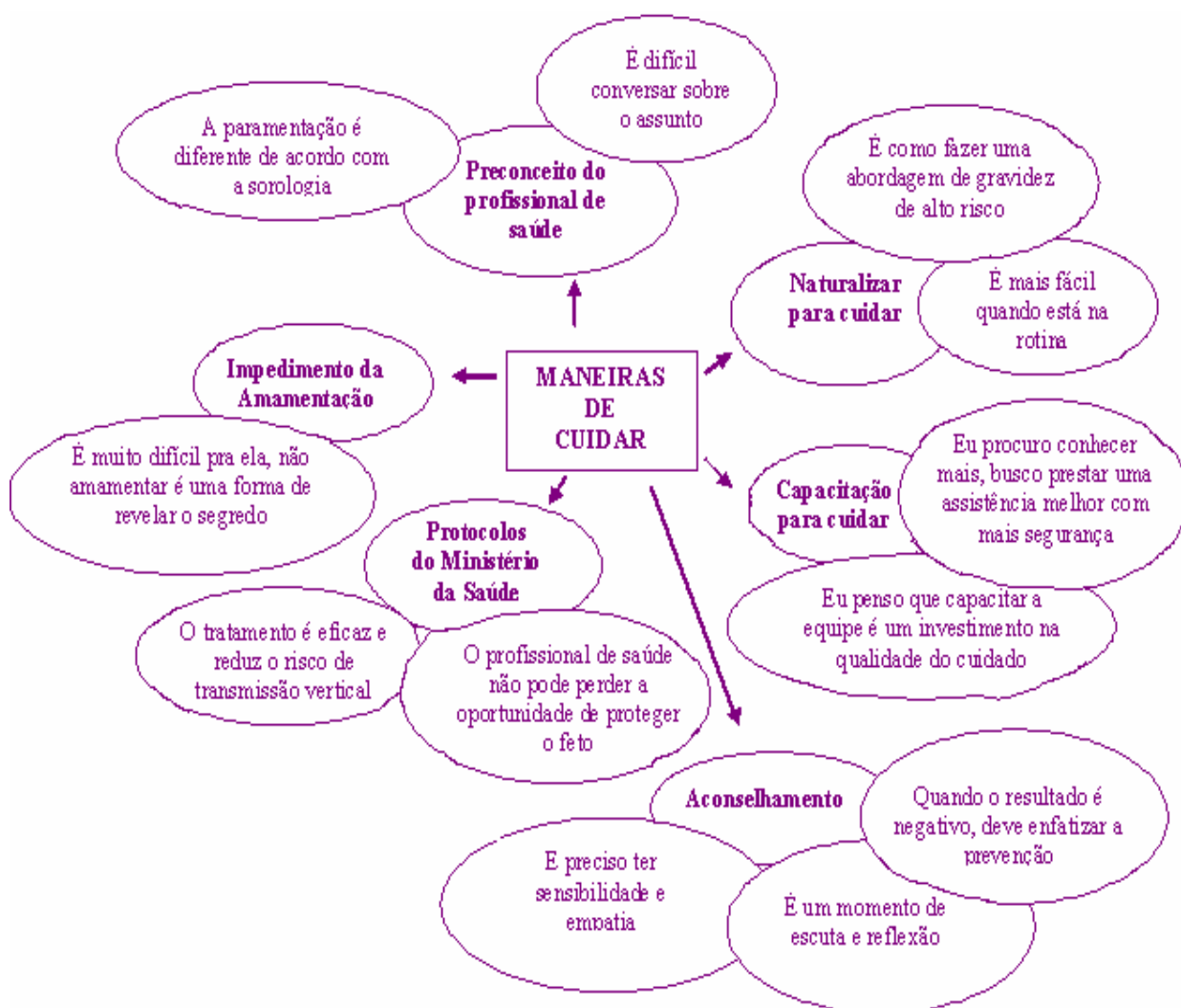


Figura 5: Núcleos integrativos das representações sobre as maneiras de cuidar de mulheres com (risco)/ infecção pelo HIV na maternidade.

2.4.1 Capacitação para Cuidar

A capacitação é uma reivindicação legítima dos profissionais, sobretudo porque sua formação não lhes garante habilitação para lidar com questões que demandam respostas afetivo-emocionais.

A proposta de capacitação do Ministério da Saúde prevê mais que encontros nos quais se desenvolvem discussões pertinentes aos conteúdos formais para a aquisição da habilidade de aconselhar, pois reclama um posicionamento de grupo que mantenha o hábito de debater, examinar e contestar as formas de cuidar, tornando-se um investimento na qualidade da assistência. É o que o DSC a seguir lembra.

DSC 24 – Eu penso que capacitar a equipe é um investimento na qualidade da assistência

Fico pensando na segurança de estar abordando, muitas vezes por falta mesmo de conhecimento. Hoje a gente já sabe que tem serviços que a paciente pode ser encaminhada pra tá sendo acompanhada. Antes de participar da capacitação eu tinha essa insegurança de como que eu vou chegar, como que eu vou falar pra ela? Hoje tudo ficou mais fácil. O que a gente pensa é, principalmente, em investimento psicológico para a pessoa que atua diretamente com o paciente já infectado pelo HIV, seja privado ou coletivo, a fim de oferecer mais qualidade, para que o paciente seja tratado, medicado com igualdade perante os outros, respeitando as suas particularidades de cuidados maiores que eles devem ter.

Os profissionais apontam que a capacitação é uma forma de investir na assistência porque os torna aptos a responder às demandas dos pacientes, sobretudo às biofisiológicas, ligadas ao tratamento e encaminhamentos. Mesmo levantando a necessidade de apoio emocional, em seus discursos não há menção clara desta necessidade, novamente eles escamoteiam a dificuldade de lidar com as situações carregadas de significados psicossociais.

DSC 25 - Eu procuro conhecer mais, busco prestar uma assistência melhor

Eu estudo hoje o binômio, e com muito rigor, mãe e filho, porque são duas especialidades que exigem de mim muita dedicação, muita atenção pra eu ser capaz de atuar, eu acho que falta muito as pessoas falarem sobre o assunto, fica tudo meio subentendido e ninguém fala abertamente: “olha é importante você fazer o pré-natal, porque você tem uma doença, que se você prevenir da próxima vez seu neném pode não ter doença nenhuma”. Aqui na maternidade a gente tem uma experiência com essas pacientes, tem um grupo que atende a essas pacientes (fora do serviço no qual a pesquisa foi realizada), que é o do Dr... que é passado pra gente essa questão de abordagem, levantamento da história dessas pacientes e tudo o mais.

Por outro lado, individualmente ou em grupos, alguns profissionais procuram modificar esta forma de responder às pacientes, de um modo que favoreça a escuta ativa e a reflexão, mas isso ainda acontece de maneira dispersa, em pequenos grupos. Nestes espaços, são discutidos aspectos que vão além do tratamento com ARV e acompanhamento terapêutico, aproximando-se do ideal da integralidade da assistência. O estudo de Oliveira et al. (2005), apresenta o movimento de um grupo de profissionais no sentido da humanização da assistência, que reconhece a necessidade de mudanças da sua prática, ao fazerem um esforço continuado para compreender os contextos adversos e inevitáveis a que estão sujeitos os pacientes soropositivos para o Hiv.

Oliveira et al. (2005:697) afirma ainda que

(apesar) da importância de capacitações, treinamentos ou programas que visem a uma conscientização mais extensiva acerca da humanização das práticas de saúde, um resultado efetivo nesse sentido parece depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser tão melhor compreendidos e trabalhados quanto mais se basearem no fazer cotidiano dos serviços de saúde, nos afetos, diálogos e ações que se efetuam nesse rico espaço de encontros.

Os profissionais participantes desta pesquisa indicam o fato de não discutir o tema de forma sistematizada e constante, como um fator que dificulta a difusão de idéias que poderiam melhorar a qualidade da assistência e a habilidade da equipe em acolher as necessidades da paciente.

2.4.2 Aplicabilidade dos Protocolos do Ministério da Saúde

Um protocolo pode ser definido como um conjunto de procedimentos consensuais que determinam um fluxo de ações, cujos resultados foram aprovados em testes anteriores, ou confirmados por autoridade científica. O Ministério da Saúde propõe normas, rotinas e fluxos para cada caso de assistência ao HIV/Aids, onde são previstas prescrições de ARV e

condutas propedêuticas para a avaliação de cada caso. Existe uma vasta variação terapêutica, que deve ser avaliada criteriosamente pelo médico responsável pelo paciente. No caso da infecção na gestante, há um fluxo especial que visa a prevenção da transmissão vertical, com o uso da Zidovudina (AZT), que deve ser iniciada a partir da 14^a semana de gestação. Além disso, a mulher deve ser informada sobre os riscos e benefícios desta terapêutica e ser monitorada por uma equipe competente. Mesmo em caso de conhecimento tardio do diagnóstico, o uso do AZT intravenoso no trabalho e parto e AZT xarope para o recém-nascido estão indicados, além do impedimento do aleitamento materno e utilização de alternativas para a alimentação do recém-nascido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2.4.2.1 O protocolo oferece um tratamento eficaz contra a transmissão vertical

DSC 26 – Fico tranqüilo porque o tratamento é eficaz, e reduz a chance de transmissão vertical

Bom, eu acho que atualmente a transmissão da mãe, materno-fetal do HIV, é uma coisa que tá sendo bem conhecida, divulgada, então na medida em que a gente pede o teste HIV no pré-natal, o risco de transmissão pro feto é muito pequeno, a gente pensa em usar todos os recursos que a gente tem para proteger o feto e ficar atento se ela está bem esclarecida, da importância das medidas que devem ser tomadas para proteger. Então, se você faz um pré-natal bem feito, faz um acompanhamento bem feito, faz a sorologia, a carga viral e toma a medicação, a chance de contaminação pro neném é muito menor, ela é quase, ela chega a quase zero. Se você continua fazendo o acompanhamento no pós-natal, as chances aumentam, o neném que vai tomar o xarope, segundo as normas do Ministério da Saúde, o protocolo, a administração do coquetel, etc., essas coisas, tratá-la sem excluí-la, o que nós temos é que prevenir a transmissão materno-fetal.

Os profissionais, sobretudo os médicos, admitem a importância do protocolo e seus discursos demonstram o crédito sobre as normas e rotinas propostas. É notória e unânime a sua aceitação, reconhecendo-o como uma ferramenta imprescindível na prevenção da transmissão vertical do HIV, que torna mais segura a intervenção.

DSC 27 - O tratamento é tão eficaz que não é admissível perder a oportunidade de controle no pré-natal

O que eu penso é que esse exame tinha que ser feito é durante o pré-natal. Essa paciente não tem mais que estar chegando aqui sem esse exame. Isso me deixa nervoso, porque a gente sabe que a assistência pré-natal aqui no Brasil ela é feita bem, se a paciente procura, apesar de alguns postos terem a dificuldade de exames e certos tipos de coisas. Então, quando eu vejo um cartão de pré-natal sem testagem de HIV, sem testagem de rubéola, toxoplasmose, glicemia, uma consulta de pré-natal por exemplo, dá até nervoso, porque a gente sabe que aquilo ali é uma falta de interesse da paciente. Elas não sabem que o fato de fazerem pré-natal, quando a mãe é contaminada ela pode ser controlada, então se você faz um pré-natal bem feito, faz um acompanhamento bem feito, faz a sorologia, a carga viral e toma a medicação, a chance de contaminação pro neném é pequena.

2.4.2.2 O Profissional de saúde não pode perder a oportunidade de proteger o feto

Em todos os discursos é evidente a preocupação do profissional com o feto, todo o esforço é empreendido em favor do nascimento saudável da criança. Contudo, ainda há a tendência de afastar a idéia de doença e morte do momento e lugar de nascer, contribuindo para uma provável negligência quanto aos riscos de infecção pelo HIV da mãe. Isto talvez ocorra também como forma de se proteger do inevitável encontro com as mazelas sociais que o diagnóstico do HIV/Aids traduz.

DSC 28 – Eu sei que existe um protocolo, mas eu nem penso em HIV no meu dia-a-dia.

Eu penso que a minha visão ainda está muito pequena, agora que você tá levantando é que a gente começa a pensar que às vezes a gente negligencia um pouco, as questões do dia-a-dia, apesar de que, o governo até tem uma campanha contra a aids, o Ministério tem um impresso próprio, um livrinho que é o que fazer na gestante, no adulto e na criança. Mas na hora mesmo, quando eu tô aqui lidando com as pacientes eu nem lembro de HIV, sinceramente, eu nem lembro, eu nem sei se eu tivesse na admissão se eu lembraria.

Por outro lado, o profissional pode adotar uma postura de vigilância constante, em todos os casos, uma maneira de encarar a vulnerabilidade de frente e evitar a negligência, sentindo-se mais seguro.

DSC 29 – Eu não vejo diferença entre a mulher que não fez o exame e a que fez, tenho que aconselhar as duas.

Acho que a instrução tem que ser a mesma, a conduta tem que ser a mesma. Na realidade, às vezes eu até falo com a equipe que mesmo aquelas que fazem o teste, como elas fazem no início da gravidez, elas poderiam estar numa janela imunológica, elas poderiam adquirir o vírus depois, durante a gestação. Então, aquele teste negativo na realidade não diz que a pessoa naquele momento do parto não tem o vírus. E tem o teste rápido que também não é cem por cento de certeza que ela também está infectada ou não pelo vírus, eu acho que a gente sempre trabalha com esse possível, mesmo ela tendo ou não o teste, a abordagem tanto da mulher que fez o exame como a que não fez no pré-natal, pra mim é a mesma.

Esta condição remete ao aconselhamento, como investimento nas relações entre profissionais e clientes, favorecendo o diálogo e a reflexão sobre contexto e risco.

2.4.3 Aconselhamento

2.4.3.1 É um momento de escuta e reflexão

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) atribui ao aconselhamento os objetivos de oferecer apoio emocional, promovendo a redução do estresse; apoio educativo, permitindo a reflexão sobre os riscos individuais e a aquisição de comportamento e práticas mais seguras; a adesão ao tratamento, além da avaliação de risco que pode contribuir na prevenção de novos casos. Por isto, é um momento de interação, de escuta, sobre o qual o DSC abaixo chama atenção. Aqui, a representação sobre o trabalho de cuidar encontra-se mais próximo da integralidade e da humanização.

DSC 30 - O aconselhamento não pode ser automático, é um momento de reflexão sobre risco e prevenção

Não pode ser uma coisa automática (o aconselhamento): “Olha, a gente tá colhendo o teste é pra isso e tal”. Aí, começa a falar uma porção de coisas, prevenção, como é que é, como que não é, aí começa a falação toda. É um momento de escuta, vai ouvir, você tem que ter uma privacidade, um momento pra conversar sobre esse assunto com a mulher, principalmente a compreensão de que ela tem que usar camisinha, tem a questão do parceiro, a nossa preocupação é essa. A respeito do aconselhamento para a

testagem anti-HIV, eu acho que o registro mais importante é reforçar realmente os métodos de prevenir, é usar a camisinha, realmente isso é uma coisa que tem que ser falada, acho impossível você falar de HIV sem falar de uso de camisinha, e sem falar de prevenir. O contato, a relação médico-paciente é muitas vezes até melhor com essas pacientes, porque elas ensinam muito pra gente, mas do que a gente pra elas, com as lições de vida que a gente tem.

Este discurso expõe a preocupação com o entendimento do termo prevenção, como símbolo do movimento atual de que a orientação sobre o uso da camisinha modifica o comportamento, sem discutir se o seu contexto permite a introdução do comportamento esperado. Neste discurso, no entanto, há espaço também para a afirmação da importância da escuta, de pensar com a pessoa o seu contexto e suas possibilidades e não somente a prescrição do que deve ser feito. Há, portanto, o questionamento sobre se isto realmente torna a mulher capaz de mudar sua atitude e prática. A simples informação sobre o uso da camisinha como forma de prevenção da infecção pelo HIV pode não ser suficiente para garantir a adoção do preservativo, porque implica em uma transgressão das regras nas quais estas mulheres vivem. Como persuadir o parceiro se nem ela acredita nessa possibilidade, ou se não consegue ter argumentos suficientes para negociar a proteção? Segundo Alves, et al (2002) e Hebling e Guimarães (2004), em geral, as dificuldades de negociação da mulher são patentes, pois, muitas vezes, esta atitude as colocará em uma situação melindrosa diante do parceiro, apontando que as desigualdades de gênero afetam preponderantemente a escolha das mulheres, piorando sua autonomia e elevando a sua vulnerabilidade.

DSC 31 - Eu ofereço o teste como rotina, mas acredito que é direito da gestante refletir sobre o seu risco

Olha, eu acho que não pode existir preconceito em oferecer o teste, porque na realidade o exame deveria ser como qualquer outro exame, um hemograma, um coagulograma. Explicar a importância dele, então, não tenho receio nenhum, eu chego converso com ela, falo que é opcional como qualquer outro exame, que se ela não quiser realizar, ela não tem que realizar. Eu acho que é direito do paciente saber o exame

que ele está fazendo, pra que é que é, quais os benefícios, quais os riscos que ele corre, do resultado desse exame. Eu procuraria com jeito introduzir o assunto, colocaria a questão da aids mesmo, do HIV no mundo, os grupos de risco, como que isso mudou, colocaria que hoje não existe grupo de risco mais, que qualquer pessoa que teve uma relação sem proteção, se expôs ao risco e tentaria ver se ela aceitaria a testagem, porque não adianta, a gente não pode impor também, e a maneira como você aborda a mãe, você tem ou não o consentimento dela pra fazer o exame.

Neste discurso o profissional reconhece a limitação da sua intervenção, percebe que não pode comandar a vontade do outro, permitindo a emancipação a partir da reflexão e da escolha informada. Revela que apresentar dados baseados em fatos e experiências concretas pode ser o caminho para a persuasão positiva.

DSC 32 - Eu não me conformo que o exame só pode ser feito com o consentimento, porque o resultado do teste orienta a conduta e o bebê tem chance de não se infectar

Às vezes, a mãe não quer porque acha que ela tem proteção, com isso, com aquilo. Aí, você conversa com a paciente, explica dos benefícios pro feto, porque pra ela se já tiver contaminada vai fazer carga viral, CD4 e ver se tem necessidade de iniciar o tratamento, agora pro feto é fundamental para prevenção. Hoje em dia um pré-natal sem HIV ou uma gestante que se recusa a fazer HIV é uma pena, é uma coisa que você pode intervir. Pede o consentimento, eu em relação a isso acho errado, eu acho que devia ser obrigatório, eu acho que não deveria dar oportunidade a paciente de ela não querer fazer, pelo fato da gente poder atuar contra a transmissão. Se a gente não pudesse fazer nada era diferente, aí realmente era direito de cada um, todo mundo tem direito de não querer saber, de não querer fazer, quando tem um outro que tá diretamente ligado. Em relação a essa metodologia o que eu não conformo é isso, eu acho que a gente devia poder impor fazer o exame, é diferente de um outro qualquer que a gente não pode atuar.

Divergindo do discurso anterior, existem profissionais que não admitem a possibilidade de recusa do exame, e recorrem ao fato de que ter um recurso que reduz a transmissão vertical é suficiente para justificar a intervenção, independente do desejo da mulher de conhecer ou não o seu diagnóstico, ou ainda de saber que será testada. Em que pese todo o movimento em prol da autonomia do paciente e da negociação entre os sujeitos do cuidado, quem cuida e quem é cuidado, ainda há ecos da autoridade do profissional de saúde sobre os corpos, principalmente das mulheres, portadoras das gerações vindouras.

Helman (2003) lembra que nem sempre é necessária esta demonstração evidente do poder, porque a probabilidade de refutação de uma tecnologia médica é mínima, devido ao bombardeio social que estas formas de controle exercem sobre as crenças populares.

2.4.3.2 O Aconselhamento pós-teste favorece a compreensão do resultado

O Ministério da Saúde prevê que o aconselhamento seja realizado em todos os contatos, sobretudo no pós-teste como forma de ajudar o sujeito a ajustar-se e compreender a situação que lhe é apresentada. No caso do teste negativo é essencial esclarecer que ele não significa imunidade.

DSC 33 - No aconselhamento, quando o resultado é negativo deve-se enfatizar a prevenção

O resultado negativo já é mais tranquilo, claro, que é um resultado negativo, mas eu acho que ainda assim deve ser feito uma abordagem com essa mulher no sentido de educá-la também, de falar da importância de fazer, porque ela não fez o pré-natal, porque talvez ela fez e não pegou o resultado, tem um anti-HIV negativo aqui, mas se tiver uma exposição, uma relação sexual desprotegida pode se infectar. A questão da prevenção tem que ser batida sempre, antes do pré-natal, durante o pré-natal, na maternidade, no planejamento familiar, então é uma questão que tem que tá sempre envolvendo muitas pessoas, e tomar o máximo de cuidado.

Os profissionais demonstram que já conseguem vislumbrar esta particularidade na assistência, ainda que isso seja mais tranquilo e até se caracterize como um alívio quando o resultado é negativo.

DSC 34 - O aconselhamento, quando o resultado é positivo, deve ser feito com muito cuidado

Eu acho que essa abordagem tem que ser clara pra ela. O que a gente às vezes observa é que as pessoas fazem assim: “ah, depois você faz outro exame, esse aqui não é verdadeiro não”. A gente não deve nem fantasiar, nem simplificar demais, nem aterrorizar, eu acho muito complicado, porque ela tá grávida ou ela ganhou menino e no impacto nem tem como ela ver, diante de um diagnóstico assim ela fica muito perdida. Se essa maneira de abordar junto a ela for negativa, ela não procura mais o serviço, não trata, “olha é desse jeito, você vai fazer outro teste”, mas tem que tá justificando mesmo, ter sempre o acompanhamento

psicológico. É uma situação que tem que ser enfrentada, que não tem escapatória, tem que enfrentar aquilo mesmo e então vamos tentar de uma forma que quebre menos ovos.

Este discurso revela como a comunicação influencia na formação do vínculo, a situação tem que ser enfrentada, no entanto a aceitação e incorporação das estratégias de enfrentamento dependem do modo como a abordagem foi feita, e novamente aparece a necessidade do apoio psicológico. As representações que envolvem a assistência à mulher grávida e ao seu filho aproximam-se aqui do que pretendido pelo Ministério da Saúde e visto como ético, humanizado e atento ao que se passa na vida do sujeito cuidado.

2.4.3.3 É preciso ter sensibilidade e empatia

De um modo geral no discurso da enfermeira, o termo aconselhamento aproxima-se da comunicação terapêutica, prevalecendo o contato interessado e o estímulo à reflexão sobre a experiência individual. Nos discursos dos enfermeiros explicitam-se com mais facilidade uma aproximação com a vida da mulher e estes refletem maior tendência a desenvolver empatia.

DSC 35 - Pra fazer o aconselhamento a gente tem que ter sensibilidade e empatia

Pra mim ajudou ter passado como uma paciente também, vivenciar a situação na qual eu não era profissional, eu era uma paciente. De estar ali recebendo um aconselhamento pré-teste, realizando o teste, recebendo o aconselhamento pós-teste, depois o resultado. Eu entendi um pouquinho como que é se sentir tão vulnerável. Na realidade, nós todos somos vulneráveis, mas aquele aconselhamento pré-teste me ajudou muito a encarar com segurança, quando eu vou fazer um aconselhamento pré-teste, ou pós-teste, que eu estou ali junto com a paciente, eu sempre volto nessa situação, que é uma situação que a gente se sente inseguro, vulnerável, com medo, o que é que vai dar?

O discurso denota que a experiência individual enriquece o profissional e lhe proporciona um arsenal de enfrentamento, de perceber até mesmo o que não é verbalizado, e desta forma entender os caminhos e lutas de seus clientes o que favorece a comunicação.

Remete à idéia de que a interface com a realidade do outro exige uma atitude prática, uma resposta responsável, e de acordo com a experiência esta resposta será de acolhida, indiferença ou rechaço (BOFF, 2004a). A possibilidade de se perceber tão próximo, e o contato físico e emocional com a vulnerabilidade pode despertar no profissional de saúde um sentimento de deslocamento do lugar de certezas, para o de quem espera uma resposta. Stefanelli (2005) discute a empatia como um recurso facilitador à comunicação terapêutica, a partir da compreensão da experiência do outro, propõe um diálogo fundamentado na confiança e respeito mútuo.

2.4.4 Impedimento da Amamentação

Os profissionais falam sobre o impedimento da amamentação, centrado na possibilidade da revelação do segredo.

2.4.4.1 Impedir a amamentação expõe o diagnóstico

DSC 36 - É muito difícil para ela, não amamentar é uma forma de revelar o segredo.

Então, faz o teste rápido e você orienta a mãe a não amamentar, pensando que se a mãe é HIV positivo, a gente tem que suspender a amamentação até que o diagnóstico seja esclarecido. É fundamental explicar a questão da amamentação porque é muito difícil pra ela, tem outras mães amamentando, porque você não está amamentando? Pra ela é como se todo mundo já soubesse o diagnóstico dela, tem a questão também da comunidade, tem a questão também da família, que às vezes a família chega e fica pressionando, por que ela tá com a mama enfaixada, por que ela não tá amamentando, às vezes a paciente até pede pra gente: “olha, eu não quero que a minha família, nesse momento fique sabendo”... É difícil para elas porque na maternidade mesmo as outras mães percebem que elas estão com a mama enfaixada, muitas já sabem que ela não pode amamentar, já imaginam que é por esse motivo.

Quando as mulheres/mães vão para o alojamento conjunto, elas dividem o espaço com outras mulheres/mães e inevitavelmente trocam experiências e informações sobre parto e cuidado com seus filhos, as dificuldades e diferenças chamam a atenção. As enfermeiras vivenciam mais este constrangimento, primeiro porque estão mais próximas e

segundo porque uma de suas atividades mais visíveis no alojamento conjunto é o estímulo e o manejo do aleitamento materno.

2.4.5 Naturalizar para cuidar

A capacidade de naturalizar uma determinada situação propicia uma convivência pacífica, livre de conflitos. No caso da abordagem para o HIV, esta tendência é empregada no sentido de resguardar os profissionais dos aspectos psicossociais expostos pelo tema HIV/Aids.

DSC 37 - A abordagem é natural, é mais fácil quando está na rotina

Eu me sinto normal, pra mim é a mesma paciente, a paciente que tem o HIV e a paciente que não tem, incluo a importância de pedir pelo menos o teste rápido, acho que ele deve ser feito na rotina, como outros exames são feitos, acho que os profissionais eles incluem isso também. A gente acaba achando que é muito mais fácil fazer como um exame de rotina. Geralmente é muito tranquilo, nunca me vi numa situação que a paciente se recusou a fazer, quando você explica a importância de fazer o exame, às vezes ela não fez um pré-natal bem feito, ou nem fez o pré-natal, aí você explica que vai ser uma coisa importante pro neném, fica aquela situação, que algumas podem encarar com preconceito, sem querer fazer o exame, mas aí você fala que é uma rotina do hospital, que toda a paciente que vem sem o exame a gente pede o teste rápido mesmo, que é visado o bem-estar dela e do neném, elas aceitam com tranquilidade.

A forma de tornar tranquila a interação é deslocar a conversa que seria um aconselhamento, para a proposta de mais um exame de rotina. Novamente o profissional coloca a sua posição técnica/biomédica acima das subjetividades, e rouba da mulher a possibilidade de aprofundar a discussão sobre o risco. Ela aceita fazer o teste, porque ele é necessário para o seu bem-estar e do seu filho. E na rotina, se o resultado for negativo, não terá oportunidade de retornar ao assunto.

DSC 38 - É como fazer uma abordagem de gravidez de alto risco

Na nossa abordagem ela é vista como mais uma paciente que tem um fator de risco entre os muitos que a gente tá habituado a lidar, que é mais um problema na saúde dela, e que é uma doença pra vida inteira, mas que não há nenhuma forma de tratamento diferente em relação a essa gestante, ou de exclusão. Dá na mesma fazer qualquer outro tipo de

atendimento, a paciente que tem qualquer outra coisa. Não tem mais essa coisa, ah ela tá com HIV positivo! Claro, a gente fica chateada, mas é como qualquer tipo de doença que a paciente tenha, não especificamente porque é HIV, mas a paciente que vem com um VD (VDRL) positivo também é duro, isso é uma super falta de informação.

O DSC 38 confirma a representação da naturalização como a abordagem mais fácil e corriqueira, e aponta como a força do hábito perpetua um comportamento. Vale questionar se esta forma de circunscrever o espaço no qual cabe a sua atuação, não se relaciona com a dificuldade de compartilhar a desventura e sofrimento do outro. Na medida em que a abordagem é naturalizada como algo cotidiano, o cuidado perde o sentido, porque cuidar é tornar quem é cuidado liberto de sua dor.

A compaixão pura e simples pode afastar ainda mais o ser cuidado de seu cuidador, na medida em que torna pequeno quem a desperta, desviando-o do caminho da emancipação (CAPONI, 2000). Boff (2004b) discute a compaixão de forma oposta, trilhando o caminho do cuidado essencial, e afirma que compaixão *“é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro. Trata-se de sair de seu próprio círculo e entrar na galáxia do outro enquanto outro para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele.”* (BOFF, 2004b: 126). Nesse caso, para cuidar é necessário interessar-se, demonstrar desvelo, colocar-se diante do outro como uma figura acolhedora, não somente por intervenção e domínio, mas, sobretudo, através do respeito e comprometimento.

2.4.6 Preconceito do profissional de saúde

Os discursos dos profissionais exprimem em diversas ocasiões as representações preconceituosas arraigadas, em que pese as estratégias que tentam escamoteá-las e torná-las aceitáveis no seu grupo social.

2.4.6.1 A equipe se paramenta de forma diferente, de acordo com o resultado da sorologia

Como foi discutido anteriormente, o preconceito aparece velado sob o medo de se contaminar acidentalmente num procedimento, o que chama a atenção é a afirmativa que o conhecimento da soropositividade gera todo um estresse na equipe, modificando sua maneira natural de interagir.

DSC 39 - Todo mundo tem receio, a gente se paramenta de forma diferente, de acordo com o status sorológico

Eu sempre uso óculos, sempre coloco, mas eu acho que a partir do momento que você sabe que a paciente é HIV positiva muda, o cuidado que a gente tem que ter, de contaminação, na cesárea, tem o capote apropriado, porque gera medo, não vou negar que tem o medo da contaminação, de você se contaminar no procedimento, ninguém fica feliz em tá fazendo um parto, ou uma cesárea de uma gestante HIV positiva. É o medo mesmo da contaminação, de ter um acidente ali na hora do procedimento, fica todo mundo com receio, o tempo do procedimento é maior, a gente faz as coisas com mais cautela. Por isso não é igual, a gente sabe que não entra numa cesárea de uma HIV positiva com a mesma tranquilidade que entra de uma paciente que não é.

Tipple et al. (2003) apontam em seu estudo o aspecto preocupante da não adesão dos profissionais de saúde das medidas profiláticas básicas, as precauções padrão, e a alta exposição aos riscos ocupacionais, sobretudo na manipulação de objetos perfurocortantes. No caso da assistência ao trabalho de parto de uma mulher sabidamente soropositiva para o HIV há uma distinção na execução do procedimento, usa-se materiais e equipamentos de proteção individual que comumente são dispensados na rotina, deixando clara a atitude discriminatória dos profissionais de saúde.

2.4.6.2 É difícil conversar sobre o assunto

Conversar sobre HIV/Aids ainda é um tabu. As representações negativas estão presentes e se foge delas com os discursos que valorizam o tecnicismo. A naturalização e a negligência encobrem a sensação de fracasso social que a epidemia da aids dá ao

profissional de saúde. Assim, as maneiras de cuidar, o não cuidado ou o cuidado impositivo funcionam como mecanismo de defesa.

Giami (1997) também encontrou este modelo de cuidado quando verificou entre as enfermeiras francesas no final da década de 1980, com o afastamento e a banalização como defesa da sobrecarga psíquica que os pacientes lhes conferiam.

DSC 40 - É difícil até conversar sobre o assunto

É um choque muito grande pra mulher e pro profissional, que às vezes a gente fica meio sem jeito até de conversar com ela sobre isso. Com relação à mulher, a abordagem, a sua convivência e até o relacionamento com essa mulher, eu acho que é muito difícil, porque essa mulher ela pode até ficar revoltada. É uma coisa pra psicologia. As pessoas ainda têm muito receio de falar sobre o HIV, quando tem mãe HIV positivo a gente tem aquele clima, aquele desconforto, com relação a tratar da doença com a mãe e às vezes a mãe tava até resolvida com isso. Todo mundo ainda tem desconforto de falar com a ela sobre isso. Falar sobre isso com a mãe, com parente, com família, com outros profissionais. Tudo é difícil.

O diagnóstico de soropositividade para o HIV traz consigo significados tão angustiantes em todas as esferas da convivência humana, que a reação mais comum ouvida nos discursos dos profissionais é a de fuga. Porém, sabe-se que a possibilidade de desmistificação e condução livre de preconceitos favorece a elaboração de estratégias de enfrentamento e o reconhecimento de novos valores ligados à vida.

2.5. Representações dos profissionais de saúde sobre mudanças na vida da mulher/mãe infectada pelo HIV

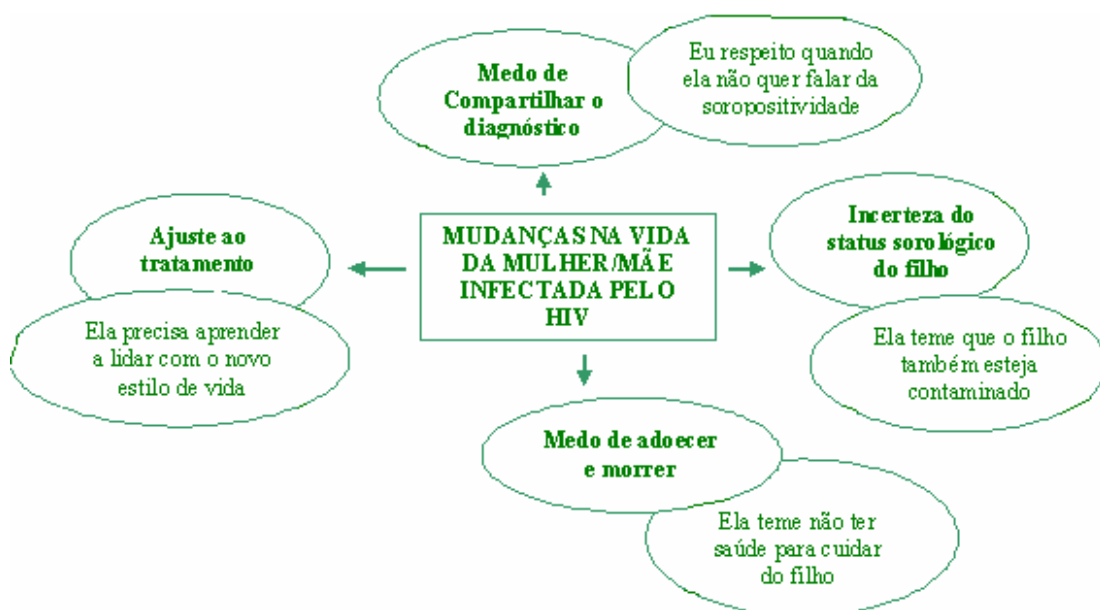


Figura 6: Núcleos integrativos das representações sobre mudanças na vida da mulher/mãe infectada pelo HIV.

2.5.1 Medo de compartilhar o diagnóstico

Ligada à negação do diagnóstico e ao enfrentamento da realidade, o medo de compartilhar o diagnóstico também volta-se para a defesa contra a segregação social imposta, sobretudo quando sua identidade e a integridade moral do filho precisam ser preservadas.

Guardar o segredo gera um embate entre a necessidade de apoio e o medo da rejeição e do preconceito. O compartilhamento, por outro lado, exige um tempo de reconstrução, de fortalecimento para o enfrentamento das perguntas e respostas sociais as quais terá de se expor. Compartilhar a soropositividade exige coragem e confiança (MOREIRA, 2002).

2.5.1.1 Eu respeito quando ela não quer falar da soropositividade

Os profissionais de saúde consideram o diagnóstico de soropositividade pelo HIV doloroso e estigmatizante, ainda que os seus discursos em diversas situações resistam a se mostrar dessa forma, atribuindo o sentimento de esperança e de naturalização, diante dos avanços científicos e das novidades relacionadas ao tratamento. No entanto, são traídos pelas próprias justificativas, reconhecendo que o tratamento medicamentoso, tão laureado pela sua eficácia e disponibilidade, não dá conta de todas as demandas que o novo infectado vai buscar.

No sentido de preservar o momento de conhecimento, permitir o exame situacional e assimilação da dor moral e seus desdobramentos, os profissionais colocam-se em posição de respeito, silenciando e apoiando.

DSC 41 - Eu respeito quando ela não quer falar sobre sua soropositividade e coloco-me à disposição

Eu acho que a pessoa que é soropositiva hoje em dia convive muito melhor do que antigamente, acho que as coisas estão muito melhores pra quem tem o vírus, mas geralmente esta informação envolve vários aspectos da vida social, e nós profissionais também, eu acho que a gente se sente um pouco envolvido com essa questão, até pra gente que é profissional é difícil, imagine pra elas. Então, muitas vezes, a paciente também naquele primeiro momento ela não quer falar sobre o assunto, eu acho que é importante respeitar esse momento, para abordar num segundo momento, quando ela permitir que seja abordado esse assunto. Então, é estar ali junto, o que a paciente demanda nesse primeiro momento é o apoio, é atenção, ela saber que tem ali uma equipe, que tá do lado dela pra apoiar, acompanhar, depois que ela passa essa informação pra família, criar um momento pra falar sobre isso, a gente sempre faz.

Este discurso mostra como o respeito ao momento do conhecimento da soropositividade para o HIV é fundamental para a assimilação do seu diagnóstico e reorganização de seus esquemas de relações. Os profissionais também reconhecem o valor da disponibilidade da equipe para ouvir e silenciar de acordo com a demanda da paciente.

2.5.2 Incerteza do status sorológico do filho

2.5.2.1 Ela teme que o filho também esteja contaminado

Em que pese todos os procedimentos empreendidos para a prevenção da transmissão vertical do HIV, não há garantia de que o recém-nascido esteja livre do vírus. A partir daí começa uma nova fase, com duração longa, entre 12 a 18 meses para a confirmação da sorologia do filho.

Este período é marcado por angústia, frustração e muito medo (MOREIRA, 2002). Sobretudo pela característica de doença imoral, o HIV/Aids se torna um diagnóstico implacável, as mulheres/mães temem que seus filhos carreguem esta marca.

DSC 42 - Ela teme que seu filho também esteja infectado

Quando alguém recebe um diagnóstico desses não estando grávida é mais fácil de lidar. Não, não é que é mais fácil de lidar, é a responsabilidade dele é um pouco menor, por não ter outro dependendo. A gestante tem um outro diretamente dependendo dela. Então, é mais complicado pra grávida do que pra outra paciente não grávida e eu acho que muda a situação por isso, é o grau de responsabilidade que ela recebe ali, fora o filho, o diagnóstico de uma situação que tem controle, mas que demanda uma série de cuidados. Ele fica com o vírus circulante, posteriormente é que vai saber se ele realmente pegou o HIV ou não, e elas têm medo de passar essa infecção pro bebê, elas perguntam, elas sentem esse medo, eu acho muito triste.

Os profissionais de saúde lembram que se a soropositividade para o HIV é complicada, para uma gestante é mais difícil, porque elas podem carregar a culpa da responsabilidade pela transmissão do vírus e apontam a tristeza como o sentimento que prevalece entre eles.

2.5.3 Medo de adoecer e morrer

2.5.3.1 Ela teme não ter saúde para cuidar do filho

Apoiado pelas representações construídas nos anos que se seguiram ao conhecimento da doença, uma vez infectado pelo vírus, a pessoa acredita que não tem para onde escapar, está condenada a definhar e morrer, a proximidade do adoecimento e morte é

a primeira impressão para quem recebe o diagnóstico. As mulheres/mães infectadas pelo vírus compartilham esta opinião e os estudos de Moreira (2002) e Matão (2004) reafirmam este fato.

DSC 43 - Ela teme não ter saúde para cuidar de seu filho

Porque elas sentem que a sobrevivência delas pode ser menor, então elas têm medo de não saber até quando vai cuidar do neném, HIV positiva e mãe, ser mãe, às vezes pode ser o primeiro filho, às vezes não, às vezes ela tá descobrindo isso no pré-natal, como que fica essa questão pra mãe, “eu tenho uma doença incurável, e estou tendo um filho, eu posso morrer deixar a criança”, o transtorno que pode causar, não tem como prever isso, mas a chance dela falecer e ele ficar órfão mais cedo é maior, ele órfão e ainda HIV positivo mais difícil.

O discurso do profissional revela as representações de morte que a aids traz e que também povoa sua imaginação, demonstrando que é uma representação firme, apesar de todos os avanços na propedêutica e terapêutica. A idéia de que a doença crônica é um estado de anormalidade irreversível, o adoecimento tanto pela aids quanto pelos efeitos colaterais severos do tratamento, negam a possibilidade de viver a vida, tal qual anteriormente ao diagnóstico. A idéia de um órfão infectado pelo HIV causa comoção, que é expressa pelo profissional como situação difícil, evocando mais uma vez o poder do HIV/Aids de provocar temores e recrudescer estigmas.

2.5.4 Ajuste ao tratamento

O tratamento anti-HIV/Aids é bem definido e garantido como direito aos cidadãos brasileiros, a exemplo do que ocorre na assistência à saúde de um modo geral. A assistência em DST/Aids está em situação privilegiada, quando se verifica a quantidade de profissionais capacitados para os serviços de referência, o acesso a exames específicos e o suprimento de medicamentos, ainda que não seja suficiente para garantir a cobertura esperada nos diferentes níveis do sistema (MORIMURA et al, 2006).

No caso da gestante, o tratamento é garantido a partir do diagnóstico, com o encaminhamento à unidade de referência e acompanhamento interdisciplinar que visa facilitar o manejo da doença, atendendo-a em suas necessidades biopsicossociais. Entretanto, este fluxo não impede que desafios e conflitos intervenham no cotidiano do tratamento.

2.5.4.1 Ela precisa aprender a lidar com o novo estilo de vida

O tratamento exige uma série de medidas e aprendizados com a nova condição de saúde, hábitos de cuidado, além dos efeitos colaterais. Tudo isso num contexto da maternidade que já impõe o ajustamento ao filho e à carga de cuidados que esta situação requer. As representações sobre as dificuldades de conviver com a aids são muito fortes para os profissionais.

DSC 44 - Ela precisa aprender a lidar com a nova vida

Penso que ela vai ter que ficar se cuidando o resto da vida, vai ter que ter acompanhamento, prestar muita atenção no corpo dela, ter cuidado com a vida que ela vai ter daqui pra frente, penso que ela vai ter que ver como que ela vai lidar com isso, em relação à sociedade, em relação à família, as pessoas que ela gosta mais... se ela tiver um envolvimento afetivo como é que isso vai interferir, descobrir em relação ao companheiro dela, que às vezes ele não tá, às vezes ele não tem também o vírus, e ela vai ter que tá colocando isso pra ele, eu acho que ela vai ter que se segurar, eu penso que ela vai aprender a conviver com isso na vida dela, de um jeito melhor possível; mas sei que primeiro tem a discriminação que a pessoa sofre, a pessoa vai se privar de muita coisa quando ela souber que tem o vírus. Tem também a questão do coquetel, das medicações, a lipodistrofia, que é uma consequência severa das medicações que ela usa. A gente tenta mudar um pouco essa visão dela, colocar outras opções, mostrar pra ela que a vida não parou ali, eu acho do ponto de vista emocional e da abordagem emocional da paciente, eu acho que seria assim.

O profissional vislumbra a complexidade da mulher aprender a conviver com o HIV/Aids após o nascimento do filho. Em estudo anterior, Selli e Chechin (2005) ressaltam que a presença do filho dá força para a mulher querer continuar a vida e lutar por

ele. Silva, Alvarenga e Ayres (2006) observam, ainda, que a vida das mulheres não pode se restringir a sua condição sorológica, adiantando que mesmo diante da soropositividade é possível ter projetos e aspirações para o decorrer da vida.

A partir deste resultado, verifica-se a capacidade do profissional de saúde à sensibilização diante do drama pessoal de sua paciente e o estímulo à emancipação e construção da importância da continuidade da vida.

2.5.4.2 A integralidade na linha do cuidado promove a adesão ao tratamento e a prevenção de novos casos

A porta de entrada do sistema é a atenção básica. Em Belo Horizonte, o programa “BH Vida - Saúde Integral” (BELO HORIZONTE, 2006) prevê a integralidade da assistência, desde a entrada até o desfecho com a resolução do problema. No caso da assistência pré-natal, estabelece uma linha de cuidado bem definida, que prevê a captação precoce, a vinculação e a responsabilização do cuidado materno, por equipe de saúde da família na unidade de saúde mais próxima de sua residência, até o final da gestação, com a garantia dos exames básicos, entre eles a sorologia para o HIV, e o encaminhamento para maternidades de referência por adscrição regional.

Cada equipe se responsabiliza pela população que lhe foi confiada, e tem de responder às demandas que surgem, respeitando a autonomia e as características sócio-culturais do usuário e comunidade.

Alguns grupos são considerados prioritários por apresentarem maior vulnerabilidade e risco mais elevado que a população em geral, como as gestantes e as crianças menores de um ano. A equipe de saúde da família também é responsável pela vigilância de agravos transmissíveis e a sensibilização da comunidade para a prevenção e controle.

O investimento neste modelo de assistência permite ao profissional de saúde e à população um espaço de encontro e diálogo capaz de mobilizar novas formas de enfrentamentos aos problemas individuais e coletivos.

DSC 45 - A integralidade do cuidado é a saída para a adesão ao tratamento e a prevenção de novos casos

É uma questão que envolve várias etapas do atendimento, isso é uma coisa que envolve o profissional de enfermagem, que envolve o técnico de enfermagem, envolve o assistente social, envolve o psicólogo, quer dizer, é uma questão de uma relevância social muito grande, envolve todas as pessoas comprometidas com a assistência prestada a essa paciente, e a gente tem que pensar nisso. Então, acho que fica até meio difícil, porque ela mesma se tomasse consciência no hospital de que vai ter que fazer o tratamento, de que ela vai procurar fechar esta amarração eficiente que deveria ter no posto, porque não quer ir ao posto, porque no posto todo mundo vai ficar sabendo e eu não quero que ninguém saiba meu diagnóstico, mas a obrigação da unidade básica de saúde é fazer busca ativa, ela tem que ir à comunidade. Então, a unidade básica de saúde tem uma responsabilidade muito maior até do que a da própria paciente, em relação aos cuidados no pré-natal. Isso seria o melhor, ser tratada onde que ela está, já tem uma equipe, e ela tem essa segurança na equipe.

Os profissionais afirmam que vivenciam uma desorganização da assistência e como esta interfere negativamente na integralidade do cuidado. O profissional acredita no modelo proposto, mas denuncia que diversos fatores contribuem para a sua desarticulação. Aponta a negligência da unidade básica que não busca a gestante faltosa, como a principal responsável pela perda de oportunidade de tratamento e controle, embora também acuse a grávida pela sua ausência na unidade de saúde.

Este relato está impregnado pela representação de que o simples domínio técnico é adequado para controlar a situação: submeter ao tratamento é quebrar a cadeia de transmissão do vírus. A experiência tem mostrado que ao envolver aspectos além do biológico, as doenças de um modo geral, sobretudo as crônicas, cobram mais que o domínio formal do conhecimento científico, elas exigem a articulação da capacidade de interagir e compreender as subjetividades.

O caso específico do HIV/Aids, revestido do pânico moral que suscita, reclama a compreensão das atitudes e práticas predominantes nas sociedades, principalmente as formas como pessoas e grupos se rearranjam para enfrentar os medos, conflitos e preconceitos descortinados após a soropositividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação dos discursos evidenciou que os profissionais de saúde têm representações sociais comuns à população geral, tais como: aids é sentença de morte, é doença estigmatizante e concernente ao outro. Estas representações têm núcleos centrais históricos, ancoradas no preconceito, nas idéias disseminadas nos primeiros anos da epidemia e no medo da morte e da transmissibilidade do vírus.

Ainda que a realidade empírica aponte mudanças na face da epidemia, os discursos ainda estão impregnados de crenças e valores construídos pelo pânico que uma epidemia desperta, o que justifica práticas reativas voltadas para o controle dos corpos, na tentativa de conter a transmissibilidade do vírus, sem, contudo, aprofundar o conceito de vulnerabilidade.

No meio profissional, isto revela a permanência do modelo médico-centrado, no qual as ações preventivas são dissociadas das práticas sociais, perdendo-se de vista o contexto em que vivem as pessoas afetadas e fundamentadas em atitudes autoritárias e intervenções técnicas.

Nos discursos, os profissionais manifestam como o poder medicalizador do corpo feminino submete a mulher ao lugar de culpada ou vítima do não-cuidado, o que dificulta as possibilidades de reflexão sobre risco e reconhecimento de sua vulnerabilidade.

Por outro lado, os discursos apontam para um movimento de renovação a partir das experiências cotidianas do grupo, que o coloca em contato com as novidades terapêuticas e as pessoas vivendo com Hiv/Aids. Vale ressaltar que, mesmo num volume mais baixo, é possível ouvir ecos desta renovação do discurso, quando alguns profissionais reconhecem a autonomia da mulher cuidada e se disponibilizam a entender os fatores

sociais que determinam suas experiências. No entanto, mostram-se inabilitados para exercer esta função de escuta, reclamando apoio psicossocial para dar conta da assistência.

A despeito do movimento pelo direito reprodutivo e pelo direito à vida privada e à intimidade da pessoa infectada pelo HIV, o posicionamento dos profissionais de saúde é de dificuldade de aceitar o direito à maternidade da mulher infectada, consideram-na, muitas vezes, perigosa e ilegítima, usando a justificativa de que a mulher infectada não tem o direito de pôr em risco a vida do filho. Mesmo aqueles que admitem a possibilidade da gravidez mencionam o controle médico como o aspecto fundamental para o resultado feliz.

Um fato revelador é o posicionamento defensivo que os sujeitos apresentaram quando questionados sobre a abordagem para a testagem anti-HIV na maternidade. De forma unânime, os profissionais consideram-na essencial e deve ser rotineira, por todo o aparato que garante a prevenção da transmissão vertical, sobretudo na hora do parto, momento com maiores chances de transmissão. Porém, afirmam que garantir a parte técnica é suficiente para produzir uma assistência de qualidade, revelando que a motivação principal é a proteção do feto e recém-nascido. As representações sobre o cuidado também têm um passado forte e ancoram a tradição do tecnicismo.

Os sujeitos mostram indignação quando reconhecem a perda de tempo e de oportunidade para um pré-natal de qualidade e, sobretudo, acusam a atenção básica pela inadequação da cobertura e negligência no seguimento dos casos. Apóiam-se na epidemiologia para defender este posicionamento, indicando que a cada dia cresce mais o número de mulheres que descobrem a soropositividade no momento do parto. Eles questionam o baixo investimento em capacitações por parte dos gestores, o que, segundo eles, gera ações desarticuladas. Ainda que todos os sujeitos demonstrem conhecer os protocolos do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical, nem todos

apresentam a mesma motivação para usar esta ferramenta adequadamente. Os dados confirmam a intenção de ofertar todo o aparato técnico disponível, contudo isso ocorre de forma fragmentada, contrariando a proposta de integralidade da assistência e criando um abismo na comunicação entre profissionais e mulheres cuidadas.

Outro dado que chama a atenção são os sentimentos desvelados nos discursos, que vão da indignação à esperança, passando pela compaixão. Os sujeitos mencionam que não se sentem habilitados a lidar com o conjunto de demandas que a descoberta da soropositividade provoca na mulher/mãe, que tal circunstância exige apoio emocional para a paciente, mas também para o cuidador, que se envolve com o sofrimento e a angústia de uma condição tão complicada social e afetivamente.

Os seus discursos deixam transparecer a necessidade de atuação de uma equipe multidisciplinar, capaz de assumir e responder às necessidades destas mulheres, possibilitando a assistência além da técnica. Este dado permite a reflexão de que há um movimento contrário à chamada ‘hegemonia flexneriana’ fragmentadora, que faculta a possibilidade de interação entre profissionais e mulheres cuidadas, acima dos pressupostos que atribuem poder de controle sobre os corpos femininos.

A análise também evidenciou que a assistência à saúde mulher ainda está muito voltada para a reprodução e é vista pelos profissionais de maternidade, muitas vezes, restrita à esta, ao apontarem que o pré-natal e a maternidade são os espaços onde ocorre o maior número de diagnóstico de soropositividade para o HIV. Pode-se afirmar que as representações da mulher como reprodutora interferem nas ações de controle ao HIV/Aids, fator que eleva a sua vulnerabilidade.

O estudo permitiu compreender que os profissionais de saúde são essenciais na organização das práticas de prevenção e controle do HIV/Aids, e que suas práticas apoiam-

se nas representações que compartilham e que ainda estão em fase de construção das habilidades necessárias para responder às demandas psico-afetivas que o fenômeno impõe, desvelando também que o sistema de saúde precisa de ajustes cotidianos para garantir o acesso e a integralidade do cuidado tão desejados e fundamentais para a articulação entre técnicos, tecnologias e mulheres cuidadas.

A fim de alcançar este cenário, urge a mobilização das instituições pela capacitação e criação de espaços de discussão que encorajem a mudança de posicionamento, superando os preconceitos e as práticas normatizadoras que tanto afastam o diálogo entre os sujeitos do cuidado.

A sensibilização dos profissionais para a atuação em equipe, com posicionamento sustentado pela compaixão e solidariedade coletiva, fundada no respeito aos saberes específicos e no compartilhamento, na aproximação de cada sujeito com a realidade objetiva, na compreensão das subjetividades poderá propiciar o uso do aconselhamento como ferramenta/tecnologia do cuidado capaz de promover a emancipação e reconhecimento de estratégias de enfrentamento, articulação social e de projetos de vida das mulheres para a prevenção e o controle do HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

ABRIC, JC. A abordagem estrutural das representações sociais (tradução Pedro Humberto Faria Campos). In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. (org.) Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB Editora.2000. p. 27-38.

AGUIAR, J. M.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 2115-2123, out. 2006.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (orgs). O Trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. p.15- 26.

ALVES, R. N. et al. Fatores psicossociais e a infecção pelo HIV em mulheres, Maringá PR. Revista de Saúde Pública. São Paulo v. 36, n. 4, sup, p. 32-49, ago. 2002.

AYRES, J. R. C. M. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/Aids e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: TOZZI, D. e cols (orgs). Papel a educação na ação preventiva ao abuso de drogas e DST/Aids. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. Série idéias. p.25-41.

AYRES, J. R. C.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de Aids, 1997, nov. 7 - 9, Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: ABIA, 1997, p.20-37.

BASTOS, F.I.; et all. O não-dito da Aids. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 90-96, jan./mar., 1993.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Informação em Saúde. SISPRENATAL. Disponibilidade em 30 de agosto de 2005, pelo Serviço.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de Coordenação de Política Social. Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal. 2003 (on line). Disponível em: www.pbh.gov.br/pbh/srvconteudoarq/recomendacoes_org_at_basica.pdf , acessado em 05 dez 06

BOFF, L. Ética e moral: a busca dos fundamentos. 2ª ed. Petrópolis: Ed Vozes, 2004a, 125p.

_____. Saber Cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. 10ª ed. Petrópolis: Ed.Vozes, 2004b, 199p.

BONET, O. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000a

BRASIL. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, Hiv e Aids diretrizes e procedimentos básicos. 4ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e Aids, 2000b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde (Coleção DST/Aids- Série Manuais n. 57), 2003a.

BRASIL, Constituição Federal. Belo Horizonte: Del Rey, Mandamentos, 2003b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Contribuições as Secretaria especial de políticas para as mulheres para as conferências estaduais. Documento Base. Conferência Nacional de Políticas para as mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Fique sabendo. (on line) disponível em: www.aids.gov.br/ fique sabendo. Acessado em 16. 10. 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Os números da aids. (on line) disponível em: www.aids.gov.br/ os números da aids. Acessado em 16. 10. 2006b

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. de F. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.14, n. 5, p. 789-795, set./out., 2006.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 135-149, abr./jun., 1991

BRENES, A. C. Bruxas, comadres ou parteiras a obscura história das mulheres e a ciência: dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte: Pelicano, 2005. 96p.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A.; Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesárias e os vazios da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line), Goiânia, v. 2, n. 2, jan./jun., 2000. disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>, acessado em 18.06.2003.

CAPONI, S. Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 100p.

CARVALHO, M do R. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação? In: MADEIRA, M; JODELET, D. (orgs). AIDS e representações Sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998. p. 89-94.

CECCATO, MGB, et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1388-1397, set./out., 2004

CECCATO, R. S.; van der SAND, I. C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line), Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. acessado em 14/03/2002

CHEQUER, P. Apresentação. Boletim Epidemiológico AIDST. Brasília, v. 1, n. 1, p. 5-7, jan/jun., 2004.

COSTA, M. A.O. Aconselhamento para o teste anti-hiv: o olhar dos profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2004. 134p.

DESCLAUX, A. Des infirmières face au sida impact de l'épidémie sur les roles professionnels dans um service de pédiatrie du Burkina Faso. Colloque International Sciences Sociales et Sida em Afrique, Bilan et Perspectives – Communications. V. 2, Dakar, oct/ 1996

DOMINGOS SOBRINHO, M. “Habitus” e representações sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. (org.) Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB Editora.2000. 328p.

DOURADO, L. et al. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 40, (Supl), p. 9-17, abr., 2006

FELICIANO, K. V. O, KOVACS, M. H.. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. Revista Brasileira de saúde materno- infantil. Recife, v. 2, n. 2, p. 157-165, 2002.

FELICIANO, K. V. O, KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. Revista Brasileira de saúde materno- infantil. Recife, v. 3, n. 4, p. 393-400, 2003.

FERRAZ, A. F.; GUIMARÃES, R. Os principais discursos circulantes relacionados à epidemia de Hiv e Aids no Brasil. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 5, n. ½, p. 93-100, jan./dez., 2001.

FERREIRA, A. B. de H. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0. 3 ed. Positivo Informática, 2004.

GAMA, A. S. Gênero e AIDS: Um estudo dos aspectos sócio-culturais e geracionais da sexualidade feminina em camadas de baixa renda. Dissertação, (Mestrado em Saúde Pública).Rio de Janeiro: ENSP, 1997. 179p.

GIAMI, A.; VEIL, C. Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Editora da Ulbra, (tradução Anita Fischmann), 1997.

GIANVECCHIO, R. P.; GOLDBERG, T. B. L. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 581-588, mar./abr., 2005.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, (supl), p.103-112, Janeiro, 2002.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOLDANI, M. C., et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 552-8, 2003.

GONÇALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 229-235, 2005

GUILHERME, C. C.F.; et al. Transmissão vertical do HIV: informações das gestantes atendidas em uma maternidade pública de Goiânia-GO. Revista Eletrônica de Enfermagem (on line). Goiânia, v.2, n.2, jul-dez. 2000. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acessado em: 18 .04. 2005

GUIMARÃES, M.D.C. (coord). Fatores associados à adesão ao tratamento Anti-retroviral (ARV) em indivíduos infectados pelo HIV/Aids: Uma abordagem quantitativa e qualitativa, Belo Horizonte (MG), 2001-2003. Relatório Final, Grupo de Pesquisas em Epidemiologia em Saúde (GPEAS), Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2003, 77p.

HEBLING, E. M.; GUIMARÃES, I. R. F. Mulheres e Aids: relações de gênero e uso do condom com parceiro estável. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1211-1218, set./ out., 2004.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médica, 2003. p.146-169. (Tradução Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez).

ISRAEL, G. R. Como é que eu vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestante em trabalho de parto: uma contribuição bioética. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. 88p.

JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, P. A., JOVCHELOVITCH, S. (orgs). Textos em representações sociais. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.297-322

KHOURY, Z. et al. Desafios para controle da transmissão vertical do HIV no Município de São Paulo. J. bras. aids. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 52-57, mar./abr., 2005.

LEFÈVRE, F e LEFÈVRE, AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005. 256p.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. e WALDOW, V. R. (orgs). Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____, DICKSTEIN, J. e NAHOUM, J. C. Nós Estamos Grávidos. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2000

MARQUES, R. de C. A imagem social do médico de senhoras no século XX. Belo Horizonte: Coopmed, 2005, 179p.

MARTINS, A. P.V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Coleção História e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288p.

MATÃO, M. E. L. Entre o desejo, o direito e as representações sociais na escolha da maternidade por mulheres soropositivas para o HIV. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004. 153p.

MEDLEY, A. et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bulletin of the world health organization. Genebra, v. 82, n. 4, p. 299-307, abr., 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEYER, D. E. et all. "Mulher sem vergonha e traidor responsável: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/Aids. Estudos Feministas. Florianópolis, v. 12, n.2, p. 51-76, mai./ago., 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST/Aids. Recomendações para a prevenção da transmissão vertical do Hiv e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. Apresentação. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. (org.) Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB Editora.2000. 328p.

MOREIRA, O. G. A experiência de mães soropositivas para HIV no período de espera de confirmação do diagnóstico do filho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2002. 147p.

MORIMURA, M.C.R. et al. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. Recife, v. 6, (Supl 1), p. S69-S76, mai., 2006.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: Investigações em psicologia social. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2004.404p.

MOURA, E. L.; PRAÇA, N. de S. Transmissão vertical do Hiv: expectativas e ações da gestante soropositiva. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 405-13, mai./jun., 2006.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOZA, C. S.; MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. Recife, v. 5, n. 1, p. 77-86, jan./mar., 2005.

NEMES, M. I. B., CASTANHEIRA, E. R. L., MELCHIOR, R. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, (supl.2), p.310-32, 2004.

NEVES, L. A. de S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 14, n.5, p. 781-788, set./out., 2006.

OLIVEIRA, L. A.; et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.

OLIVEIRA, R. N. de. As práticas de saúde para a redução da transmissão vertical do Hiv em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. 126p.

OSAWA, R. H., MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Rio de Janeiro, v. 105, n. 1/ 2, p. 3-9, jan./fev, 1995.

PAIVA, M. S. Vivenciando a gravidez experienciando a soropositividade para o HIV. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. 170p.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 40, (supl), p. 109-119, 2006.

PARKER, R. e GALVÃO, J. Introdução - A omissão do poder público. IN: PARKER, R. e GALVÃO (org.) Quebrando o silêncio. Mulheres e Aids no Brasil. (História Social da Aids, n. 7). Rio de Janeiro: ABIA-IMS/UERJ- Relume-Dumará. 1996. p.3-8

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 175-184, 2005.

PEREIRA, M. A. G.; Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 33-37, jan./mar., 2005.

PRAÇA, N. de S; GUALDA, D. M. R. Risco de infecção pelo Hiv: como mulheres moradoras de uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. Revista latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 14-20, jan./fev., 2003.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 8 ed. Revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Informe da divisão de epidemiologia e vigilância sanitária. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.

ROCHA, F. M. G. Política de Prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nesta trajetória. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. 130p

SÁ, CP de. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis: Editora Vozes.1996. 189p.

SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese (Doutorado em Filosofia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. 203 p.

SANCHES, K. R. de B. a Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. 143 p.

SANTOS, N. J. S. et. al. Mulheres Hiv positivas, reprodução e sexualidade. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 36, (4 supl), p.12-23, 2002.

SELLI, L.; Chechin, P. L. Mulheres Hiv/Aids: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 29, n.3, p. 353-358, jul./set., 2005.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. de G.; CECCATI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SILVA, G. A. da . Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004.

SILVA, N. E. K. e; ALVARENGA, A. T.; AYRES, J. R. de C. M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 40, n.3, p. 474-81, 2006.

SONTAG, S. A Aids e suas metáforas. São Paulo: Cia das Letras, 1989, 112p.

SOUZA, V. de; FREITAS, M. I. F. Adolescentes, Aids e as campanhas na televisão. Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte, v. 6, n. ½, p. 2-6, jan./dez., 2002

SOUZA FILHO, E. A.; Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/afetivas no contexto da aids no Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (orgs) Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora, 2000, p.215-236.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-sentinelas parturientes, Brasil, 2002. Rev. Saúde Pública, São Paulo v. 38, n. 6, p. 764-772, dez., 2004.

STEANELLI, M. C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEANELLI, M. C. e CARVALHO, E. C. (org.) A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole, 2005 , p. 73-104.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Brasília, v. 1, n. 1, p. 18-24, mar., 2005.

TIPPLE, A. F. V. et al. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 245-50, mar./abr., 2003

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

TUESTA, A. A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1425-1436, set./out., 2003

VASCONCELOS, A. L. R. de; 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. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. Recife, v. 5, n.4, p. 483-492, out./dez., 2005.

VELOSO, V.G., VASCONCELOS, A .L., GRINSZTEIN, B. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. Bol Epidemiol. Brasília, v.12, p. 16-25, 1992.

VERMELHO, L.L., SILVA, LP, COSTA A .S. L. Epidemiologia da Transmissão vertical do HIV no Brasil. Bol Epidemiol. Brasília, v. 12, p. 5-15, 1992.

UNAIDS – The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006). Aids Epidemic Update. Network. World Health Organization. Genebra. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_brazil_en.pdf. Acessado em: 11 dez. 2006.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. (org.) Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB Editora, 2000. 328p.

WALDOW, V. R. O cuidado Humano: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzatto, 2001. 202p.

WINGESTER, E.L.C. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar terapêutica: uma rica experiência para o doente de aids seu cuidador. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004. 95 p.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participação na entrevista

Meu nome é Aline Reis Souza de Oliveira, sou enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Nível Mestrado, sob a orientação da Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas. Estamos fazendo uma pesquisa com o tema: Abordagem para a testagem anti-HIV na maternidade e vimos lhe convidar a participar desta, através de uma entrevista, que será gravada em fita cassete. A sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa. Adiantamos que suas opiniões e informações serão analisadas em conjunto com os demais dados obtidos e que serão tratadas anonimamente, garantindo o seu sigilo.

As informações colhidas serão utilizadas na construção do relatório final da pesquisa, no formato de dissertação e artigo para publicação em periódicos ou eventos científicos.

Salientamos que a entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e, caso deseje desistir, em qualquer fase da pesquisa, sua vontade será considerada.

Certas de contarmos com a sua participação, agradecemos e solicitamos que leia e assine o termo de consentimento.

Para quaisquer esclarecimentos você pode contactar as pesquisadoras nos telefones indicados e o Comitê de Ética da UFMG.

Atenciosamente,

Aline Reis Souza de Oliveira
Tel: (31)3453-9860/ 9199-7410

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Tel: (31)3248-9846

Eu _____ RG _____, afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da mesma; bem como sobre a utilização das informações que prestei exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo-me garantido o anonimato. Não apresentando dúvidas, autorizo a gravação da minha voz em fita cassete e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente de que não há riscos na minha participação e que poderei interrompê-la a qualquer momento.

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2006

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

ANEXO 2



Parecer nº 352

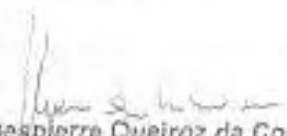
Interessados: Aline Reis Souza de Oliveira

Hospital: Hospital Júlia Kubitschek

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) aprovou, no dia 05 de janeiro 2006, o projeto de pesquisa intitulado « Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade ».

Relatórios deverão ser encaminhados ao CEP-FHEMIG sete a doze meses após o início do projeto.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Presidente do CEP-FHEMIG

ANEXO 3

ANEXO 3

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Parecer nº 352

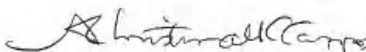
Interessados: Aline Reis Souza de Oliveira

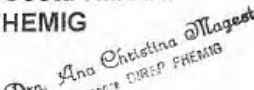
Hospital: Maternidade Odete Valadares

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) aprovou, no dia 05 de janeiro 2006, o projeto de pesquisa intitulado « **Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade** ».

Relatórios deverão ser encaminhados ao CEP-FHEMIG seis e doze meses após o início do projeto.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Presidente do CEP-FHEMIG


Dra. Ana Cristiana Magalhães
Secretária DIREP FHEMIG

ANEXO 4

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

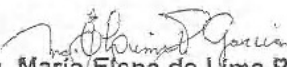
Parecer nº. ETIC 039/06

Interessada: **Profa. Maria Imacuíada de Fátima Freitas**
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 26 de abril de 2006, o projeto de pesquisa intitulado "Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem sorologia anti-HIV na maternidade" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO 5

SÍNTESE DA ANÁLISE UTILIZANDO A TÉCNICA DO DISCURSO DO

SUJEITO COLETIVO

Entrevista 3

Data: 05/07/2006 Instituição: B

Perfil do Sujeito:

Profissão: Médica Gênero: Feminino

Idade: 31

Tempo de atuação em maternidade: 6 anos

Projeto Nascer: Não

Identificação: E 3

1º Passo:

- Leitura e marcação dos termos, trechos e expressões relacionados ao tema do estudo:

Pergunta: *Como é para você pensar em aids, na infecção pelo HIV?*

Resposta: É... A aids é uma doença assim, né, uma endemia, uma pandemia na verdade. Já, já está atingindo todos os níveis sociais, não é só a população de baixa renda, eu acho que muito ainda por falta de informação, acho que o grande problema da aids é a falta de informação, tem pessoas ainda que dizem que não vai acontecer com ela mesma, ou por algum motivo, ou por falta de informação mesmo, que elas não vão se contaminar, é... não sabem que existem medidas de prevenção, que existe camisinha, não sabem que o fato de fazerem pré-natal quando a mãe é contaminada, né? Até mesmo para poder tomar a medicação, que hoje em dia, é... Apesar de ser uma doença grave, que é espalhada no mundo inteiro, ela pode ser controlada, então se você faz um pré-natal bem feito, faz uma é... faz um acompanhamento bem feito, faz a sorologia, a carga viral e toma a medicação, a chance de contaminação pro neném ela é muito menor ela é quase, ela chega a ... a quase zero, né? Se você continua fazendo o acompanhamento no pós-natal, o neném que vai tomar o xarope, é uma doença que é grave, é uma doença que é espalhada no mundo inteiro, uma doença que não está olhando mais esta questão de classe social, ela atinge todo mundo, basicamente por falta de informação que ela continua se espalhando, e que tem um controle, ela não tem cura, mas tem um controle que é eficaz, então o que me dá muita tristeza ver principalmente no SUS é... são mães que não tem nenhum acesso a um tratamento ou controle, e não tem até por falta de informação, atenção profissional, ou de um profissional de saúde, ou do conhecimento da mãe, da população que ela conhece, ela não é informada de uma forma, que ela tem a possibilidade de tratar durante a gravidez, tratar tanto a si mesma quanto o neném, impedir este neném de se contaminar.

P: *Você está direcionando para a maternidade, então queria que você me contasse como é para você esse atendimento, atender esta mulher que não teve acesso ao exame, ao tratamento como você fala?*

R: Eu acho que falta informação mesmo, né? Essa hora é a hora que mais precisa, que a gente vê, que é uma coisa fácil de atingir a população, era só ter uma política de governo que fosse voltada para isso, né? Que fosse mais, apesar de que, o governo até tem uma campanha contra a aids, o Ministério tem um impresso próprio, um livrinho que é o que fazer na gestante, no adulto e na criança, né? Eu acho que falta mais incentivo nesta parte, principalmente do governo, e dos profissionais de saúde, eu vejo assim, quando a mãe não tem acesso ao pré-natal, na verdade ela não foi informada, porque ela não procurou uma assistência, eu acho que começa antes disso... ela deveria ser informada primeiro da importância do pré-natal, né? Tudo o que é importante para ela fazer no pré-natal, não só em relação a aids, mas também de outras doenças, segundo, no caso da mãe positiva, sabidamente positiva, antes de engravidar, ela tinha que ser até aconselhada mesmo, se ela não trata primeiro, antes de tentar uma gravidez e tudo, o que eu vejo, o que eu penso, quando a gente pega uma mãe sem sorologia, ou sem pré-natal é que tá existindo falha, tá existindo várias falhas; falha do governo, falha dos profissionais, falha da sociedade, e que às vezes, falha do atendimento no próprio hospital. Quando a mãe chega aqui, é... é... isso não é cobrado com tanta, tanta firmeza, que ela tenha feito o exame, que ela faça o exame durante o trabalho de parto e que isso chegue até no recém-nascido, nesse hospital especificamente onde eu trabalho, isso é bem claro, sabe, a mãe chega sem exame e ele é feito imediatamente, até que aqui não acontece tanto, mas a gente vê em outros serviços que isso acontece ainda com frequência, tem bem uma displicência, desde lá do governo, até a comunidade de um modo geral. Porque tem instituições comunitárias que podem informar mães, a população pobre, que não tem acesso nem a televisão, que tem gente que não tem dinheiro nem para comprar televisão, então você vê, que eu acho que tem várias falhas aí, do governo, da comunidade em geral, dos profissionais de saúde e agora do profissional de saúde que está atendendo essa mãe, né? Eu acho que esse profissional poderia ter, né, mudar de alguma forma. Eu acho que uma coisa que é falha no profissional de saúde e eu acho que é todo mundo, que infelizmente, não tô falando do enfermeiro, do médico, eu acho que são todos, é porque a gente tende a não reforçar a coisa quando a mãe tá aqui, uma mãe que não fez pré-natal, é muito, às vezes é incômodo pra gente falar, olha, mas isso é importante você fazer, numa próxima gravidez tem que fazer consulta, então muitas vezes, eu não tô querendo dizer que isso acontece comigo, mas assim, a gente vê que a mãe ela sai daqui ainda sem orientação, ela vem sem pré-natal assim, por falta de informação e ela sai ainda sem informação. Quando ela poderia tá sendo informada sobre a importância do pré-natal, das doenças congênitas que tem, não só da aids, mas um tanto de doenças que são preveníveis, que você tem como prevenir, é... eu acho que isso falha muito, de um modo geral em todos os serviços que a gente vê, é que ela não tem informação antes de chegar no serviço, e ela não tem informação depois que ela sai do serviço, é uma coisa que ainda acontece, e que me entristece também muito, da gente perceber esta falha que não só até chegar aqui, depois que sai daqui, a gente deixa de informar, às vezes você fala para a mãe que ela vai fazer o teste rápido, então você pede consentimento, olha você tem que fazer o teste rápido anti-HIV, porque ela não pode fazer este teste rápido sem o consentimento, mas você não informa para ela a importância disso, entendeu? porque que ela tá fazendo esse teste, entendeu? Não é porque ela é grupo de risco ou não, é porque é importante para ela, se cuidar, importante ela tratar se tiver alguma coisa, é importante prevenir para o recém-nascido, então muitas vezes eu acho que isso passa batido mesmo, né? não tô falando assim que acontece aqui também, né? mas assim, é uma coisa que você vê com frequência, é uma falha que vai se perpetuando, ela vai antes de chegar no hospital e continua depois que a mãe sai dele...

P: Você acha que há uma banalização?

R: É, uma... Não dar a importância devida para a situação, uma banalização mesmo, né? É, as pessoas ainda têm muito receio de falar sobre o HIV, quando tem mãe HIV positivo a gente tem aquele... clima, aquele desconforto, com relação a tratar da doença com a mãe e às vezes a mãe tava até resolvida com isso, e a gente tem que focar a importância e ainda entrar em contato com o neném por isso que acontece esse desconforto, todo mundo ainda tem desconforto de falar com a mãe sobre isso né? Falar sobre isso com a mãe, com parente, com família, com outros profissionais, né? Ainda é uma doença que assusta muito que entristece muito as pessoas, que é... que preocupa muito, quando a pessoa tem o diagnóstico, que é positivo de alguma forma, eu acho que falta muito as pessoas falarem sobre o assunto, fica tudo meio subentendido e ninguém fala abertamente, olha você, é importante você fazer o pré-natal, porque você tem uma doença, que se você prevenir da próxima vez seu neném pode não ter doença nenhuma. Né? Você pode ter um neném saudável, é importante até de... Não de evitar, mas se adiar uma gestação enquanto ela estiver doente, né? É informar a mãe sobre isso, todas as possibilidades da doença no neném, que ela pensa assim, ah, eu tô doente, mas eu tô dando conta, que ela tá controlada, ela tem um neném por exemplo grave, com a síndrome mesmo, com a doença clássica mesmo, e ela não foi informada sobre isso, ela acha que o neném vai nascer tão bem quanto ela está. Acho que toda a população é responsável, apesar do que, ainda assim, você tem mais informação hoje do que tinha há uns anos atrás né? Apesar de que ainda tem muita falha, acho que ainda assim as pessoas estão falando mais, as pessoas estão fazendo mais, né? O teste rápido virou obrigatório, então praticamente todos os hospitais fazem, é difícil a gente ter uma mãe HIV positivo, que passa sem ser testada em algum momento, isso é quase impossível de acontecer, tem um envolvimento de todo o mundo, mas ainda é falho, ainda não é suficiente, tem uma população muito grande risco, uma população que tá se contaminando a cada dia muito grande, principalmente mulher. Silêncio.

P: *Tem alguma outra coisa que você queria falar e eu não perguntei?*

R: Não... risos... assim, o que eu acho é basicamente isso, a questão da informação mesmo, acredito que a gente pode mudar, que tratamento tem, drogas novas, tem meios, sabe... exames de imagens estão cada vez melhores, para a gente diagnosticar, identificar, tanto na grávida, quanto na não grávida, hoje em dia o tratamento está muito avançado, o que eu acho que ainda falta avançar muito, não por falta de divulgação, não, por falta da pessoa seguir o que deve ser feito, que às pessoas às vezes até têm informação, o que pode fazer quando grávida, mas não faz, não faz exame periódico, não faz na gravidez, não faz antes de engravidar, eu acho assim, tem que colocar no papel mesmo, tudo o que está escrito lá, colocar em prática. Tudo o que está no papel que tem que ser feito, tem que ser praticado! E a gente como formador de opinião, que o profissional de saúde ele é um formador de opinião, se você tem oportunidade de informar uma família inteira, aquela família vai divulgar a informação na comunidade de alguma forma, então a gente tem que bater nesta tecla de botar na prática mesmo.

2º Passo:

- Levantamento das Idéias Centrais do discurso:

1. A aids é uma pandemia.
2. A aids é uma doença grave que assusta e entristece as pessoas.
3. A aids é doença do outro, a população desconhece as formas de prevenção.

4. Apesar de não ter cura e de estar espalhada no mundo todo, a aids pode ser controlada.
5. A situação atual, com aumento da incidência em vários grupos sociais sobretudo, entre as mulheres que chegam à maternidade, denota a falha nos serviços de saúde, principalmente por falta de acesso e informação.
6. As formas de controle e tratamento são avançadas e eficazes, o que falta avançar é a forma de acesso e a busca pela assistência, falta colocar em prática o que está no papel.
7. É responsabilidade do profissional de saúde divulgar as práticas de prevenção da infecção pelo HIV, mas falta conversa com a clientela, falar de aids ainda incomoda muito apesar dos avanços.
8. O aconselhamento é fundamental e deve ser feito em qualquer nível e momento da atenção.
9. A mulher que recebe informações corretas, mesmo sendo soropositiva para o HIV, tem mais chances de buscar assistência e prevenir a transmissão vertical, é preciso conversar sobre o assunto.

3º Passo:

- Resumos dos temas levantados:

- ✓ A aids é uma pandemia

A aids é uma doença, uma endemia, uma pandemia na verdade, já está atingindo todos os níveis sociais, não é só a população de baixa renda, é espalhada no mundo inteiro. Ela atinge todo mundo

- ✓ A aids é uma doença grave que assusta e entristece as pessoas

É uma doença grave, ainda é uma doença que assusta muito que entristece muito as pessoas, que preocupa muito quando a pessoa tem o diagnóstico, que é positivo de alguma forma.

- ✓ A aids é doença do outro, a população desconhece as formas de prevenção

O grande problema da aids é a falta de informação, tem pessoas ainda que dizem que não vai acontecer com ela mesma, por algum motivo, ou por falta de informação mesmo, que elas não vão se contaminar. Não sabem que existem medidas de prevenção, que existe camisinha, uma doença que não está olhando mais esta questão de classe social, ela atinge todo mundo, basicamente por falta de informação que ela continua se espalhando.

- ✓ Apesar de não ter cura e de estar espalhada no mundo todo a aids pode ser controlada

Ela pode ser controlada, então se você faz um pré-natal bem feito, faz um acompanhamento bem feito, faz a sorologia, a carga viral e toma a medicação, a chance de contaminação pro neném ela é muito menor ela é quase, ela chega a quase zero. Ela não tem cura, mas tem um controle que é eficaz. O governo até tem uma campanha contra a aids, o Ministério tem um impresso próprio, um livrinho que é o que fazer na gestante, no adulto e na criança.

- ✓ A situação atual, com aumento da incidência em vários grupos sociais sobretudo, entre as mulheres que chegam à maternidade, denota a falha nos serviços de saúde, principalmente por falta de acesso e informação

O que me dá muita tristeza ver principalmente no SUS, são mães que não tem nenhum acesso a um tratamento ou controle, e não tem até por falta de informação, atenção profissional, ou do conhecimento da mãe, da população que ela conhece, ela não é informada sobre a possibilidade de tratar durante a gravidez, tratar tanto a si mesma quanto o nenozinho, impedir este neném de se contaminar. Eu acho que falta mais incentivo nesta parte, principalmente do governo, e dos profissionais de saúde. Falha do governo, falha dos profissionais, falha da sociedade, e às vezes, falha do atendimento no próprio hospital. Acho que toda a população é responsável, apesar do que, ainda assim, você tem mais informação hoje do que tinha há uns anos atrás, tem um envolvimento de todo o mundo, mas ainda é falho, tem uma população muito grande em risco, uma população que tá se contaminando a cada dia, principalmente mulher.

- ✓ As formas de controle e tratamento são avançadas e eficazes, o que falta avançar é a forma de acesso e a busca pela assistência, falta colocar em prática o que está no papel

Tratamento tem, drogas novas, tem meios, exames de imagens estão cada vez melhores, para a gente diagnosticar, identificar, tanto na grávida, quanto na não grávida, hoje em dia o tratamento está muito avançado. O que eu acho que ainda falta avançar muito, não por falta de divulgação, não por falta da pessoa seguir o que deve ser feito, que às pessoas às vezes até têm informação, o que pode fazer quando grávida, mas não faz, não faz exame periódico, não faz na gravidez, não faz antes de engravidar, eu acho assim, tem que colocar no papel mesmo, tudo o que está escrito lá colocar em prática.

- ✓ É responsabilidade do profissional de saúde divulgar as práticas de prevenção da infecção pelo HIV, mas falta conversa com a clientela, falar de aids ainda incomoda muito apesar dos avanços

Uma coisa que é falha no profissional de saúde e eu acho que é todo mundo, que infelizmente, não tô falando do enfermeiro, do médico, eu acho que são todos, a gente tende a não reforçar a coisa quando a mãe tá aqui, uma mãe que não fez pré-natal, às vezes é incômodo pra gente falar, olha, mas isso é importante você fazer, numa próxima gravidez tem que fazer consulta, a gente vê que a mãe, ela sai daqui ainda sem orientação, ela vem sem pré-natal por falta de informação e ela sai ainda sem informação. Quando ela poderia tá sendo informada sobre a importância do pré-natal, das doenças congênitas que tem, não só da aids, mas um tanto de doenças que são preveníveis, que você tem como prevenir, de um modo geral em todos os serviços que a gente vê, é que ela não tem informação antes de chegar no serviço, e ela não tem informação depois que ela sai do serviço. Às vezes você fala para a mãe que ela vai fazer o teste rápido, então você pede consentimento, olha você tem que fazer o teste rápido anti-HIV, porque ela não pode fazer este teste rápido sem o consentimento, mas você não informa para ela a importância disso. Eu acho que falta muito as pessoas falarem sobre o assunto, fica tudo meio subentendido e ninguém fala abertamente.

- ✓ O aconselhamento é fundamental e deve ser feito em qualquer nível e momento da atenção

Começa antes disso, ela deveria ser informada primeiro da importância do pré-natal, tudo o que é importante para ela fazer no pré-natal, não só em relação a aids, mas também de outras doenças. O que eu penso quando a gente pega uma mãe sem sorologia, ou sem pré-natal é que tá existindo falha, o profissional de saúde ele é um formador de opinião, se você tem oportunidade de informar uma família inteira, aquela família vai divulgar a informação na comunidade de alguma forma, então a gente tem que bater nesta tecla de botar na prática mesmo.

- ✓ A mulher que recebe informações corretas, mesmo sendo soropositiva para o HIV, tem mais chances de buscar assistência e prevenir a transmissão vertical, é preciso conversar sobre o assunto

No caso da mãe positiva, sabidamente positiva, antes de engravidar, ela tinha que ser até aconselhada a tratar primeiro, antes de tentar uma gravidez, é importante fazer o pré-natal, se prevenir da próxima vez o neném pode não ter doença nenhuma. (...) Não de evitar, mas se adiar uma gestação enquanto ela estiver doente informar a mãe sobre isso, todas as possibilidades da doença no neném, que ela pensa assim, ah, eu tô doente, mas eu tô dando conta, que ela tá controlada, ela tem um neném, por exemplo, grave, com a síndrome mesmo, com a doença clássica mesmo, e ela não foi informada sobre isso, ela acha que o neném vai nascer tão bem quanto ela está. Acho que ainda assim as pessoas estão falando mais, as pessoas estão fazendo mais. O teste rápido virou obrigatório, então praticamente todos os hospitais fazem, é difícil a gente ter uma mãe HIV positivo, que passa sem ser testada em algum momento, isso é quase impossível de acontecer.

4º Passo:

- Resumo do discurso da E 3

A aids é uma pandemia e atinge todos os níveis sociais. A falta de informação é o grande problema, relata que para algumas pessoas a aids é identificada como doença do outro e que elas desconhecem as medidas preventivas, o que contribui para o avanço da doença. Apesar de ser uma doença grave, espalhada pelo mundo e não ter cura, ela pode ser controlada e se houver um pré-natal bem feito, com os exames disponíveis, a possibilidade de transmissão vertical é mínima. Acredita que a aids continua se espalhando por falta de informação e por falta de acesso aos serviços básicos de saúde. Fica triste ao reconhecer o descaso dos profissionais e do governo, apesar das políticas públicas e dos protocolos, ainda é precária a assistência, e a mulher não tem acesso nem a informação sobre os seus direitos. Considera que a sociedade também é falha neste aspecto, porque não existe uma mobilização comunitária. Reconhece que os profissionais de saúde banalizam o cuidado quando perdem a oportunidade de aconselhar a mulher que está na instituição, ela entra e sai do hospital e só a parte técnica é garantida. Acredita que esta postura advém do desconforto que falar da aids trás ao profissional de saúde, a orientação sobre o teste rápido toca somente o ponto do consentimento. Para ela, a aids ainda é uma doença que assusta muito, que entristece as pessoas. Fica tudo subentendido e ninguém fala sobre o assunto, mesmo assim, hoje se fala mais que ontem sobre aids.

5º Passo:

- Construção do discurso do sujeito coletivo

Expressões-chave dos sujeitos:

E 3 – “... Já está atingindo todos os níveis sociais...”

E 3 – “... Tem pessoas ainda que dizem que não vai acontecer com ela mesma, ou por algum motivo, ou por falta de informação mesmo, que elas não vão se contaminar...”

E 10 – “... A aids é uma doença que tem me preocupado muito ultimamente, o índice tem aumentado bastante...”

E 11 – “... A gente nunca sabe o que é estar contaminado com o HIV, apesar de ser uma doença bem controlada hoje.. só a pessoa que é mesmo, é que teria a capacidade de lhe responder.”

E 12 – “... Acho que seria perfeitamente controlável se a gente tivesse menos ignorância...”

E 15 – “... Os meios de comunicação que só fazem campanha na época de carnaval, no dia de luta mundial, eu acho pouco isso, acho que essa proteção, essa responsabilidade que a gente tem que ter e de lembrar que existe o vírus aí, tem que ser no dia-a-dia com os profissionais de saúde, com a mídia e a educação...”

E 21 – “... Eu penso em educação começando lá da atenção básica, na educação pra saúde, palestras mesmo, uma forma de controlar a transmissão, de tá passando pra população a importância da prevenção, do uso de preservativo, das formas de contato, até mesmo de uso de drogas, já começando lá com a população adolescente, crianças, pré-adolescentes...”

DSC 4 – É preciso mudar a crença de que a aids é doença do outro

A gente nunca sabe o que é estar contaminado com o HIV, apesar de ser uma doença bem controlada hoje. Só a pessoa que é mesmo, é que teria a capacidade de lhe responder isso. Acho que o grande problema da aids é a falta de informação, há pessoas que dizem que não vai acontecer com elas, ou por algum motivo, ou por falta de informação mesmo, que elas não vão se contaminar. Eu penso que é uma coisa que seria perfeitamente controlável se a gente tivesse menos ignorância. Eu penso em educação começando lá da atenção básica, na educação pra saúde, palestras mesmo, uma forma de controlar a transmissão, de tá passando pra população a importância da prevenção, do uso de preservativo, das formas de contato, até mesmo de uso de drogas, já começando lá com a população adolescente, crianças, pré-adolescentes. Os meios de comunicação que só fazem campanha na época de carnaval, no dia de luta mundial, eu acho pouco isso, acho que essa proteção, essa responsabilidade que a gente tem que ter e de lembrar que existe o vírus aí, tem que ser no dia-a-dia com os profissionais de saúde, com a mídia e a educação.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)