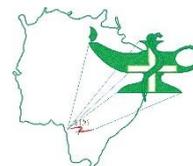




UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CURSO DE ENFERMAGEM  
UNIDADE DE DOURADOS



SIGRID FONTES

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O ACOMPANHAMENTO DE  
GESTANTES HIV POSITIVAS

DOURADOS-MS

2014

SIGRID FONTES

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O ACOMPANHAMENTO DE  
GESTANTES HIV POSITIVAS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Estadual de  
Mato Grosso do Sul (UEMS) como requisito  
parcial para obtenção do título Bacharel em  
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Missio

DOURADOS-MS

2014

F769p Fontes, Sigrid

Percepções da equipe de saúde sobre o acompanhamento de gestantes HIV positivas/ Sigrid Fontes. Dourados, MS: UEMS, 2014.

70p. ; 30cm

Monografia (Graduação) – Enfermagem – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2014.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Lourdes Missio.

1. Saúde da mulher 2. Gestantes 3. HIV I. Título

CDD 23.ed. - 618.104

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Sigrid Fontes

Percepções da Equipe de Saúde sobre o Acompanhamento de Gestantes HIV  
Positivas

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Estadual de  
Mato Grosso do Sul (UEMS) como requisito  
parcial para obtenção do título Bacharel em  
Enfermagem

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Lourdes Missio – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

---

Profa. Msc. Ceny Longhi Rezende – Universidade Estadual de Mato Grosso  
do Sul

---

Profa. Msc. Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto – Universidade Estadual de  
Mato Grosso do Sul

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais cujos esforços e sacrifícios me permitiram chegar até esse ponto. Aos amigos que fiz durante a graduação que me deram suporte e injeções de ânimo, caminhando comigo e não permitindo que eu desistisse. E à minha orientadora, por me moldar desde o primeiro ano até este momento, e cuja paciência excedeu os limites possíveis.

*“Tudo que está no plano da realidade já foi  
sonho um dia.”*

Leonardo da Vinci

## RESUMO

O período gravídico compreende um período de fragilidade para a mulher, com mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que trazem consigo medos, angústias e sobretudo, dúvidas. Sendo a mãe soropositiva para HIV (vírus da imunodeficiência humana), o período torna-se ainda mais sensível e frágil, pois além dos sentimentos inerentes à gestação, ela ainda enfrenta situações de vergonha, ansiedade, depressão, estigma, preconceito e isolamento. Acrescenta-se ainda o medo da transmissão da doença para o bebê e a ambivalência entre querer e não querer a gestação. Portanto, o profissional de saúde necessita de um olhar mais amplo e sensível ao tratar dessa população. A pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções da equipe quanto ao trabalho do serviço de assistência especializada (SAE) e analisar os aspectos que facilitam e dificultam a adesão de gestantes e puérperas ao tratamento da HIV/AIDS. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Os dados foram coletados através de entrevistas com um roteiro semiestruturado. Para a análise dos dados utilizou-se o referencial da análise de conteúdo de Bardin. Participaram do estudo seis profissionais, das áreas de medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social. Os resultados evidenciaram que as gestantes são encaminhadas do serviço de pré-natal e apresentam uma boa adesão e acompanhamento no programa. Entre os fatores facilitadores à adesão ao tratamento, destaca-se o acolhimento pela equipe a disponibilidade frente ao atendimento da gestante, de forma a elucidar suas dúvidas e diminuir suas preocupações. Dentre as dificuldades estão o uso de drogas, as questões culturais e religiosas, a distância da residência das gestantes até o serviço e as reações adversas da terapia antirretroviral. Sugere-se que a partir dos dados obtidos, seja feita uma reflexão com a equipe sobre quais medidas possam ser adotadas para melhorar o atendimento e o cuidado com as gestantes HIV positivas.

**Palavras-Chave:** Saúde da mulher, Gestantes; HIV

## ABSTRACT

The pregnancy period comprehends a period of fragility for the women, with physiological, psychological and social changes, that brings with it fears, anguishes, and above all, doubts. Being the mother seropositive, the period becomes much more sensitive and fragile, because above all the sentiments inherent to the pregnancy, she still faces situations of shame, anxiety, depression, stigma, prejudice and isolation. Add to that, is the fear of transmitting the disease to the baby and the ambivalence of wanting and not wanting the pregnancy, therefore, the health professional must have a wide and sensitive look by treating this population. The research had the objective of knowing the perception of the team on the work of the specialized assistance service (SAE) and analyse the aspects that helps and hampers the adherence of the pregnant and puerperal to the treatment of HIV/AIDS, from the point of view of the health professionals of the unity, allowing the identification of possible strategies for the optimization of the adherence and the attendance of the women inserted in the program. The approach of this research is qualitative, descriptive and exploratory. The data were collected through interview with a semi-structured script. For the data analysis were used a referencial for content analysis by Bardin. Were a part of the study six professionals, of the fields of medicine, nursing, pharmacy, psychology and social service. The results evidenced that the pregnant women are refer from the prenatal service and show a good adherence and attendance in the program. Among the helper factors for the adherence at the treatment, stands out the reception of the staff and the disponibility for the care of the pregnant, in form to elucidate their doubts and reduce their concerns. Among the difficulties are the abuse of drugs, the cultural and religious questions, the distance of the mother's residence to the service and the adverse reactions of the antiretroviral therapy. It is suggested that starting from the data obtained, a reflexion should be done with the staff about which measures can be done to improve the treatment and the caring with the HIV seropositives pregnant.

**Keywords:** Women Health, Pregnancy, HIV.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. METODOLOGIA .....	12
2.1. Delineamento da pesquisa .....	12
2.2. Local da pesquisa.....	12
2.3. Período do estudo .....	12
2.4. Participantes da pesquisa .....	13
2.5. Coleta e Análise dos Dados.....	13
2.6. Aspectos éticos.....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
3.1. Patologia e dados epidemiológicos .....	15
3.2. Gestante HIV positiva.....	19
3.3. Serviço de assistência especializada/centro de testagem e aconselhamento – SAE/CTA.....	24
3.4. Atenção do profissional de saúde .....	26
3.4.1. O enfermeiro atuante na assistência à gestante soropositiva .....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	33
4.1. Caracterização da Equipe .....	33
4.2. O Ingresso da Gestante no Programa.....	34
4.3. Atendimento das Gestantes e Puérperas no Serviço.....	38
4.4. Adesão ao tratamento: fatores facilitadores e dificultadores .....	41
4.5. Papel dos profissionais e estratégias utilizadas .....	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	64
APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA .....	66
ANEXOS .....	67
ANEXO 1 - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS.....	68

## 1. INTRODUÇÃO

O período gravídico compreende um período de fragilidade para a mulher, com mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que trazem consigo medos, angústias e sobretudo, dúvidas. Sendo a mãe soropositiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), torna-se o período ainda mais sensível e frágil, pois além dos sentimentos inerentes à gestação, ela ainda tem sentimentos como a vergonha, a ansiedade, a depressão, o estigma, o preconceito e o isolamento. Acrescenta-se ainda, o medo da transmissão para o bebê, das possíveis sequelas advindas da doença da mãe, o medo da discriminação pela sociedade, a preocupação com a orfandade do filho, e a ambivalência entre querer e não querer a gestação.

O interesse em realizar este estudo ocorreu pela necessidade de conhecer e identificar como se dá o atendimento às gestantes e puérperas HIV positivas no município de Dourados/MS. O atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde deve seguir as recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical.

Dados demonstram que em 2012 foram constatados 54 casos novos de infecção pelo HIV em gestantes na região de Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2013a). O aumento do número de casos pode estar relacionado à baixa adesão e continuidade do tratamento pelas mulheres, não aderindo às recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde e também relacionado com a qualidade de assistência (BRASIL, 2010).

Desta forma, consideramos importante conhecer as experiências e vivências dos profissionais que atuam com mulheres HIV positivas, sendo possível proporcionar uma reflexão junto aos mesmos (assistência hospitalar e programas) acerca do atendimento destas pacientes, visando benefícios para o binômio mãe-filho.

Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

- Conhecer a percepção da equipe quanto ao trabalho do Serviço de Assistência Especializada/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) no atendimento as gestantes e puérperas HIV positivas.

### **Objetivos Específicos**

- Evidenciar os fatores facilitadores e dificultadores no atendimento às gestantes soropositivas para o HIV;
- Identificar as possíveis estratégias dos profissionais do SAE/CTA para adesão e acompanhamento das gestantes e puérperas soropositivas para o HIV ao tratamento.
- Compreender a organização e a operacionalização do atendimento prestado à gestante e puérpera no Centro de Atendimento ao Paciente HIV positivo.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, bem como direciona para significados e atitudes os quais correspondem a um espaço mais profundo de relações e dos processos (MINAYO, 2006).

### **2.2. Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) do município de Dourados, Mato Grosso do Sul. O serviço de assistência especializada (SAE) em HIV/AIDS realiza ações de assistência, como também atividades relacionadas à prevenção e tratamento de pessoas HIV-soropositivas e com AIDS. Já os centros de testagem e aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, porém com uma maior complexidade e maior resolutividade. Nestes serviços estão inseridos profissionais especializados para acompanhar o paciente soropositivo, tais como: assistente social, psicólogo, enfermeiro, médicos especializados em infecções e em obstetrícia, farmacêuticos e cirurgiões dentistas, sendo que todos os escritos estão localizados em um mesmo prédio, facilitando assim o atendimento dos pacientes.

### **2.3. Período do estudo**

O estudo foi realizado entre agosto de 2013 a setembro de 2014.

Durante o segundo semestre do ano de 2013, foram realizadas as pesquisas bibliográficas e abordagem da responsável pela unidade do serviço especializado sobre a possibilidade de ser realizado o estudo no local.

Durante o período de março a maio de 2014 foram realizados os encontros com os profissionais, onde foram gravadas as entrevistas. Entre os meses de maio a julho, as entrevistas foram transcritas e separadas em categorias de acordo com sua unidade temática. De julho a setembro foram relacionados os dados encontrados nas entrevistas com os dados em bibliografias, e elaborado o trabalho final.

## **2.4. Participantes da pesquisa**

Os informantes da pesquisa foram seis profissionais de Saúde que atuavam na assistência das gestantes soropositivas para HIV no SAE de Dourados/MS, sendo dentre eles uma enfermeira, duas médicas sendo uma obstetra e uma pediatra, uma farmacêutica, uma assistente social e uma psicóloga.

Estes informantes foram contatados para participar do estudo durante o período de trabalho, normalmente no período da manhã. Após uma conversa inicial sobre a pesquisa e convite oficial, todos explicitaram a vontade de participar do estudo a fim de debater mais o tema e difundi-lo entre a comunidade. Os mesmos foram colaborativos, demonstraram anseio de conhecimento e de formas, posteriores ao estudo, que forneceriam aos profissionais subsídios para um atendimento mais qualificado, ágil e eficiente às mulheres portadoras do vírus HIV.

## **2.5. Coleta e Análise dos Dados**

Os dados foram obtidos através de entrevistas, com roteiro semiestruturado (Apêndice 2). Estas foram gravadas após orientações e aceite dos participantes, posteriormente transcritas para serem analisadas.

As entrevistas foram realizadas após a permissão para a gravação das mesmas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), após orientação a respeito do estudo e do sigilo, sendo que as gravações seriam deletadas após sua transcrição.

Para a análise dos dados nos apropriamos do referencial proposto por Bardin (1977). As entrevistas foram transcritas, e posteriormente realizadas leituras detalhadas das falas. Os dados foram organizados e agrupados em unidades temáticas: caracterização da equipe, ingresso da gestante no programa, adesão ao tratamento: fatores facilitadores e dificultadores e papel dos profissionais e estratégias utilizadas.

## **2.6. Aspectos éticos**

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa “Laços que unem a Saúde da Mulher: o modelo adotado por um município” sob coordenação da pesquisadora Márcia Maria Ribeiro Lopes Spessoto, docente do Curso de Enfermagem da UEMS,

apoiado pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect), e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o número do parecer 136.826 (anexo 1).

As entrevistas se iniciaram perante o aceite dos participantes, sendo que os mesmos foram informados sobre a pesquisa, as finalidades e relevância e, após todos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para que não houvesse identificação dos profissionais, os participantes foram codificados em E1, E2, E3, E4, E5 e E6, de acordo com a ordem de aparecimento na discussão dos dados.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Patologia e dados epidemiológicos

Kumar et al. (2010) definem AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) como uma doença causadora de imunossupressão do organismo hospedeiro, tornando-o suscetível às infecções oportunistas, à neoplasias secundárias e manifestações neurológicas. Hinrichsen (2009) define o vírus HIV como um retrovírus humano da subfamília Lentivirus, portanto, um vírus RNA caracterizado pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, integrando-o ao genoma da célula hospedeira. O vírus infecta, principalmente, as células que apresentam a molécula CD4 (grupamento de diferenciação 4), constituindo os linfócitos CD4 (T4 ou T helper) e os macrófagos (HINRICHSEN, 2009). A infecção faz com que a resposta imunológica fique diminuída, deixando o organismo desprotegido e suscetível ao desenvolvimento de infecções endógenas e exógenas, como caracterizam Kawamoto et al., (1995).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana possui três fases: infecção aguda, fase de latência clínica e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (BRASIL, 2013a). Por possuir essa longa fase de latência, mesmo com a existência de uma vacina 100% eficaz, que interrompesse a transmissão, aplicada nos próximos 12 meses, seria ainda observado casos de AIDS por até 10 a 20 anos, daí a necessidade de adotar medidas de prevenção de transmissão (HINRICHSEN, 2009).

A infecção aguda, também chamada de síndrome de soroconversão por Hinrichsen (2009) compreende as primeiras semanas após o contato com o vírus até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV, ocorrendo geralmente após um mês. Entre 50 a 90% dos indivíduos infectados apresentam a síndrome retroviral aguda (SRA), onde os principais achados clínicos incluem febre, adenopatia (aumento dos gânglios linfáticos), faringite (infecções/inflamação na garganta), erupção cutânea, dores musculares e dores de cabeça. Também podem estar presentes sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais. A maior parte dos sintomas desaparecem em três a quatro semanas. Por ter uma sintomatologia análoga às outras infecções virais e bacterianas, o diagnóstico para HIV é dificilmente detectado neste período (BRASIL, 2013b).

Na fase de latência clínica, frequentemente é identificado a presença de linfadenopatia generalizada, espalhando-se por todos os gânglios linfáticos. No exame laboratorial podem ser encontrados diminuição no número de plaquetas, leucócitos e hemoglobina, causando anemia e leucopenia leves. A medida que a contagem de linfócitos T-CD4 diminui, os episódios de infecção aumentam de frequência, apresentando complicações tais como: resposta tardia à antibióticoterapia e/ou reativação de infecções antigas. A sintomatologia dessa fase é a frequência de infecção respiratória (ex.: tuberculose), febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais (BRASIL, 2013b).

A fase sintomática poderá ser precoce ou tardia, e ocorre quando o indivíduo não diagnosticado e sem tratamento progride para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), apresentando quadro de aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias. Também pode ocorrer dano direto aos órgãos ou aos processos inflamatórios (BRASIL, 2013a). De acordo com Hinrichsen (2009), o indivíduo com AIDS é aquele que apresenta uma contagem de linfócitos CDA < 200 células/mm<sup>3</sup> e/ou aparecimento de sintomas constitucionais ou doença oportunista típica da AIDS, sendo elas: candidíase, diarreia > 1 mês, pneumonia bacteriana recorrente ou por *P. carinii*, septicemia recorrente, leucoencefalopatia, entre outras.

As principais neoplasias apresentadas por indivíduos portadores da síndrome são pulmonares, anal, hepática, linfoma de Hodgkin e de colo uterino em mulheres. Visto a grande possibilidade de desenvolver neoplasias, mesmo que a terapia anti retroviral (TARV) reduza a incidência, o Ministério da Saúde recomenda exames para rastreamento de neoplasias anualmente (BRASIL, 2013b).

O diagnóstico é feito com base na sorologia do desenvolvimento de anticorpos anti-HIV até seis a 12 semanas após a exposição ao vírus. Os testes de detecção são: Enzyme Linked Imuno Sorbent Assays (ELISA), Imunofluorescência (IMF) e Western Blot (WB). O diagnóstico definitivo é feito mediante a presença de anticorpos contra o vírus, identificados em dois testes ELISA de gerações e marcas diferentes, e um teste IMF ou WB confirmatório, identificando anticorpos específicos contra a proteína ou glicoproteína do vírus (HINRICHSEN, 2009).

Sinais e sintomas observados durante a anamnese em um exame físico clínico podem gerar a suspeita do profissional de saúde, quanto à infecção pelo vírus,

dentre eles: dermatite seborreica, alterações neurocognitivas e focais, adenopatia de cabeça, pescoço, inguinais, axilares e supratrocleares, hepatomegalia ou esplenomegalia, molusco contagioso, verruga, foliculite, corrimento, úlcera, psoríase, ictíose, sarcoma de Kaposi, micose de pés e unhas, candidíase e leucoplastia pilosa (BRASIL, 2013a).

Em 1996, foi promulgada no Brasil a lei da obrigatoriedade do acesso universal e gratuito da medicação antirretroviral pelo sistema público de saúde, visto que foi comprovada clinicamente a eficácia da medicação na redução da morbimortalidade por HIV/AIDS. A medicação é dispensada, mediante cadastro e solicitação médica, com quantidade suficiente para um mês, com a finalidade de manter-se o controle e a continuidade do tratamento (BRASIL, 1999).

A Portaria Ministerial nº 874 de 1997 (BRASIL, 1997) regulamenta como deve ser realizado o tratamento de todas as pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS:

- Assintomático + contagem de CD4 não disponível + carga viral não disponível: indicado não tratar.
- Assintomático + contagem de CD4  $\geq 500/\text{mm}^3$  + carga viral  $\geq 30.000/\text{ml}$ : indicado tratamento.
- Assintomático + contagem de CD4  $\geq 500/\text{mm}^3$  + carga viral  $\geq 10.000$  a  $30.000/\text{ml}$ : considerado tratamento.
- Assintomático + contagem de CD4  $\geq 500/\text{mm}^3$  + carga viral  $< 10.000$  ou não disponível: não tratar.
- Assintomático + contagem de CD4 entre  $350$  a  $500/\text{mm}^3$  + carga viral não disponível: recomendado tratar ou monitorar.
- Assintomático + contagem de CD4 entre  $350$  a  $500/\text{mm}^3$  + carga viral  $< 5.000/\text{ml}$ : recomenda-se tratar ou monitorar.
- Assintomático + contagem de CD4 entre  $350$  a  $500/\text{mm}^3$  + carga viral de  $5.000/\text{ml}$ : recomendado tratamento.
- Assintomático + contagem de CD4 entre  $200$  a  $350/\text{mm}^3$ , independente da carga viral, é recomendado tratamento.
- Assintomático + contagem de CD4 menor que  $200/\text{mm}^3$ , independente da carga viral, é recomendado início de terapia e profilaxia de infecções oportunistas como Pneumonia e toxoplasmose.
- Sintomático, independente da contagem de CD4 e carga viral, é recomendado início da terapia e profilaxia de infecções oportunistas.

A periodicidade das consultas médicas deve adequar-se à fase de tratamento e às condições clínicas do paciente. Sendo que após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se o retorno entre 7 e 15 dias; em seguida, são realizados retornos mensais até a adaptação do paciente à terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2013b).

A AIDS surgiu em meados de 1981 nos Estados Unidos da América (EUA), quando foram notificados casos de pneumonia e sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos saudáveis, de acordo com Hinrichsen (2009), porém, apenas em 1983 foi descrito o agente etiológico da AIDS, o vírus HIV.

O primeiro caso diagnosticado de AIDS no Brasil foi em 1982, em São Paulo. Em 1985, foi criada a Fundação de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), primeira organização não governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS. Ainda no mesmo ano, foi notificado o primeiro caso de transmissão vertical (da mãe para o bebê) no Brasil. Em 1988 é instaurado o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a AIDS, e no mesmo ano, o Brasil já havia notificado 4535 casos da infecção. Em 1993, o Brasil passa a produzir o coquetel de tratamento da AIDS, chamado azidotimidina ou AZT, constatado no ano seguinte como efetivo para a redução dos casos de transmissão vertical do vírus HIV. A partir de 1996 é garantida por lei a gratuidade do recebimento da medicação. Tendo em vista a progressão da infecção de HIV nacional, o Ministério da Saúde elaborou em 1999 a Política Nacional de DST/AIDS: Princípios e Diretrizes, onde estabelece minuciosamente como deve ser realizada a assistência em saúde das pessoas portadoras do vírus HIV (BRASIL, 2014).

Até 1985, estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) acumulavam 1.169.811 casos de AIDS notificados, sendo mais prevalente nas Américas (49,5% dos casos), sendo 10,7% desses casos concentrados no Brasil (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Dados epidemiológicos apontam que desde seu primeiro caso em 1980 até junho de 2012, o Brasil notificou 656.701 casos de AIDS. De acordo com Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2013, a região Centro-Oeste compreende 5,8% dos casos de AIDS do Brasil, sendo que a região Sudeste compreende o maior percentual de casos (55,2%) (BRASIL, 2013b).

Nos últimos 10 anos houve uma diminuição de 51,2% na detecção de AIDS em menores de cinco anos. Desde 1980 até 2013, foram constatados 64.268 óbitos por

AIDS no Brasil, o que equivale a aproximadamente 9% dos casos de AIDS. Em 2012, a taxa de mortalidade do Centro-Oeste era de 4,7 óbitos/100.000 habitantes, menor do que o padrão brasileiro, que é de 5,5 óbitos/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por AIDS em homens é menor que a de mulheres, com valores de 8,1 e 4,2/100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2013b).

Em 2012, calculou-se que aproximadamente 12.177 gestantes brasileiras eram HIV positivo. De 2000 a 2013, 5,7% dos casos de gestantes HIV positivo correspondiam ao Centro-Oeste. Em 2012, foram registrados 425 casos novos da infecção em gestantes, sendo que a taxa de detecção no Mato Grosso do Sul corresponde ao nível nacional de 2,4/1000 nascidos vivos. Neste mesmo ano, a maior proporção de gestantes infectadas pelo vírus esteve concentrada na faixa etária de 20 a 29 anos, nas faixas escolares de ensino fundamental incompleto (32,7%) e do ensino médio completo (19,1%), e na raça/cor branca (41,6%) e parda (42%) (BRASIL, 2013a).

### **3.2. Gestante HIV positiva**

A AIDS compreende a terceira maior causa de morte entre mulheres de 25 a 44 anos (KUMAR et al., 2010). A transmissão da mãe para a criança é a principal causa de AIDS pediátrica, sendo constatado pelo Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2013a) que no período entre 1980 a 2012, 87% das crianças menores de 13 anos, filhas de mães soropositivas, foram infectadas por transmissão vertical. As mães infectadas podem transmitir a infecção ao bebê por três vias: intraútero por propagação transplacentária; durante o parto através de um canal de parto infectado e depois do nascimento, por ingestão de leite materno (KUMAR et al., 2010).

Dentre os fatores que facilitam a transmissão vertical constam: infecção primária durante o período gestacional, estado clínico e imunobiológico da mãe durante a gravidez, baixos níveis de anticorpos neutralizantes, infecção placentária por outros micro-organismos e tempo prolongado de amniorrexe (CUNHA; DUARTE, 1998). Hinrichsen (2009) define também como fatores a associação de corioamnionite, trabalho de parto prolongado e parto vaginal. Questões como prematuridade e o tipo de parto também estão associadas a um risco aumentado de transmissão, de acordo com Pinho Neto e Oliveira (2006).

Porém, a intervenção precoce com o uso de antirretrovirais profilático para gestantes assintomáticas ou terapêutico em caso da doença (AIDS) para redução da

carga viral materna, e a assistência adequada à mãe e ao bebê, podem reduzir a transmissão vertical do HIV (PINHO NETO, OLIVEIRA, 2006). Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) aponta que, com o uso do medicamento a transmissão é reduzida até 67% quando usado durante a gestação, no trabalho de parto e parto, como também pelo recém-nascido. Kumar et al. (2010) salientam que com a terapia antirretroviral, a transmissão mãe-filho é parcialmente eliminada.

A Portaria nº 874/97 recomenda para a redução da transmissão vertical o oferecimento do teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independente se foram expostas às situações de risco para infecção, para que a detecção e o início do tratamento sejam o mais rápido possível (BRASIL, 1997). Esta ação tem caráter voluntário e confidencial, e permite que a mulher comece o tratamento logo no início da gestação, caso o resultado venha a ser positivo, reduzindo o risco de transmissão para o bebê e o aumentando o controle da infecção (BRASIL, 2006a). O teste rápido anti-HIV é realizado em menos de 10 minutos e apresenta cerca de 99% a 100% de sensibilidade (HINRICHSEN, 2009).

Os testes rápidos são ensaios imunoenzimáticos simples que podem ser realizados em até 30 minutos. Existem vários formatos de testes rápidos e os utilizados mais frequentemente são: dispositivos (ou tiras) de imunocromatografia (ou fluxo lateral), imunocromatografia de dupla migração (DPP) e dispositivos de imunoconcentração e fase sólida. Esta metodologia, usada desde 2006, é de ampla utilização devido à sua praticidade, por dispensar a atuação de equipamentos laboratoriais, e por permitir o conhecimento do diagnóstico de forma imediata (BRASIL, 2014).

Em gestantes HIV assintomáticas, independente de sua carga viral ou nível de CD4, recomenda-se uso do coquetel AZT a partir da 14ª semana de gestação até o final do parto e reavaliação do tratamento após o parto. Em gestantes HIV positivas com nível de CD4 < 500mm<sup>3</sup>, com carga viral elevada e/ou sintomática, recomenda-se o uso de terapia antirretroviral combinada. Para o recém-nascido de mães portadoras do vírus, é oferecido AZT via oral até a sexta semana de vida (BRASIL, 1997).

A utilização da azidotimidina (AZT) é recomendada durante toda a gestação, reduzindo o risco de transmissão vertical. É administrada por via oral, após a 12ª semana de gestação, na dose de 500 mg/dia (5 comprimidos/dia), até o início do trabalho de parto, momento em que sua administração passa a ser endovenosa,

cujo esquema posológico segue a indicação de 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1mg/kg/hora até o final do parto (BRASIL, 2010).

Ações como melhor seguimento clínico no pré-natal, adoção progressiva de medidas profiláticas e seguimento clínico puerperal efetivo, contribuem efetivamente para a redução da transmissão vertical. Tendo isso em vista, os cuidados com essa mãe durante o período pré-natal são imprescindíveis, e devem se iniciar logo quando for diagnosticada como portadora do vírus.

Na atenção à mulher em período gravídico, os serviços devem proporcionar um atendimento de qualidade visando a promoção da saúde desta mulher. Para tanto, este deve acontecer em um ambiente livre de preconceitos e discriminação social, e é essencial a utilização de uma abordagem adequada e completa para cada caso. Especialmente as gestantes soropositivas devem ser auxiliadas de modo a recuperar o sentimento maternal, fortalecendo a mãe e proporcionando melhores recursos para se adaptar a essa nova realidade (ZUGAIB, et al., 1997). Para esta gestante, o fato de ser portadora de HIV implica a necessidade de redefinir o valor da própria vida, da vida que está gerando, da morte e das relações interpessoais que mantêm. Está sempre presente, no conjunto de emoções sentidas pela gestante HIV positiva, o medo da rejeição, do abandono, a necessidade de manter a própria dignidade e preservar a auto estima (MARIN; PAIVA; BARROS, 1991).

Neste sentido, Mandú e Dióz, (2006) mencionam que o objetivo principal do atendimento às gestantes HIV positivas é promover uma passagem tranquila pela experiência da reprodução. Para tanto, deve-se buscar a redução das vulnerabilidades que essas gestantes estão expostas, bem como fazer uma avaliação e monitoramento constante para detecção precoce de problemas, adoção de medidas educativas, apoio psicoemocional, garantia de atenção à criança, encaminhamento da gestante para níveis de assistência mais complexos quando necessário. Apontam também que em pacientes soropositivas, todas essas ações necessitam ser muito mais eficazes e presentes, para que a gestação transcorra sem maiores complicações para ela e o bebê.

Durante o pré-natal, a gestante deve receber informações quanto ao diagnóstico, prognóstico, risco de transmissão vertical e de outras doenças sexualmente transmissíveis, uso de camisinha e anticoncepção futura. O atendimento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar treinada para esse objetivo (CUNHA; DUARTE, 1998). Entre os profissionais que compõem a equipe

deve estar presente o obstetra, o pediatra, o enfermeiro, o assistente social e o psicólogo. O atendimento holístico é essencial para que a paciente aumente sua autoestima, enfrente melhor seu problema de saúde, e para que a adesão às orientações e tratamento seja maior (BARROS, 2006), como preconizado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2010).

Os profissionais que atuam com a mulher soropositiva destacam-se na assistência a mulher por meio de sua postura, de seu olhar, de seu toque e de seus gestos, onde conseguem aliviar a condição de fragilidade da paciente, ajudando-a a manter sua dignidade, tratando-a como ser humano (BATISTA, SILVA, 2007). Desta forma, prestando atenção a esses cuidados o atendimento proporciona maior satisfação do paciente, sendo resultado de um atendimento humanizado.

É possível perceber no estudo realizado por Scherer et al. (2009) que o período de convivência com a equipe de saúde, o grau de comprometimento profissional e social dos profissionais com os clientes, o apoio psicológico e o compromisso de busca ativa das clientes que não comparecem ao serviço, são ações que aumentaram a adesão das mulheres ao tratamento de HIV no serviço de pré-natal de alto risco.

Além das alterações no cotidiano e no estilo de vida dessas gestantes, o momento do trabalho de parto também terá algumas particularidades. Desde a internação da paciente na maternidade, devem ser observadas as precauções básicas, no sentido de prevenir a disseminação do vírus no âmbito hospitalar. A mulher não precisa ficar em isolamento durante o trabalho de parto, apenas não é aconselhável a utilização comunitária de vaso sanitário. É contra indicado a monitoração contínua da frequência cardíaca fetal com eletrodo em escalpo e a obtenção de amostra sanguínea para avaliação do pH fetal (CUNHA; DUARTE, 1998).

Dados clínicos comprovam que de 40% a 80% das transmissões do vírus HIV ocorrem durante ou próximo ao período intraparto, sugerindo a realização de intervirm cirurgicamente com a cesariana, a fim de diminuir essas taxas. Para que a operação seja realizada, a carga viral da mãe deve ser  $\geq 1000$  cópias/ml ou desconhecida, a idade gestacional deve ser superior a 34 semanas, e a dilatação cervical deve estar em até 4 cm e as membranas amnióticas devem estar íntegras, evitando assim o contato do bebê com as secreções e sangue da mãe. Para cumprir esse último quesito, as mulheres elegíveis à cesariana devem ser aconselhadas e orientadas a

procurarem o serviço de referência tão logo se inicie o trabalho de parto (BRASIL, 2010).

Outro cuidado importante na hora do parto é que a ligadura do cordão umbilical deve ser feita sem a ordenha e imediatamente após a expulsão do recém-nascido (BRASIL, 2010). Cunha e Duarte (1998) também recomendam a aspiração suave das vias aéreas superiores e a cavidade bucal do recém-nascido e a limpeza das secreções da sua superfície corporal, bem como a realização do banho ao mesmo.

O isolamento da puérpera portadora de HIV/Aids do restante das puéperas é desnecessário e indesejável, pois caracteriza situação de discriminação da paciente. Visto que o bebê é totalmente dependente dos cuidados da mãe desde a vida intrauterina, a equipe de saúde deve focar o empoderamento dela para com o cuidado dele, sendo o alojamento conjunto fundamental para intensificar a relação mãe-bebê (CUNHA; DUARTE, 1998).

Preconizam-se os cuidados com a ferida cirúrgica, se for o caso de parto operatório, para que seja identificada precocemente qualquer infecção. Orienta-se também os cuidados sobre a higiene da região, cuidados puerperais e vigilância dos lóquios. Enfatiza-se sobre planejamento familiar, prevenção de outras DSTs e o uso de preservativos em todas as relações sexuais. Acima de tudo, a mulher deve ser orientada no momento da alta quanto a todas as particularidades que englobam os cuidados com o recém-nascido. No período puerperal é comum que haja uma diminuição na adesão do acompanhamento médico, por isso o comparecimento às consultas médicas deve ser estimulado e monitorado, utilizando-se também da busca ativa dessas puéperas (BRASIL, 2010).

A criança nascida de mãe HIV positiva deve ter alta da maternidade já com a consulta agendada no serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. A data da primeira consulta não pode ultrapassar 30 dias após o nascimento. O acompanhamento desta criança deve ser mensal nos primeiros seis meses e bimestral no segundo semestre de vida. Exames laboratoriais como hemograma, prova de função hepática, glicemia, sorologia e outros são realizados em períodos específicos da vida do bebê (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é contraindicado, e a lactação deve ser inibida logo após o parto (BRASIL, 2010). De acordo com Brasil (2010), o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão do vírus de 7% a 22%, a cada mamada. É recomendada a substituição do leite materno por fórmula infantil após

aconselhamento. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a mãe tem direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos até a criança completar seis meses de idade. Em casos de crianças pré-termo ou de baixo peso, pode ser utilizado leite humano proveniente do Banco de Leite.

A mãe deve ser orientada quanto aos riscos de transmissão pela amamentação, e também da metodologia de supressão da lactação. Cabe à equipe identificar a ocorrência de dificuldades com o enfaixamento dos seios, a coerência de cada método e o aspecto das mamas durante os dias, bem como observar o uso correto pela puérpera (BARROSO, GALVÃO, 2007). O enfaixamento é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. A supressão farmacológica age em conjunto com a supressão por enfaixamento, devido à dificuldade do manejo dessa última (BRASIL, 2010), sendo feito com a utilização de bromoergocriptina ou lisurida (CUNHA; DUARTE, 1998).

Autores como Hinrichsen, (2009) apontam que o paciente HIV positivo é permeado por muitos medos e sentimento de rejeição, levando-o a apresentar tristeza, ansiedade, preocupação e dificuldades de adaptação desta nova fase. Frequentemente, o histórico do indivíduo é acompanhado de instabilidade familiar, profissional ou social. O tratamento para as reações psicológicas é essencialmente psicoterápico de apoio, é fundamental esse suporte psicossocial para que sejam recriados projetos de vida e reconstituídas as relações do paciente

Em se tratando de gestante, a intervenção psicossocial deve incluir a ação imediata no momento em que esta apresenta a crise, e também o acompanhamento com terapia individual que sirva de apoio para que ela lide com seus medos, ansiedades, raiva, pensamentos e condutas suicidas. A paciente deve sempre ser encorajada a expressar todos seus sentimentos (MARIN; PAIVA; BARROS, 1991).

### **3.3. Serviço de assistência especializada/centro de testagem e aconselhamento – SAE/CTA**

O serviço de assistência especializada em HIV/AIDS são todos os serviços de saúde que realizam desde ações de assistência, à prevenção e tratamento de pessoas HIV-soropositivas e com AIDS. Estes serviços são prestados à comunidade por várias instituições de saúde, tais quais os ambulatórios gerais ou específicos, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST (SAE). Este serviço tem como

objetivos prestar atendimento integral e de qualidade, por uma equipe composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros (BRASIL, 2014)

As ações realizadas no SAE são norteadas pelas diretrizes da Política Nacional de DST/AIDS, sendo algumas delas explicitadas abaixo:

- Oferecimento de diagnóstico e tratamento de DST em todos os níveis de atenção do SUS.
- Promoção do acesso da população aos exames laboratoriais necessários para o diagnóstico de HIV/AIDS.
- Promoção de aconselhamento pré e pós-teste.
- Promoção de atualização dos profissionais de saúde.
- Possibilitar um melhor conhecimento da epidemia de HIV/AIDS no país.
- Assistência em HIV/AIDS.
- Promover o acesso dos indivíduos portadores do vírus a serviços de assistência da rede pública de saúde.
- Garantir a normalização de procedimentos e condutas na assistência ao indivíduo com HIV/AIDS.
- Permitir acesso a medicamentos e tratamentos da infecção de HIV e as complicações oportunistas.
- Estimular uso racional e completa adesão dos antirretrovirais.
- Promover medidas e ações para prevenção e tratamento adequado de tuberculose e outras co-infecções em pacientes portadores do vírus HIV.
- Implementar ações de redução da transmissão vertical do HIV e sífilis.
- Estimular a utilização do teste rápido em gestantes do pré-natal ao trabalho de parto.
- Oferecer assistência ao parto da mulher infectada pelo HIV. (BRASIL, 1999)

Os centros de testagem e aconselhamento (CTA) são vinculados com as unidades básicas de saúde, que encaminham o paciente ao serviço, onde é garantido o acesso da população aos testes para DST e as ações de prevenção, bem como realizado atividades de aconselhamento e educação, e o acompanhamento tanto da população de risco como dos portadores de alguma DST (BRASIL, 2014)

De acordo com os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1999), os objetivos dos CTA são:

- Promover o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, de forma confidencial e gratuita, acompanhado de ações e aconselhamento.
- Capacitar e atualizar continuamente os profissionais que atuam na rede de CTA implantada ou em implantação.
- Promover integração entre outros serviços da rede pública de saúde com o CTA.

As doenças atualmente contempladas nos testes são: hepatites B e C, sífilis e HIV, e são realizadas gratuitamente. Uma equipe de profissionais de saúde especializados acompanha e orienta o paciente a partir do resultado, sendo ele negativo ou positivo (BRASIL, 2014).

Em 2008, mais de 600 serviços do SUS prestavam assistência aos portadores de HIV/AIDS no país (BRASIL, 2008). Dentre as atividades prestadas pelos profissionais responsáveis por estes serviços estão: cuidados de enfermagem, atendimento médico especializado em infectologia, ginecologia, pediatria, apoio psicológico, distribuição e controle de antirretrovirais, exames de monitoramento, campanhas de prevenção bem como a distribuição de insumos para a mesma e estratégias para adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

O principal insumo de prevenção para redução da infecção do HIV e outras DST é o preservativo, e o CTA tem como objetivo atender a demanda e adesão da população por este, inserindo no pensamento da sociedade a necessidade e obrigatoriedade do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Esse objetivo é realizado com estratégias como ampla distribuição e disponibilidade do preservativo masculino e feminino, de forma gratuita; marketing social e campanhas para promover o uso do preservativo e divulgação do uso correto (BRASIL, 1999).

#### **3.4. Atenção do profissional de saúde**

Na abordagem inicial, é essencial que o profissional construa uma relação sólida e de confiança com a pessoa que está sendo diagnosticada com a infecção pelo HIV. Dentre as estratégias para construção de um bom relacionamento médico-paciente, está o uso de uma linguagem acessível e reconfortante, de modo que o paciente compreenda os aspectos da infecção e da avaliação clínica-laboratorial,

como também esteja apto a aderir ao tratamento e à vigilância necessária à sua nova condição.

Durante os atendimentos iniciais, o profissional da equipe de saúde deve conhecer e compreender toda a situação psicossocial que o paciente está inserido, sendo que essa investigação não deve estar restrita apenas na primeira consulta, e sim em toda a continuidade do tratamento. O Ministério da Saúde elaborou um roteiro guia dos aspectos que devem ser abordados ao paciente pelo profissional de saúde, onde consta: informações específicas sobre a infecção pelo HIV, como tempo provável de soro positividade, contagem de CD4 e carga viral, uso prévio de antirretrovirais, compreensão sobre as particularidades da doença, sua evolução e exames laboratoriais e o impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na morbimortalidade; informações sobre o risco de infecção, como as práticas sexuais, utilização de preservativos, histórico de DST e uso de tabaco, álcool e drogas; histórico médico atual e passado, onde deve estar claro se o paciente possui histórico de tuberculose e imunizações; histórico reprodutivo, como o uso de métodos contraceptivos, se deseja de ter filhos e o estado sorológico do parceiro e filho(s); história psicossocial, onde deve ser analisada a rede de apoio familiar que o paciente possui, bem como sua reação ao ser diagnosticado e sua alimentação; histórico familiar de morbidades como diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares. Estes pontos abordados são moldados especificamente para cada indivíduo, devendo ser seguida conforme as necessidades do paciente (BRASIL, 2013b).

Depois de diagnosticado e iniciado o tratamento, o paciente deve retornar em certos períodos de tempo para consultas médicas e exames de seguimento. Após a introdução da TARV, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) recomenda o retorno entre 7 a 15 dias, para observar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão. Em seguida, retornos mensais até a adaptação plena, e, em pacientes com quadro clínico estável, é recomendado retorno para consultas em intervalos de seis meses. Os exames laboratoriais como hemograma, contagem de linfócitos T-CD4, carga viral, testes não treponêmicos (VDRL) e fundoscopia, devem ser realizados a cada seis meses. Anualmente, devem ser realizadas avaliação hepática e renal, cálculo do clearance da creatinina, escore de risco cardiovascular, prova tuberculínica, anti-HCV, dosagem de lipídios e glicemia de jejum. Mulheres após a menopausa e homens após 50 anos, devem fazer a cada dois a cinco anos,

o exame de densitometria óssea. Durante os intervalos entre as consultas, a adesão deve ser trabalhada com outros profissionais da equipe, sempre que o paciente comparecer ao serviço para retirar medicamentos, realizar exames, participar de encontro de grupos e outras consultas (BRASIL, 2013a).

A adesão ao tratamento compreendida de modo integral se expande desde a tomada do medicamento na dose e frequência prescritas até o comparecimento nas consultas agendadas, realização de exames, retirada de medicamentos na data prescrita, não encerrar o uso da medicação sem prévia avaliação médica e não ajustar a dose por conta própria. Os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais do indivíduo influenciam no nível de adesão do paciente, assim como o enfrentamento de sua família e rede social, e a capacidade da equipe de saúde de transmitir informações e confiança. Estando munido de todas as informações inerentes de sua condição, e tendo como ponto de apoio a família e/ou a equipe de saúde, a pessoa que convive com o vírus HIV/AIDS estará fortalecida e terá autonomia para enfrentar a doença e todas as repercussões que ela possa trazer (BRASIL, 2014).

Dentre os fatores que facilitam a adesão, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) destaca que os esquemas terapêuticos sejam simplificados e de fácil adaptação, conhecimento e compreensão da doença, seu tratamento e efeitos adversos, acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe de saúde, que seja estabelecido um vínculo entre o paciente e os profissionais, e que estes estejam capacitados e que o acesso à medicação seja facilitado, bem como a localização do SAE.

Uma das principais causas da falha terapêutica é uma má adesão ao tratamento. Os principais fatores que dificultam a adesão são: complexidade da posologia, precariedade do suporte social, baixa escolaridade, não aceitação da soro positividade, presença de transtornos mentais, efeitos colaterais do medicamento, relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde, crenças negativas e informações inadequadas referente ao tratamento e à doença, dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento, abuso de álcool e outras drogas, falta de material educativo, medo de sofrer com a discriminação, faixa etária do paciente (BRASIL, 2013b).

De acordo com Knuppel e Drukker (1996), as principais preocupações da equipe obstétrica com as gestantes portadoras de HIV/Aids é o fato da maior parte

das mulheres virem de meios pobres, com problemas de uso de drogas, analfabetismo e dificuldades como morarem na periferia das cidades e não terem condições de se locomover, e não possuírem condições estáveis de vida, situação essa que ainda é encontrada atualmente, especialmente na região de Dourados, Mato Grosso do Sul.

Neste sentido, a equipe multidisciplinar deve realizar reuniões periódicas onde possam discutir casos clínicos e identificar possíveis dificuldades que possam acarretar ao abandono do tratamento em cada um deles. As opiniões de cada segmento da saúde devem ser harmonizadas e levadas em consideração pela equipe, a fim de buscar qual a melhor maneira de tratar e acompanhar o usuário do serviço.

Figueiredo et al., (2001) elencam como dificuldades ao tratamento a quantidade de medicamentos, as reações adversas, a necessidade de jejum, a incompatibilidade das drogas, a dificuldade da compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado, contribuem também para a diminuição da adesão e da continuidade.

A terapia combinada, usada atualmente, necessita de uma alta proporção do uso dos medicamentos indicados (90 a 100%) para suprimir a replicação viral. Aliado à isso, os atuais esquemas são complexos, de difícil adesão e associados a reações adversas e interações medicamentosas, diminuindo mais a aceitação e continuidade do tratamento. A baixa adesão e a não continuidade do tratamento conferem limitações terapêuticas para o paciente e também uma ameaça à saúde pública, pois como a efetividade do TARV depende de uma estreita adesão ao regime prescrito, seu uso irregular pode propiciar o desenvolvimento de um vírus multirresistente e sua conseqüente transmissão (CECCATO, et al., 2004).

Na pesquisa realizada por Reiners et al. (2008) é possível verificar todos os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento, onde, além dos supracitados, podemos destacar: apresentação do medicamento (cor, odor, tamanho), deficiência na busca ativa dos casos e nas visitas domiciliares, preparo profissional inadequado, rotatividade de profissionais no atendimento ao paciente, melhora dos sintomas, esquecimento da dose diária, dificuldade psicológica para lidar com a doença, discriminação social, entre outros.

No Protocolo para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde, estão organizadas ações e atividades que o serviço de saúde pode utilizar

para facilitar e melhorar a adesão ao tratamento e ao serviço, tais quais: atendimento individual, flexibilidade de horário, consultas conjuntas de profissionais, realização de grupos terapêuticos, atividades na sala de espera, estímulo de uso de dispositivos para controlar dose e horário de medicamentos e utilização de busca ativa de pacientes que faltam ou abandonam (BRASIL, 2013b).

Reiners et al., (2008) evidenciam novas formas de lidar com a baixa adesão, tais como: implementar visita domiciliar, realizar busca ativa dos casos de falta, promover campanhas educativas utilizando quadros, adequar o esquema terapêutico ao cotidiano do paciente e investir na capacitação dos profissionais de saúde.

É recomendado que o paciente, juntamente com a equipe multidisciplinar, desenhe um planejamento terapêutico que se encaixe à sua rotina, vivência, cultura, religião e hábitos sociais. O esquema prescrito deve se adequar a realidade do paciente, tornando a adesão mais fácil (BRASIL, 2013b).

A equipe multidisciplinar deve realizar reuniões periódicas onde podem discutir casos clínicos e identificar possíveis dificuldades que possam acarretar ao abandono do tratamento em cada um deles. As opiniões de cada segmento da saúde devem ser harmonizadas e levadas em consideração pela equipe, a fim de buscar qual a melhor maneira de tratar e acompanhar o usuário do serviço.

Grupos terapêuticos, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), são de caráter informativo, reflexivo e de suporte, e são eficazes em identificar dificuldades individuais e/ou coletivas em forma de diálogo e interação entre os pacientes e profissionais. Trata-se, de acordo com Silveira e Ribeiro (2005), com um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. Consiste em um cenário de interação de diferentes pessoas, com conceitos, valores e culturas diferentes entre si, no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro, em uma dinâmica em que é possível falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a superar as mudanças e as adaptações do estilo de vida condicionais da doença.

Habitualmente é realizada em grupos abertos e conduzidos por profissionais da equipe, onde o tema de adesão ao tratamento é abordado, assim como nutrição e atividades físicas. É uma ação de fácil implementação e execução, podendo ser realizada em vários ambientes.

### **3.4.1. O enfermeiro atuante na assistência à gestante soropositiva**

Kawamoto et al. (1995) salientam que o enfermeiro tem como papel dar assistência integral à mulher durante todas as fases de sua vida, especialmente durante o período gravídico. Suas ações são voltadas para uma cobertura ampla do atendimento pré-natal, parto e puerpério que visam prevenir, diagnosticar, tratar e controlar diversas patologias clínico ginecológicas, desenvolver a educação em saúde e controle de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras ações.

O enfermeiro é parte essencial do processo de aceitação e manutenção da doença, especialmente na gestação. Ele deve ser atencioso durante todo o período que estiver em contato com a mulher, ser perceptível ao que a gestante passa verbalmente e não-verbalmente. Tendo a posse de informações, é possível que o profissional adquira melhores condições para orientar a clientela (SCHERER, et al., 2009). É necessário que ele conheça os aspectos da vida da paciente para que possa modular um atendimento personalizado a ela.

De acordo com a Declaração Conjunta do Conselho Internacional de Enfermeiros e a Organização Mundial de Saúde, descrito por Marin, Paiva e Barros (1991), o enfermeiro, membro da equipe de saúde que trabalha com portadores de HIV/Aids, tem como dever criar um ambiente adequado, no qual os valores, costumes e crenças do indivíduo sejam respeitados. O enfermeiro deve prestar os cuidados ao paciente sem demonstrar ojeriza, não se distanciando dele, e estando sempre disposto a fornecer conforto físico, emocional e informações corretas, encorajando a mulher a adaptar-se de acordo com as novas circunstâncias da sua vida (MARIN; PAIVA; BARROS, 1991).

O ensino em saúde é função especial do enfermeiro, e sua atuação consiste em encorajar à mulher ao autocuidado, dando bases para que ela consiga manejar da melhor forma possível essa nova condição. Dentre os tópicos que devem ser expostos nas consultas, estão os aspectos nutricionais.

De acordo com Scherer et al. (2009) a mulher soropositiva tem seu estado agravado quando há má nutrição, devido ao fato dela estar susceptível à infecções e complicações, por isso se faz necessária a orientação sobre mudanças alimentares, como o fracionamento das refeições, em média seis vezes por dia, como o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Ainda neste tópico, pelo fato da gestação afetar o sistema urinário deixando-o vulnerável ao crescimento de bactérias devido à estase urinária, é necessário que haja ingestão hídrica de, em

média, de 2,5 litros de água por dia, para que não haja comprometimento deste sistema. O sono após a descoberta do HIV encontra-se alterado nas gestantes, e o enfermeiro pode contribuir ouvindo as queixas e dando apoio à mulher, propiciando relaxamento mental. O que também pode ser aconselhado é a prática de exercícios físicos, que promovem um relaxamento físico podendo auxiliar na indução do sono (SCHERER, et al., 2009).

Dentre os cuidados de enfermagem específicos para gestantes HIV positivas, está o referenciamento para o pré-natal de alto risco; realização de educação em saúde quanto ao aconselhamento pré-natal; uso de precauções universais; procedimentos de diagnóstico fetal; orientações sobre continuidade e controle do tratamento; suporte psicológico e orientações quanto à utilização do método anticonceptivo de barreira. Deve-se também levar em consideração que essa mãe deve ser valorizada, compreendida em seus aspectos culturais e em seu contexto de vida, atendida com qualidade e sem preconceitos, observando-se os aspectos humanísticos. A equipe de saúde deve estar próxima a essa gestante, fornecendo suporte social, psicológico e clínico necessário (BARROS, 2012).

As gestantes HIV positivas, durante as consultas do pré-natal, devem ser questionadas quanto à fadiga, fraqueza, cansaço e perda ou dificuldade de ganhar peso, elementos que podem ser considerados como próprios da gestação, mas também indicativos de progressão da doença. A conduta obstétrica deve seguir os critérios gerais da gestação de alto risco, com avaliações ecográficas e cardiotocográficas quinzenais, porém procedimentos invasivos são desaconselhados, devido ao risco elevado de transmissão (BRASIL, 2010).

O apoio familiar e social é importante nessa fase da vida da mulher, pois é alguém próximo que ela pode compartilhar suas angústias e sentimentos. A vivência da mãe soropositiva, com ações simples como dar medicação para o recém-nascido, a não amamentação e a permanência no hospital, quando a doença ainda não foi exteriorizada para a família, demonstra ser muito mais estressante e sofrida para ela (SCHERER, et al., 2009).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1. Caracterização da Equipe

A equipe multiprofissional que atua no cuidado de gestantes e puérperas no Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) é composta por médica ginecologista/obstetra, médica pediatra, enfermeira, assistente social, psicóloga e farmacêutica. Destes profissionais, a médica ginecologista, a assistente social e a farmacêutica estão há pouco tempo no serviço: ingressaram no serviço em março de 2014, outubro de 2013 e janeiro de 2014, respectivamente. Com maior tempo de inserção destacam-se profissionais como a médica pediatra e enfermeira, que atuam há 11 anos no SAE. Já a psicóloga atua há sete anos. A enfermeira assume também a coordenação do serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde disponibilizam, anualmente, para os profissionais da área de atendimento às doenças sexualmente transmissíveis (DST) cursos e atualizações, bem como patrocinam a participação em congressos e encontros focados no atendimento à população portadora de DST, afim de que os profissionais repassem informações sempre atuais sobre o tratamento e a doença, aos pacientes. Neste estudo verificou-se que os profissionais que estão há menos de um ano no serviço, até o final da pesquisa, não tiveram a oportunidade de fazerem algum curso da área. Apenas a médica pediatra realizou treinamento na área, com duração de seis meses.

Com a expansão da infecção de HIV e a modificação do manejo desta, o perfil socioprofissional sofreu também mudanças. A doença deixou de ser tratada no hospital ou em consultórios privados para ser acompanhado em um serviço especializado. Os profissionais da saúde, então, foram progressivamente realocados para desempenhar papel de atores na prevenção primária, e tornou-se fundamental entender os conhecimentos científicos e as técnicas de prevenção, à medida que os mesmos teriam que divulgar essas informações ao público-alvo e aconselhar sobre a prevenção (GIAMI; VEIL, 1998). Logo, o atendimento psicoterapêutico realizado pelos profissionais do serviço especializado deve estar sempre embasado em conhecimentos científicos, permitindo assim a passagem de informações corretas ao paciente. Dentre as iniciativas para enriquecimento do conhecimento do profissional, constam seminários de atualização em temas relativos à AIDS, grupos de estudo com especialistas da área de saúde mental, pesquisas relativas aos fatores

emocionais da população afetada e infectada e eventos de sensibilização em relação ao tema.

Para o acompanhamento da problemática do vírus, é importante incluir a participação dos profissionais de saúde do local, afim de traçar objetivos e metas, bem como proporcionar educação permanente de todos os profissionais (KLEINUBING; PEREIRA; BUBLITZ, 2011).

O autor Campos (1999), dissertou em seu trabalho que o conhecimento que se tinha de HIV e AIDS possivelmente seria modificado, desmentido ou abandonado futuramente, devido aos grandes avanços das pesquisas científicas sobre o assunto. Portanto, ante a incerteza e a construção de novos conhecimentos, o profissional de saúde deve estar, continuamente, revendo sua postura e atualizando os dados.

#### **4.2. O Ingresso da Gestante no Programa**

Foi constatado durante as entrevistas que a gestante ingressa no programa assim que descobre que está grávida e recebe resultado do exame do Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos (IPED) e dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde durante as primeiras entrevistas no pré-natal, confirmando a infecção.

Baseado em literaturas, podemos confirmar o expressado pelos profissionais de saúde quanto ao ingresso da gestante no programa de tratamento da AIDS. De acordo com Figueiró-Filho et al., (2007), ao iniciar o acompanhamento médico pré-natal, após confirmação da gestação, é solicitada a coleta de gota de sangue digital para o papel filtro, enviado para análise no IPED da APAE (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais). O IPED juntamente com a APAE de Campo Grande formam o Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul (PPG/MS), sendo uma iniciativa lançada em novembro de 2002 conveniada à Secretaria Estadual de Saúde, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde do Estado. Neste programa são realizados 19 marcadores sorológicos de enfermidades durante o pré-natal, abrangendo 13 doenças, entre elas a infecção pelo vírus HIV. Devido à sua cobertura de 94% das gestantes examinada, o estado do Mato Grosso do Sul é um dos pioneiros e vanguardistas das políticas públicas de prevenção da transmissão do HIV no Brasil (ESTEVES, 2009).

Caso os resultados sejam positivos ou indeterminados, o laboratório solicita

nova coleta, com amostra de soro, e envia ao Laboratório Central da Fundação Serviços Estaduais de Saúde (LACEN) para contraprova e confirmação diagnóstica. Após ser confirmada a infecção pelo vírus, os casos são encaminhados aos serviços de referência municipais, estaduais e federais, iniciando os protocolos específicos para o tratamento, definidos pelo Ministério da Saúde (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007).

A assistência à gestante soropositiva no serviço de atendimento especializado (SAE) consiste no pré-natal realizado pelo médico especialista em ginecologia-obstetrícia e pela enfermeira, além do acompanhamento pelo psicólogo e orientações do farmacêutico. A mulher também dispõe de atendimento de assistência social e odontólogo. Logo, no serviço especializado, a gestante tem todo um aporte para enfrentar a doença durante a gravidez, com apoio médico, psicológico, social, farmacológico e de enfermagem. Esta mulher, já sensibilizada pela gestação, se vê também portadora do vírus HIV/AIDS, fragilizando mais seu estado emocional. A entrevistada ao discutir sobre esse assunto, explica que

(...) é um choque, por que ao mesmo tempo em que elas estão felizes por estarem grávidas [...] e aí elas acabam descobrindo o HIV, fica em uma contradição (E1).

A descoberta da soropositividade desperta muitos sentimentos nas gestantes como raiva, angústia, medo e incredulidade. Independente de como foi contaminada, a infecção reflete diretamente nas relações conjugais e familiares. Em estudo realizado por Feracin (2002) é evidenciado que o diagnóstico acarretou o desinteresse em viver, a possível separação do parceiro e a dificuldade no relacionamento familiar. Uma situação comum é quando a mulher ainda está aceitando o diagnóstico de gravidez com seu parceiro e com seus familiares e recebe mais um diagnóstico que a leva a necessidade do enfrentamento da soropositividade (FERACIN, 2002).

Outra situação é quando a mulher já faz o acompanhamento e o tratamento de HIV/AIDS no SAE e fica grávida. Uma profissional relata que:

(...) essas mulheres tem todo um acompanhamento prévio, onde é controlado a carga viral e os níveis de CD4 para descobrirmos o melhor momento para ela engravidar, a hora mais segura, em que não haverá prejuízo nem para ela e nem para o bebê (E2).

Preussler e Eidt (2007) salientam que a mulher soropositiva para HIV não é impedida de vivenciar a satisfação da maternidade, no entanto, deve ser oferecido

antes da gestação oportunidade para uma reflexão abrangente, sendo abordada sua condição clínica e de tratamento, os riscos da transmissão vertical, o desejo da maternidade e as condições psicológicas e socioeconômicas. De acordo com os autores acima, essas práticas permitem que a gestação ocorra em um momento de estabilidade da doença da mãe, oferecendo maior segurança e tranquilidade, como evidenciado pela fala anterior.

Em cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o aconselhamento pré-concepcional deve estar integrado à assistência das pessoas que vivem com o HIV, possibilitando a implementação precoce de medidas para reduzir a carga viral e melhorar as condições imunológicas das mulheres soropositivas para HIV. A teratogenicidade da terapia de antirretrovirais deve ser amplamente discutida com as mulheres, visto que sua aplicação clínica é recente e desprovida de dados conclusivos sobre a sua segurança no uso da gestação. Porém, a escolha reprodutiva da mulher HIV positiva é de difícil abordagem com os profissionais de saúde que os acompanham, limitando, assim, a oportunidade de exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos (CORDOVA et al., 2013).

Neste enfoque, estudo realizado por Hebling e Hardy (2005) evidencia que as mulheres soropositivas, assim como toda mulher, sentem o desejo de engravidar. Muitas sonham com esse momento desde a infância, sendo que esse fator superava qualquer problema, até mesmo a soropositividade para HIV. Os autores frisam que ter um filho significa para a mulher soropositiva uma possibilidade de resgatar sua identidade social colocada em questão após a infecção pelo vírus HIV. Já Matão, Miranda e Freitas (2014) enfatizam que a relação entre engravidar e ter saúde, que no contexto dessas mulheres, parece ter importância como confirmação da vida.

Neste sentido, destaca-se a fala de uma profissional em que menciona:

Elas nos procuram, nós trocamos a droga [...] pedimos o VDRL, no primeiro e no último trimestre de gravidez (E3).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) drogas com o Efavirenz, Hidroxiuréia, associação de estavudina (d4T) com didanosina (ddI) são contraindicadas durante a gestação, devendo ser interrompido o uso.

Há também os casos em que há a dúvida, em que a mulher foi exposta ao vírus, sendo então, encaminhada pela psicóloga para realizar o teste rápido. De acordo com uma entrevistada

“quando ela passa por uma situação de risco [...] ela vem para o CTA

normal, que é o centro de testagem e aconselhamento” (E4).

No serviço estudado, a assistente social e a psicóloga trabalham de forma integrada na assistência de mulheres com suspeita de gravidez, sendo que a partir disso a gestante ingressa no programa do SAE, onde ela irá ser acompanhada durante o restante da vida.

Barros et al., (2012) evidenciam que a equipe multiprofissional nesse serviço deve ser composta permanentemente por médico (infectologista ou clínico treinado), enfermeiro técnico ou auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico. Foi observado durante as visitas no SAE/CTA de Dourados, onde a pesquisa foi realizada, que a equipe de trabalho contava com todos os profissionais, faltando apenas o médico infectologista.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona como porta de entrada do sistema de saúde para esse grupo (gestantes com diagnóstico confirmado de HIV), sendo que é a partir dele que se inicia o processo, devendo encaminhar as usuárias ao serviço de média e alta complexidade (SAE) para que possa haver um acompanhamento de acordo com a especificidade dessa mulher (BARROS et al., 2012). Esse fluxo de atendimento foi exposto também pelos profissionais entrevistados na presente pesquisa.

Neste estudo, o fluxo de atendimento da gestante dentro do SAE/CTA, se inicia com “a captação pela assistente social ou pela enfermeira, onde é realizado o aconselhamento e esclarecimento da doença, e depois repassado para a psicóloga (E6)”. Após a passagem por esses profissionais, a gestante ou puérpera é encaminhada para a farmacêutica, que menciona:

Ao chegar pra mim, elas já passaram por vários profissionais [...] então elas chegam para receber as orientações e pegar o medicamento. Então, eu dispenso o medicamento de acordo com a prescrição médica (E4).

Dentre os profissionais do SAE/CTA está também a médica ginecologista, que pode ser um dos fatores determinantes para a adesão da gestante. O atendimento da gestante no serviço especializado é diferente por ser realizado pelo obstetra, sendo que na unidade básica de saúde, ela é acompanhada pelo clínico geral, de acordo com o exposto:

(...) além do acompanhamento normal, a gente tenta realizar uma avaliação melhor do feto, para ver se tem alguma consequência em relação à doença, e a carga viral e o tratamento (E6).

### 4.3. Atendimento das Gestantes e Puérperas no Serviço

A gestante só é inserida no programa do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) quando for constatada portadora do vírus HIV/Aids. Cada profissional da equipe multidisciplinar atende a mulher em sua esfera de cuidado, sendo que o trabalho integrado destes profissionais é capaz de atender a gestante e puérpera de maneira universal e integral, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A assistente social em conjunto com a psicóloga, trabalham o lado psicológico da gestante e o meio social em que esta está inserida, diagnosticando problemas e manejando-os da melhor forma, de maneira a garantir sempre o bem-estar da gestante e puérpera, e principalmente a adesão e continuidade do tratamento. Isto pode ser observado pela fala abaixo:

O serviço social trabalha no sentido de identificar o parceiro, auxiliar a gestante a informar o parceiro, [...] explica como funciona o tratamento, quais as formas de contágio, como que ela passa o vírus e que o parceiro corre o risco (E5).

Esta profissional também atua nos casos em que há necessidade de reivindicar seus direitos básicos da gestante, como o passe livre, e quando existe vulnerabilidade, as mulheres necessitam de cesta básica. Muitas vezes, a gestante passa por situações estressantes dentro de casa, necessitando de um atendimento mais específico e assíduo da assistente social, que classifica como prioridade, principalmente quando o pai está detido ou a mãe é solteira, dentre outros casos. Em suma, o serviço de assistência social é descrito pela profissional como:

Uma questão de desburocratizar o serviço pra ela, não só na saúde, mas em toda rede de atendimento (E5).

Neste enfoque, Oliveira, Corais e Guerra (2000) discorrem que o trabalho da assistente social no âmbito do acompanhamento de pessoas soropositivas para HIV/Aids é o de intervir e solucionar as questões de discriminação, preconceito e exclusão social, bem como inserir o paciente nos programas destinados ao grupo de pessoas, conforme sua elegibilidade.

Entre os direitos ao portador de HIV/Aids conferidos em leis destaca-se: benefícios referentes a licença para tratamento de saúde, aposentadoria, reforma militar, FGTS e outros (Lei 7.670 de 1988); isenção do pagamento do imposto de

renda sobre os proventos recebidos (Lei 7.713 de 1988); distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS (Lei 9.313 de 1996) (BRASIL, 2008).

Na Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS (BRASIL, 2014) estão listados também os seguintes direitos: à informação clara e exata sobre a AIDS; a informações específicas sobre sua condição; à assistência e ao tratamento, garantindo sua melhor qualidade de vida; que nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou discriminação de qualquer tipo; à participação em todos os aspectos da vida social, ninguém poderá fazer referência à doença sem o consentimento da pessoa envolvida; comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado de seus testes.

Uma entrevistada relata como o trabalho da assistência social é importante, pois o meio social em que a gestante está inserida confere uma problemática para a adesão e continuidade do tratamento. Menciona que:

(...) é complicado de trabalhar nesse sentido, porque não é um trabalho só nosso aqui, acarreta todo o meio social em que ela vive (E2).

Em pesquisa, Kawagoe et al., (2012) demonstram que as principais situações de preconceito vivenciadas por portadores de HIV são a não utilização dos mesmos utensílios domésticos, a saída do cônjuge de casa, sátiras de amigos, não contratação devido ao diagnóstico, demissão do emprego, entre outros. Os autores ainda referem que uma das maneiras de contornar a situação de discriminação e preconceito, no meio social em que o indivíduo portador do vírus está inserido, é a implantação de medidas para sanar as dúvidas da rede social.

Em relação a transmissão vertical, uma profissional explica a necessidade do recém-nascido de mães que fizeram todo o acompanhamento preconizado, tomar azidovudina por 30 dias. Já para os recém-nascidos de mães que não fizeram o acompanhamento, aponta sobre o uso de drogas evitando ao máximo da criança contrair o vírus materno. De acordo com ela “hoje em dia não tem jeito da criança ser contaminada pela mãe, a não ser que ela dê de mamar” (E3).

Publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) comprovam que o risco adicional de transmissão do vírus pela amamentação é de 7 a 22%, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna.

A amamentação pelas gestantes HIV positivo deve ser vista com muita atenção e sensibilidade pelos profissionais de saúde do SAE, pois, como relata a enfermeira

“toda mulher nasce e é criada sabendo que vai amamentar o filho”.

Neste sentido, Batista e Silva (2007) em descrevem sobre os sentimentos das puérperas diante da impossibilidade de amamentar, constatando que o fato de não amamentar faz com que elas percam a maternidade em sua plenitude, pois toda mulher entende a prática como essencial no ser mãe. Diante da impossibilidade de amamentar, da perda do atributo que caracteriza a maternidade, as puérperas soropositivas, muitas vezes negam essa informação, pois é o principal mecanismo de defesa psicológica humana.

Os autores também constataram a presença do sentimento de tristeza e de inutilidade nas puérperas diante da impossibilidade de amamentar. Outro sentimento presente é a inveja, especialmente no momento imediatamente após o parto, onde ela encontra-se no alojamento conjunto, com outras mães que podem amamentar (BATISTA, SILVA, 2007).

Neste contexto é imprescindível que seja trabalhado o emocional e psicológico da mãe, pois, conforme o relato

Algumas mães já deram de mamar para filhos de outras gestações, e na gestação atual não vão poder (E2).

De acordo com Paiva e Galvão (2004), as vivências anteriores à amamentação e o conhecimento prévio das vantagens do aleitamento materno são aspectos que dificultam a decisão pelo não aleitamento. Faz-se necessário então que a mãe entenda os riscos de infecção pelo leite materno e os cuidados inerentes da supressão da amamentação.

Uma das entrevistadas relata que:

(...) eu friso muito a questão de que a mãe não vai poder amamentar. Explico [...] que essa mãe ela vai ter todo um suporte, ela vai retirar o medicamento e o leite também, depois quando o bebê nasce (E4).

Esse relato comprova que as gestantes e puérperas atendidas pelo SAE de Dourados são munidas de informações quanto aos seus direitos relacionados à administração dos medicamentos para supressão da lactação e do recebimento gratuito da fórmula láctea. Também mostra que o profissional de saúde está preparado para atender a mulher nesse quesito. Paiva e Galvão (2004) evidenciam que caso a assistência nesses pontos seja deficiente, a mulher pode ser induzida a repensar em sua decisão de não amamentar ou a tomar atitudes sem repensar nas consequências.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ressalta o direito da mãe em receber a fórmula láctea infantil, pelo menos até o bebê completar seis meses de idade.

#### **4.4. Adesão ao tratamento: fatores facilitadores e dificultadores**

A adesão no campo da saúde é definida como o grau de seguimento dos pacientes às orientações médicas (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005), e é imprescindível para o manejo de doenças crônicas, compreendendo o comportamento do paciente de tomar sua medicação, seguir a dieta prescrita e mudar o estilo de vida, conforme a orientação médica, ou seja, a maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento.

Dentre os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento estão envolvidos os relacionados com o paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, dentre outros), com a doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências), com as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, e entre outros, o relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION, 2006).

Por se tratar de uma doença que ainda é acompanhada por muitos preconceitos, a adesão ao tratamento do HIV/Aids se torna um desafio para os profissionais de saúde. É necessário trabalhar no emocional do paciente primeiramente, procurando esclarecer suas dúvidas quanto à doença, procurando fazer com que ele aceite o diagnóstico. Estando o portador do vírus esclarecido, deve-se trabalhar quanto à transmissibilidade da doença e das mudanças no seu estilo de vida a partir do diagnóstico.

Um dos objetivos da presente pesquisa foi evidenciar os fatores que facilitam a adesão e a continuidade ao tratamento por gestantes HIV positivas ou com AIDS, de acordo com a visão dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com elas, no SAE/CTA.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), entre os fatores facilitadores destacam-se: os esquemas terapêuticos serem simplificados e de fácil adaptação, conhecimento e compreensão da doença por parte das gestantes, seu tratamento e efeitos adversos, acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe de saúde, que seja estabelecido um vínculo entre o paciente e os profissionais, e que estes estejam capacitados e que o acesso à medicação seja facilitado, bem como a localização do SAE.

Para uma das profissionais do serviço estudado,

(...) a gente tem que ter um olhar mais especial para as mães, não só por elas com o pelo bebê também [...] para manter a adesão a gente acompanha mais de perto (E5).

Como a condição de saúde de gestantes HIV positivas necessita de cuidados especializados, é primordial para a sua adesão ao tratamento com os antirretrovirais desde o pré-natal, continuando o acompanhamento no pós-nascimento com estabelecimento contínuo do vínculo com os profissionais de saúde. É preciso também que estes reconheçam a problemática provocada pela falta deste vínculo e do aconselhamento desse grupo de pacientes (KLEINUBING; PEREIRA; BUBLITZ, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) preconiza o acolhimento dos profissionais da saúde ao revelarem o diagnóstico de HIV, oferecendo assim apoio emocional, orientações que amenizem a ansiedade e o esclarecimento das dúvidas. Como fundamental para se trabalhar a adesão e continuidade do tratamento, uma profissional destaca:

O acolhimento da gestante, trazer ela pra perto da gente, explicar, esclarecer todas as dúvidas [...] mostrar que estamos aqui para ouvir, para ajudar, que a gente não tá aqui para julgar, que tá aqui para atender (E1).

Em estudo realizado com depoimentos de gestantes vivendo com a soropositividade, Araújo et al., (2008) evidenciam a disponibilidade do atendimento da psicóloga como determinante para o enfrentamento das gestantes. Este fator também foi evidenciado neste estudo, como observado pela fala abaixo:

Assegurar a mulher sobre a gestação, pois ela é como outras gestantes, tem medo e angústias [...] deve trabalhar para desmistificar o vírus, mostrar para elas que é possível viver com a doença (E2).

Deste modo, as entrevistas deste estudo ressaltaram que a mulher fica fortalecida para fazer o tratamento e aderir. A importância do entendimento por parte das gestantes e puérperas quanto ao tratamento foi evidenciado por E3:

Se ela entender a importância do uso do medicamento para ela e para a criança, a adesão é muito boa (E3).

Outro fator importante para firmar-se a continuidade do tratamento é o sigilo como menciona uma profissional:

É importante ela saber que da porta para fora, ninguém sabe da doença dela (E6).

Segundo MATOS et al., 2009), o não aconselhamento das gestantes pode

impedir que elas se apropriem do conhecimento da AIDS e seus fatores de risco. Uma lacuna nesse aconselhamento aumenta a vulnerabilidade da mulher quanto ao adoecimento, às formas de transmissão e à saúde da criança. Além de ferir os princípios da promoção da saúde, privando a mulher da autonomia, do empoderamento e da sua participação nas tomadas de decisões.

Para uma das profissionais,

É fundamental um bom relacionamento do profissional com o paciente. A gente tem que ter uma linguagem muito clara [...] deixar um ambiente agradável para que ela se sinta à vontade [...] ter um bom contato, um bom vínculo (E4).

Deve ser ressaltado também o relacionamento médico-paciente. Neste sentido E1 menciona que “estar aqui para ouvir, estar sempre à disposição para atender e para ajudar”. Isto pode ser uma forma de fazerem as gestantes confiarem mais e se abrirem com a equipe. Esta estratégia é conferida também em outra fala em que aponta que:

A mulher tem que saber que sempre que ela precisar vai ter alguém aqui para vê-la [...] terá alguém para dar suporte, para poder tirar suas dúvidas (E6).

Para a criação e fortalecimento de um vínculo visando a adesão a assistência, Vaistman e Andrade (2005) definem as características de um bom atendimento dos profissionais de saúde, visando a qualidade deste atendimento e a satisfação do paciente. Dentre elas destacam: tratar o paciente com respeito e consideração; conduzir a consulta de maneira que proteja a privacidade do paciente; garantir a confiabilidade das informações; informar quanto as opções e alternativas de tratamento, possibilitando que o paciente tenha autonomia e participação na tomada de decisões; fornecer informações de forma que o paciente entenda e dispor de tempo suficiente para que todas suas dúvidas sejam esclarecidas; a empatia, ou seja, o cuidado e atenção individualizado para cada paciente e a prontidão em ajudar.

Neste sentido, o trabalho multiprofissional no SAE é um dos meios de conseguir uma boa adesão e continuidade do tratamento. Profissionais entrevistadas apontaram que:

Que ser um grupo unido e que possa dar apoio [...] precisa estar todo mundo trabalhando em conjunto [...] todos falando a mesma língua (E6).

A gente não trabalha sozinho, precisa da ajuda da psicóloga, a assistente social, de todos (E3).

É buscar trazer a gestante pra perto da gente, fazer com que ela confie na gente e no tratamento (E2).

Como todos os profissionais estão em um mesmo local, o acesso das gestantes e puérperas a eles é facilitado. O público-alvo também é pequeno em comparação com o de uma unidade básica de saúde. Neste sentido, o atendimento se torna muito mais completo, enfatizado e pessoal. Em duas falas foi evidenciado como benéfico essa centralização do atendimento:

O acesso que as gestantes têm aqui no centro é muito grande, então sempre que elas precisam elas facilmente conseguem o atendimento (E2)

A facilidade com que os pacientes têm de conseguir as coisas aqui [...] o fato da gente aqui agilizar os processos, as medicações não faltarem, os exames conseguem mais rápido (E6).

Este pensamento é evidenciado também por outra profissional

Nós temos muito acesso aos profissionais, porque os consultórios são todos aqui. É bem tranquilo o sistema do serviço, aqui tem um suporte grande para as gestantes (E4).

O formato com que se é trabalhado o atendimento das gestantes e puérperas no serviço de atendimento especializado é, de acordo com as profissionais, excelente. O fato do público atendido ser pequeno (na ocasião das entrevistas, o número de gestantes e puérperas atendidas compreendiam entre cinco a oito mulheres), torna o atendimento muito mais pessoal e fácil. E4 expõe que:

Não é difícil manter o controle [...] não tem como ter falha, porque a gente tá em cima, por serem poucas gestantes (E4).

O enfoque no bebê faz parte de uma das técnicas de abordagem para melhor adesão ao tratamento conforme exemplificado:

É fundamental fazer ela entender como é importante pra criança dela, ela tomar o remédio [...] dizer para a mãe que o bebê depende dela (E3).

Outra profissional apresenta a mesma opinião mencionando:

(...) quando a gente tá grávida o que você quer é o bem estar do seu filho [...] acho que isso é a maior motivação pra elas continuarem o tratamento e terem a adesão (E1).

Esta profissional ainda evidencia que é até mais fácil aderir, durante a gestação, do que quando as mulheres não estão gestantes.

Em estudo realizado por Carvalho e Piccinini (2006), onde um grupo de gestantes foi questionada quanto aos sentimentos relativos à infecção e à gestação, foi evidenciado que todas viam a gestação como uma motivação principal ao tratamento, sendo que a conscientização da soropositividade veio a partir da

gestação. Em uma fala, os autores resumem a responsabilidade do autocuidado adquirida pelas mulheres a partir da descoberta da gestação pois, “elas se negavam ao tratamento como mulheres, mas não como mães” (CARVALHO, PICCININI, 2006, p. 349).

Ainda sobre a preocupação com o bebê, Ribeiro e Santos (2000) evidenciam que o pilar central das emoções vividas pelas gestantes como a preocupação com o filho, onde elas demonstram grande responsabilidade pela saúde futura do filho, assim como uma intensa preocupação com a orfandade dos mesmos, e o medo da possibilidade de transmissão ao filho. Embasando o descrito, uma das entrevistadas relata que:

[...] a chance de ter essa criança sem o HIV por objetivo do tratamento, aumenta a adesão delas (E6).

Feracin (2002) ressalta que essa adesão da gestante ao tratamento devido ao cuidado com o bebê é motivada pelo medo da transmissão do vírus à criança e também como uma maneira de minimizar a culpa por estar expondo a criança à possibilidade de transmissão. Preussler e Edit (2007) também embasam a opinião dos autores anteriores ao ressaltar que o surgimento da consciência de um novo ser e de estar gerando uma nova vida, suscita às mulheres a responsabilidade e o compromisso de protegê-lo contra o HIV.

Outro principal objetivo da pesquisa foi conhecer, pelo ponto de vista dos profissionais do SAE/CTA, os fatores que dificultam a adesão e a continuidade do tratamento das gestantes e puérperas com HIV/Aids. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) elenca como estes fatores a complexidade da posologia, precariedade do suporte social, baixa escolaridade dos portadores, não aceitação do diagnóstico, transtornos mentais, efeitos colaterais do medicamento, relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde, crenças, informações inadequadas quanto ao tratamento e à doença, uso de álcool e drogas, medo de sofrer discriminação e faixa etária.

Como fatores dificultadores da adesão, uma das profissionais deste estudo ressalta as questões de etnia, cultura, religiosidade e sociais. Salienta-se que a Rede de Atenção à Saúde do município atende pacientes de toda sua macrorregião, sendo compreendida também aldeias indígenas, nas quais também há portadores de HIV/Aids. Sobre esta parcela da população, ressalta que:

A população indígena é mais complicada, por elas não compreenderem,

não entenderem o que é esse vírus, essa doença (E1).

Uma das dificuldades encontradas nas mães indígenas é o fato delas amamentarem. E1 também expõe que “elas amamentam porque parece que é mais fácil ou o correto” (E1).

As profissionais do SAE/CTA também relatam sobre a dificuldade com questões religiosas, como observado na fala abaixo:

Elas falam como Deus vai curar, vai ter um milagre, aí elas confiam nisso e não fazem o tratamento (E1).

No modo de enfrentamento de um evento estressante, no caso a infecção pelo HIV/Aids a religião assume certa função na resolução de problemas, dependendo do estilo de enfrentamento adotado pela pessoa, de como ela entende a responsabilidade e do quanto ela participa. De acordo com Paiva et al. (2013), os pacientes muitas vezes deixam a solução do problema para a esfera divina, “nas mãos de Deus”. Em outro estudo, Paiva (2007) discorre sobre a intrínseca relação da cura pela religião, sendo não só um processo psicológico e médico, como também teológico.

Faria e Seidl (2006) em sua pesquisa, cujo objetivo era investigar o poder da predição das variadas formas de enfrentamento, onde incluíam-se o religioso, escolaridade e condição de saúde em relação ao bem-estar subjetivo em 110 pessoas portadoras do vírus HIV, foi constatado que a maioria das mulheres soropositivas entrevistadas (42%) usavam o estilo delegante, ou seja, atribuíam a responsabilidade pela resolução dos seus problemas a Deus, sendo que esse estilo pode levar a atitudes menos ativas no cuidado e manejo da doença e com a própria saúde, em função da transferência da responsabilidade com essas ações. Com o proposto por esses estudos, é possível verificar que a fala da psicóloga é plausível, pois o fato de deixar a cura nas mãos de um ser divino implica uma dificuldade na adesão das usuárias ao tratamento.

A mulher também tem medo do preconceito e da exposição da doença, limitando assim o acesso da mesma ao serviço, limitando sua adesão ao tratamento, como explica as profissionais pelas falas a seguir:

Pois aqui é um lugar que tem circulação de pessoa, então às vezes a pessoa não quer vir aqui porque tem medo de alguém ver ela, de alguém conhecer ela (E1).

Sem dúvida o preconceito limita o tratamento. Se a mulher vir pra cá e encontrar alguém conhecido, até mesmo aqui dentro, ela para de vir na hora (E2).

De acordo com outra profissional, ainda tem muito preconceito da doença, muita discriminação pela população, pois “elas não querem vir aqui porque é muito exposto, se escondem para vir aqui” (E3).

Na pesquisa realizada por Preussler e Eidt (2007) foi verificada a mesma dificuldade, sendo que a necessidade de realizar o tratamento no serviço especializado gera ansiedade nas mulheres, fazendo-as se sentirem apreensivas pela possibilidade de encontrar algum conhecido, sendo ali revelado seu diagnóstico.

A discriminação e o estigma relacionado aos pacientes soropositivos aumentam o sentimento de isolamento do convívio social e o preconceito vivido por essa população dificulta sua vivência com a doença. Ações como campanhas de esclarecimento sobre a doença e a desmitificação dela, são capazes de mudar o conhecimento da população, permitindo que o paciente não sofra dificuldades no convívio social e, por consequência, ao tratamento (KAWAGOE et al., 2012).

Outra questão é o preconceito familiar e a situação de sigilo total, ressaltado na fala de E1:

Ninguém da família saber, gera uma problemática para a gente, pois não pode fazer visita domiciliar, não pode tá ligando sempre (E1).

Essa problemática é encontrada em outro relato:

Muitas vezes lá na família dela ela não tem com quem conversar, com quem expressar suas angústias. Por isso aqui a gente cria um meio onde ela pode conversar, se abrir, se sentir melhor (E2).

Em pesquisa sobre os sentimentos das gestantes HIV positivas, frente à relação com a família foi evidenciado por Carvalho e Piccinini (2006) a importância da família na manutenção da saúde dos pacientes. No mesmo sentido, Araújo et al. (2008) ressaltam que a família exerce uma importante função no processo de adaptação do portador do HIV à nova realidade, sendo que a falha nesse quesito, gera bastante sofrimento, medo e a solidão, tornando-o mais complicado dessa gestante enfrentar o diagnóstico (CARVALHO; PICCININI, 2006). Apesar de necessitar do suporte familiar, fica evidente que a notícia da doença irá afetar toda a vida familiar (STEFANELLI, GUALDA, FERRAZ, 1999).

Melchior et al., (2007) definem o estigma de viver com o vírus HIV/Aids como uma barreira para o tratamento. Em pesquisa, evidenciam a necessidade do paciente de esconder o diagnóstico e o medicamento da família. Esta situação

também foi encontrada durante as entrevistas quando mencionam:

As gestantes tomam (o remédio) fora pra ninguém ver que elas estão tomando (E3).

A gente aconselha, mas não é a obrigação, ela tem o direito de não querer se expor (E5).

Uma forma de lidar com essa situação evidenciada por Araújo et al., (2008) é que os familiares também conheçam a doença, suas causas, consequências, tratamento e os meios de contaminação.

Dentre as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) consta que, caso a gestante apresente resistência ou dificuldade em revelar o diagnóstico positivo para o parceiro sexual ou família, o profissional de saúde deve respeitar a postura da mulher, porém, deve evidenciar as vantagens da revelação e disponibilizar-se a participar do momento.

Já houveram casos de negação do diagnóstico. Profissionais apontam que:

Tem algumas pessoas que chegam a ficar muito doente para depois aceitar, a quase morrer, a ficar na beira, para depois aceitar o diagnóstico (E1).

A negação é o que mais dificulta [...] ela evita de tomar medicação, ela finge que não tem a doença, na hora do parto ela não fala que é HIV positiva, não leva a medicação (E3).

Carvalho e Piccinini (2006) evidenciaram que a dificuldade em aceitar a soropositividade, resultando na falta de iniciativa para tratar-se. De acordo com os autores, a forma como é transmitido o diagnóstico é extremamente relevante para a assimilação da gestante, e, em razão do impacto do resultado positivo, é importante a presença do profissional capacitado.

É ressaltado como um fator limitador a distância das mães do SAE/CTA, sendo que o fato de ter um recém-nascido também dificulta mais a mobilidade das puérperas. No serviço pesquisado, a profissional procura outras opções, como “a possibilidade de outra pessoa vir pegar a medicação [...] ela deixa um telefone, um contato” (E4), facilitando dessa forma com que a puérpera dê continuidade do tratamento. Outra profissional expressa a mesma preocupação quanto à distância das pacientes do SAE/CTA, quando relata que:

Muitas gestantes são de outros municípios, então as vezes não conseguimos fazer uma avaliação mais próxima, mês a mês ou toda semana. Essa paciente se perde (E6).

Outro fator ressaltado pelas profissionais é o fato das reações adversas dos antirretrovirais, sendo entre eles: náusea, vômito, anorexia, cefaleia, alterações no

paladar, mal-estar, insônia, diarreia, tonturas, sonolência, dor abdominal (BRASIL, 2013a). Relatam que:

Um pouco resistentes em relação ao tratamento, por medo da utopia que existia em relação aos antirretrovirais, e também quanto aos efeitos colaterais que são muito fortes, pois a grande maioria, no começo da gravidez, já tem a parte de vômito e de náusea, e a medicação aumenta isso (E6).

Nas pacientes virgens (de tratamento) é muito difícil a adesão, porque o remédio nas primeiras vezes, nas primeiras semanas dá muito mal estar, então elas, principalmente as mais jovens, abandonam o tratamento (E3).

Araújo et al., (2008) verificaram a dificuldade das gestantes em seguir o tratamento com a terapia antirretroviral devido as características dos medicamentos e seus efeitos colaterais, evidenciando como uma das principais causas da desistência.

Foi salientado também a pouca idade, a falta de conhecimento e o uso de drogas como fator limitante, como os apontados nos relatos:

Quando elas começam a se drogarem elas param tudo (E3).

Situações de drogadição, elas simplesmente não levam o acompanhamento a sério (E5).

Kassada et al., (2013) salientam o hábito de usar drogas, sendo elas lícitas ou ilícitas, durante a gestação de mulheres soropositivas para o HIV é devido ao “sentimento de culpa” que estas sofrem. Além dos efeitos deletérios ao feto e à saúde da mulher, a possível repreensão e desaprovação pelo profissional de saúde pode levar a usuária a negar ou relatar um consumo menor da substância, levando ao difícil diagnóstico e posterior intervenção. Ainda, os autores discorrem que o uso de drogas por gestantes é um problema social e de saúde pública, pois a adesão a assistência pré-natal destas mulheres é menor, bem como a adesão ao tratamento de HIV, a participação nos grupos de gestantes e os riscos de intercorrência obstétricas e fetais.

Outro fator que dificulta a adesão e a continuidade do tratamento é a de violência doméstica, conforme enfatizado na fala de E5 “elas não querem se expor, virem machucadas”.

#### **4.5. Papel dos profissionais e estratégias utilizadas**

Dentre os objetivos específicos da presente pesquisa, constava a necessidade de compreender as possíveis estratégias, sugeridas pelos profissionais de saúde

atuantes no SAE/CTA, para otimizar a adesão e a continuidade do tratamento das gestantes HIV positivas. Faz-se necessário compreender essas estratégias devido aos grandes índices de desistência do programa, com números altos de descontinuidade, invalidando os mecanismos de controle da infecção do vírus HIV. Diante desse questionamento, é possível não só elucidar a população do que pode ser feito, como também abrir um momento de discussão e reflexão do assunto, por parte dos profissionais de saúde.

Estratégias diferentes podem ser encontradas de acordo com o modelo de adesão seguido. Lima (2006) demonstra modelos básicos, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para compreensão da relação entre o paciente, sua doença e o tratamento. A partir desses dados, a equipe profissional deve avaliar quais métodos poderão ser úteis no planejamento de um plano individualizado e para o auxílio do paciente em seu tratamento.

Ficou evidente que as estratégias não seguem um modelo único como o exposto pela fala de uma das profissionais:

Não tem como ter um certo, uma estratégia que seja a fórmula concreta que dê certo. Cada paciente tem suas particularidades, e deve se adaptar a cada um (E2).

As entrevistadas E6 e E2 acreditam que entre as estratégias para assegurar a adesão e a continuidade das gestantes e puérperas no serviço é a constante atualização dos profissionais. Suas falas apontam para isso.

A parte de atualização com certeza, é muito necessária, pra todos os profissionais, para estar sempre falando a mesma língua (E6).

É fundamental a atualização dos profissionais, eles estarem sempre buscando (E2).

Ainda sobre o assunto, é relatado por uma das profissionais os incentivos que o programa de prevenção e tratamento do HIV/Aids recebem, via Ministério da Saúde:

Tem muito recurso, tem muita acessibilidade. A equipe é integrada, tem que tá sempre melhorando e sempre integrada (E6).

Outro artifício utilizado pelos profissionais para garantir a continuidade do tratamento consiste na busca ativa. De acordo com Barroso e Galvão (2007), após o parto é muito comum ter casos de abandono do tratamento, sendo que a busca ativa deve ser realizada nos casos de não comparecimento às consultas.

Por ser uma equipe integrada, é praticamente impossível a evasão de alguma

paciente da continuidade do tratamento, pois, além de terem um relacionamento constante, também contam com a possibilidade da busca ativa: E6 menciona que:

Se a gente sabe que o paciente tem que voltar e ele não volta, a gente comunica a enfermagem e a assistente social e vai em busca (E6).

Lemke e Silva (2010) conceituam como o sentido mais comum atribuído à busca ativa como as ações realizadas pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, que consiste em ir à procura do indivíduo com o fim de uma 'identificação sintomática', principalmente em doenças e agravos de notificação compulsória, tais como a AIDS e a infecção do HIV. Esta prática, de acordo com os autores, vai à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, não esperando que o paciente procure o serviço de saúde, e sim que os profissionais de saúde procurem o usuário para seu atendimento. No trabalho de prevenção da infecção do HIV a proposta é totalmente válida, impedindo que o usuário se perca do sistema e descontinue seu tratamento.

De acordo com as profissionais:

Quando tem algum problema [...] eu já vou e converso com a coordenadora do programa e falo que precisamos ir atrás do paciente, e aí já vamos, temos um motorista, um carro só para o SAE, que facilita essa busca ativa (E4).

Também é salientado como estratégia diferenciar o vírus da doença, e conscientizar a população sobre o vírus. E3 aponta:

Que não é a AIDS de 81, que todo mundo morreu. Hoje em dia todo mundo sobrevive, cada dia tem mais drogas (E3).

Essas orientações são preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) no momento do aconselhamento pós-teste com resultado positivo, onde o profissional deve lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV e explicar o significado da infecção pelo HIV e sua evolução.

Grupos terapêuticos, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), são de caráter informativo, reflexivo e de suporte, e são eficazes em identificar dificuldades individuais e/ou coletivas em forma de diálogo e interação entre os pacientes e profissionais. Trata-se, de acordo com Silveira e Ribeiro (2005), com um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. O trabalho em grupos de adesão é oportuno, proporcionando aos pacientes ajuda mútua, troca de experiências, melhora da

qualidade de vida, facilita a reintegração e o resgate da vida do paciente, assim como o desejo de viver (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

Os profissionais entrevistados ressaltam a importância do grupo de adesão entre gestantes e puérperas nas seguintes falas:

É bem diferente quando eu, profissional, falo pra elas das recomendações, e outra gestante, na mesma situação que ela, dá o seu depoimento de vida. Ela segue bem mais quando se identifica com a outra pessoa, quando vê que tem mais pessoas como ela (E2).

[...] as mães têm dúvidas, dúvidas comuns. Então talvez se tivesse uma roda de conversa, uma semana de atividades, seria bem proveitoso (E4).

Ali tem quem já tem um filho, quem é o primeiro filho, uma ajudava a outra, era bem interessante, sobre o grupo de adesão (E1).

Fernandes et al., (2008) exemplificam como a existência de um grupo de adesão entre as gestantes soropositivas para o HIV foi relevante para garantir a continuidade destas ao tratamento. Revelam que o atendimento visa à adesão, o tratamento da mulher e à integração com a equipe, de forma que possibilita o reconhecimento da equipe de profissionais. Tem como foco a prevenção da transmissão vertical, da re-contaminação, o autocuidado e a capacidade de readquirir a cidadania. O grupo possibilita um momento de reflexão sobre as expectativas, auto estima, preconceitos, angústias frente ao diagnóstico, relações interpessoais e experiências, via diálogo entre iguais.

De acordo com as profissionais entrevistadas, sempre houve um grupo de adesão para esse público, sendo interrompido apenas quando o médico obstetra se ausentou nos últimos dois anos. A entrevistada E2 confirma que a adesão ao grupo era grande, onde nenhuma gestante recusava o convite de participar. Para que a participação no grupo fosse grande, a estratégia dos profissionais foi marcar o dia de consulta e de retirada de medicamentos das gestantes no mesmo dia, tendo assim um dia específico só de gestantes, e isto facilitou a captação delas.

De acordo com uma das profissionais

Nós trabalhamos com uma certa imposição do tratamento devido ao bebê, em gestantes, pois podemos acionar o conselho tutelar (E5).

Outra entrevistada evidencia que a necessidade de acionamento de órgãos executivos é devido também à preocupação com o recém-nascido:

Existem pacientes que são muito difíceis, que tem que acionar o Ministério Público pra ela fazer o tratamento, porque a nossa preocupação não é só com a gestante, é com o bebê, porque ele não tem como se cuidar, ele é dependente da mãe (E1).

A decisão de não fazer o tratamento para HIV/AIDS se torna um agravo maior quando a paciente é gestante. Uma das profissionais evidencia a diferença de conduzir essa problemática entre os grupos de pacientes:

Nós vamos atrás três vezes, caso elas ainda se recusarem ao tratamento elas tem que vir aqui e assinar um termo de responsabilidade, deixando claro eu ela não quer. Já quando são gestantes, elas têm a obrigação de fazer o tratamento, sendo que pode ser acionado o Ministério Público e o Conselho Tutelar para intervir (E2).

A negligência, situação aqui descrita quando a gestante/puérpera não faz o tratamento e/ou segue as recomendações preconizadas para o tratamento do HIV/Aids, é entendida como negação de cuidados e de proteção ao desenvolvimento das crianças, apontado por Hillesheimet al. (2008) como um problema de saúde pública.

Conforme dito anteriormente, esses casos ocorrem geralmente quando as mães são drogadícias, onde “não cuidam nem de si e nem do bebê” (E1).

Diante da realidade encontrada dentre as gestantes HIV positivas, das dificuldades e empecilhos identificados pelo profissional de saúde do SAE/CTA, da elucidação dos fatores que podem facilitar a adesão e continuidade da usuária, além do preparo e constante atualização destes, é verificado que os mesmos possuem as habilidades e ferramentas necessárias para otimizar o cuidado com a gestante, reduzindo o número de casos de crianças nascidas infectadas pelo vírus e também a transmissão para o parceiro.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa cumpriu seu objetivo de compreender as questões referentes à adesão e a continuidade do tratamento da HIV/Aids por parte das gestantes e puérperas, e de fazer uma reflexão sobre os modos como os profissionais de saúde podem abordar essa parcela da população, que tem suas particularidades e especificidades de um modo muito mais sensível que as demais condições de saúde. Para esta reflexão foi essencial a compreensão das estratégias realizadas pelos profissionais de saúde da equipe especializada do SAE/CTA para validar os fatores facilitadores e conter os fatores dificultadores, sendo que constantemente estes passam por atualizações sobre o assunto, além de contarem com a experiência do tempo de serviço na área.

Com o estudo foi possível identificar as estratégias realizadas pelos profissionais de saúde da equipe especializada do SAE/CTA para o acompanhamento das gestantes, tais quais o acolhimento sem preconceito e atencioso por eles, além de grupos de adesão para populações específicas e geral.

Entre os fatores facilitadores para o acompanhamento da gestante no serviço, destaca-se o acolhimento pela equipe, ao fato de mostrar-se sempre disponível para o atendimento da gestante, de forma a elucidar suas dúvidas e diminuir suas preocupações. Esta estratégia pode ser realizada em grupos de adesão. Outro fator facilitador é a maneira como é operacionalizada a atenção aos portadores da doença, com a centralização de todos os cuidados e profissionais em um só local.

Já entre os fatores dificultadores foram apontados o uso de drogas, as questões culturais e religiosas, o preconceito que a gestante sofre pela sociedade, o medo da identificação dela ao ser vista no atendimento, a distância das mães até o serviço e as reações adversas da terapia antirretroviral.

Foi possível verificar que realmente a equipe dos profissionais na atenção especializada ao paciente soropositivo para HIV trabalhava como uma equipe, sendo que todos partilhavam dos mesmos preceitos e opiniões sobre o cuidado com as gestantes, sendo possível perceber a preocupação que todos os profissionais tinham com o cuidado do binômio mãe-bebê.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.L., SILVEIRA, C.B., SILVEIRA, C.B., MELO, S.P. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 589-594, set-out, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto e A. Pinheiro, São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BARROS, L.A., MENEZES, K.B., MOURA, M.R.W., ALMEIDA, D.L., SANTOS, T.S., FRANÇA, A.M.B. Soropositividade de HIV em gestantes: adequação das práticas e atividades desenvolvidas pelo serviço de assistência especializada. **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, AL, v. 1, n. 1, p. 67-82, nov, 2012.

BARROSO, L.M.M, GALVÃO, M.T.G. Avaliação de Atendimento Prestado por Profissionais de Saúde à Puérperas com HIV/AIDS. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 16, n. 3, jul-set, 2007.

BATISTA, C.B., SILVA, L.R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2, jun, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. Disponível em: <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em 25 jul. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília – DF. MS, 2013a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série Manuais; n. 46).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série Manuais; n. 85).

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DSR e Aids. **Direitos humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 (Série Parcerias e Mobilização Social, n. 6).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 (Série Manuais; n. 80).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde. **Manual normativo para mulheres que não podem amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Manuais).

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro - RJ, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 3 de julho de 1997**. Brasília- DF. MS, 1997.

CAMPOS, M.A. O trabalhador da saúde portador de HIV: lições para biossegurança e ética. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, SP, v. 45, n. 2, abr-jun, 1999.

CARACIOLO, J.M.M., SHIMMA, E. **Adesão: da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. Em: São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.

CARVALHO, F.T., PICCININI, C.A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, Curitiba, PR, v. 10, n. 2, p. 345-355, jul-dez, 2006.

CECCATO, M.G.B., ACURCIO, F.A., BONOLO, P.F., ROCHA, G.M., GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, set-out, 2004.

CORDOVA, F.P., LUZ, A.M.H., INNOCENTE, A.P., SILVA, E.F. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 97-102, jan-fev, 2013.

CUNHA, S.P., DUARTE, G. **Gestação de Alto Risco**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1998.

ESTEVES, J.P.B. **Transmissão vertical do HIV: análise dos investimentos públicos e resultados com diagnóstico, profilaxia e terapia anti-retroviral em Mato Grosso do Sul, de janeiro de 2004 a dezembro de 2007**. 2009. 61 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 2009.

FARIA, J.B., SEIDL, E.M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan-abr, 2006.

FERACIN, J.C.F. **Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram gravidez e a soropositividade ao vírus HIV.** 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, SP. 2002.

FERNANDES, J.R.M., ACURCIO, F.A., GUIMARÃES, M.D.C. Projeto ATAR: abordagens qualitativas – grupos focais: utilização dos serviços e fatores que favorecem ou dificultam a adesão aos antirretrovirais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil:** coletânea de estudos do Projeto Atar. Brasília, DF, p. 141-154, 2010.

FIGUEIREDO, R.M., SINKOC, V.M., TOMAZIM, C.C., GALLANI, M.C.B.J., COLOMBRINI, M.R.C. Adesão de pacientes com Aids no tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 9, n. 4, p. 50-55, jul, 2001.

FIGUEIRÓ-FILHO, E., SENEFONTE, F.R.A., LOPES, A.H.A., MORAIS, O.O., JUNIOR, V.G.S., MAIA, T.L., DUARTE, G. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Uberada, MG, v. 40, n. 2, p. 181-187, mar-abr, 2007.

GIAMI, A., VEIL, C. **Enfermeiras frente à Aids.** Representações e condutas, permanência e mudanças. Porto Alegre: Ulbra, 1998.

GUSMÃO, J.L., MION JR., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, SP, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HEBLING, E.M., HARDY, E. **Mulheres e Aids: sentimentos associados à maternidade e à orfandade.** 2005. 99 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, SP. 2005.

HILLESHEIM, B., CRUZ, L.R., SOMAVILLA, V.E.C., HILGERT, J.D., FISCHER, B.L., DHEIN, G. Negligência no campo da saúde: estratégia de governo das populações. **Psico**, Porto Alegre, RS, v. 39, n. 2, p. 175-181, abr-jun, 2008.

HINRICHSEN, S.L. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

KASSADA, D.S., MARCON, S.S., PAGLIARINI, M.A., ROSSI, R.M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 26, n. 5, 2013.

KAWAMOTO, E.E., SANTOS, M.C.H., MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KAWAGOE, J., CHAVES, L.C., FONSECA, F.L.A., FILIPINI, R., BLAKE, M.T., CAMILLO, S.O. As dificuldades de adaptação do convívio social de pacientes portadores de HIV/Aids. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, SP, v. 22, n. 1, p. 1-7, 2012.

KLEINUBING, R.E., PEREIRA, F.W., BUBLITZ, S. Atuação da equipe de saúde com gestantes soropositivas ao HIV: desvelando o papel da enfermagem. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, RS, v. 10, n. 20, p. 711-714, 2011.

KNUPPEL, R., DRUKKER, J. **Alto Risco em Obstetrícia – Um Enfoque Multidisciplinar**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

KUMAR, V., ABBAS, A.K., ASTER, J.C. **Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevire, 2010.

LEMKE, R.A., SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n.1, 2010.

LIMA, H.M.M. **Adesão ao tratamento de HIV/Aids por pacientes com Aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo**. 2006. 185 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP. 2006.

MANDÚ, E.N.T., DIÓZ, M. Percepções de grávidas em torno da prevenção da contaminação do HIV e de sua transmissão vertical. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, PR, v. 5, n. 3, p. 344-354, set-dez, 2006.

MARIN, H.F.; PAIVA, M.S.; BARROS, S.M.O. **AIDS e Enfermagem Obstétrica**. São Paulo: EPU, 1991.

MATÃO, M.E.L., MIRANDA, D.B., FREITAS, M.I.F. Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, n. 34, p. 467-480, abr, 2014.

MATOS, S.D., BAPTISTA, R.S., FRANÇA, I.S.X., MEDEIROS, F.A.L., BRITO, V.R.S. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. **Revista Rene**, Fortaleza, CE, v. 10, n. 2, p. 122-130, abr-jun, 2009.

MELCHIOR, R., NEMES, M.I.B., ALENCAR, T.M.D., BUCHALLA, C.M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 41, n. supl. 2, p. 87-93, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PAIVA, V.S.F., FERRARA, A.P., SANTOS, M.O.P., PARKER, R. Enfrentamento religioso e política: as lições da resposta à Aids. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 3, dez, 2013.

PAIVA, G.J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan-mar, 2007.

PAIVA, S.S., GALVÃO, M.T.G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 13, n. 3, p. 414-419, jul-set, 2004.

PINHO NETO, O.S., OLIVEIRA, M.M. Redução da transmissão vertical durante o pré-natal de gestantes portadoras de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, PB, v. 10, n. 2, p. 143-150, 2006.

PREUSSLER, G.M.I., EIDT, O.R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/Aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 28, n.1, p. 117-125, 2007.

REINERS, A.A.O., AZEVEDO, R.C.S., VIEIRA, M.A., ARRUDA, A.L.G. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. sup 2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, M.G.M., SANTOS, R.S. O método “história de vida” e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 1, p. 47-54, abr, 2000.

SCHERER, L.M. BORENSTEIN, M.S., PADILHA, M.I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: Conhecendo os Déficits e os Fatores que Contribuem no Engajamento para o Autocuidado. **Escola Anna Nery Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 2, abr-jun, 2009.

SILVEIRA, L.M.C., RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 91-104, set, 2005.

STEFANELLI, M.C., GUALDA, D.M.R., FERRAZ, A.F. A convivência familiar do portador do HIV e do doente com aids. **Fam. Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, PR, v. 1, n. ½, p. 67-74, jan-dez, 1999.

ZUGAIB, M., TEDESCO, J.J.A., QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

OLIVEIRA, CORAIS, GUERRA. Em: BRASIL. **Seminário de Cooperação Brasil / França: profissionais de saúde frente ao manejo da infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos**, 2000.

VAITSMAN, J., ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Veronesi: Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*PESQUISA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES HIV POSITIVA*

Pesquisadora: Sigrid Fontes

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS

Prezado(a) senhor(a):

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma pesquisa sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres HIV soropositivas. Este documento irá fornecer informações importantes sobre o estudo. Por favor, leia atentamente o conteúdo abaixo e esclareça suas dúvidas junto à pesquisadora para decidir se deseja ou não participar do mesmo. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento. Caso não queira participar, não será penalizado.

### **OBJETIVOS DO ESTUDO**

Compreender de que forma é prestada a assistência às mulheres portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pelos profissionais de saúde atuantes no Serviço de Assistência Especializada / Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) do município de Dourados, no estado de Mato Grosso do Sul. Objetiva-se então conhecer as ações desenvolvidas pelos mesmos. Como objetivos específicos esperam-se evidenciar fatores facilitadores e dificultadores do atendimento; identificar possíveis estratégias da equipe para que haja maior adesão e melhor acompanhamento das pacientes; e compreender como é feita a organização e operacionalização do atendimento prestado às mulheres.

### **CONDUÇÃO DO ESTUDO**

A coleta de dados será em forma de entrevista com questões semi-estruturadas, que ao serem respondidas serão gravadas e transcritas, após o consentimento dos participantes. A entrevista é de caráter anônimo e voluntário. O roteiro a ser utilizado é constituído de identificação do profissional da saúde e questões norteadoras que englobam a assistência prestada, os fatores que dificultam a prestação da mesma e se houve subsídios durante a sua formação para tal atuação.

### **BENEFÍCIOS**

A partir dos resultados desta pesquisa pretende-se propor métodos que promovam a melhora da assistência prestada pelos profissionais de saúde às gestantes e puérperas diagnosticadas portadoras do vírus HIV.

Cabe destacar que a sua participação neste estudo é voluntária e espontânea, sem nenhum tipo de remuneração durante o período de realização da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo para sua pessoa.

### **CONFIDENCIALIDADE**

A sua identificação neste estudo ocorrerá somente no momento da entrevista. Se você concordar em participar, as informações obtidas relacionadas à sua pessoa serão registradas em forma de códigos, não havendo registro do seu nome. Assim, os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e não será possível a sua identificação em qualquer fase de divulgação da presente pesquisa. Mesmo assim, você tem liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Em caso de qualquer dúvida, contatar a pesquisadora responsável.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

---

Assinatura da pesquisadora

---

**APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

1. **Formação:** \_\_\_\_\_ . **Ano (término):** \_\_\_\_\_ .
2. Quanto tempo atua na área? \_\_\_\_\_. Quanto tempo atua no SAE/CTA? \_\_\_\_\_ .
3. Realizou algum curso ou treinamento especializado sobre o cuidado e tratamento de HIV? \_\_\_\_\_. Se sim, quando? \_\_\_\_\_. Qual a duração do curso/treinamento? \_\_\_\_\_ .
4. Como você realiza o atendimento das gestantes e puérperas soropositivas?
5. Como as gestantes/puérperas soropositivas chegam ao SAE/CTA para o acompanhamento? Qual o fluxo?
6. O que você considera como fundamental para a adesão e a continuidade da paciente ao tratamento?
7. Quais os fatores que, em sua opinião, facilitam a adesão e continuidade da paciente ao tratamento?
8. Quais os fatores que, em sua opinião, limitam a adesão e continuidade da paciente ao tratamento?
9. Como você percebe o seu papel na adesão e continuidade ao tratamento?
10. Que estratégias poderiam ser realizadas para garantir a adesão e continuidade das gestantes e puérperas soropositivas ao tratamento?
11. Já houve tentativa de introdução de um grupo de gestantes e puérperas no SAE/CTA?

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS

UFMS



### PARECER DO COLEGIADO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Laços que unem a saúde da mulher: o modelo adotado por um município

**Pesquisador:** Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09745012.1.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 136.826

**Data da Relatoria:** 08/11/2012

#### Apresentação do Projeto:

O planejamento da gestão deve contemplar aspectos organizacionais, estruturais, financeiros e, em especial, atentar-se para os recursos humanos envolvidos no processo, uma vez que serão eles que conduzirão, ao nível micro, as ações de saúde. Assim, a organização dos serviços de saúde em um município deve ter uma arquitetura que atenda as necessidades de saúde da população, direcionado as ações. O objetivo geral é conhecer a organização e a operacionalização do atendimento prestado à mulher, nos diferentes níveis organizacionais do SUS, desenvolvidos no município de Dourados/ Mato Grosso do Sul, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e de corte transversal, usando a pesquisa-ação como metodologia de pesquisa. Será realizada em unidades de saúde de atenção primária, secundária e terciária do município de Dourados/Mato Grosso do Sul. Os resultados serão organizados de forma a construir um fluxograma geral do atendimento de saúde à mulher no município de Dourados e as respostas das entrevistas agrupadas e analisadas sob a ótica da análise de conteúdo. Ao longo do projeto serão desenvolvidas as oficinas para capacitação dos profissionais de saúde a respeito da saúde da mulher e de modelos de gerenciamento micro localizados, tendo como embasamento teórico as publicações do Ministério da Saúde, textos e artigos científicos publicados em revistas da área. Buscar-se-á demonstrar experiências diferenciadas e seus resultados, realizadas dentro do Sistema Único de Saúde, contextualizando-as para o serviço de saúde local. Em parceria com os enfermeiros dos serviços

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

*Enilson dos Reis*  
Vice-coordenador  
CEP/UFMS

UFMS



de saúde, propõe-se a organização de ferramentas para a otimização do atendimento à saúde da mulher, como protocolos de atendimento e o instrumento padronizado da consulta de enfermagem à mulher, de acordo com a literatura específica da área e as necessidades da mesma (atendimento primário, secundário e terciário), buscando

respaldo, em especial, na teoria de Wanda de Aguiar Horta, aplicada ao processo de enfermagem, denominada Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). A pesquisa será encaminhada à Plataforma Brasil e os participantes serão esclarecidos sobre o teor da pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer a organização e a operacionalização do atendimento prestado à mulher, nos diferentes níveis organizacionais do SUS, desenvolvidos no município de Dourados/ Mato Grosso do Sul, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro.

**Objetivo Secundário:** Identificar as estratégias implementadas pelo nível primário de captação precoce para o atendimento nos serviços de saúde da mulher, bem como

suas facilidades e dificuldades de execução. Identificar as estratégias implementadas pelos níveis secundário e terciário de tratamento e acompanhamento das mulheres, bem como suas facilidades e dificuldades de execução. Relacionar as normatizações municipais de condutas frente às situações de saúde da mulher, com as orientações do Ministério da Saúde. Mapear o fluxograma geral de atendimento à saúde da mulher no município de Dourados/MS. Desenvolver capacitações para os profissionais de saúde, a respeito da saúde da mulher e de modelos de gerenciamento micro localizados. Construir, em parceria com os enfermeiros participantes, ferramentas (protocolos de atendimento, instrumentos de consulta de enfermagem) que viabilizem a assistência em saúde à mulher.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A presente pesquisa não apresentará riscos.

**Benefícios:** Espera-se conhecer a organização e operacionalização do sistema de saúde municipal, com foco na saúde da mulher, especialmente no que se refere às ações do enfermeiro, a fim de destacar a relevância de experiências bem-sucedidas, colaborar na formulação de novas propostas de melhoria dos serviços prestados, e suscitar discussões a respeito do tema. A vivência experienciada pelos acadêmicos durante esta proposta

enriquecerá seu processo de formação inicial, colaborando para um perfil profissional que atenda às necessidades elencadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Os dados obtidos serão apresentados à Secretaria de Saúde do município, ao Hospital Universitário da Grande Dourados e ao serviço de Oncologia, além de sua divulgação através de artigos e eventos científicos da área.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110

UF: MS Município: CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

*Wilson dos Reis*  
Coordenador  
PEPP/UFMS

UFMS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequados.

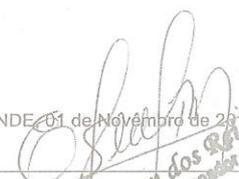
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 01 de Novembro de 2012

  
Assinador por Edilson dos Reis  
Edilson dos Reis - Coordenador  
(Coordenador) CEPIUFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: ((67) 33)45-7-187 Fax: ((67) 33)45-7-187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br