



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA JAQUELINE SANTIAGO CARNEIRO

**CUIDADO PROFISSIONAL A MULHERES COM TESTE RÁPIDO
POSITIVO PARA HIV**

**SALVADOR
2007**

ANA JAQUELINE SANTIAGO CARNEIRO

CUIDADO PROFISSIONAL A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR
2007

Ana Jaqueline Santiago Carneiro

CUIDADO PROFISSIONAL A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração “Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher”.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2007

COMISSÃO EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Lúcia Duarte Pereira _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Ceará

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	VULNERABILIDADE DA MULHER AO HIV/AIDS	14
2.3	TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	18
3	METODOLOGIA	25
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
3.1.1	Gênero como categoria analítica	25
3.1.2	Integralidade do cuidado à saúde	27
3.1.3	Integralidade e saúde da mulher	37
3.2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
3.2.1	Caracterização do estudo	41
3.2.2	Universo empírico do estudo	42
3.2.3	Produção do material empírico	43
3.2.4	Técnica de análise e discussão do material empírico	44
4	CUIDADO A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV REAFIRMANDO O MODELO DE ATENÇÃO HEGEMÔNICO	47
4.1	AUSÊNCIA DE ACONSELHAMENTO NA TESTAGEM PARA HIV NEGANDO A AUTONOMIA DAS MULHERES	47
4.2	REPRESENTAÇÕES DA AIDS NO IMAGINÁRIO SOCIAL DEFININDO AS REAÇÕES DAS MULHERES À POSITIVIDADE PARA O HIV	56
4.3	PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA BAIXA PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV/AIDS	64
4.4	MODELO TÉCNICO DE ATENÇÃO E REPRODUÇÃO DE ESTIGMAS NEGANDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	89

APÊNDICE A – Instrumento de produção dos dados

APÊNDICE B -Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO A- Portaria 993/GM de 2000

ANEXO B- Portaria 2104/GM de 2002

ANEXO C- Portaria 59/GM de 2003- Anexo

ANEXO D- Portaria 34/SVS de 2005

ANEXO E – Portaria 675/GM DE 2006

ANEXO F- Parecer do comitê de ética em pesquisa Nº 97/2006

RESUMO

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago. **Cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV**. 2007. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

A feminização da aids trouxe o maior risco de transmissão vertical, fazendo com que fossem adotadas pelo Ministério da Saúde uma série de medidas no sentido de impedir a transmissão do HIV das mulheres infectadas para seus (as) filhos (as). Uma dessas medidas foi a implantação dos testes rápidos anti-HIV, que devem ser realizados por mulheres que não apresentem resultado de sorologia do pré-natal no momento do internamento em trabalho de parto. Esse exame deve ser realizado com aconselhamento pré e pós teste, independentemente do seu resultado, como qualquer outro exame para HIV. Porém, observa-se que esse aconselhamento não vem sendo realizado pelos (as) profissionais na oferta do teste em trabalho de parto, sobressaindo o cumprimento de medidas profiláticas destinadas à interdição da transmissão vertical, desvinculando as necessidades de cuidado das mulheres nas suas especificidades. Frente a essa realidade, foi desenvolvido um estudo de caráter qualitativo, que teve como objetivo investigar como as mulheres percebem o cuidado profissional que lhes é prestado durante o processo de realização do teste rápido nos períodos pré e pós-parto. Foram utilizados como categorias analíticas gênero e integralidade. O gênero constitui categoria relacional utilizado para discutir a naturalização da função reprodutiva da mulher e as relações de dominação entre homens e mulheres, tornando-as mais vulneráveis à infecção. A integralidade é apontada como uma perspectiva que permite se escapar ao reducionismo das necessidades dos sujeitos e aprendê-las de maneira ampliada, tornando as relações de cuidado mais humanizadas e acolhedoras. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada realizada com doze mulheres puérperas atendidas no Centro de Testagem e Aconselhamento estadual para conclusão de diagnóstico, conforme fluxograma definido pelo Ministério da Saúde. O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que consiste no estudo dos elementos discursivos, através dos quais se monta, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos. A análise dos discursos das entrevistadas confirmou que o aconselhamento na testagem anti-HIV não vem ocorrendo nem no pré-natal, nem no trabalho de parto e nem no puerpério. O exame vem perdendo sua especificidade ao ser incorporado à prática clínica como exame de rotina, sendo que em muitos casos a mulher sequer foi informada sobre a sua realização, o que fere o direito reprodutivo de autonomia das mulheres. Os cuidados técnicos prevalecem nesse processo, em que os profissionais mantêm suas condutas direcionadas a procedimentos destinados a impedir a transmissão materno-fetal do vírus, e apresentam uma série de dificuldades para realizar o aconselhamento. As relações superficiais e autoritárias norteadas pelo modelo de atenção hegemônico refletem mecanismos de poder entre profissionais e usuárias, dificultando o acolhimento e o vínculo e desconsiderando as especificidades das mulheres, o que dificulta a identificação e o atendimento ampliado das suas necessidades, distanciando as práticas de saúde da perspectiva da integralidade.

Palavras chave: HIV/aids, transmissão vertical, teste rápido, integralidade.

ABSTRACT

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago. Professional care for woman with rapid HIV test positive. 2007. 92f. Paper (Master's in Nursing) –School of Nursing. Federal University of Bahia. Salvador, 2007.

The AIDS feminization brought a greater risk of vertical transmission, leading the Health Department to adopt a series of measures to halt the viral transmission from infected women to their children. One of those measures consisted in the implementation of quick HIV tests that must be realized on women who do not present prenatal serology on the moment of their admissions for labor. These testing must be made along with pre and post-testing advising, independent of its results, as well as any other HIV testing. However, it has been observed that the quick HIV testing offer on labor has not been accomplished by many health professionals, who give more importance to the adhesion to the prophylactic measures who intend to halt vertical transmission, related to the specific women's health care needs. This qualitative study's goal is investigate how women evaluate the health care given to them during the quick HIV testing in the pre and post-labor periods. We used gender and integrality as analytic categories. The technique used to collect data was the semi-structured interview, realized with twelve women seen at the CTA for diagnostic conclusion, according to the Health Department's fluxogram. The interview's analyses confirmed that HIV testing has not been occurring neither on prenatal, nor in labor or puerperium. The testing has been losing its specificity through its inclusion in the clinical practice as a routine test and on many cases the patient hasn't even been informed about its realization, which harms women's autonomy and reproductive rights. To the interviewed patients, caring is related to labor, whose experience overwhelms the fact of knowing if they are infected by HIV or not. The objective caring prevails in this process and the health professionals keep their practice directed to the technical procedures which halts the mother-child viral transmission, presenting difficulties for the advising process. The superficial and authoritarian relationships northern by the hegemonic medical model reflects a power mechanism between health professionals and patients, hampering the welcoming and bonding of the users, and not recognizing women's specificities, also hampering their identification and a broader attending of their needs, separating the health practice from the integrality perspective.

Keywords: HIV/aids, vertical transmission, rapid test, integrality

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado vida e saúde durante toda a trajetória. Por me fortalecer nos momentos de desânimo, renovar a minha fé quando ela parecia tornar-se menor e pela presença mesmo nos momentos mais solitários da produção.

Ao meu anjo da guarda, que nunca me desampara, mas me protege, ilumina e mostra sempre o melhor caminho a seguir.

Aos meus pais Marina e José Carlos, pelas pelas lições de trabalho, honestidade e perseverança.

A toda a família Carneiro, em especial à avó Linézia (*in memorian*) pelo exemplo de ser humano e mulher que representa em nossas vidas e às tias Lúcia, Angélica, Alaíde e Zélia, por sempre acreditarem no meu potencial.

À orientadora Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho pela competência, cuidado e perspicácia com que conduziu este trabalho.

À Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva pela disponibilidade constante, pelas contribuições valiosas e pela visão crítica que nos ensinou desde o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica que realizei nesta escola.

À Prof^a Dr^a Maria Lúcia Duarte Pereira e ao Prof^o Dr^o Álvaro Pereira pelas contribuições desde o exame de qualificação.

Aos profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento (C. T. A) Estadual por toda a disponibilidade e convivência harmoniosa, em especial a Simone, que autorizou a coleta de dados não mediu esforços para viabilizar a conclusão do trabalho. A todas as aconselhadoras da unidade que me mostraram como se faz aconselhamento em HIV/aids.

À Patrícia Fonseca, assistente social do DST/COAS por ter me inserido em diversos treinamentos na área de aconselhamento.

Às mulheres que aceitaram participar como sujeitos do estudo, tornando possível a realização deste trabalho.

À Coordenação Estadual de DST/aids por contribuir com valiosas informações do seu banco de dados.

À amiga Lucineide pela amizade, pelo apoio constante e por ter participado comigo da descoberta do problema de pesquisa.

Às colegas de curso pela convivência harmoniosa, em especial às companheiras Michele, Rosa Cândida, Mônica Pimentel pela relação próxima que desenvolvemos, pela troca de experiências e por todas as angústias que pudemos dividir juntas.

Às amigas Pricila, Hélia e Marizete pelo companheirismo, cuidado e apoio constantes, tornando a minha caminhada mais suave.

À prima Sara Santiago por se lembrar de mim em suas orações e por tantas palavras de incentivo e apoio.

A Andréa Reis e Uerles pelas contribuições de informática desde a construção do projeto para a seleção do mestrado.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da UFBA , em especial a Ana Cláudia, secretária da Pós-Graduação, pela gentileza e solicitude com que sempre nos atendeu.

À Divisão de Enfermagem da Maternidade Climério de Oliveira pela flexibilização dos horários de trabalho que permitiram a minha participação em diversos eventos relacionados ao tema de pesquisa , bem como o bom andamento deste trabalho

O Processo de reflexão propicia ver a realidade com um olhar diferente; ver aquilo que está oculto, que está além; ver o que passou a ser tão natural que se tornou despercebido. Mostra as contradições do cotidiano e provê meios que fortaleçam o indivíduo, impulsionando-o à mudança. (O Cuidado na Saúde, Vera Regina Waldow, 2004).

1 INTRODUÇÃO

A identificação do vírus da aids em 1981 tornou-se um marco na história da humanidade. A partir de então, novos casos da doença foram surgindo e rapidamente atingiu a dimensão de epidemia, apresentando, ao longo do tempo, modificações epidemiológicas significativas. No Brasil, o primeiro caso de aids foi identificado em 1982. Atualmente, a infecção pelo HIV representa um fenômeno global, que ocorre de maneiras diversificadas em cada região do mundo, envolvendo aspectos do comportamento individual e coletivo, com implicações de ordem social, cultural, sexual e de gênero.

Quando da identificação dos primeiros casos de aids, o grupo populacional mais atingido era o de homens homo e bissexuais (SCHECHETER ; MARANGONI, 1998). Mas, atualmente, o quadro da epidemia é marcado pela heterossexualização, interiorização e feminilização (BRITO et al, 2001). O número de mulheres infectadas aumenta rapidamente entre as heterossexuais casadas, com parceiro único e não-usuárias de drogas, sendo a relação sexual a principal via de contaminação dessas mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde, “atualmente, a quase totalidade dos casos de aids em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil do HIV” (BRASIL, 2003a). No estado da Bahia, até o mês de fevereiro de 2006, foram notificados 237 casos de aids em crianças de até 14 anos de idade. Em gestantes na faixa etária dos 15 aos 49 anos foram notificados 514 casos (BAHIA, 2006a)¹. De 1980 a 2004, de todos os casos de aids notificados em indivíduos do sexo feminino com treze anos e mais (total de 89302 casos), 25,2% ocorreram por transmissão heterossexual (BRASIL, 2004a).

Na década de 90, as faixas etárias que concentraram os maiores percentuais de casos de aids em mulheres foram aquelas entre 25 e 29 anos e entre 30 e 34 anos, ou seja, as mulheres têm sido atingidas em plena idade reprodutiva (BRASIL, 2003b). O grande número de mulheres infectadas pelo HIV trouxe, também, maior risco de transmissão materno-infantil, hoje representando talvez preocupação maior do que a contaminação da própria mulher, pois todas as ações de saúde nessa área têm se direcionado à proteção do feto, subestimando as necessidades de cuidado da mulher portadora dessa infecção.

Assim, o maior envolvimento da mulher na dinâmica da epidemia levou a um maior interesse pelas mulheres grávidas e despertou a atenção de estudiosos (as) na área da saúde devido à dificuldade do diagnóstico precoce e ao risco de transmissão materno-fetal. Nos

¹ Dados coletados em 21.02.2006, referentes a todas as notificações computadas até essa data.

últimos anos, o Ministério da Saúde vem envidando esforços no sentido de conter a evolução da epidemia, através da realização de campanhas educativas, distribuição gratuita de preservativos, oferecimento gratuito do teste anti-HIV em unidades de saúde, inclusive para gestantes e parturientes e de medicamentos que compõem o coquetel anti-retroviral para indivíduos soropositivos.

Sabe-se da importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV para o sucesso do tratamento e para impedir a manifestação ou evolução da doença, bem como a disseminação através dos (as) portadores (as) infectados (as). Todavia, muitas mulheres só tomam conhecimento do diagnóstico quando estão grávidas, por ocasião do pré-natal, em função do adoecimento do(a) filho(a) ou companheiro ou mesmo durante o trabalho de parto. Assim, o ciclo gravídico- puerperal tem sido considerado um período privilegiado para a captação das mulheres pelo sistema de saúde, para o diagnóstico de mulheres com HIV e para a prevenção da transmissão materno-fetal do vírus.

As mulheres que recebem o diagnóstico durante a gravidez têm uma margem de tempo disponível para orientação adequada, realização da quimioprofilaxia e esclarecimento de questões relacionadas à infecção, o que pode minimizar o sofrimento e fazer com que elas construam estratégias para enfrentamento da situação. Já para a mulher que recebe o diagnóstico de teste rápido positivo durante o trabalho de parto, certamente há um impacto emocional muito maior, mesmo considerando-se o caráter não-definitivo, uma vez que é um exame de triagem. A mulher é, então, obrigada a enfrentar ao mesmo tempo as alterações físicas e emocionais do trabalho de parto, a possibilidade de infecção pelo HIV e a conseqüente contaminação do (a) seu (a) filho (a).

Para reduzir esse impacto, é necessário encontrar formas adequadas de cuidar das mulheres que apresentam teste rápido positivo, buscando-se estabelecer uma comunicação que lhes permita esclarecer dúvidas e fazer suas próprias escolhas, evitando a imposição de normas institucionais.

No ano 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a partir da análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, incluindo numa de suas etapas as recomendações especiais para o aconselhamento e testagem do anti-HIV e para o acompanhamento das gestantes portadoras do HIV e sífilis (BRASIL, 2000).

Em 2002, foi criado o Projeto Nascer, que deveria ser implantado em todas as maternidades do país, visando à prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita. Através dele, ficou estabelecido que toda mulher que não tivesse realizado testagem para

sífilis e HIV durante o pré-natal, deveria fazer o exame de VDRL , bem como o teste rápido anti-HIV ao ser internada em trabalho de parto (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde reconhece que o trabalho de parto não é o momento ideal para a realização do teste anti-HIV. Entretanto, considera que com a disponibilidade do exame e do tratamento quimioprofilático para a mãe e o recém-nascido, pode-se reduzir significativamente a chance de infecção da criança. Portanto, negar à mulher e filho (a) essa oportunidade seria muito mais danoso à vida de ambos. (BRASIL, 2003a).

O exame, que é de triagem, necessita ser confirmado posteriormente, e deve ser feito com aconselhamento pré e pós-teste, possibilitando, em caso de positividade, instituir, ainda durante o trabalho de parto, a quimioprofilaxia da mãe e do bebê com a zidovudina (AZT) (BRASIL, 2003a).

Os manuais e protocolos governamentais, como os do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, preconizam a realização do teste rápido e ressaltam a importância do aconselhamento. Este é definido como um procedimento que transcende a testagem, pois inclui o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a mulher, capacidade de escuta e de entendimento de seus problemas, capacidade de avaliação das condições emocionais da gestante e garantia do direito à livre-escolha, enfatizando a importância da realização do teste e evitando atitudes impositivas (BAHIA, 2003).

O teste rápido anti-HIV, ainda que necessário à saúde da criança e da mulher, deve respeitar o livre arbítrio da parturiente para a sua realização, sendo o aconselhamento etapa do processo de cuidado que, adequadamente realizado, permite à mulher assumir atitude favorável à realização do exame, devendo-lhe ser garantido suporte emocional por ocasião da informação do resultado positivo e nos momentos subseqüentes.

Feliciano e Kóvacs (2003) estudaram as práticas educativas na prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e constataram que nos serviços pesquisados não se fazia aconselhamento, mesmo quando os (as) profissionais informavam sobre o teste anti-HIV. O trabalho educativo estava focalizado no fornecimento de informações durante as consultas individuais e a metodologia adotada tinha repercussões negativas na vulnerabilidade da população feminina e de seus (as) filhos (as), já que não estimulavam a tomada de decisão e a capacidade de autoproteção das próprias mulheres.

As autoras chamam atenção para o fato de que as atividades educativas na maioria dos serviços baseiam-se no “monólogo tecnocrático”, no qual os profissionais veiculam informações que tentam responsabilizar as pessoas pelas mudanças do seu próprio comportamento, desconsiderando as relações sociais, econômicas, culturais e afetivas que

compõem o contexto no qual as pessoas vivem e a partir das quais vivenciam sua sexualidade e buscam satisfação das suas próprias demandas.

Sabe-se que o nascimento de um (a) filho (a) representa um dos momentos mais importantes na vida da maioria das mulheres, sendo o trabalho de parto marcado por alterações emocionais geradas por razões diversas, entre elas o medo da dor, a ansiedade pela chegada do (a) filho (a) e a expectativa por uma criança saudável. Em meio à fragilidade emocional das mulheres durante o trabalho de parto, tenho observado na minha prática profissional como enfermeira de centro obstétrico de uma maternidade-escola de caráter público, que o teste rápido anti-HIV vem sendo utilizado como exame de rotina, sem necessariamente ocorrer solicitação prévia à mulher ou adequado aconselhamento, ferindo o direito reprodutivo de autonomia da parturiente.

As ações dos (as) profissionais têm sido dirigidas fundamentalmente ao cumprimento dos protocolos que determinam a realização do teste rápido a todas as parturientes que não apresentem sorologia prévia para o HIV. Em muitos casos, a mulher sequer é consultada sobre sua vontade de fazer o teste, ou até o faz sem saber, pois o sangue para o teste rápido é colhido junto com outros exames de rotina. Ocorre também, em caso de negatividade do exame, que a mulher não é informada sobre seu resultado, sobressaindo a tranquilidade da equipe em saber que estará assistindo a uma mulher com sorologia negativa. Dessa maneira, são negados a subjetividade da mulher e seu poder de decisão sobre a sua vida, perdendo-se a oportunidade de aconselhamento no sentido de tentar promover junto à mulher o esclarecimento sobre os fatores de vulnerabilidade e as medidas preventivas que deve adotar junto ao seu parceiro para redução do risco de infecção pelo HIV.

Ressalta-se, ainda, a necessidade da equipe em conhecer previamente a sorologia de cada parturiente, a fim de garantir a preservação da sua própria saúde. A testagem anti-HIV como medida de segurança para a equipe de saúde, na verdade, constitui uma falsa segurança, considerando-se o período de janela imunológica, que é o intervalo de tempo necessário para que o organismo produza anticorpos contra o vírus, que, no caso do HIV, é de aproximadamente sessenta dias. Portanto, se uma pessoa realiza o teste nesse período, o resultado pode ser negativo (BAHIA, 2006b; BRASIL, 2006a). Para que a prevenção seja eficaz, é preciso que resulte de uma ação voluntária, a partir da conscientização das pessoas e da reflexão sobre suas práticas de risco, bem como da necessidade de mudança ou não dessas práticas.

Tenho também observado que, nas situações de positividade do teste rápido, ao serem informadas sobre o resultado, as mulheres, inicialmente, vivenciam um processo de negação

da infecção, alegando, em sua maioria, fidelidade da sua parte, embora admitam a possibilidade de múltiplas parceiras na vida do seu companheiro. Assim, aquelas que se consideram em relação estável e sem outros relacionamentos, acreditam não estar em risco, sendo a vulnerabilidade atribuída ao parceiro nas possíveis relações extraconjugais.

No breve tempo de trabalho de parto, em que afloram outros sentimentos relacionados a este evento, as mulheres não conseguem admitir a positividade para o HIV, afirmando não serem merecedoras de tal “castigo”. Embora seja esta, a princípio, a reação de maior visibilidade, os momentos subseqüentes fazem emergir representações sobre a doença, como pecado e condenação, gerando culpa e sobretudo medo, por colocar a mulher frente a frente com a idéia de morte. Ainda sem confirmação diagnóstica, as mulheres reagem de modo a sentir comprometidos seus projetos de vida, e entre eles, o de vivenciar a maternidade, o que para muitas é espaço de realização social. Sendo assim, tomar conhecimento de um teste rápido positivo durante o trabalho de parto torna este momento ainda mais delicado e de difícil enfrentamento.

Na perspectiva da integralidade do cuidado, para prestar um atendimento que atenda às necessidades da mulher, é preciso estar disponível para a escuta, o diálogo e a compreensão do contexto sócio-emocional em que ela está inserida. Isto será fator determinante na construção de mecanismos que fortaleçam a mulher para lidar com a experiência da positividade para o HIV, bem como favoreçam sua adaptação psicossocial à maternidade, etapa da vida permeada de novos significados.

Considerando que o cuidado a mulheres com teste rápido positivo para HIV deve se concretizar a partir de necessidades que emergem ao tomar conhecimento do resultado, valorizando-se a multiplicidade de sentimentos presentes e a labilidade emocional que acompanha o processo de enfrentamento do problema, decidimos por uma investigação científica buscando responder às seguintes questões:

Como mulheres vivenciam a experiência da positividade do teste rápido anti-HIV realizado por ocasião do trabalho de parto? Como mulheres com teste rápido positivo percebem o cuidado profissional recebido nos momentos que antecederam o teste, durante sua realização e nos momentos subseqüentes à informação do resultado?

Para responder a essas questões, o estudo tem como objetivo analisar o cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV a partir do olhar de mulheres que tomaram conhecimento da positividade durante o trabalho de parto ou puerpério.

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VULNERABILIDADE DA MULHER AO HIV/AIDS

Devido à concentração dos primeiros casos de aids entre homens homossexuais e em seguida entre usuários de droga, foi utilizado o termo “grupos de risco” para designar grupos sociais considerados expostos à infecção pelo HIV, o que se acreditava ocorrer exclusivamente em função de comportamentos individuais classificados como desviantes.

A utilização da expressão “grupos de risco” acabou produzindo no âmbito social uma cisão ilusória da população geral em duas subpopulações: uma exposta e outra não-exposta ao risco. Assim, subestimava-se a possibilidade de infecção das pessoas que não integravam os grupos de risco. Ainda hoje, permanece, no senso comum, a concepção de que o risco estaria circunscrito aos grupos sociais outrora denominados de risco, como: homossexuais, usuários (as) de droga ou profissionais do sexo.

No entanto, as estatísticas passaram a contrariar essas construções e a demonstrar que a aids atingia também indivíduos fora desses grupos, revelando que se tratava de uma doença relacionada não apenas aos aspectos comportamentais de âmbito individual, mas a uma complexa interação de fatores, especialmente de ordem social.

No ano de 1993 as subcategorias de exposição com maiores percentuais de casos de aids eram os homossexuais e bissexuais masculinos, que apresentavam respectivamente percentuais de 22,3% e 10,7% enquanto que os heterossexuais masculinos representavam 18% dos casos. Ainda para este sexo, usuários de drogas injetáveis constituíam 29,5%. Até o ano de 2002, entre os indivíduos do sexo masculino houve redução desses valores para 16,6% de homossexuais, 10,3% de bissexuais e aumento para 38,6% de heterossexuais (BRASIL, 2004 b).

No que diz respeito ao sexo feminino, o panorama traçado é justamente o inverso. No ano de 1993 as mulheres heterossexuais tinham percentual de 16% e as usuárias de droga 4,7%. Entre as heterossexuais, esse número sobe em 2003 para 34,5% e decresce para apenas 2,1% entre as usuárias de drogas injetáveis (BRASIL, 2004 b).

Quanto à possibilidade de contaminação feminina, houve silêncio em muitos momentos e em outros se colocava a mulher como responsável pelo controle da doença, pois não era abordada a responsabilidade masculina na prevenção do HIV/aids. (GONÇALVES, VARANDAS, 2005).

Alguns estudos investigaram o papel da mídia na prevenção do HIV/aids e a representatividade da mulher no contexto da epidemia (BARBOSA, VILLELA, 1996; GONÇALVES, VARANDAS, 2005). No início, a mídia manteve-se inerte em relação ao aumento do número de pessoas infectadas e à possibilidade de transmissão heterossexual. Esta subcategoria de exposição apresentou um incremento de 27,4% para 32,3% dos casos notificados em 1980-2001, enquanto que na categoria de transmissão homo/bissexual houve declínio de 27,7% para 23,4% e na categoria “uso de drogas injetáveis” um incremento de 18,1% para 20,6% dos casos registrados. A razão por sexo entre indivíduos com Aids passou de 25 homens para uma mulher em 1985 e para 2 homens para uma mulher em 2000. Atualmente essa razão está em 1,5 homem para 1 mulher (BRASIL, 2004 b).

Vê-se, assim que, ao longo da história da epidemia, houve crescimento da infecção pelo vírus HIV justamente entre os grupos considerados protegidos da infecção, como homens e mulheres heterossexuais, exigindo um redirecionamento das políticas públicas no sentido de alcançar, a partir de então, a todos os sujeitos e não apenas a determinados grupos sociais considerados vulneráveis.

O conceito de vulnerabilidade apresenta caráter multidimensional e vem a ser mais abrangente do que a noção de risco. Este último é de cunho epidemiológico e se refere tão somente à probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo a um indivíduo ou grupo populacional.

Vulnerabilidade é definida neste trabalho de acordo com Ayres (2004, p.02), segundo o qual “é o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior exposição de indivíduos e populações à infecção pelo HIV e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se protegerem de ambos”. Ainda de acordo com esse autor, a vulnerabilidade inclui três componentes: individual, relacionado a informação, valores, crenças, afetos, pulsões; social, relacionado a condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, ambiente, relações de gênero, relações de classe, relações geracionais e programático, relacionado a acesso a serviços, existência e sustentação de programas, qualidade da atenção, etc.

As mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas e sociais. A superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As DST são mais freqüentemente assintomáticas e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens (SILVEIRA et al, 2002).

Para Barbosa e Villela (1996, p.22) é comum o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com situações que podem sinalizar para o diagnóstico de uma DST:

Apesar de as mulheres freqüentarem mais os serviços de saúde, sintomas que são comuns à aids e a outras doenças, tais como a fadiga, perda de peso e apetite, insônia e falta de ar, teriam entre as mulheres maior probabilidade de serem entendidos como fatores psicológicos, ligados a estados depressivos, e portanto, não investigados.

Fernandes et al (2000) alertam para a pequena importância dada às leucorréias, sinal comum a diversas DST. Isso ocorre não só por parte das mulheres, quanto dos profissionais, que consideram o corrimento vaginal como uma manifestação habitual das mulheres e freqüentemente não relacionada com a possibilidade de uma DST.

Além da susceptibilidade biológica, outros fatores contribuem para o aumento da vulnerabilidade das mulheres brasileiras: dificuldade de acesso a bens e serviços de saúde, baixa escolaridade, situação sócio-econômica e falta de poder político para reivindicar seus direitos, bem como para a negociação do sexo seguro.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à testagem anti-HIV, bem como a baixa qualidade da assistência prestada à população feminina têm dificultado a percepção de risco para a mulher e a identificação das gestantes já infectadas pelo HIV, comprometendo a prevenção da transmissão vertical (CARVALHO et al, 2004; DUARTE et al, 2001).

O advento da aids e sua conversão em epidemia mundial passou a demandar uma mudança nas práticas sexuais, visando à autopreservação e diminuição do risco para os indivíduos. Porém, percebe-se que o modo como tais práticas vêm ocorrendo não produziu uma mudança epidemiológica de redução da doença em mulheres. Mesmo com o maior acometimento da mulher pela epidemia, ela continua apresentando baixa percepção de risco (ANTUNES et al, 2002).

As relações afetivas e sexuais parecem manter-se baseadas nos papéis tradicionalmente construídos pelas relações de gênero, nas quais a mulher aparece como passiva e submissa à vontade e ao poder masculino. Assim, normas e valores culturais presentes na socialização de meninos e meninas fazem com que homens e mulheres apresentem formas diferentes de vivenciar a sexualidade colocando-os em situações vulneráveis que resultam em gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Desse modo, programas de saúde nessa área devem focalizar também a conscientização sobre

as desigualdades de gênero, visando à adoção de comportamentos mais saudáveis e seguros quanto ao exercício da sexualidade (ANTUNES et al, 2002).

A mulher, em cuja subjetividade estão os sentimentos resultantes da construção da identidade de gênero, como passividade, medo da perda e da solidão e impotência em relação à vontade do parceiro sexual, termina por permitir que esta última prevaleça, não assumindo medidas e atitudes que reduzam sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Diversos estudos apontam para a dificuldade da mulher de se perceber vulnerável à infecção pelo HIV e ressaltam a importância de discutir os papéis e os significados de amor, paixão e sexualidade, possibilitando a autoproteção e o sexo seguro (ANTUNES et al, 2002; ALVES, KÓVACS, STALL e PAIVA, 2002; PRAÇA e GUALDA, 2003).

Galvão et al (2004) pesquisaram medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/aids. No grupo de mulheres casadas foi encontrada maior ocorrência de utilização de medidas inadequadas de proteção contra infecção pelo HIV e gravidez. A autora observa que isso ocorre provavelmente pelo fato de que as mulheres casadas, por viverem relacionamentos mais estáveis e com parceiro permanente, tiveram dificuldade de negociar medidas de proteção da reinfecção, que também servissem de contracepção.

A baixa adesão ao uso do condom entre os casais deve-se principalmente à resistência masculina e à dificuldade da mulher brasileira em encontrar meios eficazes para negociar o uso com seus parceiros sexuais. Porém, Barbosa (1996) ressalta que “a resistência ao uso do condom não é exclusividade da população masculina. Uma série de conotações a ele associadas torna sua utilização extremamente difícil e sem incentivos”.

Com relação aos programas de DST/aids, Antunes et al (2002) afirmam que vários autores identificaram importantes lacunas no conhecimento sobre HIV e aids e, ao mesmo tempo, consideram que apenas aumentar o nível de informação sobre as vias de transmissão do HIV e sobre a necessidade de usar o preservativo não garante a mudança das práticas sexuais. Ainda para esses autores, é necessário que os programas levem em consideração as diferenças existentes entre o masculino e o feminino, promovendo adaptações distintas para ambos, além de discutir a dinâmica dos relacionamentos e o significado do sexo com proteção no contexto afetivo. Esta tem sido, provavelmente, uma das razões pelas quais estes programas não têm provocado o impacto esperado nos indicadores de saúde relacionados à doença.

Concorrem para o aumento da vulnerabilidade feminina as concepções de amor, paixão e confiança no (a) parceiro (a), muito presentes nas relações, trazendo a fantasia da

imunidade e deixando a mulher ainda mais exposta ao risco, já que ela e seu parceiro mantêm práticas sexuais desprotegidas.

Costa e Lima (1998, p.46) pesquisaram o papel do amor na percepção de invulnerabilidade à aids e destacam que:

A idealização do parceiro no nível afetivo é responsável pela satisfação com a relação, tal como a idealização da realidade a nível individual contribui para o bem-estar do sujeito. As construções idealizadas do parceiro resultam da atribuição de virtudes desejáveis, o que contribui para o desenvolvimento de sentimentos de confiança no outro.

As autoras revelam, também, que a paixão gera uma obsessão e uma intensidade de sentimentos pelo parceiro que leva a uma visão mais positiva do outro. A intimidade, resultante de um contínuo investimento emocional é responsável pelo sentimento de confiança no parceiro. A percepção de invulnerabilidade está diretamente relacionada ao risco atribuído ao parceiro para desenvolver aids. Quanto menos provável se considera a hipótese de o parceiro desenvolver aids, menos vulnerável o sujeito se sente (COSTA e LIMA, 1998).

Portanto, a abordagem da vulnerabilidade surge como uma possibilidade de superar a visão comportamentalista e culpabilizadora relacionada à infecção pelo HIV/aids, buscando o entendimento desta como uma doença social e incluindo fatores de ordem subjetiva e social na compreensão da susceptibilidade dos indivíduos ou populações a esta doença.

2.2 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A feminização da aids trouxe como consequência o aumento da transmissão vertical. A transmissão vertical do HIV é aquela que ocorre da mãe infectada para o (a) filho (a), podendo acontecer durante a gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno (SCHECHTER, MARANGONI, 1998; BRASIL, 2006a). Entre os anos de 1983 a 2004, um percentual de 83,6% dos casos de aids em indivíduos menores de 13 anos de idade ocorreram por transmissão vertical. Atualmente, nessa faixa etária, a transmissão vertical continua representando a principal categoria de exposição ao HIV (BRASIL, 2004c).

Estima-se que em 2004 o número de parturientes HIV positivas era de 12.644 e 906 o número de nascidos vivos com o vírus. Calcula-se a taxa de transmissão vertical até esse período de 8,5%. As regiões com maiores taxas são a norte (14,9%) e nordeste (11,3%),

enquanto que o sudeste tem taxa de 7,5% e as regiões sul e centro-oeste aproximadamente 5,5% (SUICCI, 2003)

De acordo com o Ministério da Saúde, a probabilidade de transmissão vertical foi demonstrada por vários estudos, ficando constatado que a maioria dos casos (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e parto e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Foi evidenciado, ainda, que o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7 a 22% (BRASIL, 2003a).

Entre os fatores associados ao aumento do risco de transmissão vertical, podemos citar:

- a) Fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo;
- b) Fatores maternos, como estado clínico e imunológico, presença de DST e outras infecções e o estado nutricional da mulher;
- c) Fatores comportamentais, como o uso de drogas e práticas sexuais desprotegidas;
- d) Fatores obstétricos, como tempo de ruptura das membranas amnióticas, via de parto e presença de hemorragia intraparto;
- e) Fatores relacionados ao recém-nascido como prematuridade, baixo peso ao nascer e a transmissão pelo aleitamento materno.

Dentre estes, são apontados como principais fatores associados à transmissão vertical do HIV a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas. A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, é de cerca de 20%. Porém, diversos estudos apontam a redução desta transmissão para níveis entre zero e 2% com o uso de terapia anti-retroviral, com a cesariana eletiva e carga viral menor que 1.000 cópias/ml no final da gestação.

No Brasil, embora haja disponibilidade dos testes e medicação para quimioprofilaxia da transmissão vertical, ainda há dificuldades de acesso das mulheres a estas medidas, bem como a um adequado acompanhamento pré-natal. Assim, muitas mulheres têm o trabalho de parto e a entrada na maternidade como única oportunidade de acesso à testagem anti-HIV. Estudo sentinela parturiente realizado no ano 2002 revelou que existem diversas falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, como: ausência ou início tardio do pré-natal, não havendo tempo para obtenção do resultado da sorologia para HIV; atendimento pré-natal adequado, porém sem pedido de teste anti-HIV; atendimento pré-natal adequado, com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame em tempo hábil para serem tomadas as medidas de intervenção (JÚNIOR et al, 2002).

Em estudo para avaliação da cobertura de detecção da infecção pelo HIV na gestação, Júnior et al (2002) verificaram que, das mulheres pesquisadas em todo o Brasil, 65,3% tiveram solicitação de sorologia para HIV contra 30,4% das que não tiveram. Das que realizaram o teste, 78,1% tiveram conhecimento da sorologia antes do parto e 19,7% não conheceram o resultado. A cobertura efetiva de sorologia para HIV na gestação considerando-se todas as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de pré-natal, pedido de teste anti-HIV e conhecimento do resultado antes do parto) foi estimada em apenas 52%.

O protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076), de 1994 comprovou que o uso da Zidovudina (AZT) reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5% quando usado durante a gestação, trabalho de parto e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil. Nesse mesmo ano, o CDC (Centers for Diseases Control and Prevention), órgão dos Estados Unidos responsável pela prevenção e controle de doenças, publicou a recomendação para uso de AZT pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e terceiro trimestre de gestação e durante o parto, e pelas crianças durante as primeiras seis semanas de vida (BRASIL, 2003a)

No Brasil, a partir do ano de 1996 a Coordenação Nacional de DST e Aids estabeleceu como meta o controle da transmissão vertical do HIV e iniciou a divulgação de ações para a sua prevenção. A partir de 2000, a vigilância de mulheres grávidas infectadas e crianças expostas tornou-se compulsória, através da portaria 993/GM (Anexo A). Esta foi uma importante medida para o desenvolvimento e implementação de ações por parte dos serviços de saúde no sentido de prevenir a transmissão materno-infantil do HIV.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu as Recomendações para Profilaxia da Transmissão vertical do HIV e Terapia anti-retroviral em gestantes. No ano de 2002, foi criado o Projeto Nascer, que tem como objetivo possibilitar a diminuição do número de crianças infectadas por meio da oferta do teste rápido a todas as parturientes que não apresentassem sorologia prévia para HIV, bem como oferta do tratamento quimioprolático da transmissão vertical (BRASIL, 2003a).

Devem ser notificadas e investigadas todas as gestantes, parturientes e mães da criança exposta cujo resultado laboratorial para HIV for positivo. O primeiro teste rápido reagente deve ser considerado para o início desse processo, sendo consideradas expostas todas as crianças filhas de mães soropositivas para o HIV ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV. Neste caso, a investigação deverá conter dados da nutriz. Após diagnóstico laboratorial com teste de triagem (teste rápido, ELISA) reagente, deve-se iniciar a

investigação epidemiológica. A ficha epidemiológica disponível no SINAN deve ter todos os seus campos devidamente preenchidos (BRASIL, 2003a).

- **Aconselhamento e teste rápido**

Os testes rápidos são testes de execução rápida para detecção de anticorpos anti-HIV, sendo considerados como de triagem e não de diagnóstico. Fornecem o resultado em até 30 minutos, possibilitando a implementação rápida de medidas que impeçam a transmissão do vírus da mãe para o (a) filho (a), mesmo durante o trabalho de parto. Esse exame representa importante recurso disponível para essa finalidade, já que existem indicadores da sua alta confiabilidade. Carvalho et al (2004) encontraram para o teste sensibilidade de 100%, especificidade de 98%, valor preditivo positivo de 75% e valor preditivo negativo de 100%. Duarte et al (2001) encontraram sensibilidade de 100%, especificidade de 99,5 %, valor preditivo positivo de 87,5% e valor preditivo negativo de 100%.

De acordo com a Portaria nº 2104/GM de 2002 (Anexo B), deve ser ofertado o teste rápido anti-HIV às mulheres sem sorologia prévia para HIV no pré-natal, que não tenham sido acompanhadas durante a gestação e que não apresentem o resultado da sorologia no momento da internação na maternidade (BRASIL, 2002).

A Portaria Nº 34/GM de 2005 (Anexo D) estabelece a utilização de testes rápidos para diagnóstico do HIV em situações consideradas especiais, como em maternidades e locais de difícil acesso, nas quais não exista uma rede de laboratórios que permita um atendimento adequado da demanda de testes anti-HIV existente. Para tanto, a unidade de saúde deverá dispor de kits de três fabricantes diferentes, cuja aquisição e distribuição é de responsabilidade do próprio Ministério da Saúde. Havendo pelo menos dois testes de fabricantes diferentes com resultado positivo, a amostra será considerada positiva pra HIV. A lei foi sancionada considerando a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade, após validação pelo Ministério da Saúde desses testes para o diagnóstico da infecção.

Porém, na prática, essa rotina ainda não está em pleno funcionamento, talvez em função da dificuldade de garantia de todos os insumos necessários ao cumprimento rigoroso da sequência de procedimentos exigidos pela lei para o diagnóstico da infecção pelo HIV por meio dos testes rápidos. Ressalte-se que a partir da implementação efetiva dessa medida, o aconselhamento se tornará ainda mais importante, uma vez que o teste rápido não fornecerá

mais um resultado provisório, e sim definitivo da infecção pelo HIV, gerando maior impacto emocional aos (às) usuários (as) que forem submetidos a esse procedimento.

O aconselhamento deve ocorrer tanto antes quanto após o resultado do exame, independentemente do seu resultado. Ele favorece a atenção integral e contribui para que o indivíduo participe ativamente do processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DST/HIV/aids. No aconselhamento pré-teste, deve-se reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem; indicar o motivo; trocar informações sobre os sistemas de testagem e janela imunológica; trocar informações sobre o significado e impacto dos possíveis resultados; enfatizar a diferença entre a infecção pelo HIV e aids e reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV (BAHIA, 2006b).

De acordo com o código de Ética Médica (art. 46), todo procedimento médico só pode ser realizado com o esclarecimento e consentimento prévio das pessoas, e conforme o Código Penal (art. 146, § 3º), constitui crime de constrangimento ilegal a realização de teste anti-HIV sem o consentimento da pessoa ou do responsável legal, salvo se justificado por iminente perigo de vida. “O teste anti-HIV em pré-operatórios, sem esclarecimento e consentimento do paciente, excetuado os casos de iminente risco de vida é crime, violação à ética profissional e gera direito à indenização” (BAHIA, 2006b).

No Brasil, a prática do aconselhamento surgiu a partir do trabalho de organizações não-governamentais, sendo em seguida expandidas para toda a população, com o objetivo de colaborar nas ações de prevenção. Constitui uma modalidade de ajuda para que as pessoas possam enfrentar problemas específicos e torná-las sujeitos do seu processo de saúde e doença (BAHIA, 2006b). De acordo com o Ministério da Saúde, o aconselhamento consiste em:

Um processo de escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 2003a, p.25).

Em caso de puérperas com resultado não reagente para HIV, deve-se abordar os aspectos de prevenção frente ao HIV e enfatizar a importância de manter os cuidados com a sua própria saúde e a do seu bebê. Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade permanente; reforçar práticas seguras e o benefício do uso correto dos meios de prevenção e discutir sobre a revelação do resultado a terceiros, especialmente a parcerias sexuais (BAHIA, 2006b).

Em caso de positividade, deve-se procurar conversar com a mulher sobre o significado para ela do teste reagente e oferecer apoio emocional, valorizando o tempo necessário a cada mulher para construir condições de lidar com um fato novo em sua realidade. Desmistificar sentimentos que associam HIV/aids a culpa, rejeição, punição, morte; explicar as diferenças entre a infecção pelo HIV e aids; reforçar que existem tratamentos para a aids; esclarecer dúvidas, especialmente a respeito da realização de novos testes para confirmação do diagnóstico e dos cuidados que devem ser mantidos até o resultado definitivo, como alimentação artificial do recém-nascido, uso do AZT xarope, bem como permitir que a mulher expresse seus sentimentos em relação à situação que ela está vivenciando e possa tomar as decisões necessárias, de acordo com o que considerar melhor para si mesma, como por exemplo, compartilhar ou não o resultado com algum familiar, amigo (a) ou parceiro, para que ela obtenha apoio durante o seu acompanhamento.

Por ocasião da alta, o (a) profissional deve oferecer atenção especial e orientar a puérpera segundo sua demanda de cuidados. Nesse sentido, é importante também fornecer orientações sobre as formas de infecção/reinfecção pelo HIV e outras DST e a transmissão para outras pessoas; tratamento do HIV tanto para ela quanto para seu (a) filho (a) e especialmente sobre medidas preventivas, como uso de preservativos nas relações sexuais, práticas sexuais alternativas como sexo sem penetração, uso individual de seringas e agulhas descartáveis, em caso de utilização de drogas injetáveis.

Após a alta da maternidade, a mulher com teste rápido positivo deverá ser encaminhada para unidade de referência em HIV/aids, para que faça os testes confirmatórios e o acompanhamento. Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos basicamente em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos, testes de detecção de antígenos, técnicas de cultura viral e testes de amplificação do genoma do vírus. As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus (BRASIL, 1999). Os principais testes disponíveis para a detecção de anticorpos são: ELISA, de mais fácil execução e menor preço, também utilizado para triagem, com especificidade e sensibilidade superiores a 99%; imunofluorescência, também de simples realização, com valor preditivo próximo a 100% quando mais de um ELISA é positivo; western-blot, considerado o mais seguro para confirmação de diagnóstico para HIV, com valor preditivo positivo de aproximadamente 100% (SCHECHTER, MARANGONI 1998; BRASIL, 2006 b).

O acompanhamento da criança exposta ao HIV deve ser mensal nos primeiros 6 meses e no mínimo trimestral a partir do 2º semestre de vida. Considera-se não infectada a criança

que tiver duas amostras negativas por detecção de RNA ou DNA viral, sendo uma delas após o 4º mês de vida. Em crianças maiores de 6 meses de idade, assintomáticas, não amamentadas e com duas sorologias negativas realizadas com intervalo de dois meses, afasta-se a possibilidade de infecção pelo HIV (BRASIL, 2004c).

Considera-se infectada a criança que apresentar resultado positivo em duas amostras testadas pelos métodos de detecção quantitativa ou qualitativa do vírus, que deverão ser realizados após dois meses de vida. A partir dos 18 meses, o diagnóstico será realizado por testes sorológicos conforme fluxograma do Ministério da Saúde. Para crianças com idade superior a 18 meses, uma amostra negativa em testes de detecção para anticorpos ant-HIV, utilizando fluxograma do Ministério da saúde (Anexo C).

A amamentação, em qualquer período, é considerada nova exposição ao HIV, e se ela acontecer, a criança deverá passar por nova avaliação diagnóstica.

METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O estudo será desenvolvido sob enfoque teórico de **Gênero e Integralidade**.

3.1.1 Gênero como Categoria Analítica

Gênero refere-se às relações entre homens e mulheres construídas social e culturalmente de maneira desigual, de modo que, sua utilização, como categoria analítica, permite compreender os mecanismos que criam e mantêm essa desigualdade. De acordo com Scott (1989, p.14) “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Os aprendizados de gênero são construídos ao longo da vida sob orientação de instituições como família, igreja, escola e mídia, sendo reproduzidos crenças e valores acerca do papel da mulher como cuidadora e responsável pela saúde de toda a família. A noção de gênero é também constitutiva da organização social, das relações de poder e de dominação/subordinação que são estabelecidas em cada cultura, baseadas na dicotomização entre masculino e feminino. As desigualdades entre os sexos estruturam outras desigualdades e repercutem em todos os espaços sociais (BANDEIRA, 1999).

A sociedade legítima, também, diferentes estratégias a serem utilizadas por homens e mulheres para exercer influência e controle sobre o outro, compreendendo-se estratégia de controle como a capacidade que um sujeito tem de influenciar uma pessoa no seu modo de pensar, sentir ou agir. (ROCHA-COUTINHO, 1994).

No tocante à sexualidade, o desejo impulsivo pelo sexo é visto como uma característica inerente à natureza masculina, enquanto que a sexualidade feminina é passiva, associada à procriação e tem a maternidade como o seu ápice. Os ideais de pureza moral, caridade e altruísmo pregados pelo cristianismo contribuem para a submissão da mulher e para a não percepção da necessidade do seu autocuidado. Além disso, a sexualidade feminina, ao ser regulada pela Igreja, está associada à culpa, castigo e transgressão, pois o direito ao prazer sexual sempre foi negado à mulher e legitimado apenas para o sexo masculino (PEREIRA, 2001).

Os homens, cuja socialização ocorre predominantemente no espaço público, exercem seu poder de maneira explícita, no sentido de corresponder ao estereótipo de virilidade, restringindo sua subjetividade, sendo assertivos e competitivos sexualmente. Dessa maneira, os padrões de comportamento exigidos dos homens os aproximam de máquinas (OLIVEIRA, 1998). Em contrapartida, o poder feminino é exercido de maneira subliminar, freqüentemente com a utilização de linguagem não-verbal. O acesso ao poder para as mulheres é indireto e está mais limitado ao espaço privado (ROCHA-COUTINHO, 1994).

Os papéis de gênero variam de acordo com a cultura e são influenciados por questões de raça, classe, idade, circunstâncias históricas e econômicas. A despeito dessas variações, a vulnerabilidade da mulher à epidemia do HIV/aids vem sendo observada como característica da população de mulheres do mundo inteiro (CAMPOS, 1998). A falta de poder da mulher e de diálogo com o parceiro masculino são fatores importantes a serem considerados no aumento da vulnerabilidade feminina ao HIV/aids.

Mesmo entre parceiros sorodiscordantes, a negociação do sexo seguro pode ser difícil, pois muitas mulheres preferem silenciar-se para evitar conflitos na relação, fazendo assim prevalecer a vontade do parceiro (PAIVA et al, 1998; PAIVA 2000; PEREIRA, 2001). A dificuldade de negociação do uso do preservativo é ainda assinalado por Paiva et al (1998, p. 39):

Muitas delas não conseguem convencer seus parceiros a se protegerem. Mesmo quando sabem que ela é positiva, eles se recusam a usar preservativo, pelos mesmos motivos dos outros homens: não gostam de usar o preservativo, ou preferem se entregar e compartilhar o destino delas “por amor”, pelo “gozo solto” Isso indica que os “roteiros sexuais de gênero” também dificultam a prevenção entre os homens. O fato dos parceiros serem positivos ou não, afeta de forma significativa a decisão de usar o preservativo (grifos das autoras).

Isso demonstra a falta de poder das mulheres no âmbito das relações sexuais/conjugais e a necessidade de se manterem submissas à vontade do parceiro masculino, ainda que isso implique risco de vida para elas próprias. Muitas mulheres, ao serem contaminadas pelo HIV, sentem-se culpadas por terem exercido sua sexualidade com liberdade, por terem sido submissas à paixão e pela falta de amor próprio. Essa culpabilização que elas se impõem situa-se dentro da representação religiosa e científica da doença (PEREIRA, 2001).

O acesso a recursos e benefícios também é diferenciado de acordo com os padrões de gênero. As mulheres negras, por exemplo, possuem baixo poder aquisitivo, menor escolaridade e maior dependência econômica em relação a seus parceiros, além do menor acesso aos serviços de saúde. Esse conjunto de fatores leva à maior vulnerabilidade dessas mulheres, o que é agravado pela escassez de políticas governamentais direcionadas a esta população. Em estudo sentinela parturiente no Brasil, Júnior et al (2002) constataram que das mulheres investigadas, aquelas com maior nível de escolaridade iniciaram o pré-natal mais cedo. Entre as analfabetas 39,3% começaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, enquanto que entre as mulheres com segundo grau ou nível superior este percentual sobe para 67,7%.

Historicamente, a função reprodutiva tem sido concebida como primordial para o sexo feminino e a organização dos serviços de saúde vem ocorrendo em torno desta concepção, subvalorizando os demais aspectos da vida das mulheres. As construções sociais em torno dos papéis que devem ser exercidos por homens e mulheres e em torno do que cada sexo representa na sociedade influenciam sobremaneira o direcionamento das políticas de saúde.

3.1.2 Integralidade do cuidado à saúde

A integralidade refere-se a três grandes grupos de acepções: a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde e de algumas políticas de saúde (MATTOS, 2003). Qualquer que seja o sentido a lhe ser atribuído, constitui importante preceito na avaliação da qualidade do cuidado prestado no âmbito dos serviços de saúde (CONILL, 2004; HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ao falar em atributos e valores de práticas, Mattos (2001) aponta que é preciso lutar por uma sociedade mais justa e mais solidária, o que prescinde de uma reflexão sobre como as práticas vêm sendo desenvolvidas atualmente e como é desejável que fossem desenvolvidas. A integralidade também é visibilizada com um traço da boa medicina, aquela contrária à medicina fragmentária e reducionista, defendendo a apreensão das necessidades dos sujeitos de forma mais abrangente. Nesse sentido, as práticas profissionais devem promover o encontro entre profissional e usuário, o que implica redefinição dos processos de trabalho.

Quanto ao modo de organizar as práticas, é necessário articular serviços de saúde pública e serviços assistenciais, através da horizontalização dos programas anteriormente verticais e da atuação interdisciplinar, gerando maior impacto na resolutividade das ações. Os serviços devem estar organizados não apenas para atender às doenças da população, mas para a busca contínua de apreender de forma ampliada às necessidades de quem se cuida. Para Mattos, a política brasileira de assistência ao HIV/aids constitui um exemplo de política norteada pela integralidade, pois dispõe não só de instrumentos para a prevenção da doença quanto para o tratamento dos indivíduos já infectados.

No que se refere aos atributos de políticas de saúde, Mattos refere-se a políticas especiais direcionadas às necessidades de grupos específicos. Cita como exemplo o PAISM, como uma política direcionada à população feminina. Este valoriza os aspectos biológicos e sociais, incluindo as questões de gênero, influenciam de maneira específica nas condições de saúde e qualidade de vidas das mulheres, determinando diferentes padrões de morbidade e mortalidade para esse grupo.

Ainda para Mattos (2001), a integralidade consiste numa oposição ou recusa ao reducionismo e uma abertura ao diálogo. Para que o profissional oriente suas práticas pelo princípio da integralidade, é preciso estar constantemente buscando ampliar sua visão, incluindo as múltiplas dimensões do sujeito.

A integralidade vem sendo discutida no Brasil desde a época da reforma sanitária, com a participação de movimentos sociais importantes como o movimento sanitário e o movimento feminista (CONNIL, 2004; LUNA, GROSSEMAN, COELHO, 2006), sendo incluída como princípio do SUS à Constituição Brasileira em 1988 (BRASIL, 2001).

A integralidade remete à qualificação do cuidado, ou seja, como atributo necessário para lhe conferir excelência, no sentido de representar a perspectiva que melhor possibilita a compreensão das necessidades dos sujeitos, bem como a adoção de atitudes que permitam aproximar as práticas profissionais das soluções que as pessoas esperam encontrar para seus problemas de saúde. Para Junior, Alves e Alves (2005), o cuidado também pode ser utilizado como categoria analítica para se avaliar o modo como são organizadas as ações de saúde. Da mesma maneira, a integralidade pode ser utilizada para a avaliação dos serviços e sistemas de saúde (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O cuidado na perspectiva da integralidade busca o atendimento ampliado das necessidades de saúde dos sujeitos da atenção, no sentido de superar o modelo hegemônico, centrado nas queixas e nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (MATTOS, 2003).

As necessidades ou demandas dos sujeitos são construídas socialmente, ou seja, estão intrinsecamente relacionadas ao contexto social em que cada pessoa está inserida. Nesse sentido, a satisfação dessas necessidades requer articulação das práticas de cuidado com o contexto social e com as especificidades das pessoas de quem se cuida. Nesse processo, é necessário estabelecer uma relação de confiança, de vínculo, que permita ao sujeito expressar livremente suas demandas.

Para Pinheiro e Mattos (2001, p.16):

A demanda é o pedido explícito, a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário [...] As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida em que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida.

Tendo como base o modelo biomédico e o conceito de saúde como ausência de doença, os serviços estão organizados de forma a combater a doença, que se instalada ou manifesta no corpo físico, o que dificulta a percepção de outras dimensões dos sujeitos do cuidado. A partir daí, são empreendidos todos os esforços na produção de medicamentos, bens e serviços destinados a eliminar a doença, restabelecendo-se, então, a saúde (LEFEVRE, LEFEVRE, 2004; MENDES, 1999; MERHY, 1997).

Além disso, a superespecialização das profissões da saúde e a crescente incorporação de tecnologia levam ao afastamento entre profissionais e sujeitos do cuidado, de tal maneira que essas relações configuram-se como distantes e superficiais. A excessiva concentração nos procedimentos técnicos e rotinas institucionais dificultam a abertura de espaço ao acolhimento e vínculo, tornando-as muitas vezes ineficazes, uma vez que não possibilitam identificar as necessidades de quem está sendo cuidado.

Para Mendes (1999), a atual organização do sistema de saúde tem sido ineficiente, porque se concentra na produção de procedimentos tecnológicos de alto custo, mas de baixo impacto sobre a saúde, uma vez que não atendem às necessidades da população. Para esse autor “o sistema constituído pela prática sanitária da atenção médica, pelo paradigma flexneriano e pelo conceito negativo de doença está na raiz da crise da saúde” (MENDES, 1999, p. 242).

O paradigma flexneriano estrutura-se tendo como base o relatório flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, dos Estados Unidos, após uma avaliação da educação médica nos Estados Unidos e Canadá com o objetivo de dar ao ensino médico uma base

científica sólida. Além de contribuir para a modernização do ensino médico, conferiu-lhe também as características de mecanicismo, biologicismo, individualização e especialização. Esse relatório, ao fixar diretrizes para o ensino da medicina nos Estados Unidos, teve reflexos em várias partes do mundo (MENDES, 1999; KOIFMAN, 2001). A influência do paradigma flexeneriano nas práticas de atenção médica configurou um sistema de saúde que:

Tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para a atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado de saúde e restringe-se a ações unisetoriais (MENDES, 1999, p.275).

De acordo com esse autor, a configuração de um novo sistema de saúde vai exigir mudanças que se darão na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

A concepção de saúde deve estar mais articulada com as condições de vida, o contexto sócio-cultural e econômico em que cada indivíduo está inserido, considerando-se também a dimensão subjetiva como influenciadora da qualidade de vida (MENDES, 1999).

O paradigma sanitário, sendo o conjunto de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados por membros da comunidade científica, está diretamente relacionado à concepção de saúde-doença. O paradigma flexeneriano guarda consonância com o conceito de saúde como ausência de doença. Para superar esse modelo, é indispensável construir um outro que traga uma concepção positiva da saúde, o que chama de produção social da saúde, a qual compreende a produção de bens e serviços econômicos e não econômicos, tudo o que o ser humano é capaz de produzir dentro da sua capacidade política, ideológica, cognitiva e cultural. No entanto, essa mudança é longa, pois se situa nos planos político, tecnológico e sobretudo ideológico (MENDES, 1999).

A prática sanitária é a maneira como se organizam as respostas sociais para atender aos problemas de saúde. Esta se desenvolve tendo como ponto de partida o conceito de saúde e o paradigma sanitário vigente, sendo defendido pelo referido autor a vigilância à saúde, que constitui ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença. Os processos de trabalho devem ser organizados mediante ações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de prevenção, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e acidentes e as ações curativas ou reabilitadoras (MENDES, 1999).

Segundo Lefevre e Lefevre (2004) o conceito negativo de saúde está associada à crítica da saúde como um fim em si mesmo, enquanto que o conceito positivo implica uma visão ampliada que abrange os recursos sociais e pessoais, além da capacidade física, e não pode ser responsabilidade exclusiva do setor saúde. Esses autores defendem a promoção da saúde, que procura atingir as causas mais básicas das doenças, de maneira eficaz e duradoura, e não apenas evitar que as doenças se manifestem. Para tanto, é necessário possibilitar ambientes saudáveis condizentes com uma boa qualidade de vida, pois as pessoas têm o direito de viver em um meio que seja livre de condições geradoras de doença, sofrimento, dor, violência e morte prematura. Embora muitas doenças não possam ser evitadas e continuarão existindo, muitas podem deixar de existir a partir da construção de cidades mais saudáveis. Esses autores chamam a atenção também para a assimetria das relações entre profissionais e usuários como fator que dificulta a comunicação social em saúde. A informação constituiria peça chave na busca de relações mais democráticas, possibilitando tanto a profissionais quanto a usuários entender melhor a doença em suas causas e consequências, o que está condizente com o conceito de promoção da saúde.

Mattos (2004) refere-se à necessidade do “cuidado prudente para uma vida decente”. A prudência a que se refere implica a desmistificação do cuidado cientificamente fundado como o melhor possível. O cuidado não pode ser marcado pela imprudência, pela desatenção e pelo silenciamento de outros conhecimentos, pois pode levar à dor, ao sofrimento e à opressão. Ainda que não seja possível escapar da medicalização, tal a sua cristalização nas práticas de saúde, é preciso conhecer melhor as consequências de nossas intervenções e ponderarmos na sua utilização, procurando evitar o sofrimento dos sujeitos. Assim, o que caracteriza o melhor cuidado não é a sua cientificidade, e sim a sua potencialidade de contribuir para uma vida decente.

Merhy (1997) chama a atenção para a objetivização ou coisificação das relações entre trabalhadores de saúde e usuários, reduzindo as necessidades e saberes destes últimos e tratando-os como meros cumpridores de rituais; o que, além de empobrecer as relações, frustra as expectativas de acolhimento e resolutividade dos problemas que são trazidas pelos usuários ao buscarem os serviços. Isso contribui também para a produção de trabalhadores excessivamente dependentes de atividades centradas em procedimentos e pouco atentos à necessidade de promoção de usuários mais autônomos, fazendo com que permaneçam sendo não-sujeitos.

Campos (1997) destaca a postura médica de indiferença e insensibilidade diante do sofrimento humano. Para se reformular o sistema de saúde, na sua opinião, é necessário

considerar os atores sociais como protagonistas na transformação das práticas de saúde e dos processos de trabalho.

Nessa mesma direção, Koifman (2001) destaca que a medicina atual está focalizada no desempenho técnico do médico, sendo que a percepção de doença desse profissional é bastante diferente da percepção de doença do doente, o que denota que “a doença do doente não é a mesma doença do médico”. A influência da tecnologia nas práticas de saúde leva ao distanciamento e à superficialidade nas relações entre médico e paciente, sendo relatado por essa a experiência de mudança de currículo no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. O processo de reformulação curricular teve mais de dez anos de duração e ocorreu em paralelo às mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a época da reforma sanitária. A necessidade de mudança partiu da insatisfação dos próprios alunos e professores da faculdade com a formação acadêmica que era excessivamente teórica, com ênfase nas especialidades médicas, em tratamentos e intervenções diagnósticas nas doenças, com prejuízo do conteúdo humanístico e de promoção da saúde.

Dentre as características do currículo, destaca-se a forte ênfase dada à doença e a valorização excessiva da especialização, criando obstáculos à formação integral do médico. A autora conclui que a mudança de currículo trouxe avanços importantes no sentido de questionar o modelo biomédico de formação, mas pondera que não é possível abandonar totalmente o aspecto biomédico da formação dos médicos, uma vez que a profissão depende de conhecimentos da área da biologia. Ressalta, ainda, a necessidade de inclusão de conteúdos da área das ciências sociais, o convívio mais próximo da comunidade para conhecer melhor os determinantes das suas condições de vida e possibilitar atuação mais ética e eficaz nas relações médico-paciente.

No tocante à enfermagem, as práticas de cuidado estão permeadas por características mais humanísticas, norteadas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. No seu capítulo primeiro, Art.1º, que trata dos princípios fundamentais da enfermagem, esta é definida como “profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade”. Também são enfatizados no Art.3º o respeito à vida, a dignidade dos direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

A formação pautada em valores mais humanitários na enfermagem se dá também porque, desde a idade média, o cuidado aos enfermos constituía atividade intimamente ligada às práticas religiosas e de caridade. Naquela época, a saúde da população não constituía preocupação prioritária para os setores dominantes da sociedade e nem para o estado, mas predominava com prática social. Dessa maneira, os cuidados de enfermagem estavam

desvinculados das trocas econômicas. Com a formação da sociedade capitalista, a saúde deixa de ser objeto da assistência social para ser responsabilidade do estado, uma vez que surge o interesse pela manutenção de uma força de trabalho saudável, e neste cenário, o corpo constituía a principal força de produção de mercadorias e acumulação de capital (SILVA, 1989).

Na mesma época de nascimento do capitalismo, ocorrem avanços científicos a exemplo da teoria dos germes, configurando a saúde como ausência de doença. A descoberta de um maior número de entidades nosológicas trouxe a necessidade da especialização também para a enfermagem e o surgimento de instrumentos e aparelhos destinados a atender casos específicos. Essa especialização levou os profissionais médicos e paramédicos a se nortear pela maximização dos lucros, subvalorizando a saúde e bem-estar do paciente. Dessa maneira, houve prejuízo na atenção à saúde, uma vez que as pessoas não eram vistas na sua integridade (SILVA, 1989).

Assim, os (as) profissionais de enfermagem, embora imbuídos tradicionalmente de maior sensibilidade para a ausculta das necessidades humanas, utiliza também como base de sua formação as ciências biológicas e naturais, sendo influenciada pelo paradigma dominante, no qual a saúde é representada como ausência de doença e o corpo é o principal objeto das intervenções profissionais. A atenção focalizada no aspecto físico dos indivíduos passa a ocupar um espaço tal dentro do processo de trabalho da enfermagem moderna, que não oferece espaço para a inclusão de outras dimensões constituintes do processo saúde-doença e das necessidades de cuidado dos sujeitos da atenção.

Portanto, torna-se necessário também imprimir mudanças na formação dos profissionais de saúde, incluindo a reformulação dos currículos e a adoção de novas práticas de cuidado, uma vez que esses profissionais tiveram sua formação consolidada pelo modelo médico hegemônico. Cecim e Feuerwerker (2004) apontam a integralidade como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais com vistas à reconstrução do sistema de saúde. Assim, é necessário tornar os profissionais mais capazes de acolher, estabelecer vínculo e cuidar. A complexidade do processo saúde-doença traz a necessidade de ser abordado de maneira integral e articulado com outras áreas do saber além da biologia, como as ciências sociais e humanas, em busca da sua efetividade.

Diante desse cenário, torna-se necessário discutir as possibilidades de cuidado sob a ótica da integralidade, visando possibilitar uma assistência mais humanística e de maior qualidade, que seja mais eficaz no atendimento às necessidades do (a) usuário (a).

Na tentativa de possibilitar melhores respostas às necessidades dos usuários, torna-se fundamental promover o acesso e o acolhimento. Ampliar o acesso significa minimizar os obstáculos à entrada ou contato do usuário com o serviço de saúde. Esses obstáculos, em sua maioria, são de ordem burocrática e chamados de acesso funcional, compreendendo os tipos de serviços ofertados, os horários previstos e a qualidade do atendimento. Influenciam também no acesso outros tipos de barreiras para a chegada do usuário até o serviço, como: distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), respostas obtidas para demandas individuais e coletivas (RAMOS e LIMA, 2003).

O acolhimento constitui-se numa relação humanizada, acolhedora, sensibilizada para a escuta das necessidades dos (as) usuários (as). O acesso e o acolhimento são fatores que podem favorecer a reorganização dos serviços e a melhoria da qualidade da assistência e são essenciais para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Além disso, podem ser utilizados como indicadores da qualidade dos serviços, pois contribuem para a procura do usuário (RAMOS e LIMA, 2003).

Ao se promover o acesso dos usuários, o acolhimento torna-se o passo seguinte com o objetivo de identificação das demandas, bem como na busca de alternativas para atendê-las. Esse processo somente se efetiva a partir da sintonia, da interação entre “as pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais)” (JUNIOR, ALVES, ALVES; 2005, p. 79).

Para Mattos (2003), muitas pessoas procuram os serviços de saúde porque sofrem, e porque acreditam que esse sofrimento pode ser atribuído a alguma doença. Porém, a complexidade dos determinantes do processo saúde-doença envolve aspectos que vão além da dimensão física dos indivíduos. Inclui também fatores psicossociais associados à produção do sofrimento ou dano causado à vida de alguém. Os (as) usuários (as) precisam ser esclarecidos sobre o seu direito de procurar nos serviços de saúde não apenas tratamento para as doenças, mas também prevenção e promoção da saúde, mesmo que ainda não haja sofrimento, ou seja, mesmo que não exista manifestação física de algum agravo.

Para assistirmos a estas pessoas, percebermos suas necessidades e aliviar esse sofrimento, é necessária a incorporação da integralidade do cuidado às práticas profissionais. De acordo com Boff (2004), essa harmonia só se torna possível mediante o exercício de valores como a compaixão e a solidariedade. Quanto a esses valores, não implicam

sentimento de piedade pelo outro, o que determinaria uma posição de inferioridade por parte de quem se cuida; mas a capacidade de estar junto com o outro e apoiá-lo, na tentativa de potencializar a sua capacidade de ser melhor, de ser autônomo e de promover também seu autocuidado. Para que o cuidado exista, é preciso que o outro seja importante para nós, a ponto de se tornar o centro da atenção. Assim, torna-se um desafio desenvolver a empatia e conjugar trabalho com cuidado.

Para Ayres (2001, 2005), cuidar implica reconhecer que todos têm projetos de felicidade, e que o sofrimento de qualquer natureza que seja, representa uma ameaça a esse projeto. Por conseguinte, cuidar significa também a valorização do outro com alguém que tem o direito a uma vida melhor, mais feliz. Ainda que o conceito de felicidade seja subjetivo ou abstrato, a sua experiência ou a sua falta é muito concreta. O autor ressalta ainda a necessidade de se revisar os saberes que conduzem as práticas de saúde, tornando as relações mais humanas, ou seja, mais simétricas e interativas.

Nessa perspectiva, o cuidado não se reduz à sua dimensão instrumental, mas envolve disponibilidade e responsabilização com a vida e a saúde do outro, aquele de quem se cuida. Para Collière (1989, p.29) cuidar significa: “velar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo. Foi e será este o fundamento de todos os cuidados”. Para essa autora, o cuidado permite lutar contra a morte e garantir a continuidade das espécies, por meio da satisfação de um conjunto de necessidades que se manifestam de maneira diferenciada, havendo, portanto, diferentes possibilidades de respostas a essas necessidades.

Ao se referir ao cuidado em saúde, Júnior, Alves, Alves (2005, p.79) afirmam: “O cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo”. Porém, ao buscarem cada vez mais os determinantes das doenças, os profissionais distanciam-se das relações de vínculo com os sujeitos do cuidado. Com o objetivo de promover essa reaproximação, esses autores apontam o cuidado como “fio tecedor da integralidade”, tendo como ponto de partida nessa trajetória a atitude de disponibilidade para ouvir os usuários e perceber suas necessidades. Para a superação do atual modelo no qual o excesso de procedimentos burocráticos dificulta o atendimento das necessidades dos usuários, propõem a construção de “redes de cuidados”, estruturadas com base na articulação entre os sistemas de referência e contra-referência, o que não ocorre atualmente, e leva à fragmentação da assistência. O funcionamento dessa rede

implica garantia de acesso, resolutividade, autonomia, direito à informação, responsabilidade e regionalização.

Waldow (1998) considera que o cuidado representa também uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, uma forma de viver plenamente. A autora o define como:

Comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é resultante do processo de cuidar. O processo de cuidar representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre cuidadora e ser cuidado (WALDOW, 1998, p.127).

O conjunto dessas ações é desenvolvido com o objetivo de promover, manter e ou recuperar a dignidade humana, o que supõe a interação entre quem cuida e quem é cuidado. Para que realmente ocorra essa harmonia entre ambos, é indispensável tanto o autoconhecimento por parte do profissional quanto o conhecimento do ser de quem se cuida (WALDOW, 1998).

Portanto, cuidar envolve uma predisposição íntima, um comprometimento permanente de se estar junto com o outro, e também de ser junto com ele. Somente é possível um cuidado efetivo, no sentido de atender de fato as demandas daquele que busca o cuidado, por meio do encontro de subjetividades. Segundo Boff (2004 p.33): “cuidar é mais que um *ato*, é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de *ocupação*, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (grifos do autor). Esse autor, influenciado por Heidegger refere-se ao cuidado como uma dimensão ontológica; ou seja, o cuidado faz parte da essência do ser humano. Se não recebemos cuidados e não o empreendermos com tudo à nossa volta, acabamos morrendo, ou seja, deixamos de ser humanos. Assim, não podemos nos remeter ao cuidado como algo que está fora de nós, mas como dimensão constitutiva do nosso ser. O ser humano não apenas realiza o cuidado; mas sobretudo se estrutura a partir da vivência do cuidado.

O cuidado é sempre possível e necessário, ainda que não exista a chance de cura, ou ainda que não haja a doença, com o objetivo de evitá-la. No que diz respeito à vulnerabilidade das pessoas ao HIV e aids e especificamente às mulheres que passam pela experiência de realização do teste rápido durante o trabalho de parto, torna-se especialmente necessário estimular o autocuidado, ou seja, a percepção de vulnerabilidade e o estímulo às práticas sexuais seguras, a fim de que se tornem sujeitos mais conscientes e capazes de preservar a sua própria saúde e das parcerias sexuais.

Assim, cuidar implica além de prestar assistência, uma atitude de ética, respeito e atenção para com o outro (ser cuidado) no sentido de compreender suas necessidades. Ao se cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua singularidade, sendo imprescindível o conhecimento acerca da ética e da moral, princípios que propiciam uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual (PINHEIRO et al, 2005).

3.1.3 Integralidade e saúde da mulher

A integralidade no âmbito da saúde da mulher diz respeito à necessidade de considerá-la não apenas como objeto das práticas de saúde, mas como mulher e sujeito que apresenta demandas específicas e diversificadas que necessitam ser atendidas da forma mais ampla possível.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo, nesse período, limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Apontava-se o grupo de mulheres e crianças como os mais vulneráveis, o que serviria de justificativa para programas que focalizavam a especificidade biológica da mulher, como continuou ocorrendo ainda durante as décadas de 30, 50 e 70. Os programas materno-infantis implantados nesse período reduziam seu papel social à função reprodutiva, vendo a mulher apenas como mãe e cuidadora da saúde da família, preconizando atenção nos períodos do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004b).

A preocupação excessiva com a função reprodutiva da mulher teve forte influência na conformação das políticas públicas de saúde, havendo a partir dos anos 80 participação intensa do movimento feminista na reivindicação de políticas que valorizassem as especificidades do ciclo vital feminino. As mulheres argumentavam que as diferenças sociais estabelecidas entre homens e mulheres influenciavam suas condições de vida e morbidade e reivindicaram atenção em todos os períodos da vida, com a inclusão de políticas que considerassem as especificidades dos diferentes grupos de mulheres, bem como as condições sociais e econômicas e culturais nas quais estavam inseridas.

Como resposta do Estado à luta das mulheres, em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este representava uma tentativa de superação do modelo anterior de atenção à saúde da mulher, fragmentado e desarticulado com outras ações do governo federal e com baixo impacto nos indicadores de saúde. O PAISM incorporava princípios que davam sustentação à formulação do Sistema Único de Saúde

(SUS), como: descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1984).

Esta proposta apresentou um avanço em relação às políticas de saúde anteriores orientadas pelo Programa de Saúde Materno-infantil implantado na década de 70. pois preconizava uma assistência à mulher que a atingisse em todas as fases de sua vida. As ações deveriam ser prestadas pautando-se no princípio da integralidade, assim expresso na sua base doutrinária:

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde (BRASIL, 1984, p. 15).

O PAISM é apontado por diversos autores (COSTA, 2003; LUNA, GROSSEMANN, COELHO, 2006) como o primeiro programa público a mencionar a questão da integralidade. Esse debate foi aberto com a participação da própria sociedade civil, representada pelo movimento de mulheres, ainda no início dos anos 80. Embora ainda não se tivesse uma clareza quanto à sua questão conceitual, a integralidade foi incorporada aos princípios do SUS no período da reforma sanitária. Nesse sentido, “a adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta” (LUNA, GROSSEMANN, COELHO, 2006).

No entanto, muitas foram as dificuldades para implementação do PAISM. Dentre elas, a forma de organização dos serviços de saúde, a dificuldade de concretização dos princípios do SUS e o despreparo dos profissionais para atender à mulher na perspectiva da integralidade. As ações de saúde permaneceram, em sua maioria, direcionadas ao período de vida reprodutiva da mulher e realizadas de forma desarticulada entre elas, bem como entre os diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2004 b).

Quanto aos indicadores de saúde da mulher no país, sabe-se que afetam de maneira diferenciada a homens e mulheres. A mortalidade materna, importante indicador para se avaliar o grau de desenvolvimento de uma sociedade, permanece alcançando números elevados no Brasil, revelando precárias condições de vida da população, baixo nível de informação e escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004 b). A razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos em 2000 foi de 73,3%, sendo as principais causas de morte entre as mulheres as doenças cardiovasculares, dentre as quais estão incluídas a hipertensão e as hemorragias, somando 35,96% dos óbitos em 2003. Esse

percentual é bastante alto, se considerarmos que 92% dessas mortes são evitáveis (BRASIL, 2004b). Dados de 1996 mostram que, quanto aos métodos contraceptivos, os mais utilizados ainda são a esterilização feminina (27,3%) e a pílula (15,8%), sendo que apenas 15,8% das mulheres fazem uso de condom. Além disso, as mulheres ainda continuam expostas a problemas como a precariedade da atenção obstétrica, baixa cobertura pré-natal, aborto em condições inseguras, violência doméstica e sexual, falta de ações direcionadas ao climatério e menopausa e câncer ginecológico.

Esses dados estão relacionados com a dificuldade de acesso aos métodos, além da dificuldade de negociação das mulheres do uso do preservativo com seus parceiros, o que dificulta a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a aids.

Em relação às práticas profissionais, ressalta-se a formação acadêmica sustentada pelo modelo hegemônico individualista, biologicista e curativista, que dificulta a valorização da mulher como sujeito multidimensional com necessidades específicas em cada fase do ciclo vital:

De acordo com Coelho (2005, p 01), os (as) profissionais:

desenvolvem sobretudo ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros planos da vida, a exemplo da violência doméstica, das especificidades da orientação sexual e do crescente envolvimento das mulheres com as drogas que lhes vitimizam pela dependência química, ainda associada ao mundo dos homens e submetida a códigos morais que retardam seu enfrentamento como problema de saúde pública.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, amplia a perspectiva do PAISM, mantendo em seus fundamentos a defesa da reorientação das práticas profissionais no sentido da atenção integral. Para isso, valoriza as questões de gênero como fatores que interferem no acesso das mulheres aos serviços de saúde e nos padrões de morbidade e mortalidade do sexo feminino. Também contempla grupos específicos de mulheres invisibilizados até então pelas políticas oficiais de saúde, como: negras, lésbicas, indígenas, trabalhadoras rurais, mulheres em situações de prisão, adolescentes, além de destaque para saúde mental, violência doméstica e sexual, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, climatério e menopausa, DST e HIV/aids (BRASIL, 2004b).

Essa política foi elaborada para nortear as ações de atenção à saúde da mulher para o período de 2004 a 2007. Considerando a integralidade como um dos princípios norteadores, inclui questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria da atenção

obstétrica, do planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual, aspectos até então fora da agenda das políticas oficiais. Ao contemplar a saúde como direito de cidadania, abre espaço para práticas mais justas e democráticas para as mulheres.

No que diz respeito à aids, uma doença sem cura e que envolve muitos estigmas e preconceitos, para que o cuidado seja orientado pela integralidade, é necessário desenvolver ações que contemplem, além do biológico, os diversos aspectos de ordem social, psicológica, sexual, na tentativa de atender de maneira eficaz às necessidades das mulheres portadoras ou expostas ao HIV/aids, que são extremamente complexas. Torna-se assim, necessária a interação de diferentes saberes profissionais, bem como a articulação entre os vários níveis de assistência, na tentativa de se promover uma atenção eficaz e integral.

O Programa Nacional de DST/aids é apontado pela integralidade das ações de cuidado e incorporação de estratégias abrangentes de enfrentamento da epidemia (BERKMAN et al e GALVÃO apud PORTELA e LOTROWSKA, 2006). A resposta governamental brasileira à aids destaca-se no cenário mundial por ter sido um dos primeiros países em desenvolvimento em que os portadores do vírus têm à sua disposição, no sistema público de saúde, a distribuição gratuita de medicamentos antiretrovirais, o que vem sendo feito desde 1996. A política para a assistência aos portadores inclui ainda outras medidas destinadas a conter o avanço da epidemia e as internações hospitalares, como assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (DOURADO et al, 2006).

A política brasileira de atenção ao HIV/aids é considerada também por Mattos (2003) como sendo exitosa no que se refere ao princípio da integralidade, uma vez que promove tanto ações preventivas quanto assistenciais. Assim, atende a um grupo social específico e que apresenta demandas específicas de cuidado. Mattos sinaliza que nessa política, as pessoas não são vistas apenas como objetos das práticas de saúde, mas como sujeitos de direito, sendo-lhes disponibilizado o acesso à informação e o direito de cada pessoa aceitar ou não submeter-se a determinados procedimentos. Como exemplo, cita o direito de uma gestante recusar-se a realizar um teste anti-HIV e a compreensão das razões que podem porventura levá-la a essa decisão.

Mesmo sabendo que isso ainda não se configura na prática, a garantia oficial desses direitos serve como balizadora para a sua execução. Nesse propósito, torna-se indispensável o conhecimento dos direitos dos usuários tanto por eles mesmos quanto pelos profissionais, bem como a reflexão por parte desses últimos sobre seu processo de trabalho, possibilitando

engendrar novas relações de cuidado, nas quais haja efetiva interação e respeito às especificidades em questão.

As atividades preventivas merecem especial atenção com vistas a este propósito, e devem ser intensificadas a fim de se promover o autocuidado das mulheres e melhor percepção da sua vulnerabilidade. Nesse sentido, a atenção básica torna-se espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas preventivas e de interação entre profissionais e mulheres (sujeitos da atenção).

Todo o cuidado a ser oferecido às mulheres deve ser norteado pelo diálogo e escuta ativa de necessidades com valorização de singularidades. No que se refere à parturiente diante da necessidade da realização do teste rápido, é preciso uma atitude ética e de respeito que leve em consideração as dificuldades dessa mulher de se relacionar com a possibilidade de uma doença temida por toda a população. Garantir a responsabilização, o acesso e o acolhimento tornam-se imprescindíveis na busca da qualificação do cuidado, buscando a superação do modelo mecanicista que supervaloriza o cumprimento de normas, rotinas e protocolos que atendem às necessidades práticas dos profissionais em detrimento do cuidado integral à saúde da mulher.

A integralidade deve ser tomada não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Embora seja uma meta impossível de ser plenamente atingida, é algo que devemos sempre buscar (CAMARGO JR., 2003). Considerando que as mulheres constituem um grupo social específico, não se pode atingir uma atenção integral sem levar em conta os determinantes de gênero responsáveis pelos padrões específicos de morbidade e mortalidade do sexo feminino.

3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Pesquisas qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2002).

Para a autora, a pesquisa qualitativa trabalha com elementos da realidade que não podem ser quantificados, envolvendo as crenças, valores, representações e símbolos presentes

nas relações. Considera que a realidade é mutável, construída histórica e dinamicamente através dos grupos sociais, leis, instituições e pode sempre ser continuamente transformada pelos sujeitos.

Ao contrário da pesquisa quantitativa, que se preocupa com os dados objetivos e leis causais que determinam a vida social, a pesquisa qualitativa trabalha com as experiências vivenciadas pelos sujeitos e com a subjetividade inerente ao espírito humano dando significados específicos aos eventos de acordo com as representações de quem os vivencia.

3.2.2 Universo empírico do estudo

Constituíram sujeitos do estudo mulheres que haviam realizado teste rápido para HIV durante o trabalho de parto e obtiveram resultado positivo. Foram identificadas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviço de referência estadual em prevenção para HIV e outras IST, para onde as mulheres são encaminhadas, preferencialmente, após a alta da maternidade, para a realização dos exames confirmatórios, passando pelas etapas de aconselhamento pré e pós-teste.

O CTA/COAS conta com uma equipe composta por 1 terapeuta ocupacional, 6 assistentes sociais e 2 psicólogas. O local serve de referência para as informações sobre prevenção das IST, no qual são realizados, diariamente, atendimento à demanda espontânea e às pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde.

O CTA desenvolve ações especificamente voltadas à prevenção das IST incluindo, além da testagem, atividades de aconselhamento coletivo e individual. Para se cadastrar no serviço, o (a) usuário (a) deve primeiramente participar de uma palestra que acontece três vezes por semana. Essa atividade, que compõe o aconselhamento coletivo, é realizada por profissionais da área de ciências humanas (assistentes sociais, psicólogas e terapeuta ocupacional) da unidade e promove informações sobre sinais e sintomas das principais IST e aids, enfatizando a prevenção e o uso de preservativo em todas as relações sexuais, inclusive aquelas consideradas estáveis.

Após essa etapa, cada usuário (a) que desejar realizar testagem, passa por um aconselhamento pré-teste individual. Nos demais dias da semana acontece apenas a entrega de resultados, com o aconselhamento pós-teste individual. Alguns casos são atendidos como prioridade, dentre eles, usuários encaminhados por outros serviços de saúde, a exemplo das puérperas e profissionais vítimas de acidente ocupacional. Nesses casos, o (a) usuário (a) costuma passar primeiramente pelo aconselhamento individual, ficando o coletivo para o dia

em que retorna ao serviço para receber o resultado da primeira sorologia para HIV. Dentre o (as) usuários (as) que mais buscam o serviço, estão aqueles (as) na faixa etária de 20 a 30 anos, sendo a maioria do sexo feminino, havendo também, alta frequência de gestantes.

Fizeram parte do grupo de estudo as mulheres apresentaram teste rápido positivo para HIV realizado por ocasião do trabalho de parto que concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice B). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Parecer/resolução Nº 97/2006 (Anexo F).

Foi escolhido o puerpério como período para entrevista por considerarmos que no período de internamento, as mulheres estão fragilizadas emocionalmente e ainda vivendo o impacto do resultado positivo, contra-indicando a realização das entrevistas. Passado algum tempo, com a confirmação ou não da soropositividade, terão melhores condições de avaliar a qualidade do cuidado que lhes foi prestado.

Constituiu critério de exclusão o diagnóstico prévio confirmado para HIV, ou seja, durante a gravidez ou antes dela. Acreditamos que a mulher previamente diagnosticada tem mais possibilidade de ser orientada e acompanhada durante a gestação, podendo também, desenvolver estratégias de enfrentamento mais eficazes que lhes façam lidar com o cuidado profissional de modo diferenciado daquela que tomou conhecimento durante o trabalho de parto.

As mulheres foram entrevistadas sempre em período anterior ao da conclusão do diagnóstico, preferencialmente antes do aconselhamento pré-teste inicial. Esse critério foi adotado tendo em vista que, até concluírem todo o fluxograma estabelecido para o diagnóstico definitivo, as usuárias passam por diversas etapas de aconselhamento individual pré e pós-teste, além de um aconselhamento coletivo. Isso faz com que, ao final desse processo, obtenham maior nível de esclarecimento em relação ao HIV/aids. Como a qualidade do cuidado prestado diz respeito também às orientações recebidas sobre HIV/aids na maternidade, ao entrevistarmos mulheres cujo diagnóstico já estivesse confirmado, poderíamos gerar viés nos resultados.

3.2.3 Produção do material empírico

O material empírico foi produzido por meio da técnica de entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista é conduzido por questões norteadoras apoiadas num determinado referencial teórico, possibilitando o surgimento de novas questões a partir das respostas do

próprio informante. De acordo com Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as possibilidades para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2006. Foram entrevistadas doze mulheres. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, com exceção de duas que não autorizaram o uso do gravador. Nesses casos, as respostas foram anotadas manualmente. A principal dificuldade dessa etapa foi a dificuldade de espaço físico disponível, pois a maioria das salas eram utilizadas para atendimento pelos profissionais da unidade. Além disso, muitas mulheres se sentiram constrangidas para falar no assunto, o que demandava maior tempo para o estabelecimento de uma relação de confiança que permitisse a espontaneidade dos depoimentos. Os nomes utilizados para a identificação das participantes são fictícios, e foram escolhidos pelas próprias mulheres.

3.2.4 Técnica de análise do material empírico

Os dados das entrevistas foram analisados pela técnica de análise do discurso segundo Fiorin. Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo esta determinada socialmente (FIORIN, 2003).

Ainda de acordo com Fiorin (2003, p.11):

O discurso são as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases) usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psico-físico-fisiológica do discurso.

O discurso é exteriorizado através da fala dos sujeitos, sendo ela individual, pois o eu utiliza-se da palavra para exteriorizar o discurso. O discurso é o que está por detrás da fala. Assim, quem sofre as determinações sociais é o discurso e não a fala. As coerções sociais, presentes na vida de qualquer ser humano, já que vivemos em sociedade, são expressas no discurso através da linguagem. Para proceder à análise do discurso, portanto, é preciso avaliar que fatores sociais podem estar funcionando como seus determinantes.

Para Orlandi (2003, p.15): “...a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando”.

O texto se estrutura em níveis de abstração crescente. Para chegar à estrutura profunda, ao nível mais abstrato, é preciso agrupar os significados aparentados, aqueles que têm algo em comum, buscando-se chegar ao nível mais profundo do que está sendo dito. Aquilo que percebemos imediatamente está no nível da aparência, no nível superficial, não revelando a ideologia que pode estar por detrás da fala (FIORIN, 2003).

A ideologia constitui a maneira que cada pessoa tem de ver e compreender o mundo, o contexto à sua volta. Esta ideologia é construída através das relações que as pessoas mantêm umas com as outras, das experiências acumuladas ao longo da vida e torna-se o referencial do indivíduo na condução da sua vida social. Quanto aos determinantes de cunho social relacionados à ideologia, Fiorin (2003, p.28) ressalta que:

A esse conjunto de idéias, a essas representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida do homem e as relações que ele mantém com os outros homens é o que comumente se chama ideologia. Como ela é elaborada a partir das formas fenomênicas da realidade, que ocultam a essência da ordem social, a ideologia é “falsa consciência” (grifos do autor).

Através do processo de análise dos dados por meio da técnica de análise de discurso buscou-se identificar, no texto, o seu nível mais abstrato. Seguimos as orientações preconizadas por Fiorin (2003) para formulação das categorias empíricas desta pesquisa. Inicialmente, todo o texto foi percorrido tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação. Em seguida, os dados foram agrupados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significado. E por último, foi feita a apreensão dos temas centrais, os quais levaram à formulação das categorias empíricas de análise. Os temas que emergiram dos discursos originaram as categoria empíricas analisadas e discutidas a seguir.

- **Características sócio-demográficas das entrevistadas**

Foram entrevistadas 12 mulheres com idade entre 15 a 35 anos, havendo 7 em união estável e 5 solteiras. Dessas, 6 tinham o primeiro grau incompleto, duas, o segundo grau incompleto e 4 o segundo grau completo. Quanto à cor auto-referida, 7 mulheres se

consideraram morenas, 2 negras, 1 parda, 1 amarela e 1 branca, sendo 5 delas donas de casa, 3 empregadas domésticas, 2 estudantes e 1 recepcionista. Das entrevistadas, 8 fizeram pré-natal, cinco fizeram sorologia para HIV, dessas 2 não receberam o resultado e as demais tiveram resultado negativo. Um total de 5 mulheres realizou de 4 a 6 consultas no pré-natal, 2 fizeram de 1 a 3 e uma fez mais de 6 consultas.

4 CUIDADO A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV REAFIRMANDO O MODELO DE ATENÇÃO HEGEMÔNICO NA SAÚDE

4.1 AUSÊNCIA DE ACONSELHAMENTO NA TESTAGEM PARA HIV NEGANDO A AUTONOMIA DAS MULHERES

Essa categoria resultou dos temas extraídos a partir dos depoimentos das mulheres entrevistadas com relação ao processo de aconselhamento e oferta da testagem anti-HIV no pré-natal e trabalho de parto ou puerpério.

A ausência de autonomia das mulheres no processo de testagem para o HIV constituiu o tema de maior abstração extraído dos depoimentos. Segundo Ribeiro (2006), o termo autonomia, do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei) foi utilizada pela primeira vez para se fazer referência ao autogoverno das cidades-estado independentes. Na década de 1970, surge o Relatório Belmont, que foi utilizado pela biomedicina na concessão de poder para se tomar decisões em assuntos médicos.

A autonomia é um direito protestativo, que pode ser exercido sem a aprovação de terceiros, de modo que uma pessoa com autonomia plena tem os mesmos poderes e garantias que um estado: autodeterminação. Segundo a autora, as relações paternalistas no cuidado à saúde dificultam a concretização desse direito. Porém, a legislação brasileira vem procurando abrir espaço para a transformação dessas relações, incluindo o princípio da autonomia, numa construção em que o profissional de saúde deixe de ser soberano e a assistência seja mediada pelo diálogo, assegurando-se o direito à informação e a decisões conscientes, incluindo o consentimento livre e esclarecido (RIBEIRO, 2006).

A negação do princípio da autonomia traduz a incidência do poder de profissionais de saúde sobre as mulheres, entendendo-se poder segundo Foucault (2001) como uma correlação de forças, aquilo que exerce repressão sobre a natureza, os indivíduos, os instintos, uma classe. “O poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce” (p.175). Para esse autor, os intelectuais ocupam posições sociais específicas, definidas pelo dispositivo de verdade, que consiste no conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder.

No caso dos profissionais de saúde, a verdade é composta pelo conhecimento científico do qual dispõem. Através dele se estabelece não só a diferenciação entre as classes sociais detentoras e não detentoras do saber (usuários), mas também se exerce o poder dos primeiros em relação aos últimos. Sadala (1996) chama a atenção para as relações desiguais

entre profissionais de saúde e sujeitos do cuidado, nos quais os primeiros determinam a direção e os últimos se submetem. Ao serem chamados de pacientes são vistos como seres passivos e dependentes, sendo que a detenção do conhecimento científico é utilizada como justificativa para a manutenção de relações assimétricas que negam às pessoas o direito de decisão sobre seu corpo.

Essa autora discute os conceitos de autonomia e mutualidade, sendo que a autonomia consiste na habilidade de autodeterminação, de ser independente, de poder governar-se por si próprio; enquanto que a mutualidade consiste no processo de partilha com outra pessoa. Esses conceitos, embora pareçam exclusivos, na verdade devem interagir na preservação da autonomia tanto do (a) usuário (a) quanto do profissional. Por ser essa uma relação de interdependência, há momentos em que o foco incide sobre o profissional e outros em que o foco deve incidir sobre o (a) usuário (a), possibilitando relações de cuidado mais democráticas, humanizadas e acolhedoras. No que diz respeito à perspectiva dos direitos reprodutivos, a autonomia e a liberdade das mulheres constituem princípios fundantes, ainda ausentes na vida de uma grande maioria de mulheres.

Em 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde pela Portaria Nº 675/GM (Anexo E). O documento foi elaborado considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, em implementação pelo Ministério da Saúde desde 2003, que defende o atendimento acolhedor, humanizado e resolutivo para os usuários de saúde, bem como a promoção de mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão (BRASIL, 2006d).

É também enfatizado que os cidadãos têm o direito de ser atendidos com presteza e tecnologia apropriadas, recebendo informações claras, objetivas e compreensíveis sobre os exames solicitados, hipóteses diagnósticas, objetivos dos procedimentos realizados e finalidade dos materiais coletados para exames. No documento, o então ministro da saúde, ao aprovar a Portaria, convida todos os gestores, profissionais de saúde e organizações civis a assegurar o conhecimento e aplicação da lei, bem como determina que esta seja afixada em todas as unidades de saúde do país, públicas e privadas, em local visível, facilitando o acesso dos (as) usuários (as) às informações sobre seus direitos na assistência à saúde (BRASIL, 2006d).

Ribeiro (2006) observa a utilização, nesse documento, do termo usuário ao invés de paciente. Segundo a autora, essa opção lingüística vem consolidar a prevalência dos interesses

dos sujeitos do cuidado e não mais dos profissionais de saúde, constituindo iniciativa histórica de romper com as relações de paternalismo no campo do cuidado à saúde.

Neste estudo, das mulheres que realizaram sorologia para HIV no pré-natal, algumas informaram não ter recebido nenhum esclarecimento por parte dos (as) profissionais. Outras receberam orientações superficiais que não constituem aconselhamento, haja vista que esse consiste numa relação de diálogo e confiança entre profissional e usuário (a) que permita ao sujeito de direito tomar suas próprias decisões, após estar adequadamente informado (a). Aquelas que não foram orientadas foram sabedoras da solicitação através da leitura da requisição do exame, conforme pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

Ela só fez pedir a requisição. Não explicou nem perguntou. Eu achei que era normal, porque eu achei que a mulher grávida hoje em dia é obrigatório fazer esse exame (Amanda).

Eu peguei a requisição e vi que tinha pedido de HIV. Ela não falou nada. Pediu junto com tudo [outros exames do pré-natal] (Nice).

Ela só mandou eu ir fazer, deu a requisição pra eu ir, eu fui, fiz, aí deu negativo, ela falou que no resultado tava tudo bem. Aí.... Só (Michele).

A obrigação em cumprir a determinação profissional, expressa nos discursos em análise, retrata a submissão das mulheres ao poder institucional, que age silenciando pessoas que não participam das decisões sobre os cuidados à sua saúde e sobre a sua vida também em outros campos da atenção. Sem a noção do direito à liberdade de escolha e uma vez incorporado que o poder pertence a quem possui o saber em saúde, legitimado socialmente, as mulheres aceitam incondicionalmente o que é determinado pelo serviço. Assim, está ausente não somente a explicação e o aconselhamento, mas também qualquer tipo de questionamento por parte das mulheres. Incorporado como tal, tanto por quem decide quanto por quem obedece, faz com que as (os) profissionais se eximam de ter que investir numa relação que envolve diálogo, escuta e decisão do outro (a), garantindo a manutenção do poder hegemônico, no qual as decisões são unilaterais.

No tocante a resultados negativos no pré-natal, momento propício para serem ressaltadas as medidas de prevenção ao HIV, a oportunidade de aconselhamento também foi perdida. Corroboram nossos dados o estudo de Feliciano e Kóvacs (2003) que ressaltaram a preocupação quanto ao silêncio dos (as) profissionais em atividades educativas e de prevenção relacionadas às DST/aids promovidas para gestantes em unidades básicas de saúde. Fizeram parte do seu estudo vinte e sete unidades, entre centros de saúde, unidades básicas e maternidades, sendo que em nenhuma delas ocorreu aconselhamento. As autoras concluem que existe pouco interesse por parte dos (as) profissionais em interagir com os (as) usuários

(as) na construção de medidas de prevenção às DST/aids e que o modelo de organização dos serviços não tem sido capaz de atender às necessidades globais de saúde da mulher.

As entrevistadas que foram informadas da necessidade de fazer a sorologia para HIV na gestação receberam orientações superficiais por parte dos (das) profissionais com relação à importância do exame, havendo preocupação sobretudo com a proteção da criança.

Ela me pediu e disse que era necessário fazer porque se desse dava tempo de cuidar da criança (Belinha).

Ela falou que era importante, tanto pra mãe quanto pra criança, que toda mulher grávida tem que fazer, porque se desse alguma coisa era pra proteger a criança, que tinha tratamento (Cláudia).

Eu fiquei com medo, fiquei muito abalada, como eu tô abalada agora, pensando um bocado de coisa. Ela disse que se desse alguma coisa, que era pra proteger a criança (Nega).

As posições frente à realização de um teste anti-HIV estão relacionadas ao modo como cada mulher se percebe diante da realidade, o que inclui sua compreensão sobre vulnerabilidade. Comporta, portanto, variadas possibilidades de reação das mulheres, sendo necessário valorizar singularidades, o que se confirma ao se confrontar os depoimentos de Nega, Cláudia e Belinha, todas vivenciando a experiência de sorologia para HIV em circunstâncias semelhantes, ou seja, na gestação.

No tocante à realização do exame como proteção à criança, a posição social dos (as) profissionais guarda coerência com a política oficial proposta pelo Ministério da Saúde. Todavia, a ênfase a essa proteção pode constituir uma estratégia de sensibilizar a mulher a não pensar na possibilidade de recusa à realização do teste. Lê-se nos depoimentos que não há preocupação com o impacto que a realização do exame pode ter na vida das mulheres e nem em conjugar as necessidades da mulher com as necessidades da criança, ou em proteger a mulher diante das repercussões de um resultado positivo. Nesse sentido, permanece a visão da mulher como reprodutora, segundo a idealização social sobre o papel feminino.

Para Badinter (1985), os papéis sociais do pai, da mãe e do (a) filho (a) são determinados em função dos valores e necessidades dominantes numa sociedade. Quando a sociedade se interessa pela sobrevivência da criança, a mãe torna-se a personagem essencial, sendo responsável, de acordo com as construções de gênero, pelos cuidados que irão garantir a manutenção da sua vida com saúde. Isso tem influência na concepção de amor materno como fenômeno natural, comum a todas as mulheres. Todavia, esse foi estimulado, em grande parte, em função dos interesses econômicos e militares predominantes no século XVII, de eliminar os altos índices de mortalidade infantil da época e se reproduzir uma mão-de-obra

saudável. É nesse contexto que se passa a proferir o discurso de estimulação à amamentação exclusiva e do estabelecimento do vínculo entre mãe e filho (a) através dessa. A autora acrescenta:

Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (BADINTER, 1985, p.145).

De acordo com Vieira (1999) o processo de medicalização do corpo feminino se estabelece em meio aos discursos de exaltação da maternidade e passa pela idéia de que a condição feminina é determinada biologicamente. A capacidade de gestar, parir e amamentar contribuem para essa construção.

Ao serem questionadas sobre quem ofereceu o teste rápido na maternidade, as mulheres apontaram o (a) médico (a) como profissional responsável pela solicitação, o que também ocorreu no pré-natal. As condutas profissionais adotadas no pré-natal se repetiram no momento da testagem dentro das maternidades, o que pode ser confirmado nos seguintes depoimentos:

Ninguém me ofereceu, logo na hora que eu entrei, aí eu fiquei na sala de exame de toque, aí ela veio, tirou meu sangue e saiu, e quando voltou já foi com esse resultado (Michele).

Ninguém me falou nada sobre esse teste. Eu nem sabia que tinha feito exame de HIV, só colheram o meu sangue depois [do parto]. Eu só soube depois do resultado (Nice).

Realmente, porque eu não soube que ela ia fazer esse teste, né ? Ela só falou assim, dona [...] a gente vai colher seu sangue pra fazer todos os exames. Aí no outro dia, ela disse: - Deu um probleminha no seu sangue. Aí eu disse: - Que problema? Aí ela disse: Realmente, a gente não pode dizer agora, mas você vai ter que fazer outro teste de novo pra saber. Aí eu fiquei esperando o outro dia (Nega).

Realmente ele fez o teste quando eu tive o nenê, depois que ele me disse. Fez o exame quando eu fiquei lá aí ele falou que eu tava com problema e que tinha que procurar o médico entendeu? Aí foi que eu vim (Paula).

Nos depoimentos de Nega e Paula, percebe-se a dificuldade profissional de lidar com um dado novo de realidade que traz consigo a complexidade do fenômeno do HIV/aids. Ao evitar falar sobre o assunto, postergam-se enfrentamentos, mas não se poupa a mulher de expectativa e ansiedade, que se somam às demandas emocionais características do puerpério.

O puerpério é um período de adaptação da mulher a um novo ciclo de vida e a um novo papel social, especialmente por ocasião do primeiro filho. Nessa transição para a maternidade, além do cansaço físico decorrente do trabalho de parto, são mobilizados sentimentos como ansiedade, medo, expectativa. É o momento em que a mulher se depara com o bebê real, e não mais imaginário como durante a gestação. A criança é um produto seu, do seu corpo, e pode pôr à prova sua capacidade de gerar, cuidar, conforme as expectativas que são construídas socialmente em torno da identidade feminina (LOPES et al, 2005). Soma-se a isso, no caso específico das mulheres com teste rápido positivo, a ansiedade e o choque pelo diagnóstico inesperado, trazendo a necessidade de considerar na assistência a essas mulheres, todas as crenças, valores e representações existentes em torno da maternidade, bem como do HIV/aids.

Ao perguntarmos sobre como os (as) profissionais deveriam ter procedido com relação ao exame, as mulheres consideraram que o impacto poderia ser menor para elas caso soubessem que estariam sendo submetidas ao teste rápido. Nega e Nice demonstram preocupar-se, sobretudo, com o risco de contaminação da criança indefesa, decorrente da negligência profissional, revelando afeto, cuidado e responsabilidade materna para com os (as) filhos (as).

Deveria ter explicado antes que ia fazer o exame (Maria).

Eu acho que a pessoa deveria avisar, né? Que tá fazendo esse exame sobre o vírus HIV, que é pra pessoa já ficar ciente (Patrícia).

Eu acho que desde quando a gente teve a criança e a pessoa sabe o resultado do exame aí não deveria ter trazido a criança logo pra mim, né? Até que chegasse no outro dia e desse o leite, ou alguma coisa, né? Ou então esperar o outro dia pra fazer outro exame pra ver o resultado e aí já fica sabendo se pode dar mama ou não à criança (Nega).

Eu acho que tinha que, em relação à criança mesmo, tinha que logo quando levou ele, tinha que avisar antes, porque aí eu não amamentava a criança. Eu acho que tinha que ter mais cuidado, né? Eu acho que tinha que comunicar primeiro que ia fazer o exame, mas eu acho que é porque não deu mesmo (Nice).

Ao mesmo tempo em que aponta a falta de cuidado e de responsabilização profissional para evitar a contaminação da criança, Nice cria justificativa de ordem prática para a falta de esclarecimento sobre o exame, inocentando os profissionais. O baixo nível sócio-econômico e de escolaridade dessas mulheres faz com que, mesmo em meio a situações de falta de

cuidado, elas não consigam encontrar instrumentos para reagir de maneira efetiva, fazendo com que permaneçam sendo invisibilizadas nos seus direitos como mulheres e cidadãs.

Historicamente, o imperativo de salvar a vida das crianças mediante os interesses do Estado, fez com que todos os argumentos em torno da maternidade fossem utilizados prometendo-se a felicidade, o reconhecimento, a garantia de status e cidadania para as mulheres, passando, assim, a fazer parte dos mecanismos de construção da identidade feminina, a qual fica comprometida quando não pode ser plenamente exercida, contrariando as expectativas socialmente construídas em torno do papel feminino (BADINTER, 1985).

No tocante à amamentação por mulheres HIV positivas, destaca-se a sua contra-indicação pelo Ministério da saúde, uma vez que o aleitamento materno representa risco adicional que se renova a cada exposição da criança ao seio materno. A interdição da amamentação pode representar para a mulher um fator comprometedor da saúde da criança ou do estabelecimento de vínculo entre mãe e filho (a), em virtude da associação entre maternidade e aleitamento materno, tão difundida em toda a sociedade e nos serviços de saúde.

Neste estudo, a desarticulação entre os serviços de atenção básica e a maternidade se reflete por ocasião da internação, de modo que apenas Michele apresentou os exames realizados.

Levei. Eu tava com meus exames tudo lá, levei meus exames tudo, até meus ultra-som, desde o começo, tudo, tudo, tudo levei tudo. Meus papéis tudo (Michele).

Ao se investigar se já tinham ouvido falar alguma vez sobre o teste rápido, apenas uma das depoentes informou que tinha sido esclarecida da possibilidade de fazê-lo durante o trabalho de parto, já que não havia feito sorologia no pré-natal:

Eu sabia que era um teste rápido. Ninguém me explicou, só a enfermeira do pré-natal que falou: -Pode ser que na maternidade, já que você não fez possa ter o teste rápido. Aí eu falei: -Então tá bom. Aí quando eu fui ter ela já perto de ter ela, fizeram o teste rápido (Josefa).

Israel (2002) constatou que a dificuldade de aconselhamento às parturientes para a realização do teste rápido decorre da dificuldade de empreender a escuta e a comunicação e que a dificuldade de abordar essa temática se dá em função de mobilizarem preconceitos e tabus tanto nos (as) profissionais quanto nas usuárias. Para os (as) profissionais, lidar com os medos das usuárias significa também lidar com os seus próprios medos.

O não dito frente à importância do HIV/aids como epidemia, além de negar a autonomia das mulheres, retarda a construção da noção de vulnerabilidade pelas mesmas, ao tempo em que possibilita aos profissionais permanecerem num espaço de conforto, já que se protegem do contato cotidiano com uma realidade de risco que não escolhe classe, cor, sexo e nem religião. Assim, homens e mulheres profissionais são tão vulneráveis quanto as usuárias dos serviços, pois, embora tenham como diferencial condições objetivas que lhes permitem o acesso a informação e à escolha, nem sempre esses aspectos são incorporados no que diz respeito à prevenção da contaminação pelo HIV, sempre temida e evitada como conteúdo na concretude das práticas de saúde.

A análise dos depoimentos das mulheres participantes do estudo revela que o exame anti- HIV está incorporado na rotina da prática clínica, perdendo não somente a sua especificidade, mas, sobretudo, negando o direito da mulher em conhecer a importância do exame no tocante a ela e ao bebê, de modo a construir um posicionamento sobre a realização do mesmo. Confrontando os depoimentos das mulheres com teste rápido positivo, vê-se que ainda quando informadas, as mulheres não são aconselhadas, seja no pré-natal, no trabalho de parto ou puerpério, contrariando o que é defendido enfaticamente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a; 2006a) como direito das mulheres e obrigação profissional.

A atitude dos (as) profissionais revelada nas respostas das mulheres frente à experiência vivenciada por ocasião do exame anti-HIV no pré-natal e na maternidade se sustenta, ideologicamente, em três pilares, originários de modelos estruturantes das relações, todos dificultando práticas na perspectiva da integralidade:

1) O modelo de atenção à saúde, fragmentário, tecnicista, patologizante e dirigido a queixas em detrimento de uma visão de saúde desarticulada da ausência de doença. Isso faz com que na atenção à saúde, o controle do HIV/aids ganhe importância apenas quando a infecção se instala.

Nesse modelo de atenção, a conformação dos serviços de saúde dificulta a percepção das necessidades dos (as) usuários (as), pois nem sempre as situações vividas pelas pessoas se expressam como demandas aos serviços de saúde, e estes precisam estar abertos para que essas se manifestem explicitamente. Na organização dos serviços predomina a limitação de acesso aos cuidados, ações fechadas à expressão dos usuários, relações autoritárias, distantes e hierarquizantes entre profissionais e sujeitos do cuidado, centradas em mecanismos científicos de identificação de problemas, que excluem as experiências dos (as) usuários (as). Assim, as práticas profissionais permanecem direcionadas aos aspectos biológicos do indivíduo,

desvinculando o seu processo de saúde-doença do contexto biopssicossocial no qual está inserido (MANDÚ, 2004).

2) O modo como a sociedade incorpora o papel social da mulher, centrado na reprodução, amor romântico e fidelidade como protetores de males sociais, dificultando a percepção de vulnerabilidade e o empoderamento feminino. A naturalização da função social da mulher como reprodutora é também internalizada pela mesma, que assume responsabilidade pela vida e pela saúde do (a) filho (a), constituindo desde então significados de maternidade que impedem questionamentos isentos de culpa, afastando de si a possibilidade de recusa frente a qualquer procedimento técnico, justificados pela proteção da criança. Isso é cotidianamente reproduzido pelos (as) profissionais de saúde, cuja identidade de gênero é construída socialmente segundo os mesmos modelos de mulher/mãe.

Por outro lado, o exercício da função materna imprime responsabilidades com a vida que é gerada, tanto por parte dos profissionais como por parte das mulheres. Diálogo, escuta e esclarecimentos possibilitam minimizar dúvidas e iniciar processos reflexivos que auxiliam na tomada de decisão e, no caso específico, espera-se que a decisão seja favorável à proteção da criança. Não obstante, deve ocorrer com suporte emocional, social e técnico à mulher, resguardando-se seus direitos como cidadã.

3) O modo como o HIV/aids está representado no imaginário social, como doença do outro, estigmatizante e carregada de preconceitos e dilemas morais.

Estudando os dilemas morais envolvidos na oferta do teste rápido a gestantes em trabalho de parto, Israel (2002) verificou que os (as) profissionais revelaram se sentir despreparados (as) para comunicar um resultado positivo, pois o seu discurso não convencia nem a eles (as) próprios (as). O sentimento vivenciado é de tensão e ansiedade, pois não sabem exatamente como agir nesse momento. Consideram também a necessidade de capacitação e apoio psicológico para os (as) profissionais (as), bem como a atenção multiprofissional, na tentativa de facilitar a comunicação do diagnóstico, por exemplo.

No entanto, Silva et al (2002) constataram que mesmo os serviços que dispõem de equipe multiprofissional não conseguem oferecer respostas adequadas às demandas dos (as) usuários (as), pois ainda que haja integração entre os profissionais, as condutas permanecem isoladas e não estão centradas nos sujeitos do cuidado, mas continuam norteadas pela visão biomédica. Os autores apontam ainda, a necessidade de vínculo, acolhimento e comunicação efetiva entre profissionais e usuários, a fim de se executar o cuidado integral, levando em conta a complexidade das necessidades dos portadores de HIV/aids.

Dessa maneira, faz-se necessário garantir e respeitar o direito das mulheres de realmente exercer escolhas conscientes no que diz respeito ao seu corpo e à sua saúde, bem como à de seu (a) filho (a). Para tanto, é indispensável fornecer-lhes informações claras e objetivas sobre todos os procedimentos necessários à proteção da sua saúde e da criança, levando-se em consideração o seu nível de entendimento, o contexto social no qual está inserida e os conhecimentos prévios que dispõe com relação à doença de modo a garantir a liberdade das mulheres frente à realização de exames anti-HIV.

Definimos liberdade segundo Chauí (1985, p.36):

A liberdade não é, pois, a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de auto determinação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Não se opõe à necessidade (natural ou social), mas trabalha com ela, opondo-se ao constrangimento e à autoridade. [...] Estamos habituados a considerar a liberdade com ato puro da vontade para dizer sim ou não às coisas e aos demais. Talvez seja interessante considerá-la como aptidão para transformar os dados brutos de nossa experiência em reflexão sobre sua origem e para lhes dar um sentido novo.

Em síntese, a inexistência do aconselhamento traduz a omissão da (o) profissional frente a responsabilidades éticas, bem como suas dificuldades em lidar com a realidade da positividade para o HIV, eximindo-se de responsabilidades com a proteção e o empoderamento das mulheres. Suas condutas são sustentadas por um modelo de atenção que reproduz saberes unilateralizados, bem como o poder institucional sobre o corpo da mulher.

4.2 REPRESENTAÇÕES DA AIDS NO IMAGINÁRIO SOCIAL DEFININDO AS REAÇÕES DAS MULHERES À POSITIVIDADE PARA O HIV

Por ser a aids uma doença sexualmente transmissível e estigmatizante, a positividade para o HIV mobiliza sentimentos que nem sempre se consegue expressar objetivamente. Assim, ao perguntarmos como foi a experiência de realizar o exame na maternidade, algumas mulheres entrevistadas apresentaram dificuldade de expressar os sentimentos relativos ao resultado do exame, ou referiram-se à experiência como normal.

Desse modo, lê-se nos depoimentos a seguir:

Eu não sei nem dizer (Belinha).

Não sei (Maria).

Eu me senti normal porque eu sempre fiz e da primeira vez não deu nada (Dinalva).

A experiência foi normal (Belinha).

Outras entrevistadas, ao tomarem conhecimento do resultado, expressaram reações determinadas tanto pela representação estigmatizante da doença, quanto pela idéia de iminência de morte:

Fiquei muito triste, nervosa, fazendo ignorância com todo mundo (Patrícia).

E eu até hoje tô muito nervosa. Pra mim é um desespero Ah, Eu me senti desesperada (Paula).

Ah, eu fiquei abalada, né? Fiquei abalada, fiquei nervosa, entrei em pânico. Ai depois veio outra de lá e explicou que se desse positivo tinha que tomar remédio, fazer tratamento... (Nega).

A orientação de doença tratável presente no depoimento de Nega traz implícita a noção de cura, o que é um falso otimismo, pois traduz a idéia de algo que é passível de ser revertido. Assim, ao invés de servir de suporte emocional, essa orientação reforça os mecanismos de defesa, protegendo mulheres e profissionais do enfrentamento do problema, de modo que os (as) profissionais (as) não assumem responsabilização no cuidado a essas mulheres.

A falta de orientação adequada somada à representação que a aids tem no imaginário social como doença debilitante, faz com que algumas pessoas acreditem que ser portadora do vírus é o mesmo que estar com aids. Isso revela o ônus da desinformação das mulheres, gerado por falsas representações sobre a infecção pelo HIV:

Eu fiquei abalada, pensei que eu ia ficar magra, acabada, doente, que meu cabelo ia cair, ou que também o menino vai ficar doente... Sei lá, eu pensei tanta coisa que até agora eu tô confusa, eu tô com medo ainda (Nega).

Ai, pra mim foram os piores dias da minha vida. Por que quem tá de aids pra ficar com uma doença pra sempre, no corpo, tomando medicamento, isso é vida? Pra mim se fosse uma doença pra matar rápido eu preferia mais, porque essa doença deixa a pessoa inútil, aí não tem mais sentido, só ficar tomando remédio, uma doença contagiosa (Amanda).

Eu fiquei pensativa, eu só não tinha entendido o que é HIV e o que é aids, mas aqui explicou já. Eu pensava que HIV era a mesma coisa que aids (Jucilene).

Senti medo de morrer (Patrícia).

A idéia de morte referida por Patrícia e associada à infecção pelo HIV decorre da falta de aconselhamento pré-teste, da falta de conhecimento da mulher e de esclarecimento do

profissional sobre a diferença entre HIV e aids e da representação da doença como fatal. Essa idéia é uma construção social muito influenciada pela mídia e pelos organismos oficiais desde a década de 80 do século XX, no período de surgimento da aids. Embora reelaborada a partir das pesquisas, dos avanços na profilaxia e tratamento, essa idéia ainda persiste na referência à maior *sobrevida* dos (as) portadores (as). A utilização desse termo para denotar maior expectativa de vida para aqueles (as) em uso de terapia anti-retroviral mantêm a expectativa da morte pela doença. Ou seja, mesmo sabendo-se que alguém vai morrer por aids, há a garantia de que viverá mais do que se não estivesse em tratamento.

Pereira (1997) destaca que o paradoxo em torno da vida e da morte que passa a fazer parte da vida de mulheres gestantes que convivem com o HIV gera um conflito provocado, ao mesmo tempo, pela representação de mãe, a mulher que dá a vida e que também pode trazer o risco de contaminação do (a) filho (a). Esses papéis parecem ser incompatíveis, em função das construções sociais de gênero em torno da mulher e mãe como sendo a principal responsável pelo cuidado, saúde e manutenção da vida e segurança dos (as) seus (as) filhos (as). Da mesma maneira, Paiva (2000) constatou que para gestantes portadoras do HIV, a soropositividade é representada socialmente pela morte, enquanto que a maternidade tem caráter divino, representada socialmente pela vida, sendo que esta última se sobrepõe à condição de portadora do vírus HIV, trazendo esperança de continuidade da vida.

A provisoriidade do resultado do teste rápido dá espaço para postergar enfrentamentos alimentados pela possibilidade de um resultado final negativo, o que não isenta a mulher da expectativa, ansiedade, espera intranquã, que alteram o curso normal de sua vida, como se vê nos discursos a seguir:

Eu só fico esperando, cada dia eu só fico esperando chegar logo o resultado definitivo (Nice).

Ah, na minha cabeça eu só fiquei pensando naquilo, porque eu não tava entendendo nada, eu só queria saber da verdade. Ah, enquanto eu não souber da verdade, porque eu ainda não tô entendendo nada, não tô acreditando. Eu quero saber a verdade (Dinalva).

Como não existe orientação adequada pelos profissionais do que significa o teste rápido e qual o fluxograma a ser percorrido para o diagnóstico definitivo, algumas mulheres esperam um diagnóstico final mais rápido, como aconteceu com Nice:

Eu pensei que ia fazer o exame logo no mesmo dia (Nice).

De acordo com Remor (1999), alterações psicológicas podem ocorrer desde o momento em que a pessoa tem suspeita de estar contaminada pelo HIV. No período que decorre da retirada do sangue até o conhecimento do resultado do teste de HIV, existem manifestações de ansiedade provocadas pela dúvida com relação ao resultado. Essas manifestações podem incluir transtornos psicossomáticos como: cefaléia, insônia, diarreia, etc.

Esse autor também afirma que as cognições (pensamentos, imagens e conhecimentos) que desenvolve uma pessoa portadora do HIV estão mediadas pelas informações que se tem sobre a doença, todas influenciando as reações emocionais apresentadas por essa pessoa. A primeira informação nesse sentido é: *não existe nenhum tratamento eficaz para a aids*. No entanto, embora se saiba que a aids ainda é uma doença sem cura, existem tratamentos que impedem ou adiam o desenvolvimento da doença, melhoram a qualidade de vida e aumentam a expectativa de vida, ao diminuir a morbimortalidade das pessoas infectadas. A segunda informação influenciadora desse processo é: *as pessoas diagnosticadas de aids morreram em pouco tempo*, o que decorre da falta de informação sobre a diferença entre estar com o vírus e estar com aids.

Além disso, sabe-se que o maior ou menor tempo de sobrevivência depende, em grande parte, do adequado acompanhamento e tratamento do (a) portador (a). Existe também entre os (as) portadores (as) o medo de ser abandonado (a) pelos amigos ou familiares, de perder o emprego caso chegue ao conhecimento de outros sua condição de portador (a), e de não ser entendido (a) ou aceito (a), o que pode acabar levando ao isolamento social. Para evitar essas distorções com relação às informações sobre a doença, potencializando as alterações emocionais decorrentes do diagnóstico, o autor deixa claro a necessidade de que o profissional forneça informações claras e objetivas, possibilitando eliminar erros, mitos e falácias sobre a doença (REMOR, 1999).

A orientação adequada sobre a diferença entre HIV e aids e o fluxograma a ser percorrido para o diagnóstico final poderia minimizar o impacto negativo que a positividade do exame traz à vida das mulheres. Entretanto, relações autoritárias entre profissionais e sujeitos do cuidado dificultam o estabelecimento de vínculo e não permitem espaço ao aconselhamento, tornando a mulher ainda mais vulnerável.

Ah, eu acho que poderia ter mais cuidado, porque esse exame poder dar errado porque eu nunca tive essa doença, eu nunca tive nada disso (Dinalva).

Eu pensei que o exame poderia ter dado errado, sei lá... ... Mandou vir pra cá. Ligou pra cá e falou com a secretária daqui e marcou pra vir, eu, meu marido e a criança. Explicou que não era pra amamentar aí eu saí com as quatro latas de leite (Nice).

Essa postura constitui um mecanismo de defesa, mas também é influenciada falta de aconselhamento, momento no qual o (a) profissional do cuidado poderia esclarecer esses aspectos. Nice refere ter sido orientada a convidar seu parceiro para compartilhar do problema no serviço de saúde, o que traduz o cumprimento de um papel social do serviço de não transferir para a mulher, de modo isolado, a responsabilidade do enfrentamento. Todavia, o acesso de outras pessoas ao resultado do exame isso só pode acontecer com a sua permissão.

Kübler-Ross (1998) dividiu em quatro estágios as reações mais típicas de pacientes que recebem diagnóstico de doença grave ou terminal. O primeiro estágio é o da negação ou isolamento, no qual a pessoa não aceita o diagnóstico como real. “A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (KÜBLER-ROSS 1998, P.44). Esse estágio pode ser mais demorado em portadores (as) do HIV, com maior dificuldade de aceitação, uma vez que a representação da doença é carregada de estigmas e ninguém que se identificar com o estereótipo dos grupos sujeitos à contaminação (VERAS, PETRACO; 2004).

A partir do momento em que não é mais possível manter a negação, surge o segundo estágio, que é o da raiva, no qual surgem sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, surgindo uma pergunta: Por que eu? Esses sentimentos decorrem do inconformismo em ver ameaçados ou interrompidos seus projetos de vida. Contribuem para esse estado de raiva, no que se refere a portadores (as) do HIV, as falsas cognições construídas em torno da doença, associadas à morte iminente e ao medo da exclusão social. (KÜBLER-ROSS, 1998; VERAS, PETRACO; 2004; REMOR, 1999).

Após a revolta contra Deus e as pessoas e não conseguir enfrentar os acontecimentos, o indivíduo passa ao estágio de barganha, no qual passa a acreditar que se manifestar um bom comportamento, pode ser recompensado por isso. A recompensa que espera é um prolongamento da vida ou alguns dias sem males físicos. Essa é uma tentativa de adiamento, e as promessas podem ter relação com algum sentimento oculto de culpa. Como o HIV é uma infecção de transmissão predominantemente sexual, traz para muitas mulheres que são infectadas a culpa por terem exercido livremente sua sexualidade, ou por não terem se protegido (KÜBLER-ROSS, 1998).

Ao surgirem sintomas que fazem com que a pessoa se sinta mais debilitada, não sendo mais possível negar a doença, surgem sentimentos de perda que caracterizam o estágio da depressão (KÜBLER-ROSS, 1998). De acordo com Remor (1999), a resposta de depressão ocorre quando a pessoa percebe que seu meio apresenta apenas possibilidades negativas, sem perspectivas de gratificações, gerando um estado de desânimo, tristeza e apatia. Essas perdas, no que se refere a questões da subjetividade feminina, podem estar associadas a barreiras impostas comumente às portadoras, como a interdição do exercício da sexualidade ou de determinadas práticas sexuais, perda do status social ou da capacidade reprodutiva.

Após conseguir expressar suas emoções e vencer a angústia da morte e as sensações de perda, o (a) paciente não sentirá mais raiva ou depressão, e passará a ter uma atitude mais condescendente diante da sua condição, o que constitui a fase da aceitação. Permitir à pessoa expressar a sua raiva pode trazer posteriormente uma sensação de alívio e melhora do estado emocional. Para isso, é necessário que a mulher, diante da positividade de um teste rápido, tenha tempo para apreender as informações, expressar seus sentimentos e elaborar estratégias mais eficazes de enfrentamento do problema (KÜBLER-ROSS, 1998).

Com relação aos mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres soropositivas que vivenciaram a maternidade, Pereira (1997), baseada nos estudos de Coleman (1973), identificou como principais estratégias defensivas utilizadas pelas mulheres para administrar as suas emoções: a fuga, a projeção, a negação, a compensação e a onipotência.

A fuga foi representada por mulheres que se isolaram do mundo social, por não disporem de outra maneira de enfrentar a soropositividade diante da sociedade. A projeção foi representada quando as mulheres justificaram suas atitudes pela referência a comportamentos semelhantes de outras pessoas ou quando culpavam o parceiro por sua contaminação. A negação foi representada por um distanciamento de ambientes profissionais em que se fala da doença ou pela evitação em falar no assunto, uma vez que ao fazer isso, são deflagrados sentimentos de culpa, associados à infecção pelo HIV. A compensação foi representada quando a mulher procurou minimizar o sofrimento provocado pelo fato de ser portadora do HIV. A onipotência foi representada quando a mãe se coloca como a pessoa que melhor pode cuidar dos (as) filhos (as), e a única que quer o melhor para eles.

No referido estudo foi constatado também que os (as) filhos representam a maior motivação para a vida de mulheres soropositivas. Esta visão do amor materno como indispensável à manutenção da vida da criança está permeada por fortes condicionantes de gênero, bem como pela necessidade da mulher de preservar a sua identidade social, ameaçada

pela doença. Para não se sentir discriminada por sua condição e nem diferente das outras mulheres, ela se incube de cumprir as mesmas exigências estabelecidas para todas as outras.

Em alguns casos, a fé é utilizada como escudo para se defender da possibilidade real da doença, como pode ser lido no depoimento de Cláudia:

Ali você fica disfarçando pra esquecer o problema. Eu ficava conversando lá com as outras meninas, fazendo amizade, e teve uma médica lá que me falou muita coisa boa, que sempre falava isso, pra eu ter fé que ia dar negativo. A gente fica aérea de saber de uma notícia dessa porque ninguém quer viver isso, ninguém quer ter essa doença, mas tendo fé que desse negativo. Também tem que ter esperança, mesmo sendo ruim ou boa a notícia, tem que ter muita fé. (Cláudia).

Estudando mecanismos de enfrentamento de pessoas vivendo com HIV e aids, Seidl (2005) observou que mulheres e pessoas com escolaridade até o ensino médio incompleto apresentaram médias elevadas da busca de práticas religiosas como enfrentamento. Para Miranda e Barroso (2002), as mulheres utilizam a religião como consolo e entendem seu sofrimento como uma maneira de sacrifício. Ainda no que se refere ao discurso de Cláudia, a profissional procura estimular uma crença falso realista de que a fé pode levar a um resultado final negativo, o que ajuda a mulher a fugir do problema, já que o saber profissional é legitimado para ser aceito como correto e verdadeiro.

Finalmente, ao perguntarmos às mulheres o que mudou nas suas vidas após o resultado do teste rápido, elas assim se manifestaram:

Não sei, acho que não, tá tudo no mesmo (Jucilene).

Só a minha paz de espírito, as outras coisas continua tudo igual (Patrícia).

É, não mudou muito ainda porque ninguém sabe, só eu e minha mãe, só eu que fico assim nervosa, preocupada, minha mãe também, porque minha mãe tem problema de chagas, ela não pode ficar nervosa. Eu penso muito. Eu penso assim, como vai ser minha vida depois desse resultado (Michele).

Ah, eu tô assim, péssima, eu não tô sentindo nada, entendeu? Mas tô assim, eu tô assim meio isolada, sei lá...(Paula).

Mudou tudo. O jeito de viver, a gente muda, preocupação com o filho, se seu filho vai ter a doença, porque a gente que é adulto, tudo bem, mas com seu filho você nunca vai querer que aconteça nada, você nunca vai aceitar porque ele não pode se defender (Cláudia).

O discurso de Patrícia revela como a notícia da positividade foi impactante, levando à perda da sua paz de espírito, condição fundamental para uma vida saudável e emocionalmente equilibrada. Isso faz com que o cuidado deva ser dirigido também à escuta das demandas espirituais das mulheres e à busca dos meios que possam lhes oferecer maior conforto diante da fragilidade pela condição de portadora do vírus HIV. Conforme afirma Waldow (2004), a plenitude espiritual é um dos aspectos necessários para se garantir a dignidade e a totalidade humanas.

De acordo com Lefevre e Lefevre (2004), a dificuldade de entendimento da condição de portadora do vírus HIV é determinada pelo conceito de doença que norteia o paradigma dominante, representada por algo que se manifesta no corpo físico das pessoas e gera sinais e sintomas visíveis, os quais são sinalizadores dos agravos e geram a necessidade de se empreender intervenções destinadas a negar ou eliminar o efeito das doenças nos organismos. Quanto à visibilidade da doença, Knauth (1999, p.124) acrescenta que:

Para as mulheres infectadas, o fato de não poderem amamentar seus bebês representa o que considero ser o primeiro sintoma da aids. Se até aquele momento a aids não aparecia nem física, nem socialmente, a não amamentação faz com que as mulheres se vejam obrigadas a apresentar uma justificativa convincente para tal ato. E pode, assim, dar visibilidade a essa condição de portadora do vírus da aids, que até então poderia passar completamente despercebida.

No discurso em torno da exaltação da maternidade, o leite materno é apontado como o melhor alimento para o sustento do (a) filho (a), gerando expectativas sociais e cobranças dos profissionais em torno da amamentação. A interdição do aleitamento, em função da positividade do teste rápido gerou, para uma das depoentes, conflito e mal-estar, os quais foram assim expressos:

Você se sente mal de não poder sustentar seu filho, vendo todas as outras mães no hospital... (Cláudia)

No depoimento de Cláudia, percebemos a preocupação apenas com o adoecimento do filho e não consigo mesma. A possibilidade de contaminação da criança pode gerar sentimentos como culpa, irresponsabilidade, falta de cuidado, em função do papel da mulher como cuidadora, estabelecidos pelas construções de gênero em nossa sociedade.

Nesse sentido, Knauth (1999) constatou que por não se identificarem com a “cara” da aids, associada aos chamados grupos de risco, a doença acaba colocando em risco o status social das mulheres, ou seja, o seu papel de filha, esposa e/ou mãe, ameaçando a sua

identidade social. A partir daí, as mulheres lançam mão de uma série de estratégias que visam conservar os valores associados à estruturação da sua identidade. A primeira delas é a diferenciação da sua contaminação, que ocorreu dentro de casa, por meio de parceiro fixo com relação àquelas que procuraram a doença, através de comportamentos sexuais considerados desviantes.

A segunda estratégia acionada pelas mulheres é a evitação, ou seja, evitam falar ou pensar muito na doença, especialmente com o companheiro, para não questionar a relação conjugal e não ameaçar o seu status de esposa. Manter a atividade reprodutiva e os cuidados com os filhos e o companheiro, garantindo a manutenção do seu status de esposa/mãe. Construir um silêncio em torno da doença faz com que se afastem da culpa da contaminação, encarando a situação com normalidade, o que se revela através da expressão: *nada mudou* (Knauth, 1999, p.127), como foi dito por Jucilene e Michele.

Nessa subcategoria analisada, vê-se que a provisoriedade do resultado do teste rápido para o HIV traz algum conforto às mulheres, conseguindo minimizar a representação que a infecção tem no imaginário social, rapidamente resgatada quando a pessoa está vivendo a possibilidade real de estar contaminada pelo resto da sua vida. Traz conforto e comodidade também para o profissional, na medida em que esse não se sente na obrigatoriedade de enfrentar com a mulher conflitos, dilemas e tensões resultantes das repercussões que a positividade para o HIV pode gerar na saúde das mulheres.

A análise dos discursos nessa subcategoria revelou também que as mulheres apresentam-se fragilizadas emocionalmente com a experiência do teste rápido e, embora apoiadas na provisoriedade do resultado, vivenciam alterações emocionais significativas. Por outro lado, a ausência de sintomas físicos associada à representação da doença no imaginário social gera dificuldades de entendimento do paradoxo entre contaminação e ausência de doença, pois a infecção embora esteja identificada por um exame laboratorial está fisicamente invisível. A não participação do serviço de saúde construção de novas representações sobre a infecção aprofunda o sofrimento que acompanha as mulheres ao vivenciar a positividade para o HIV.

4.3 PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA BAIXA PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV/AIDS

Alguns depoimentos revelaram a baixa percepção de vulnerabilidade das mulheres e dos (as) profissionais, bem como a dificuldade dos (as) mesmos (as) em orientar

adequadamente as mulheres no sentido de promover mecanismos de construção de tal percepção e do seu autocuidado. Frente à negatividade do exame, os profissionais desobrigam-se de assumir responsabilidades com o processo preventivo, confirmando uma prática orientada pela atenção a patologias, que desvaloriza no caso do HIV/aids, o papel profissional frente à construção da consciência das mulheres sobre sua vulnerabilidade e os mecanismos de proteção.

Como informado anteriormente, o Ministério da Saúde recomenda o aconselhamento tanto pré como pós-teste, independentemente de resultado positivo ou negativo (BRASIL, 2003a; 2006a). Resultados negativos e ações desenvolvidas na rede básica devem ser facilitadores e geradores de espaço para aconselhamento. Ao se perder a oportunidade de realizá-lo, propicia-se a reprodução da idéia de invulnerabilidade das mulheres, tornando-as mais vulneráveis, na medida em que as mantêm distantes da compreensão dos mecanismos envolvidos nessa questão, negando-se a possibilidade de construir autonomia e empoderamento para adoção de medidas de proteção contra a infecção. Ao não se perceber vulnerável, a mulher mantém os mesmos comportamentos e prática sexuais mesmo após o contato com o serviço de saúde.

A mulher considera-se menos exposta ao HIV, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos grupos identificados inicialmente como de risco (BRASIL, 2003b). Além disso, a baixa adesão ao uso do condom entre os casais deve-se principalmente à resistência masculina e à dificuldade da mulher brasileira em encontrar meios eficazes para negociar o uso com seus parceiros.

A resistência em utilizar o preservativo é fortemente influenciada por representações produzidas socialmente em torno da sexualidade masculina e feminina. O homem exerce mais livremente sua sexualidade, sendo que as relações extraconjugais são mais aceitas para eles. As mulheres, por sua vez, especialmente as de nível sócio-econômico mais baixo, costumam vivenciar carências e relações de dominação ou dependência que levam à dificuldade de negociação do uso do preservativo. Dessa maneira, a prevenção às DST/aids deve ser promovida nos níveis individual, social e programático, estimulando a percepção do direito ao sexo protegido, do melhor conhecimento em torno da sexualidade e de uma mentalidade mais igualitária nas relações entre homens e mulheres. Também é necessário estimular nos homens a consciência de co-responsabilidade pela saúde sexual de suas parceiras (ALVES, KÓVACS, PAIVA; 2002).

Em resposta à pergunta sobre as orientações recebidas no pré-natal quanto à sorologia, o discurso de uma das depoentes revela a visão profissional associada a grupos de risco,

comumente acompanhada de preconceito e da falsa certeza de proteção dos que estão excluídos de tais grupos:

Ela não falou nada, ela só fez umas perguntas, perguntando se ele tinha, quantos parceiros, se usava droga, só (Michele).

A abordagem profissional superficial associada a comportamento de risco reproduz representações da doença ainda presentes no senso comum, reduzindo as possibilidades de construção da percepção de vulnerabilidade das mulheres, o que é agravado na medida em que o saber hegemônico confirma o que está inscrito no imaginário social, de modo equivocado. Além disso, a mulher não é inserida no processo de diálogo e negociação, constituindo-se objeto do cuidado, mas sendo negada como sujeito. Assim, a fala expressa o vazio de informações, numa flagrante omissão da responsabilidade social do setor saúde, que nega às mulheres a oportunidade de conhecimento sobre os processos que vivencia no seu corpo e na sua sexualidade.

Orientações vagas por parte dos profissionais subestimam a importância do exame para HIV, fazendo com que algumas mulheres apresentem justificativas de ordem prática para a não realização do exame, como é constatado na declaração a seguir:

Não tive condições de fazer, porque o local era distante da minha casa. Ela só falou que era pra fazer o teste pra ver se tinha o HIV, porque se tivesse alguma coisa que era pra tratar, mas como eu não tive condições de fazer, só fiz no parto mesmo (Josefa).

Esse discurso revela a dificuldade de acesso da mulher aos serviços de saúde, o que ainda acontece com boa parte da população de mulheres gestantes brasileiras. Em avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil, Serruya; Lago; Cecatti (2004) constataram que, após dois anos de implantação do programa (2001 e 2002), apenas 22,6% das mulheres em todo o país fizeram seis ou mais consultas de pré-natal e somente 5,6% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, consulta puerperal e todos os exames básicos. Considerando-se a recomendação desse programa de que toda gestante deve fazer pelo menos uma sorologia para HIV no pré-natal, o percentual de mulheres que realizou o teste foi muito abaixo do esperado: apenas 35,4%.

Ao se avaliar o cumprimento de todos os passos recomendados pelo programa para a assistência completa, que consiste em: seis ou mais consultas de pré-natal, uma de puerpério, todos os exames básicos, a sorologia para HIV, a segunda dose ou a de reforço ou a imunizante da vacina antitetânica, esse número caiu para 4,1%. Os autores concluem que, embora o programa tenha crescido significativamente, com 70% das mulheres cadastradas em

2002, o maior desafio na atenção ao pré-natal continua sendo a realização do conjunto das atividades. Esses dados indicam que a falta de acesso constitui obstáculo para o alcance da integralidade na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O pouco esclarecimento dado às mulheres pelos profissionais soma-se à representação do HIV/aids como doença da (o) outra (o) (COSTA, LIMA; 1998 ALVES, KOVÁCS, PAIVA, 2002) fazendo com que exame perca a importância para quem é orientada a fazê-lo. A não incorporação da vulnerabilidade impede que a mulher assuma uma atitude de superar obstáculos para a realização do exame, pois não se sentir vulnerável implica se sentir protegida. Desse modo, o teste anti HIV não está incorporado como exame importante a ser realizado durante a gravidez, em comparação com os demais. Ao mesmo tempo, não há um indicador sintomático de contaminação, o que direciona as mulheres a realizarem os exames de rotina já assimilados pelo senso comum e a se descomprometerem com o teste anti HIV.

A falta de investimento pelo serviço de saúde na construção da percepção de vulnerabilidade retarda o processo de desenvolvimento de atitudes de proteção das mulheres em relação à contaminação, o que ocorre subestimando-se o contexto em que o processo de saúde e doença se insere e a dificuldade dos (das) profissionais de incorporar a noção de vulnerabilidade às suas práticas profissionais e às suas próprias vidas.

Como expressão de uma posição social, a falta de percepção de vulnerabilidade é algo compartilhado pelo meio em a pessoa está inserida, de modo a retardar as mudanças necessárias à sua incorporação. De acordo com Araújo (2003, p.160): “assumir ou decidir assumir um comportamento sexual seguro como a opção de estar saudável, ou não, requer reflexões muito profundas sobre a própria condição de existência”. Ainda para essa autora:

Talvez o caminho seja levar os indivíduos à reflexão sobre o que venha a ser a transformação da intimidade e das práticas sexuais ocorridas no espaço privado. Para tanto, temos que exercer uma prática integral. E diríamos ainda, ter um olhar integral (ARAÚJO, 2003, p.162).

No depoimento de Josefa, vê-se a referência pela profissional à possibilidade de tratamento em caso de resultado positivo, o que pode deixar margem à idéia de que a aids seria uma doença passível de cura. Para Lefevre e Lefevre (2004), dentro do modelo biomédico dominante, a doença é vista como uma fatalidade sobre a vida humana e a saúde é uma resposta que buscamos incessantemente para combater essa fatalidade, por meio da produção de medicamentos e serviços que deverão proporcionar a cura e o bem-estar. A aids aparece como uma fatalidade ainda maior, porque sendo uma doença sem cura, mesmo com o tratamento disponível atualmente, ela continua matando.

Uma das depoentes, ao ser questionada porque não realizou a sorologia, apesar de ter feito cinco consultas pré-natais, respondeu:

Sei lá, não liguei, achei que não precisava. Ela falou que era importante, tanto pra mãe quanto pra criança, que toda mulher grávida tem que fazer, porque se desse alguma coisa era pra proteger a criança, que tinha tratamento (Maria).

A dificuldade de acesso a informações, reflexões e discussões com as mulheres constitui obstáculo ao autocuidado, bem como a falta de percepção da gravidez como algo que, mesmo se processando fisiologicamente, pode também apresentar intercorrências. Por isso, no tocante ao HIV/aids/dst, esse comportamento continua se reproduzindo.

O não esclarecimento sobre o exame durante todo o período de pré-natal reproduz tanto na usuária quanto na profissional uma representação de invulnerabilidade. Negligenciado pelo (a) profissional que detém o saber hegemônico, perde-se a oportunidade de oferecer à mulher instrumentos que construam a percepção de vulnerabilidade.

A falta dessa percepção está associada à representação da doença no imaginário social, que ainda permanece relacionada a comportamentos desviantes, dos quais estão excluídas as pessoas que mantêm relacionamentos estáveis e com parceiros únicos. Desde a década de 90 do século XX que “a associação entre AIDS e homossexualidade era tão sugestiva que os relacionamentos heterossexuais estáveis eram considerados uma forma de prevenção” (GUIMARÃES, 1996). Essa idéia também está presente em outro depoimento:

Eu fiquei muito triste na hora porque eu nunca tinha ficado com mais ninguém, foi o primeiro e último, uma vez só... Mas a gente não sabe com é as coisas... (Jucilene).

Outras entrevistadas demonstram como a vulnerabilidade das pessoas está freqüentemente associada à vulnerabilidade do parceiro:

Acho que não vou mais me envolver com ninguém, porque assim eu fico mais segura (Nega).

Ah, eu penso que a gente não devemos confiar em homem, entendeu? E eu me traumatizei com ele, eu não vou andar vinte e quatro horas atrás dele, né, pra saber [...] o que é que ele tá fazendo [...] Me deu raiva mais dele depois que eu ganhei nenê mesmo e fui fazer esse exame que o médico passou eu desgostei muito mais, a gente está junto por estar, mas pra mim acabou aquele amor [...] e eu peguei e falei pra ele que eu tava só esperando o resultado desse exame pra tomar uma decisão, que eu tava

muito chateada com ele. Eu vou viver a minha vida só eu e minha filha e acabou (Paula).

Eu senti raiva, entendeu? Senti ódio mesmo. Porque eu peguei foi dele. Porque antes de ficar comigo ele tinha outra mulher, só que ela não ficava só com ele, então ela ficou pegando, aí pegou nela e ela passou pra ele. Aí foi que a médica veio descobrir porque eu nem sabia disso. Até agora eu tô chocada. Aí eu falei pra ela que eu nunca tive essa doença (Dinalva).

Essas mulheres passam a ter percepção de vulnerabilidade a partir do momento em que percebem que seus parceiros podem ter lhes oferecido risco, sendo que a única maneira que conseguem perceber como segura para evitar a doença é não se relacionar com mais ninguém. Essas representações são reforçadas devido à falta de orientações preventivas dentro dos serviços de saúde. Lima (2003) observa que há diferenças entre a forma como os riscos são avaliados pelos especialistas e percebidos pelos cidadãos comuns, uma vez que essa percepção é influenciada por questões subjetivas e sociais. Essa autora constatou que a paixão leva a uma avaliação excessivamente otimista da pessoa amada, o que faz com que ela seja considerada ainda menos vulnerável do que o próprio sujeito.

No discurso de Dinalva aparece um sentimento de revolta e culpabilização do companheiro pelo envolvimento anterior com mulher de múltiplos parceiros, responsabilizando, assim essa mulher. Ela compreende a rede de transmissão do HIV/aids e nutre pelo parceiro um sentimento de revolta, ao mesmo tempo em que o considera vítima e culpado por sua contaminação. Ter conhecimento da vida sexual pregressa do parceiro não foi suficiente para que essa mulher incorporasse a noção de vulnerabilidade e adotasse estratégias de proteção.

Estudando o enfrentamento da infecção pelo HIV e aids entre homens e mulheres, Miranda e Barroso (2002), verificaram que as mulheres com parceiro único frequentemente culpam os mesmos pela sua contaminação, pois a visão romântica e ingênua que têm do casamento faz com que deixem sua felicidade a cargo dos seus companheiros, e não consigam ser donas do seu próprio destino. O fato de algumas mulheres atribuírem aos seus companheiros a responsabilidade pela contaminação pode provocar sentimentos de revolta, gerando desgaste na relação (PEREIRA, 1997; PAIVA, 2000; PEREIRA, 2001, ISRAEL, 2002; SILVA, 2006).

Ao analisar os discursos das entrevistadas, é possível afirmar que as condutas profissionais divergentes das proposições oficiais têm importante influência do modelo de formação, pois, ao mesmo tempo em que se orienta pela clínica, não prepara os (as) profissionais para lidar com as especificidades da temática em foco, mantendo suas ações

restritas a questões técnicas da saúde reprodutiva e se eximindo de assumir responsabilidade com a vida das outras pessoas; o que, por vezes, é acompanhado pela falta de percepção dos (as) próprios (as) profissionais sobre vulnerabilidade em Dst/aids.

4.4 MODELO TÉCNICO DE ATENÇÃO E REPRODUÇÃO DE ESTIGMAS NEGANDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A MULHERES COM TESTE RÁPIDO POSITIVO PARA HIV

Esta subcategoria resultou dos temas emergentes dos depoimentos das entrevistadas a respeito de como foram cuidadas durante o período que se estendeu do trabalho de parto ao puerpério, e também no que diz respeito ao cuidado prestado durante o processo de realização do teste rápido. Ao perguntarmos sobre como se sentiram cuidadas pelos profissionais da maternidade, as mulheres apresentaram respostas objetivas que denotam aparente satisfação com os cuidados que receberam:

Acho que foi tudo bem. Não faltou nada (Josefa).

Me trataram bem, deram o xarope, leite, tudo na hora certa (Cláudia).

Não me senti só. Os medicamentos na hora certa, se eu sentisse alguma dor chamava...(Belinha).

O atendimento foi bom, o hospital ótimo, os médicos ótimo, só não tem médico o tempo todo em cima de você, mas o cuidado lá é ótimo, os médicos tavam sempre em cima: Tá sentindo dor? Tá sentindo isso? Achei ótimo (Jucilene).

Mesmo não tendo sido aconselhadas, fica claro nos depoimentos a satisfação dessas mulheres com a presença física constante dos (as) profissionais, ou com os cuidados relacionados ao cumprimento de rotinas e procedimentos técnicos pré-estabelecidos. O cuidado para elas está relacionado às experiências do parto e da maternidade, havendo a sobreposição dessas com relação ao risco de uma possível infecção pelo HIV.

Na perspectiva da integralidade, o cuidado não deve se resumir à dimensão técnica, mas envolve também dedicação e compromisso de um ser para com o outro, no sentido de ajudá-lo a ser melhor, nas suas potencialidades. Nesse sentido, “estar presente requer a condição de estar por inteiro no processo. Estar por inteiro implica mais do que estar fisicamente presente. Implica estar com o outro” (SILVA, 1998, p.223). Assim, torna-se

necessária a ausculta das necessidades que cada usuário (a) apresenta, tornando possível atender a cada um (a) nas sua singularidade.

Embora também tenha feito referência ao apoio constante das profissionais enfermeiras, Maria expressa que as orientações e encaminhamentos pós-alta não lhe ajudaram na compreensão do contexto que ela está vivendo, de possível infecção pelo vírus. A orientação profissional deixa muitas lacunas, pois, nem sempre as mulheres se sentem à vontade para fazer perguntas e tirar dúvidas. Isso ocorre porque além de não ser criado pelo profissional um vínculo que permita isso, essas questões estão relacionadas à intimidade, sexualidade e subjetividade, levando à dificuldade de serem abordadas.

As enfermeiras estavam sempre dando apoio. Falaram que era pra vir pra cá com uma semana pra fazer o exame definitivo, mas isso não me ajudou não (Maria).

De acordo com Waldow (2004, p.121) “a ritualização e padronização das tarefas são um subterfúgio para uma conduta que propicia um distanciamento de atividades consideradas menos técnicas e menos científicas”. Em estudo realizado, a autora constatou uma dialética do cuidado no que se refere ao seu aspecto humanístico e ao seu aspecto tecnológico e burocrático, pois as rotinas são uma realidade inevitável nas unidades de saúde e embora os (as) profissionais (as) apontem o paciente como o centro das atenções, na prática isso não funciona, prevalecendo as mesmas atitudes que negam o ser cuidado como sujeito emocional, espiritual e social.

Outra entrevistada, mesmo não tendo sido aconselhada, referiu ter sido bem cuidada porque além dos cuidados e encaminhamentos, houve a presença das pessoas que estavam mais próximas dela, que puderam lhe dar apoio e fazer com que ela não se sentisse só, ou discriminada.

Cuidaram bem de mim, entendeu? Tomava todos os medicamentos certos, toda hora meus patrões estavam lá, ligavam lá pro hospital, eu mesmo depois que eu saí eu ficava pensando, aí o médico veio, conversou comigo, a chefe do hospital aí foi e me chamou como você me chamou aqui e conversou comigo aí ela me explicou tudo, pra eu não ficar desesperada porque isso era momento da vida e tudo tinha jeito, pra eu ter fé em Deus. Aí eu fui pra casa...Eu me senti melhor (Paula).

Provavelmente, essa abertura para a presença constante de pessoas próximas à mulher expressa em *toda hora meus patrões estavam lá* ocorreu por se tratar de um hospital de pequeno porte em um município do interior. Nesses locais, as rotinas costumam ser menos rígidas e as relações mais próximas, o que não ocorreu com outras mulheres:

Aí depois eu fiquei num quarto sozinha, fiquei muito triste (Patrícia).

Depois que fez o exame ela foi e me transferiu pra outra sala e me deixou sozinha (Cláudia).

Ah, porque me botaram numa sala sozinha, lá no canto mesmo da, da... da sala, aí eu tava muito sozinha. Elas não deixavam as pessoas ir conversar comigo... as outras pacientes. É... teve uma menina mesmo que foi conversar comigo, aí eu expliquei pra ela do meu resultado, ela nem... continuou conversando comigo. Aí ela pegou me chamou pra ir no quarto dela ver o filho dela. Aí a enfermeira: Epa, epa, você tá fazendo o que aí? Todo mundo pro seu quarto! Todo mundo pro seu quarto! Assim mesmo. Aí eu peguei e saí do quarto já sabendo porque ela tava falando. Aí eu peguei e saí. Eu ficava muito sozinha (Michele).

Na maior parte dos casos, a mulher recebe o resultado num momento de fragilidade emocional em que ela está sozinha frente às demandas do trabalho de parto e puerpério e às que surgem frente à notícia do exame, ficando impossibilitada de compartilhar isso com alguém da sua confiança.

Almeida (2005) investigou as necessidades de mulheres em período puerperal durante sua internação em alojamento conjunto. O estudo revelou relações de cuidado assimétricas entre enfermeiras e usuárias, sendo que estas últimas demonstraram que suas necessidades de saúde abrangem múltiplas dimensões de suas vidas, além dos procedimentos de rotina e atendimento das necessidades humanas básicas. Essas demandas são construídas socialmente e influenciadas por determinantes de gênero e classe, gerando relações de poder entre profissionais e mulheres dentro da instituição hospitalar.

No estudo referido, as necessidades apresentadas pelas mulheres foram agrupadas nas seguintes categorias: necessidade de acolhimento; necessidade de ser examinada; necessidade de ser ouvida; necessidade de orientação e informação; necessidade de acesso ao atendimento; necessidade da presença da família; necessidade de segurança; necessidades de conforto e alimentação; necessidade de cuidar da aparência. Assim, as mulheres reconheceram-se como sujeitos de direito, que desejam não só ter acesso à assistência digna, respeitosa e competente dentro do serviço de saúde, mas também querem ser escutadas e informadas com clareza, obtendo segurança sobre sua situação de saúde.

O discurso de Michele evidencia que ainda permanece mesmo entre os profissionais uma visão preconceituosa da doença, o que levou, além do isolamento físico da mulher, à privação do contato com outras pessoas e à conseqüente solidão, potencializando o seu sofrimento. Isso traz a representação do (a) portador (a) do HIV como pessoa contaminante e da doença como contagiosa por qualquer contato, utilizando-se de tal representação para

justificar sua exclusão do convívio social, o que ocorre não somente dentro da maternidade. Além de explicitarem preconceito mantendo a mulher isolada do contato com as demais, os (as) profissionais permitem a incorporação desses significados por parte de outras mulheres porque representam o poder e a voz institucional, facilmente internalizada como verdade.

A aids é uma pandemia que pode atingir qualquer pessoa, ou seja, é doença de todos. Mas ainda existe socialmente a representação da aids como doença do outro, o que constitui também um mecanismo de defesa contra a possibilidade de contaminação, pois denota uma posição social de sujeitos que transitam em outros espaços e reproduzem sistemas simbólicos e de valores, nesses incluídos a relação HIV e condutas transgressoras e desviantes da moral cristã, a exemplo de: profissionais do sexo, homossexuais ou múltiplas parcerias.

Por ser uma doença de transmissão sexual, a aids é utilizada para identificar populações transgressoras ou viciosas, o que levou à criação no imaginário social de falsas idéias relacionadas à doença, ao que Sontag (1989) chama de metáforas. Ainda que se saiba, por exemplo, que a aids não é uma doença contagiosa, as pessoas portadoras do vírus são consideradas sujas, poluídas, e seu corpo é visto como algo repulsivo. Ainda para essa autora: “as doenças infecciosas associadas à culpa sexual sempre dão origem ao medo do contágio fácil e a fantasias absurdas sobre a transmissão por meios não-venéreos em lugares públicos” (SONTAG, 1989, p.33).

Para uma das depoentes, o cuidado está representado por uma relação mais próxima, na qual não houve atitudes preconceituosas, que fizessem com que ela se sentisse uma pessoa repugnante:

Eu acho que elas cuidaram bem. Fui bem atendida. Por que teve uma enfermeira mesmo que vinha, pegava na minha filha, ela mesmo dava o remédio, dava o leite, assim, sem nojo, sabe? sem preconceito, pegava em mim, e teve outras pessoas que não, que não era assim, só fazia colocar as coisas lá em cima da cama mesmo, pra dar banho (Patrícia).

Frente à mulher com resultado positivo para HIV, contraditoriamente, apesar do conhecimento científico do qual dispõem, alguns profissionais reproduzem os estigmas criados em relação à doença, levando à culpabilização das pessoas, como aconteceu com Josefa:

Depois que a moça que veio e colheu ela foi buscar o resultado, a mesma que me atendeu. Ela perguntou: -Você não tem nada pra me dizer não? Eu disse: -Não, se eu não sabia de nada... Eu disse: -Não. Ela disse: -Tem certeza? Eu disse: -Tenho. Ela falou assim: -Seu teste deu positivo. Ai ela disse: -Você não tem nada mesmo pra me dizer? Eu disse: -Não. Se eu não sabia o que era que ela tava me perguntando... Ai ela falou: -Seu teste deu

positivo. Eu disse: -Tá bom. Não posso fazer nada. Não fiquei com medo, não. Quem acredita que vai estar com essa doença? Ninguém acredita (Josefa).

Nesse discurso fica claro que a mulher procura adiar o enfrentamento da dor e da possibilidade de contaminação pelo mecanismo de negação. Esse mecanismo é confirmado não só pelo adiamento, mas também quando diz: *Quem acredita que vai tá com essa doença? Ninguém acredita.*

Outra fala demonstra que essa idéia é reforçada pela própria profissional, que utiliza termos equivocados para se referir ao caráter não definitivo do teste ou à possibilidade de um resultado falso positivo, o que resulta em maior dificuldade de entendimento do significado real do exame e da sua importância:

Ela [assistente social] me falou que esses testes é rápido, que pode... que pode dar errado, e que não era pra eu ficar preocupada, que não era pra eu ter nenhuma reação e que ia fazer... mandar fazer outros testes pra poder confirmar. Ah, eu fiquei muito nervosa, fiquei muito nervosa e um pouco despreocupada, assim, porque eu... ah... nunca imaginaria, né? , eu até fiquei um pouco despreocupada, assim, mas assim, eu fiquei muito nervosa (Michele).

A *despreocupação* referida por Michele está relacionada à falta de percepção de vulnerabilidade. Uma vez que possuía parceiro único e já tinha feito uma sorologia negativa no pré-natal, ela acreditava estar protegida da doença. Além disso, amparada no saber profissional e na recomendação explícita para não reagir e não ficar preocupada, a mulher é surpreendida e impactada pela informação de estar contaminada, o que é minimizado pela provisoriedade do resultado, gerando sentimentos ambivalentes. A orientação dos profissionais para as mulheres não se desesperarem é freqüente, pois eles temem justamente não saber lidar com o impacto emocional da mulher, o que é visto em outra fala:

Ele falou que eu tava com um probleminha e eu precisava procurar o médico mas não era pra eu ficar desesperada que tinha jeito, entendeu? (Paula).

A orientação de não se desesperar passa pela representação da doença para o (a) profissional e pelo conhecimento da real dimensão que tem o problema e das repercussões que trará para vida de uma pessoa. Os (As) profissionais abordam o problema de maneira a proteger a mulher de reações emocionais que provoquem sofrimento naquele momento, já que

existe possibilidade do resultado final ser negativo. Por outro lado, informar que *tem jeito* denota fuga do (a) profissional, postergando o enfrentamento até a confirmação do resultado, utilizando-se, para tanto, de informações distorcidas.

O despreparo profissional para lidar com o problema expresso é também constatado a seguir:

Eu entrei pra ser atendida em trabalho de parto e de repente veio o rapaz de roupão azul e tirou meu sangue, aí depois ele veio e fez um sinal pro médico e a outra moça (parturiente) perguntou: -Sou eu que tô doente? Aí eles conversaram comigo e falaram que era um teste rápido, aí eu ia chorar, mas quando eles falaram que o outro podia dar negativo, eu orava e pedia a Deus consolo e percebi que não podia me desesperar porque eu poderia ficar pior (Patrícia).

É, os cuidados eles deram, eu só não gostei de ter dado, quando eu tava na maternidade tinha umas pessoas, a menina tava deitada e a outra e a outra do lado e eu. Aí de repente a moça perguntou se eu sabia do resultado, que eu tava contaminada pelo HIV, há quanto tempo aí eu fiquei assim, abalada, porque eu não sabia de nada disso [...]. Primeiro me falou isso na presença da menina que tava lá aí eu fiquei abalada... Porque se ela chegasse assim, pra mim, né? E aí me explicasse o resultado na hora que eu perguntei do exame, mas não, ela chegou assim ali na sala mesmo e disse isso, que eu tava contaminada se eu sabia há quanto tempo, assim mesmo. Porque qual era a obrigação dela, era chegar pra mim e me falar, olha, dona [...] deu isso no seu exame, mas eu nem sabia de nada do que tinha dado no exame nem nada. Nem me explicaram que não podia amamentar (Nega).

A dificuldade de abordar o problema e estabelecer uma relação de diálogo leva a uma atitude antiética e preconceituosa, tornando a situação ainda mais delicada e de difícil enfrentamento para a mulher, o que se acentua pela falta de aconselhamento anterior, uma vez que pode ser um facilitador de manejo do problema. Esses discursos evidenciam também o descumprimento do princípio da ética profissional.

No discurso de Patrícia, percebe-se a utilização de linguagem não-verbal pelos profissionais para sinalizar uma situação de perigo, o que acabou desencadeando o medo da infecção em uma outra parturiente. Na fala de Nega é evidenciada a contradição entre ter sido cuidada e não ter sido respeitada a sua privacidade por ocasião da comunicação do resultado, bem como a negligência profissional em não orientar sobre a suspensão da amamentação como forma de evitar a infecção para a criança, o que constitui uma violação do direito da mulher à informação e à proteção do (a) filho (a). Além disso, fere um direito constitucional de preservação da intimidade, conforme Artigo 5º da Constituição Federal que diz em seu parágrafo X: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas,

assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente da sua violação” (BRASIL, 2001, p.07).

Para Cecílio (1999), o poder está inevitavelmente presente no contexto das organizações, levando constantemente a relações de tensão e conflito, como é o caso do ambiente hospitalar. Assim, existem situações de convívio, dentro da mesma instituição, de atitudes discriminatórias com o bom cuidado, o que fica evidenciado em dois discursos de uma mesma mulher:

Ah, o pessoal ia direto lá conversar comigo, direto ela me explicava o resultado, direto ela ia lá conversar comigo... Aí as enfermeiras iam, conversavam comigo também...Acho que elas explicaram tudo direitinho (Michele).

Teve umas enfermeiras que algumas eram ignorante, uma mesmo xingou até meu filho, falou, porque ele tava chorando, eu não podia dar mama, aí ela mandava 60 ml de 3 em 3 horas, aí o menino começou a chorar, era umas duas horas da manhã. Aí ela chegou na sala com um negócio de soro: - Que menino chato, viu! Assim mesmo. Aí pegou e mandou eu dar um pouquinho de soro a ela pra poder sustentar até o leite, até a hora do leite. Aí eu não falei nada a ela, fiquei quieta, só parada, assim. Ela era muito ignorante, porque foi meu primeiro filho, eu não sabia dar banho direito... Aí ela já chegou já botando assim as coisinhas dele em cima da cama pra eu dar banho, eu falei: - Ah, moça, eu não sei dar banho não, ela: -É seu primeiro filho, é? Eu falei: -É. Ela:- Eu vou dar banho só hoje porque amanhã é você que vai dar. Assim mesmo (Michele).

O despreparo para comunicar o diagnóstico leva também os (as) profissionais, em algumas situações, a ir em busca de alguém da família com quem possam compartilhar a notícia, o que ocorreu com uma outra entrevistada:

Quando eu cheguei lá no hospital [interior] a médica falou: -Vamos fazer o teste rápido porque você não completou todos os exames. Eu fui e fiz o exame... Aí demorou um bom tempo. Eu perguntei: Ah, não vou ficar aqui não? Ela falou: você vai ser transferida para Feira. Aí eu disse: Por que eu não vou ter aqui? Aí ela disse: É porque você tá com anemia. A médica explicou a minha mãe qual era o problema e eu não sabia de nada. Disseram que eu não podia fazer o parto lá porque tava com anemia (Cláudia).

Antes mesmo que Cláudia tivesse conhecimento do resultado do exame, o (a) profissional e a familiar entram em acordo, decidindo por não falar a verdade sobre o exame, substituindo a informação verdadeira por um diagnóstico mais comum, de modo que a mulher pudesse aceitar sem questionamento, sem choque. O modo como o profissional comunicou o

resultado primeiro à mãe e depois à parturiente, embora possa indicar uma atitude de proteção à mulher, o afasta do enfrentamento do problema como parte do processo de cuidado.

Além disso, contraria princípios éticos e fere a autonomia da mulher sobre a sua vida. O artigo 154 do Código Penal prevê como crime de sigilo profissional a atitude de “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem (BRASIL, 2006e)”. O código de ética médica no artigo 102 determina que “é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa ou dever legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006)”. A violação do sigilo profissional só pode ocorrer em casos de justa causa, dever legal e autorização do paciente. Caso contrário, constitui crime, viola a ética profissional e gera direito à indenização pelos danos causados (BRASIL, 2006a).

O trabalho de parto é visto tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais como um momento de dor e fragilidade emocional, não sendo propício para se abordar assuntos como vulnerabilidade ao HIV/aids, pois nem sempre a mulher consegue absorver essas informações. Os obstáculos à abordagem profissional sobre a positividade para HIV, no momento do trabalho de parto fica expresso nos seguintes depoimentos:

Depois que eu vim acordar. Por que na hora eu tava encaminhando pro parto, né? eu não tive tempo nem de pensar na maternidade. Depois que eu cheguei em casa é que eu senti que é uma doença maldita (Amanda).

Foi muito difícil, porque vinha as dores, vinha forte, não tinha médico de junto...Tinha algumas enfermeiras, mas os médicos vinham examinar. Eu cheguei lá com dor, gemendo. Aí depois que eu tive nenê ele veio e disse que tinha feito um exame lá e que tinha dado HIV, mas que não tinha certeza. Ele tirou o sangue e não explicou porque na hora eu fiquei muito fraca, aí depois é que me explicaram. Eu acho que eu não ia entender, porque eu tava muito nervosa, tava com muita dor(Jucilene).

A não ser eu não saber do exame, o resto foi tudo bem. Eu achei bom, porque você já tá com dor, já tá toda agoniada, você saber que tá com uma doença dessa, você fica sem ação, é um choque pra pessoa (Cláudia).

Não, eu fui transferida [para outra maternidade], foi tudo tão rápido... Veio a dor e foi tudo muito rápido [período expulsivo] e eu acho que não deu tempo de pedir exame nenhum, e ele nasceu com oito meses (Nice).

Vê-se nesses depoimentos que o trabalho de parto pode criar dificuldades para se estabelecer um diálogo ou para dar informações que possam ser compreendidas pelas mulheres, tendo em vista esse desencadear demandas de ordem biológica, emocional, e a

depende do período do trabalho de parto em que a mulher chegue à maternidade, os (as) profissionais precisam definir prioridades na atenção. Fica claro nos discursos dessas mulheres que a experiência do trabalho de parto se sobrepõe a qualquer outro evento que cause impacto sobre a sua saúde, fazendo com que seja necessário um espaço de tempo maior para processar a informação e apreender o significado do exame, como foi dito por Amanda.

Conforme Israel (2002), a evidente condição de vulnerabilidade das mulheres durante o trabalho de parto reduz a possibilidade de exercerem sua autonomia, já que os (as) profissionais utilizam como justificativa para o não aconselhamento a fragilidade emocional das mulheres nesse momento. Além disso, temem lhes facultar o direito de escolha, evitando assim a possibilidade de recusa à realização do teste por parte das mulheres. Essa atitude poderia levar ao risco de contaminação do feto, a qual se revelou ser o foco das intervenções profissionais.

Nessas situações, deve-se aproveitar os momentos pós-parto para retomar o aconselhamento sobre a realização do teste.

O discurso de Cláudia é ambíguo e possível diante da situação que ao mesmo tempo em que a obriga a encarar a realidade, impele-a a afastar-se dela, porque representa uma sobrecarga emocional. Assim, mentaliza e seleciona para o primeiro enfrentamento tudo o que envolve o trabalho de parto e a energia é a ele direcionada, para o que colabora a dor física e as demandas próprias desse momento.

Uma das mulheres entrevistadas evidenciou em seu discurso uma preocupação e critérios profissionais para comunicar o resultado, como se vê na seguinte fala:

Ela primeiro perguntou se eu tinha feito o pré-natal e se tinha feito os exames, aí eu falei que tinha dado todos negativos. Aí ela me perguntou se eu tinha feito o de HIV, eu disse que tinha, aí ela perguntou aonde, eu falei, aí ela pediu pra pegar o exame com minha mãe que tava em casa, aí ela viu e confirmou que tinha dado negativo. Aí ela falou do resultado do HIV. Na hora eu fiquei parada, assim (Michele).

Esta profissional considerou o impacto emocional que a notícia pode trazer para a mulher, uma vez que conhece os desdobramentos que a contaminação e, no caso específico, a transmissão vertical provocam na vida das pessoas; como também devido à representação que os (as) próprios profissionais têm da doença como estigmatizante. Ao contrário das mulheres que trazem o saber do senso comum, os profissionais têm as informações técnicas sobre a doença, o que objetivamente traduz as repercussões que este agravo tem na vida das pessoas.

Alguns autores destacam a dificuldade dos (das) profissionais de atuarem nos espaços de cuidado sob a ótica da integralidade, o que decorre do reducionismo da complexidade dos sujeitos e a falta da interpretação de quais são suas necessidades de saúde e de como apoiá-las (MANDÚ, 2004), bem como da dificuldade de mudança das posturas profissionais no sentido de traduzirem o conceito de integralidade em novas práticas (PINHEIRO, GUIZARDI, 2004).

De acordo com Pires (2005), os profissionais lançam mão de artifícios sutis para a manutenção do seu saber-poder, a exemplo da demonstração de disponibilidade para a ajuda e de apelos morais. Assim, se alguém está ajudando o outro, seja através do conhecimento científico ou de atitudes de benfeitoria, ninguém ousará desconfiar desse profissional. A autora refere-se à politicidade do cuidado como instrumento necessário à ruptura das relações de poder e à construção de relações mais democráticas e emancipatórias, nas quais as pessoas possam se tornar sujeitos do cuidado e exercer sua autonomia.

Segundo Coelho (2001), que pesquisou determinantes de gênero que permeiam as relações entre profissionais e mulheres em um serviço de atenção básica, a necessidade das mulheres de serem atendidas e a carência material que comumente as acompanha gera constrangimentos e por não terem a noção da saúde como direito, se submetem sem questionar a qualquer tipo de assistência, inclusive a relações autoritárias que influenciam negativamente na construção da cidadania das mulheres. Esse tipo de relação gera formas de violência moral ou psicológica, baseadas em mecanismos de dominação, que reproduzem as diferenças de gênero e classe presentes em outras relações sociais, o que deixa as mulheres ainda mais distantes de construir empoderamento.

Portanto, a relação autoritária entre profissionais e as mulheres usuárias do serviço, orientada pelo modelo biomédico, no qual os (as) profissionais detêm o saber e o poder sobre o corpo e sobre o processo saúde-doença das pessoas dificulta o estabelecimento de vínculo e de uma relação de confiança entre a mulher e quem cuida.

No tocante ao cuidado das mulheres com teste rápido positivo para o HIV, esse se distancia da integralidade, sustentando-se em um modelo que fragmenta e coisifica pessoas em circunstâncias de vida cujas possibilidades de enfrentamento dos poderes instituídos encontram-se comprometidas por questões de classe, de gênero e pelas especificidades bio-psico-sociais do puerpério. O estudo mostra que um teste rápido positivo para HIV tem repercussões profundas na vida de uma mulher, fragilizando-a e produzindo uma demanda específica de atenção, mas as mulheres são negadas em sua singularidade e o cuidado se descaracteriza enquanto potencializador de subjetividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, observou-se que as mulheres vivenciam a experiência do teste rápido de maneira diversificada, de acordo como cada uma se percebe diante da vida. Para algumas mulheres, o resultado do exame não representou nenhuma mudança na vida prática. Outras demonstram ansiedade decorrente da expectativa pelo resultado final e da dificuldade de entendimento do diagnóstico, uma vez que este é comprovado apenas por um exame laboratorial, não havendo sintomas físicos que evidenciem concretamente a doença. Essas reações são também influenciadas por falsas cognições e representações socialmente construídas em torno do HIV/aids, além do contexto social em que as mulheres vivem e do que a gravidez e a maternidade representam para cada uma delas.

As mulheres participantes do estudo demonstraram que o cuidado para elas está diretamente relacionado à experiência do parto e da maternidade, as quais são tão marcantes e significativas que terminam por se sobrepor a qualquer outro evento, inclusive ao da testagem anti-HIV. Além disso, as mulheres não conhecem seus direitos e não dispõem de instrumentos para refletir sobre que tipo de cuidado está lhes sendo prestado.

O cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV vem sendo orientado pelo modelo de atenção hegemônico, técnico, biologicista, fragmentário, em que predominam os procedimentos destinados a impedir a transmissão vertical do HIV, sendo negadas outras demandas das mulheres nesse processo. Os profissionais, por sua vez, apresentam dificuldades em lidar com a aids como possibilidade concreta na vida das usuárias dos serviços, e também nas suas vidas, uma vez que é uma doença que atinge a toda a população. Assim, não realizam aconselhamento e defendem-se mascarando a importância do exame, ao mesmo tempo em que se sentem cumpridores da sua obrigação, ao solicitar e garantir sua realização. Evitam, assim, entrar em contato com as múltiplas demandas emocionais que a positividade do teste pode trazer, além da fragilidade emocional que já existe durante o trabalho de parto e puerpério.

Esta fragilidade emocional e o tempo curto disponível no trabalho de parto poderiam justificar a falta do aconselhamento, não fosse a comprovação de que, mesmo em momentos anteriores ou subsequentes à testagem, que poderiam ser mais propícios, como o pré-natal e o puerpério, o aconselhamento também não aconteceu. Ou seja, a testagem anti-HIV, utilizada cotidianamente, acaba sendo incorporada como algo da rotina, fazendo com que se perca, aos poucos, a especificidade do exame, bem como a importância de realização do aconselhamento.

A perda da oportunidade, em cada um desses momentos, de se realizar o aconselhamento e de introduzir a questão da vulnerabilidade na atenção às mulheres, fere a sua autonomia e o seu direito de escolha, dificultando a capacidade de reflexão que poderia torná-las sujeito do cuidado, o que vai de encontro ao princípio da integralidade e às recomendações do Ministério da Saúde de se realizar aconselhamento pré e pós-teste, independentemente do resultado do exame e promover orientações de prevenção à infecção, mesmo em caso de resultados negativos.

Uma vez que não existe aconselhamento, ou mesmo informação sobre o exame, as mulheres não vivem a expectativa pelo resultado. Porém, um resultado positivo obriga os profissionais a romperem o seu silêncio e falar sobre a doença, mas o fazem distanciando-se de discutir o problema junto com as mulheres. A partir desse momento, é preciso instituir as medidas profiláticas para impedir a transmissão da mãe para o (a) filho (a), tornando-se impossível continuar mantendo a mulher de fora desse processo, que diz respeito ao seu próprio corpo, à sua própria saúde e de seu (a) filho (a). Porém, os (as) profissionais falam sobre o problema de maneira superficial e transferem a responsabilidade para os profissionais do C. T. A., limitando-se a cumprir os protocolos e distanciando-se das demandas das mulheres resultantes do resultado positivo.

A supervalorização da maternidade, nos seus aspectos biológicos e sociais, faz com que a proteção da criança adquira prioridade e se sobreponha às necessidades das mulheres diante de um resultado positivo para HIV, como uma pessoa que também demanda atenção e cuidados. Por estarem acostumados (as) a lidar com a patologia física, a deficiência, a lesão, os (as) profissionais, orientados(as) para tratamentos segundo quadros clínicos não têm em mãos os instrumentos para abordar essas mulheres, que não se enquadram em nenhuma dessas categorias. Dessa maneira, não conseguem reconhecer a singularidade das mulheres e permanecem direcionando o cuidado para abordagens técnicas, cumprindo apenas os fluxogramas de atendimento pré-estabelecidos.

Sendo a vulnerabilidade ao HIV/aids permeada por aspectos subjetivos, como crenças, valores, representações e tabus morais, o cuidado que vem sendo prestado a essas mulheres não contribui para aumentar o seu nível conhecimento sobre a doença e nem para diminuir sua vulnerabilidade.

A provisoriedade do resultado traz conforto tanto para as mulheres quanto para os (as) profissionais. O caráter não definitivo do exame, somado a orientações equivocadas por parte dos (as) profissionais e à falta da percepção de vulnerabilidade por sua parte e das mulheres, permite que elas permaneçam no espaço da normalidade e retardem o enfrentamento da

infecção como possibilidade concreta. Paradoxalmente, vivem a ansiedade pelo diagnóstico final, gerada pela representação de que HIV é igual a aids e que um resultado positivo implica uma sentença de morte.

A falta de percepção de vulnerabilidade somada aos estigmas e estereótipos construídos em torno da doença fazem com que algumas mulheres tenham mais dificuldade de expressar objetivamente como vivenciam o processo e evitem falar sobre assunto para não admitirem a possibilidade da confirmação da infecção. A negação funciona como mecanismo de defesa da mulher, tanto para não ver ameaçados seus projetos de vida, quanto para não colocar em questão os valores que estruturam a construção da sua identidade de gênero, em que predomina um modelo de mulher socialmente aceito segundo códigos morais pré-estabelecidos que regulam o exercício da sexualidade e definem a maternidade como sua principal função e espaço de realização social.

A prática profissional vem se distanciando da integralidade, uma vez que não leva em consideração a dimensão subjetiva e o contexto social na qual as mulheres estão inseridas e que influenciam a sua vulnerabilidade. Além disso, não é permitido o direito de autonomia e de liberdade de escolha.

As relações de cuidado mantêm-se distantes e superficiais, sendo norteadas pelo modelo biomédico, que é reducionista, tecnicista e fragmentário, na qual predominam mecanismos de dominação estruturados pelo saber/poder científico. Falta suporte social e emocional por parte dos serviços. A mecanização dos profissionais, acentuada pela incorporação crescente de tecnologia e de rotinas institucionais rígidas, dificulta a reflexão sobre suas próprias práticas, bem como a incorporação da perspectiva de gênero e vulnerabilidade, deixando lacunas na atenção a mulheres e dificultando a construção de um cuidado integral, que atenda às demandas das usuárias nas suas especificidades.

Nesse sentido, o controle do HIV/aids precisa ganhar importância na esfera da prevenção e não só mediante resultados positivos. A incorporação da perspectiva da integralidade nas ações de saúde exige uma reflexão que deve começar pelos próprios profissionais, que estão na ponta da assistência, a fim de se promover uma apreensão ampliada das necessidades das usuárias dos serviços, como cidadãs que têm direito a uma assistência digna e eficaz. Uma vez que a demanda é construída socialmente a partir da vivência dos sujeitos, só será possível atendê-las integralmente por meio da incorporação, às ações de cuidado, de outras dimensões da vida das pessoas, incluindo também outros mecanismos de avaliação, detecção e solução de problemas, valorizando as experiências pessoais.

A falta de acesso aos serviços de saúde, a exemplo do pré-natal de qualidade com a realização de todos os exames recomendados nesse período, é uma das principais razões que leva as mulheres a terem a entrada na maternidade com a única ou última oportunidade de testagem para HIV, passando pelo constrangimento de receberem um teste positivo no período do trabalho de parto, o qual é apontado tanto por mulheres quanto por profissionais, como momento não propício para orientações complexas. Considerando a alta vulnerabilidade desse grupo populacional, é necessário desenvolver ações contínuas de prevenção das IST/aids não apenas no planejamento familiar ou no pré-natal, quando as mulheres já estão grávidas; mas em todos os momentos de contato com os serviços de saúde, como já recomendava o PAISM.

Ainda quando for imprescindível a realização do teste rápido no trabalho de parto, que se torne possível conjugar as demandas de proteção da criança com as demandas das mulheres, implementando não só a profilaxia da transmissão vertical, mas garantindo a liberdade de escolha como direto reprodutivo, como também a informação, o acolhimento, o vínculo, o respeito dos seus direitos como cidadãs e proporcionando o tempo necessário para que a mulher apreenda o real significado do exame, evitando falsas idéias a seu respeito e maior dificuldade de lidar com o problema.

Tudo isso exige maior sensibilidade dos (as) profissionais, bem como uma reflexão constante acerca da efetividade das suas práticas em relação às soluções que as usuárias procuram para resolver seus problemas de saúde. Cabe também aos órgãos de gestão e coordenação das políticas públicas promover a capacitação dos (as) profissionais para lidarem com a temática da sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids. Quanto aos (às) profissionais em formação, é imprescindível a incorporação da perspectiva da integralidade, a fim de que estejam mais preparados (as) para lidar com a complexidade do processo saúde-doença e do HIV/aids, tornando suas ações mais efetivas, e incorporando a prevenção como a dimensão mais importante, uma vez que a doença ainda não tem cura.

No tocante à enfermagem, é preciso que os (as) profissionais se insiram em atividades que ampliem sua capacidade de escuta e de problematização da realidade, fornecendo subsídios para práticas mais reflexivas e resolutivas, vislumbrando a consolidação da perspectiva da integralidade do cuidado. Particularmente na enfermagem, em que o cuidado se concretiza como objeto de trabalho, este deve ser ressignificado de modo a construir possibilidades de abordagem profissional que valorizem a mulher na sua multidimensionalidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mariza Silva de. **Assistência de Enfermagem à mulher no período puerperal**: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. 2005. 168 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ALVES, Rozilda Neves et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, supl, ago. 2002.
- ANTUNES, Maria Cristina et al. Diferenças na prevenção de aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, supl. ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 20 out. 2004.
- ARAÚJO, Carla L. França. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem Araújo (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p.145-168.
- AYRES, José Ricardo de C.M. **Risco e vulnerabilidade do adolescente para o HIV/Aids, 2004**. Disponível em: <[http://www.imediata.com/infoaids/tubos de ensaio/vulnerabilidade.ppt#275, 17, Colaboradores](http://www.imediata.com/infoaids/tubos%20de%20ensaio/vulnerabilidade.ppt#275,17,Colaboradores)>. Acesso em: 15 jul. 2005.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 61, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 07/05/06.
- _____. Hermenêutica e humanização das praticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 07/05/06.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. 8. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Centro de Referência Estadual de DST/Aids. **Manual para interrupção da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita no estado da Bahia**. Salvador, 2003.
- _____. Centro de Testagem e Aconselhamento. **Aconselhamento na prevenção de DST/HIV/aids**. Salvador, 2006a.
- _____. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS (Bahia). **Investigação de aids-criança-SINANW** (rede DICS). Frequência por faixa etária segundo município de residência-BA. Dados computados de 1994 a janeiro de 2006. Salvador, 2006b.
- _____. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS (Bahia). **Investigação gestantes HIV positivas e crianças expostas- SINANW**. Frequência por faixa etária segundo município de residência-BA. Dados computados de 2004 a janeiro de 2006. Salvador, 2006c.

_____. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS (Bahia). **Investigação gestantes HIV positivas e crianças expostas- SINANW**. Frequência por ano de diagnóstico segundo município de residência-BA. Dados computados de 2004 a janeiro de 2006. Salvador, 2006d.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999. p.180-197.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. A trajetória feminina da aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.17-32.

BARBOSA, Regina Maria. Feminismo e aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane (Orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: Bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Conselho Nacional de Saúde - **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.Bioética.ufrgs.br/res19696.htm#conf> >. Acesso em: 08 ago. 2006.

_____. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)**. 3. ed. Brasília, 1999.

_____. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Cartilha para gestores e técnicos. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em: 04 dez. 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria Executiva. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003a.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria Executiva. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília, 2003b.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico aids**. Brasília, DF, Ano XVIII, n.1, 01ª a 26ª semanas epidemiológicas. jan./jun. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e aids. **Protocolo Integrado em HIV/aids e sífilis**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Exames de HIV e aids**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 15 out. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Brasília. **Aprenda sobre HIV e aids**: tipos de exames, diagnóstico e acompanhamento. 2006 Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 out. 2006c.

_____. **Portaria Nº 675/GM de 30 de março de 2006**. Aprova carta dos direitos dos usuários da saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania de saúde em todo o país. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 out. 2006d.

_____. Ministério da Justiça. **Código Penal**. Brasília, 2006. Disponível em: <www.edutec.net/leis/gerais/cpb.htm>. Acesso em: 15.10.2006e.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRITO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides Ayres; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista Sócio-Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.34, n.2, mar./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 20 out. 2004.

CAMARGO JR., Keneth Rochel. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p.35-43.

CAMPOS, Regina Célia Pereira. Aids: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: HOLANDA, Heloísa Buarque; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). **Horizontes Plurais e novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Ed. 34, 1998. p.87-109.

CARVALHO, Rui Lara et al. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.4, p. 325-328, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 05/10/05.

CECIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob a ótica da integralidade. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECÍLIO, Luis C. de Oliveira. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 03/12/06.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B; CAVALCANTI, M.L.V.C; HEILBRON, M. L. (Colab.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p 23-62.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres:** conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001. 171 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **Integralidade no cuidado à saúde da mulher:** limites e possibilidades na atenção básica. Salvador, 2005. Mimeografado.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. Identificação da prática de cuidados com a mulher. In: COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria L. B. Abecasis. Indústrias Gráficas Damaia, 1989.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MECINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <www.portalmedico.org.br> Acesso em: 15 out. 2006.

COSTA, Carla; LIMA, Maria Luísa. O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à Sida. **Psicologia**, v.XII, n.1, p.41-62. 1998.

COSTA, Ana Maria. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher-PAISM. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza, 2003.p.82-101.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista Saúde Pública**, n. 40 (Supl), p. 9-17, 2006.

DUARTE, Geraldo et al. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 15 set. 2005.

FELICIANO, Kátia Virgínia de O; KOVACS, Maria Helena. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. **Revista Brasileira Saúde Materno-infantil**, Recife, v.3, n.4, out./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 03 jul. 2005.

FERNANDES, Arlete M. dos Santos et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.16 (supl.1), p. 103-112, 2000.

FIORIN, José Luís. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática, 2003.
FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/aids. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o**

silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996. p.89-113.

GONÇALVES, Erli Helena; VARANDAS, Renata. O papel da mídia na prevenção do HIV/aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 03 jul. 2005.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 (supl.2), p.331-336, 2004.

ISRAEL, Gisele Raquel. **Como é que eu vou dizer pra gestante?** Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da bioética. 2002. 52fl. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

KNAUTH, Daniela Riva. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidade e poder. São Paulo: IMS/UERJ; ed. 34, 1999. p. 122-135.

KOIFMAN, Lillian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fiocruz.gov.br>>. Acesso em: 03 dez. 2006.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana M. Cavalcanti. **Promoção de Saúde:** a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LIMA, Maria Luísa. Terramotos amor e outras coisa perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. In: LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula; GARRIDO, Margarida. **Temas e debates em psicologia social.** Lisboa: Livros Horizonte, 2003. p.225-245.

LOPES, Rita de C. Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 01/02/07.

LUNA, Maria E. Peixoto; GROSSEMANN, Suely; COELHO, Alcides Rabelo. Princípios do SUS sob a perspectiva de gênero: a integralidade na visão do controle social. In: COELHO, Elza B. S.; CALVO, Maria C. M.; CASTILHOS, Clair (Orgs.). **Saúde da Mulher:** um desafio em construção. Florianópolis: UFSC, 2006. p. 27-65.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Pinheiro

(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2003. p.45-59.

_____. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2004. p.119-132.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, Luís Carlos (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, Karla C. Corrêa; BARROSO, Maria G. Teixeira. Mulheres e homens enfrentando a infecção pelo HIV/aids. In: BARROSO, Maria G. Teixeira; VIEIRA, Neila F. Cunha; VARELA, Zulene M. de Vasconcelos (Orgs.). **Saúde da família: abordagem multirreferencial em pesquisa**. Sobral: edições UVA, 2002. p.197-215.

OLIVEIRA, Pedro Paulo de. Discursos sobre a masculinidade. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, 1998.

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para HIV**. 2000. 170 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAIVA, Vera et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cadernos Mujer Salud 3**, Red de Salud de las Mujeres Americanas y Del Caribe, p.34-38, 1998.

PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **“Ser mãe” e “estar com aids”**: o revivescimento do pecado original. 1997. 68fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **A (re) invenção da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV**. 2001. 129fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2001.

_____; GUIZARDI, Francini Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2004. p.20-36.

PINHEIRO, Patrícia N. da Costa et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/aids. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 569-75, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 05/08/06.

PIRES, Maria Raquel G. Maia. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia dos sujeitos no âmbito dos programas de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 5 (supl 1), p.571-581, dez. 2005.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROSWKA, Michel. Assistência aos pacientes com HIV/aids no Brasil. **Revista Saúde Pública**, n. 40 (supl), p. 70-9, 2006.

PRAÇA, Neide de Souza; GUALDA, Dulce M. Rosa: Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. **Revista Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 18/10/04.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria A. D da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34. jan./fev. 2003.

REMOR, Eduardo Augusto. Abordagem psicológica da aids através do enfoque cognitivo-comportamental. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.12, n.1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 03/12/06.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. As estratégias de controle feminino como resultado do papel e da posição da mulher na sociedade. In: _____. **Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p.126-150.

SADALA, Maria L. Araújo. Autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem. **Revista Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.111-117, jan. 1996.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Columbia University Press, 1989.

SEIDL, Eliane M. Fleury. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SERRUYA, Suzane Jacob; LAGO, Tânia de Giacomio do; CECATTI, José Guilherme. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.7, p. 517-525, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> . Acesso em: 30/12/06.

SHECHETER, Mauro; MARANGONI, Denise Vantil. **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SILVA, Alcione Leite. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Maria J. Marques (Orgs.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, Neide E. Kurokawa e et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centre de referência para DST/Aids. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 36 (4 supl), p.108-116, 2002.

SILVA, Lucineide Santos. **Vulnerabilidade de homens e mulheres de 50 a 59 anos ao HIV/aids**. 2006. 120 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA JÚNIOR, Aloísio G. da; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia G. de M. Alves. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ Abrasco, 2005.

SILVEIRA, Mariângela F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.670-677, dez. 2002.

SONTAG, Susan. **AIDS e suas metáforas**. Tradução de Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA JÚNIOR, Paulo R. Borges de et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela-parturiente, Brasil, 2002. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 764-72, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 07/05/06.

SUICCI, R. **Protocolo multicêntrico brasileiro para avaliar as taxas de transmissão materno-infantil do HIV em filhos de mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o parto**. Grupo de Estudo da Transmissão Vertical do HIV da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2002-2004. Dados preliminares.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, Joana Finkelstein; PETRACCO, Milene Mabilde. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Revista Cogito**, Salvador, v. 6, 2004.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.67-78.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**. O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

_____. **O cuidado na saúde:** a relação entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

APÊNDICE A - Instrumento de produção dos dados

Nome (fictício) _____

Idade: _____ Cor: _____

Estado Civil: _____ Ocupação: _____

Escolaridade: _____

Número de Gestações _____ Nº de partos _____

Abortos _____ Nº de filhos(as) vivos (as): _____

Idade dos (as) filhos (as) _____

Tipo de parto: () vaginal () cesárea fórceps ()

Fez pré-natal na gravidez atual? () Sim () Não

Se sim, quantas consultas? _____

Se não, por quê?

Qual o profissional que cuidou de você no pré-natal?

Fez sorologia para HIV no pré-natal? () Sim () Não

1) Se sim, como foi a experiência?

2) Houve esclarecimentos sobre a realização do teste? Quem falou sobre o teste? O que foi dito?

3) Apresentou o resultado do exame no momento da internação na maternidade?

4) Se não, Por quê?

5) Qual o (a) profissional que lhe ofereceu o teste rápido no momento do trabalho de parto?

6) Como você se sentiu ao ser-lhe oferecido o teste?

7) Qual o (a) profissional que comunicou o resultado?

8) Como o (a) profissional lhe comunicou o resultado? O que ele falou para você?

9) Qual foi sua reação ao receber o resultado do exame? Que sentimentos surgiram?

10) Como foram seus dias do recebimento do resultado do exame até a alta?

11) Em relação aos profissionais da maternidade, como você descreveria o cuidado que recebeu?

12) Que cuidados você acha que poderiam ser dados a você?

13) O que mudou na sua vida após receber o resultado do exame?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Estudo: O cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV

Meu nome é Ana Jaqueline Santiago Carneiro, sou aluna do curso de mestrado da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título O cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV. O estudo tem como objetivos: identificar as necessidades de cuidado apresentadas por mulheres que vivenciaram a experiência do teste rápido para HIV realizado durante o trabalho de parto e analisar o cuidado profissional a mulheres que tomaram conhecimento do teste positivo durante o trabalho de parto ou puerpério. Sua contribuição como mulher que já vivenciou esta experiência é muito importante para o êxito do trabalho e solicito sua participação no estudo. Durante a pesquisa será feita entrevista. Caso aceite participar, informo que serão garantidos anonimato e sigilo sobre as informações obtidas por mim. Sua participação é livre e caso aceite participar do estudo peço sua autorização para gravar seu depoimento, registrar dados observados e posteriormente divulgar o trabalho em eventos científicos.

Atenciosamente,

Pesquisadora: _____

Após tomar conhecimento dos objetivos e aplicação dos resultados da pesquisa intitulada “O cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV”, cuja autora é a enfermeira Ana Jaqueline Santiago Carneiro, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e ter a garantia da autora de manter o sigilo quanto a minha identificação pessoal e familiar e o tratamento coletivo das informações por mim prestadas, consinto que as observações das consultas e da minha entrevista seja utilizada na referida pesquisa.

Atenciosamente

ASSINATURA DA ENTREVISTADA

Salvador, ____ de _____ de 2006

ANEXO A - Portaria nº 993/GM Em 4 de setembro de 2000.

Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 44 do Decreto nº 79.321, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no item I do art. 8º desse mesmo diploma, resolve:

Art. 1.º Para os efeitos da aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e de sua regulamentação, constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças e os agravos a seguir relacionados:

- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doenças de Chagas (casos agudos)
- Doenças Meningocócica e outras Meningites
- Febre Amarela
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hantavirose
- Hepatite B
- Hepatite C
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- Leishmaniose Visceral
- Leptospirose
- Malária (em área não endêmica)
- Meningite por *Haemophilus influenzae*
- Peste
- Poliomielite
- Paralisia Flácida Aguda
- Raiva Humana
- Rubéola
- Síndrome da Rubéola Congênita
- Sarampo

- Sífilis Congênita
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Tétano
- Tuberculose

Art. 2.º Todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde/FUNASA.

Art. 3.º A definição de caso para cada doença mencionada nesta Portaria deve obedecer à padronização definida pela FUNASA.

Art. 4º O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/CENEPI/FUNASA).

Art. 5º Os gestores estaduais e os municipais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico em cada uma dessas esferas de governo.

§ 1º As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde à Fundação Nacional de Saúde.

§ 2º É vedada aos gestores municipais e aos estaduais do Sistema Único de Saúde a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.

Art. 6º Revogar a Portaria nº 1.461, publicada no DOU nº 245-E, página nº 34, Seção 1, de 22 de dezembro de 1999.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO B - Ato Portaria n.º 2104/GM Em 19 de novembro de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:

a quase totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV;

a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%;

resultados do Protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076), evidenciou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação;

outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV;

65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%;

dados preliminares relativos ao SISPRENATAL (Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento) e as estimativas do uso do AZT injetável (CN DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia;

a prevalência de sífilis em parturientes é estimada em 2%;

a taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70%;

a cobertura de realização de VDRL para sífilis no pré-natal é inferior a 10%;

a taxa de mortalidade por sífilis congênita é elevada, podendo atingir 40% dos casos;

é necessário se adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV e sífilis à maioria das mulheres, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades.

§ 1º Os objetivos gerais do Projeto ora instituído são:

I. reduzir a transmissão vertical do HIV;

II. reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita.

§ 2º Os objetivos específicos do Projeto são:

I. estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal;

II. garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;

III. garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos;

IV. testar para a sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS;

V. garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;

VI. criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;

VII. implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Art. 2º Determinar que o Projeto Nascer-Maternidades seja desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º No nível nacional, o projeto será coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

§ 2º No nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, no nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos Programas referidos no parágrafo anterior.

§ 3º O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2002.

Art. 3º Estabelecer que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades:

I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);

II. testes para sífilis (microhemaglutinação);

III. administração de inibidor de lactação (quando indicado);

IV. profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

§ 1º A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não tendo realizado esta testagem durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, sendo que o aconselhamento pré e pós teste deverá ser realizado por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 2º A execução do teste rápido para a infecção pelo HIV deverá ocorrer utilizando-se o algoritmo constante do Anexo desta Portaria, por profissionais de saúde e que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 3º A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera;

§ 4º A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 5º A aplicação das rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da sífilis congênita deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 6º A aplicação das rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Art. 4º Estabelecer que, para dar início ao desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, os seguintes insumos:

I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (testes rápido);

II. testes para sífilis (microhemaglutinação);

III. anti-retrovirais;

IV. inibidor de lactação;

V. fórmula infantil.

§ 1º A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa;

§ 2º A Secretaria Executiva, por meio da Diretoria de Programas Estratégicos em Saúde, para a implantação dos seis primeiros meses do Projeto, conforme estabelecido no caput deste artigo, realizará os procedimentos necessários à aquisição dos insumos listados nos itens I, II, “III” e V.

§ 3º A Coordenação Nacional DST/Aids se responsabilizará pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

§ 4º Findo o período definido no caput deste artigo, a totalidade das maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, desde que possuindo condições técnicas para tal, deverá realizar os procedimentos relacionados no artigo 3º, itens I, II e III, devendo, para tanto, custear essas atividades pela cobrança dos respectivos procedimentos constantes da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

§ 5º Quanto à fórmula infantil, findo o período definido no caput deste Artigo, deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias à inclusão dos testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido), testes para sífilis (microhemaglutinação) e inibidor de lactação na Tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Art. 6º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I. 10.303.0005.4368 – Atendimento à população com medicamentos e insumos estratégicos;

II. 10.302.0023.4306 – Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;

III. 10.302.0023.4307 - Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar prestado pela rede cadastrada do Sistema Único de Saúde;

IV. 10.303.0003.4327 – Diagnóstico e acompanhamento em doenças sexualmente transmissíveis – DST, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV/Aids nos laboratórios da rede pública;

V. 10.303.0003.4370 – Atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids -- e das doenças sexualmente transmissíveis (DST);

VI. 10.305.0003.3954 – Promoção de práticas seguras sobre prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST, e do vírus da imunodeficiência Humana – HIV síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

##ASS BARJAS NEGRI

ANEXO

INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV EM PARTURIENTES E PROCEDIMENTOS PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV.

Indicação: Parturiente sem Sorologia Anti-HIV no Pré-Natal

Conduta: Realização teste rápido mediante consentimento verbal da parturiente

- Hipótese 1: Teste não Reagente

Conduta: Não medicar (A);

- Hipótese 2: Teste reagente

Conduta:

1. Iniciar quimioprofilaxia conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
2. Coletar e encaminhar a amostra de sangue para esclarecimento do diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
3. Proceder a inibição mecânica da lactação logo após o parto (Enfaixamento das Mamas) e considerar a utilização do inibidor de lactação (b)

4. Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil;

Após confirmação do diagnóstico (c):

1. Inibir em definitivo a lactação. Isso pode ser conseguido, mantendo o Enfaixamento e/ou administrando-se medicamento específico (inibidor da lactação), segundo critério médico;
2. Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/ laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV;
3. Encaminhar o Recém-Nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

Notas:

(A) Investigar a Condição Clínico - Epidemiológica e, se necessário, encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico. Tentar a realização do teste rápido imediatamente após o parto com vistas a iniciar o AZT para o Recém-Nato e suspender a amamentação.

(B) mediante seu consentimento livre e esclarecido, e quando as evidências epidemiológicas apontam para a chance remota, de vir a ser esse um resultado falso positivo.

(C) Após confirmação do diagnóstico de HIV, notificar a mulher e a criança na ficha de Investigação de Gestantes / Parturientes HIV Positivas e Crianças Expostas.

ANEXO C - Portaria n.º 59/GM Em 28 de janeiro de 2003.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de definir e normatizar a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV, integrante da Rede Nacional de Laboratórios Clínicos, em conformidade com a Portaria Nº 15, de 03 de janeiro de 2002;

a necessidade de implantar um programa que tem por objetivo o controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV;

a necessidade de padronizar o conjunto de procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos, resolve:

CAPÍTULO I

Da composição e organização da sub-rede

Art. 1º A sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, será composta por todos os laboratórios, públicos e conveniados ao SUS, que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV e de antígenos do HIV, organizados hierarquicamente, de acordo com a esfera de gestão do SUS à qual pertencem.

Art. 2º Cabe à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS/MS) a responsabilidade pela coordenação nacional das atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 3º Cabe aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), ora denominados de Laboratórios de Referência Estadual (LRE), a responsabilidade pela coordenação estadual das atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, segundo a NOAS/02.

Art. 4º Cabe aos Laboratórios de Referência Municipal (LRM), a responsabilidade pela coordenação dos laboratórios locais que realizam testes sorológicos para o diagnóstico

da infecção pelo HIV, no âmbito de sua atuação e segundo a sua situação no PDR do estado.

Art. 5 ° Serão considerados Laboratórios Locais (LL), os laboratórios públicos, universitários, hospitalares, filantrópicos e conveniados ao SUS.

Art 6º As seguintes instituições são designadas como Centros Colaboradores (CC) da CN-DST/AIDS/MS:

I – Departamento de Imunologia/Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

II – Departamento de Reativos/Bio-Manguinhos/Fundação Oswaldo Cruz

III – Laboratório Avançado de Saúde Pública/IPGM/Fundação Oswaldo Cruz

IV – Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias/Escola Paulista de Medicina

V – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde//Fundação Oswaldo Cruz

VI – Seção de Sorologia/Divisão de Biologia Médica/Instituto Adolfo Lutz

Art 7º A CN-DST/AIDS/MS será assessorada por um comitê para tratar de assuntos relativos ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.

CAPÍTULO II

Das atribuições

Art. 8º Cabe à CN-DST/AIDS/MS as seguintes atribuições:

I - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, em especial os centros colaboradores e laboratórios de referência estadual;

II - Normalizar procedimentos e padronizar as técnicas de diagnóstico implementadas no País;

III – Coordenar, promover e financiar pesquisas e desenvolvimento tecnológico, de forma articulada com a área competente no Ministério da Saúde, sociedades técnico-científicas e com centros de pesquisa e desenvolvimento que atuam em áreas críticas de interesse;

IV - Promover capacitação de recursos humanos em áreas de interesse ao desenvolvimento da credibilidade e confiabilidade laboratorial em conjunto com a área de capacitação do Ministério da Saúde, em parcerias com os centros colaboradores, laboratórios integrantes da sub-rede e com centros formadores de recursos humanos com competências específicas de interesse, visando à realização e à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial;

V - Participar de intercâmbio e acordos nacionais e internacionais, visando promover a melhoria da sub-rede, e

VI – Gerenciar e disponibilizar, aos laboratórios públicos da sub-rede, o Programa de Avaliação Externa de Qualidade dos Testes para Detecção de Anticorpos anti-HIV.

Art. 9º Cabe aos CC as seguintes atribuições:

I - Assessorar a CN-DST/AIDS/MS na padronização de técnicas relativas às atividades laboratoriais;

II - Colaborar no desenvolvimento científico e tecnológico das unidades da rede, bem como na capacitação de recursos humanos;

III - Realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade para a complementação diagnóstica e para o controle da qualidade analítica;

IV - Desenvolver estudos, pesquisas e atividades de ensino de interesse da CN-DST/AIDS;

V – Assessorar tecnicamente os LRE; e

VI – colaborar com o Programa de Avaliação Externa da Qualidade dos testes para detecção de anticorpos anti-HIV, gerenciado pela CN-DST/AIDS/MS.

Art. 10. Cabe aos LRE as seguintes atribuições:

I - Designar, observada a legislação específica vigente, os laboratórios que serão integrados à rede estadual conforme o PDR do estado, definindo as atribuições dos laboratórios regionais, informando à CN-DST/AIDS;

II - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV no âmbito estadual;

III - Supervisionar e assessorar os laboratórios regionais da rede estadual e LRM;

IV– Realizar, quando pertinente ou de forma suplementar, os testes sorológicos para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria e conforme disposto no anexo II;

V – Encaminhar aos CC amostras inconclusivas para a finalização do diagnóstico, quando esgotados todos os recursos disponíveis;

VI – Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;

VII– Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;

VIII – Colocar à disposição da CN-DST/AIDS, por meio de relatórios periódicos, as informações referentes às atividades laboratoriais, e

IX – Coordenar o Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, conforme disposto no Anexo I, no âmbito de sua atuação.

Art. 11. Cabe aos LRM as seguintes atribuições:

I – Designar os laboratórios que serão integrados à rede municipal, observada a legislação específica vigente segundo a situação do município no PDR do estado, informando ao LRE;

II - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV no âmbito de sua atuação;

III - Realizar os testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria e, conforme disposto no Anexo II;

IV – Supervisionar e assessorar a rede de laboratórios locais;

V - Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios locais;

VI - Encaminhar ao LRE amostras inconclusivas, quando esgotados os recursos disponíveis; e

VII - Colocar à disposição do LRE as informações referentes às atividades laboratoriais quando solicitadas.

Art. 12. Cabe aos LL as seguintes atribuições:

I – Realizar os testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria, conforme disposto no Anexo II;

II – Encaminhar ao respectivo LRM ou, quando estes não existirem, ao LRE as amostras inconclusivas para a complementação diagnóstica; e

III – Colocar à disposição do LRM, ou LRE, as informações referentes às atividades laboratoriais, quando solicitadas.

CAPÍTULO III

Do Controle da Qualidade Analítica

Art.13. Cabe à CN-DST/AIDS/MS a responsabilidade pela coordenação nacional e estruturação do Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da

Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art 14. Cabe aos LRE a implantação e a implementação do Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art 15. Fica instituída a obrigatoriedade da participação dos laboratórios públicos e conveniados ao SUS no Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria, e sob a coordenação nacional da CN-DST/AIDS/MS.

Art 16. Determina que a área competente do Ministério da Saúde normatize os procedimentos relacionados aos testes para detecção de anticorpos anti-HIV em estabelecimentos de saúde, conforme as categorias estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

CAPÍTULO IV

Do Conjunto de Procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV

Art. 17. Fica instituído para todos os laboratórios públicos e privados que realizam os testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, integrantes ou não da sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, o conjunto de procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos, estabelecido no Anexo II desta Portaria.

CAPÍTULO V

Disposições Finais

Art. 18. Fica revogado o artigo terceiro da Portaria 488/SVS/MS, de 17 de junho de 1998, no que diz respeito a realização do testes para detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em laboratórios de análises clínicas, públicos, conveniados e privados.

Art. 19. A Portaria 488/SVS/MS fica mantida na sua integralidade em relação aos laboratórios de triagem sorológica de doadores de sangue.

Art. 20. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ANEXO I

PROGRAMA DE CONTROLE DA QUALIDADE ANALÍTICA DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV

No contexto desta Portaria são assumidas as seguintes definições:

- Laboratório habilitado: laboratório público ou conveniado com o SUS, que possui autorização / licença formal de funcionamento outorgada pelo Sistema de Vigilância Sanitária, em qualquer esfera de execução.
- Laboratório credenciado: laboratório de ensaios clínicos que possuem credenciamento dado pelo INMETRO segundo a Norma NIT-DICLA 083 ou qualquer outra norma que a substitua no futuro.
- Comparações interlaboratoriais: organização, desempenho e avaliação de ensaios em alíquotas diferentes da mesma amostra por dois ou mais laboratórios, de acordo com condições pré-determinadas.

O Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV está fundamentado no reconhecimento pela CN-DST/AIDS do cumprimento sucessivo de duas etapas na implantação da garantia da qualidade analítica pelos laboratórios integrantes da sub-rede.

O reconhecimento é feito por meio da emissão de um “Selo de Qualidade”, outorgado pelo Ministério da Saúde após ser comprovado o cumprimento dos requisitos referentes a cada uma das etapas descritas abaixo pelo laboratório de referência estadual (LRE). A comprovação do cumprimento desses requisitos, por parte dos LRE, será realizada pela CN-DST/AIDS.

A sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV será constituída por todos os laboratórios públicos ou conveniados cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

A participação no Programa dar-se-á por meio da solicitação dos laboratórios cadastrados ao Laboratório de Referência Estadual, o que deverá ser feito em um prazo de até 180 dias após a publicação desta Portaria, ocasião em que deverá ser comprovada a participação do laboratório em pelo menos um estudo de comparação interlaboratorial.

Os laboratórios inscritos neste Programa terão prazo de 01 (um) ano para agendar a avaliação técnica a ser realizada pelo Laboratório de Referência Estadual, com o objetivo de outorgar o Selo de Qualidade compatível com o resultado da avaliação.

A) NÍVEL BÁSICO:

O Selo “Nível Básico” será outorgado ao laboratório que cumprir os requisitos iniciais do controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, abaixo relacionados:

A.1) ter treinado, pelo menos, dois funcionários do laboratório, em aspectos de gestão da qualidade e componentes teóricos e práticos referentes à execução dos testes de diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. O gestor nacional e os gestores estaduais e municipais oferecerão treinamentos específicos para esta finalidade;

A.2) implementar procedimentos de biossegurança e de gerenciamento de descarte de resíduos de acordo com a legislação vigente no seu âmbito de atuação;

A.3) ter participado de estudos de comparações inter-laboratoriais e realizado, rotineiramente, pelo menos uma das seguintes atividades:

- retestar as amostras estocadas;
- introduzir amostras cegas, com reatividade conhecida, na rotina laboratorial;
- elaborar gráficos de controle para cada conjunto de diagnóstico com resultados de amostras de referência interna (por ex. padrão laboratorial preparado a partir de amostras com reatividade conhecida);
- realizar ensaios replicados utilizando-se os mesmos métodos e reagentes ou métodos / reagentes diferentes;

A.4) ter realizado pelo menos, uma auditoria interna, registrando adequadamente as não conformidades detectadas e as correspondentes ações corretivas.

A.5) ter elaborado e aprovado, procedimentos documentados para o gerenciamento das atividades pré-analíticas, analíticas e pós-analíticas.

B) NÍVEL AVANÇADO:

O Selo “Nível Avançado” será outorgado ao laboratório que evidenciar o cumprimento dos seguintes requisitos:

B.1) ter capacitado a totalidade do pessoal envolvido em aspectos de gestão da qualidade e componentes teóricos e práticos referentes à execução dos testes de diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV;

B.2) ter implementado pelo menos, três das atividades relacionadas no item A.3 da Etapa I sendo uma delas, obrigatoriamente, a participação em estudos de comparações inter-laboratoriais;

B.3) ter um programa de manutenção preventiva dos equipamentos, e

B.4) ter implementado ações de gestão da qualidade, incluindo, pelo menos, auditorias internas, reuniões de análise crítica e registro de não conformidades.

Os laboratórios da sub-rede terão o prazo de 01 (um) ano para se qualificarem em um dos níveis de qualidade e o prazo máximo de 2 (dois) anos para se qualificarem no Nível Avançado. Os referidos prazos serão contados a partir da publicação desta Portaria. A CN-DST/AIDS poderá recomendar à área competente do Ministério da Saúde, o credenciamento dos laboratórios que não concluírem estas etapas.

O não cumprimento dessas etapas, no prazo especificado, implicará na exclusão do laboratório da sub-rede.

O Selo de Gestão Avançada será renovado anualmente, a medida em que o laboratório continuar evidenciando o cumprimento dos requisitos estabelecidos, sendo o mesmo comprovado pela CN-DST/AIDS, por análise da documentação e/ou de visitas por avaliadores da qualidade especificamente treinados para tal fim.

Todos os laboratórios cujos ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV tenham sido credenciados pelo INMETRO segundo a Norma NIT-DICLA-083 e que assim o desejarem, receberão o Selo de Nível Avançado.

ANEXO II

PROCEDIMENTOS SEQUENCIADOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE DOIS ANOS

Com o objetivo de realizar a detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos sequenciados, agrupados em três etapas:

Etapa I – Triagem Sorológica

Etapa II – Confirmação Sorológica por meio da realização de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1 (IFI/HIV-1) ou ao teste de Imunoblot para HIV.

Etapa III – Confirmação Sorológica por meio da realização do teste de Western blot para HIV-1 (WB/HIV-1).

Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde.

Etapa I – Triagem Sorológica

Todos os laboratórios que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico laboratorial deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de um imunoensaio, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de soro ou plasma. O imunoensaio utilizado não poderá ser de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

A) as amostras não-reagentes, terão seu resultado definido como “ Amostra Negativa para HIV “;

B) as amostras reagentes ou inconclusivas devem ser submetidas:

B.1) ao segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta para HIV-1 ou ao teste de Imunoblot para HIV. O segundo imunoensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoensaio utilizado.

B.2) diretamente ao teste de Western blot .

As etapas subsequentes, II e III, destinam-se à confirmação do diagnóstico sorológico.

Etapa II – Confirmação Sorológica por meio de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) para o HIV-1 ou ao teste de Imunoblot para HIV.

O Ministério da Saúde colocará a disposição dos laboratórios públicos o ensaio confirmatório de Imunofluorescência Indireta.

Os laboratórios que não dispuserem deste teste deverão realizar o teste de Imunoblot ou o teste de Western blot .

Para interpretação do teste de Imunoblot deverão ser observados os critérios adotados pelo fabricante do conjunto de diagnóstico.

A) As amostras não-reagentes no segundo imunoenensaio e negativas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “, ou “Amostra Negativa para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado.

B) As amostras reagentes no segundo imunoenensaio e positivas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1 “ ou “Amostra Positiva para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra.

C) As amostras não-reagentes ou inconclusivas no segundo imunoenensaio e positivas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III).

D) As amostras reagentes ou inconclusivas no segundo imunoenensaio e negativas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot, deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III).

Etapa III – Confirmação Sorológica pelo Teste Western blot (WB)

Para interpretação do teste Western blot, deverão ser observados os seguintes critérios:

- Amostra não-reagente : ausência de bandas
- Amostra reagente: presença de, no mínimo, 2 (duas) bandas dentre as: gp 160/120; gp 41; p24.
- Amostra indeterminada: qualquer outro padrão de bandas diferente dos descritos anteriormente.

A) As amostras negativas terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

B) Amostras positivas no teste Western blot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1 “. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra.

C) As amostras indeterminadas terão seu resultado definido como “Amostra Indeterminada para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

RECOMENDAÇÕES:

- Investigação de soroconversão:

Para investigação de anticorpos, recomenda-se proceder a coleta de uma segunda amostra 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados descritos nesta Portaria. Pode-se também utilizar outros testes baseados na detecção de antígenos ou de ácido nucléico. O resultado definitivo da infecção deve ser baseado na soroconversão completa.

- Investigação de HIV-2

Após a realização de todas as etapas obrigatórias e também recomendadas para a detecção de anticorpos anti-HIV-1, em amostras com resultado indeterminado, recomenda-se realizar a investigação de HIV-2 quando os dados epidemiológicos forem sugestivos de infecção por este vírus ou se os dados clínicos forem compatíveis com a infecção HIV/aids.

OBSERVAÇÕES:

1) As amostras com resultado definido como positivo deverão ter o resultado da primeira amostra liberado com a ressalva, por escrito, de que se trata de um resultado parcial e que somente será considerado como definitivo após a análise da segunda amostra.

2) Para amostras com resultado definido como positivo será obrigatório proceder a coleta de uma segunda amostra e repetir da etapa de triagem sorológica descrita acima, para confirmar a positividade da primeira amostra, preferencialmente em um intervalo de até 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra. Caso o resultado do teste dessa segunda amostra seja não-reagente ou inconclusivo, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados. Em caso de resultados conclusivos discordantes na primeira e segunda amostra, deverá ser coletada uma terceira amostra e realizados todos os testes para a conclusão do diagnóstico.

3) Sempre que os resultados da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostras ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes.

4) O laboratório que emitiu o primeiro laudo deverá realizar a análise da segunda amostra para a confirmação da positividade da primeira amostra. No caso de recusa por parte da pessoa a que se refere o primeiro laudo em permitir a coleta da segunda amostra, deverá ela firmar Termo de Responsabilidade indicando os motivos da recusa.

5) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dois anos não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

6) Deverão constar dos laudos laboratoriais do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV:

- as metodologias e os antígenos virais utilizados em cada imunoensaio, e
- a seguinte informação: “O Diagnóstico Sorológico da infecção pelo HIV somente poderá ser confirmado após a análise de no mínimo 02 (duas) amostras de sangue coletadas em momentos diferentes.

ANEXO D - Secretaria de Vigilância em Saúde
Portaria Nº 34 de julho de 2005

Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em situações especiais

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003, e considerando

Que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível a adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados;

Que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente;

Que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e

A necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Regulamentar a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 2º O diagnóstico da infecção pelo HIV poderá ser realizado em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal.

Parágrafo único. Nos demais casos em que haja necessidade da implantação dessa estratégia, de acordo com a definição da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS, utilizar-se-á os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV.

Art. 3º O procedimento de realização dos testes rápidos somente poderá ser feito de acordo com a normatização definida pela SVS/MS, a partir do resultado do estudo de avaliação dos referidos testes, conforme disposto no anexo desta portaria.

Parágrafo único Os procedimentos seqüenciados de que trata o anexo desta Portaria somente poderão ser aplicados em serviços de saúde e de acordo com cronograma de implantação estabelecido pela SVS/MS.

Art. 4º Os testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV serão realizados exclusivamente por profissionais de saúde capacitados, segundo cronograma de treinamento a ser definido pela SVS/MS.

Art. 5º O diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos somente poderá ser utilizado em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito meses).

Art. 6º Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizarem testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente, o disposto na Portaria nº 59/GM, de 28 de janeiro de 2003.

Art. 7º As instituições privadas poderão realizar os testes rápidos com recursos próprios, desde que:

- I. Adquiram os testes definidos pela SVS/MS;
- II. Desenvolvam programa de treinamento para a realização dos testes rápidos, que deverá ser submetido para apreciação e aprovação da SVS/MS; e
- III. Atendam ao disposto no anexo desta Portaria.

Art. 8º O Ministério da Saúde, por meio da SVS, responsabilizar-se-á pela aquisição e distribuição dos testes rápidos aos serviços de saúde e maternidades públicas, onde achar pertinente a aplicação destes.

§ 1º Os testes rápidos deverão ser submetidos a uma análise de controle no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde- INCQS/FIOCRUZ, antes da conclusão do processo licitatório para a sua aquisição.

§A aquisição será efetivada após atender:

- a) aprovação do INCQS/FIOCRUZ ; e
- b) registro no Ministério da Saúde

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO
DA INFECÇÃO PELO HIV UTILIZANDO-SE TESTES RÁPIDOS EM
INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 (DEZOITO) MESES

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da infecção pelo Hiv, utilizando-se os testes rápidos, é exigido o cumprimento rigoroso de dos procedimentos seqüenciados de acordo com o seguinte algoritmo:

Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde e deverão ter sido submetidos a uma análise de controle.

Os serviços de saúde que realizam testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo Hiv deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de dois testes – T1 e T2 – em paralelo, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de sangue total, soro ou plasma. Os dois primeiros imunoensaios deverão apresentar valores de sensibilidade de 100% na análise de controle a ser realizada no INCQS/FIOCRUZ.

a) As amostras negativas nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV”;

b) As amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV”;

Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, a amostra deverá ser submetida a um terceiro teste rápido – T3, que deverá apresentar valor igual ou superior a 99,5% de especificidade na análise de controle a ser realizada no INCQS.

a) Quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “positiva para HIV”;

b) Quando o terceiro teste apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “negativa para HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

OBSERVAÇÕES:

- 1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
- 2) Deverão constar dos laudos do diagnóstico da infecção pelo HIV o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto de diagnóstico.
- 3) Todos os conjuntos de diagnóstico deverão ser capazes de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

ANEXO E - Portaria nº 675/GM de 30 de março de 2006.

Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a importância do fortalecimento do SUS como política pública de saúde pelas três esferas de governo e pela sociedade civil;

Considerando a Lei nº 9.656, de 1998, da Saúde Suplementar, sua regulamentação e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.961/2000);

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003;

Considerando a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira, respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão,

R E S O L V E

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

Art. 2º Convidar todos os gestores, os profissionais de saúde, as organizações civis, as instituições e as pessoas interessadas em promover o respeito desses direitos e a assegurar seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

Art. 3º Determinar que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde seja afixada em todas as unidades de saúde, públicas e privadas, em todo o País, em local visível e de fácil acesso pelos usuários.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO

A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

PRINCÍPIOS DESTA CARTA

- I - todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- II - todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- III - todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- IV - todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- V - todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; e
- VI - todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

SE PRECISAR, PROCURE A SECRETARIA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

Considerando o art. 196, da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção proteção e recuperação da saúde;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

PRIMEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

I - o acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;

II - nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;

III - em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;

IV - o encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;

V - quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

VI - as informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

VII - o acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva; e

VIII - a garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

SEGUNDO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I - atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde;

II - informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) exames solicitados;
- d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- h) finalidade dos materiais coletados para exames;
- i) evolução provável do problema de saúde;

j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário;

III - registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

c) identificação do responsável pelas anotações.

IV - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

V - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;

b) clara indicação da posologia e dosagem;

c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;

d) textos sem códigos ou abreviaturas;

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

f) a assinatura do profissional e data;

VI - o acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial;

VII - encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;

b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) a não-utilização de códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado; e

e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

TERCEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e à uma relação mais pessoal e saudável.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I - a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

II - profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

III - nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional;

IV - o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V - se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;

VI - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

VII - a opção pelo local de morte; e

VIII - o recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

QUARTO PRINCÍPIO

Assegura o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I - escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência;

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;

III - acesso a qualquer momento, o paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;

IV - recebimento de laudo médico, quando solicitar;

V - consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública;

VI - o consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais;

VII - não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;

VIII - a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

IX - receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;

X - ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;

XI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XII - saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço;

XIII - ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade; e

XIV - participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

QUINTO PRINCÍPIO

Assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

Todo cidadão deve se comprometer a:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;

II - manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;

IV - informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;

V - assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;

VI - contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;

VIII - ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;

IX - observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta declaração;

X - atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;

XI - comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; e

XII - participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

SEXTO PRINCÍPIO

Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta declaração, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e/ou estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta declaração; e

V - adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO

Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

I - DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) gerenciar e executar os serviços públicos de saúde;
- b) celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução;
- c) participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual;
- d) executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- e) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- f) celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução; e
- g) participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

II - DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS;
- b) prestar apoio técnico e financeiro aos municípios;
- c) executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria;
- d) gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;
- e) acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade;
- f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal;
- g) coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- h) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios; e
- i) coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

III - DO GOVERNO FEDERAL:

- a) prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal;
- b) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- c) formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde;

d) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica;

e) estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios;

f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo;

g) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios;

h) participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

i) elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; e

j) auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.