

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LÉA MARIA MOURA BARROSO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO
VERTICAL DO HIV/AIDS ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA

2005

LÉA MARIA MOURA BARROSO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO
VERTICAL DO HIV/AIDS ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração Enfermagem em Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marli Teresinha Gimenez Galvão.

**FORTALEZA
2005**

LÉA MARIA MOURA BARROSO

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO
VERTICAL DO HIV/AIDS ENTRE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração Enfermagem em Clínico-Cirúrgica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marli Teresinha Gimeniz Galvão.

Aprovada em: 24/ 08 /2005

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Presidente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura (Examinadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dr.^a Zenilda Vieira Bruno (Examinadora)
Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

Prof.^a Dr.^a Karla Corrêa Lima Miranda (Examinadora Suplente)
Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)
Universidade Estadual do Ceará -UECE

**Trabalho inserido no Grupo de Pesquisa Auto-Ajuda para o Cuidado – CNPq, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.
Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da CAPES, Programa de Demanda Social.**

Dedicamos este estudo a todas puérperas portadoras do HIV e aos profissionais de saúde que prestam assistência a estas mulheres, e, em especial, aqueles que partilharam conosco as experiências contidas nesta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha luz e fonte de estímulo e sabedoria, que sempre me acompanha nos momentos difíceis e me abençoa trazendo pessoas importantes e realizando graças na minha vida.

À toda minha família e ao meu pai (*in memoriam*), que sempre torceu por meu sucesso, e em especial à minha mãe, pelo seu amor e dedicação e por ser para mim o maior exemplo de força e estímulo para minhas conquistas.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marli Teresinha Gimenez Galvão, pela paciência, amizade, carinho e dedicação incondicional, e por ter confiado em mim e me ajudado a concretizar este sonho.

A todos meus colegas de mestrado, pelas amizades, reflexões, críticas e sugestões que ajudaram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho.

Às amigas Janaína Fonseca Victor e Patrícia Neyva da Costa Pinheiro pelas contribuições especiais diante das minhas dúvidas no decorrer do curso.

Aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura, Prof.^a Dr.^a Zenilda Vieira Bruno e Prof.^a Dr.^a Karla Corrêa Lima Miranda, pelas valiosas contribuições e ajustes deste trabalho.

A todos os docentes e funcionários do Curso de Mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Ceará pelo apoio durante todo o curso.

Aos funcionários e à diretora da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, por garantir o acesso ao serviço e as informações necessárias a este estudo.

À todas puérperas portadoras do HIV e profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

“Pior que perder uma criança com Aids é descobrir que isto poderia ter sido evitado.”

Pediatric Aids Foundation

RESUMO

As mulheres em idade fértil têm sido alvo da contaminação pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), o que requer atenção especial, principalmente na gestação, pois há o risco da transmissão vertical (TV) do HIV. A terapia combinada de alta potência se mostrou decisiva na redução da taxa de TV, porém as medidas de controle não são satisfatórias. Objetivou-se avaliar as ações de controle da TV do HIV em uma maternidade pública. Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, exploratória e avaliativa. Para abordagem do estudo utilizou-se a complementaridade da pesquisa qualitativa e quantitativa. Coletou-se os dados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em Fortaleza-Ceará, no período de setembro a dezembro de 2004. A população do estudo constou de oito puérperas com infecção pelo HIV e oito profissionais que prestaram assistência a estas puérperas. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação estruturada e a entrevista, que seguiram um roteiro de observação estruturada e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Os dados quantitativos foram analisados e dispostos em tabelas; e os qualitativos analisados e organizados através da proposta de análise de conteúdo. Obedeceu-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, uma vez que todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A maioria das puérperas tinha entre 22 e 29 anos, era solteira, com união estável e procedente do interior, possuía baixa escolaridade, tinha entre um e dois filhos; sabia do diagnóstico a menos de um ano, informou seis ou mais consultas de pré-natal e participou de acompanhamento especializado. Pouca parcela das gestantes iniciou a terapia anti-retroviral no período recomendado e sabia informar sobre a sorologia do parceiro. A maternidade disponibilizou o tratamento para todas as gestantes no momento do trabalho de parto e no parto. Seis profissionais de saúde que prestava assistência era enfermeiro, encontrava-se entre 26 e 49 anos de idade, a maioria fez referência ao tempo de formação entre um e nove anos e de trabalho na maternidade entre um e 15 anos; a minoria recebeu algum tipo de treinamento sobre TV. Identificou-se que os profissionais de saúde deixaram de realizar aconselhamento e orientações sobre preparo da fórmula infantil, alimentos e seguimento do recém-nascido, sobre consulta puerperal e adesão ao tratamento. A instituição tinha quantidade insuficiente de alguns insumos, como atadura e inibidor de lactação, e centralizava o preenchimento das fichas de investigação no núcleo de vigilância epidemiológica. Estes resultados nortearão o planejamento de intervenções para futuras ações, com vistas à melhoria da qualidade na assistência às gestantes com HIV/aids. Sugere-se a criação de uma estrutura organizacional e funcional para a implementação de protocolos, capacitações, reuniões de avaliação, atuação responsável dos enfermeiros, determinação de fluxo de atendimento e elaboração de um manual direcionado aos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Avaliação. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Transmissão vertical de doença. Puerpério.

ABSTRACT

The women in fertile age have been target of the contamination for the HIV, what it requires special attention, mainly in the gestation, therefore there is the risk of the vertical transmission (VT) of the HIV. The agreed therapy of high power showed decisive in the reduction of the VT tax, however the measures of control are not satisfactory. It was objectified to evaluate the actions of control the VT of the HIV in a public maternity. One is about research, descriptive, exploratory and avaliative type. For boarding of the study it was used complementation of the qualitative and quantitative research. The data were collected in Assis Chateaubriand School Maternity (MEAC), located in Fortaleza-Ceará, in period of September to December of 2004. The population's study consisted of eight postpartum women with infection for the HIV and eight professionals who had given assistance to these postpartum women. The structuralized or standardized comment and the interview were used as techniques. As instruments for the data's collection, a script of structuralized comment and a script of half-structuralized interview. The quantitative data had been analyzed and made use in figures; end the qualitative ones analyzed and organized through the proposal of content analysis. It obeyed the ethical aspects of the research with human beings and all the subjects had signed the term of free and clarified assent. The majority of postpartum women had between 22 and 29 years, was single, with steady union, and originating the country, there was low study, had between one and two children; it known of the diagnosis to less of one year, informed six or more prenatal's consultations of and participated of specialized accompaniment. Little parcel of the pregnant initiated the antiretroviral therapy in the recommended period and to inform about partner's serology. The maternity disposed the treatment for all the pregnant women at the moment of the childbirth work and in the childbirth. The majority of the health professionals that gave assistance was nurse, between 26 and 49 years and make reference at time of formation between one and nine years and of work in the maternity between one and 15 years; the minority received some type of training about VT. It was identified that professionals of health had left to realized advice and orientation about preparation of the infantile formula, foods and pursuing of the new-born, about puerperal consultation and adhesion to the treatment. The institution had insufficient amount of some resourchs and centered the fulfilling of the inquiry fichas. It was concluded that these results will guide in the planning of interventions for future actions, with sights to the improvement of the quality in the assistance to the pregnant women with HIV/aids. It is suggested creation of a organizacional and functional structure for the implementation of the protocol, qualifications, meetings of evaluation, responsible performance of the nurses, determination of attendance flow and elaboration of a manual directed to the professionals of health.

Key-words: Evaluation. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Disease Transmission, Vertical. Puerperium.

LISTA DE FIGURAS

QUADRO - 1 Distribuição dos critérios observados sobre o atendimento prestado por oito profissionais de saúde às puérperas portadoras do HIV .Fortaleza-CE, 2004.	64
--	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA - 1 Distribuição da caracterização sócio-demográficas das oito puérperas portadoras do HIV/aids. MEAC. Fortaleza, 2004	48
TABELA - 2 Distribuição da caracterização clínico-obstétrica das oito puérperas portadoras do HIV/aids. MEAC. Fortaleza, 2004	54
TABELA - 3 Distribuição da caracterização dos profissionais que prestaram assistência às puérperas portadoras do HIV. MEAC, 2004	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV – anti-retroviral

AZT – Zidovudina

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HAART – Terapia combinada de alta potência

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HSJ – Hospital São José

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS – Ministério da Saúde

NUVE – Núcleo de Vigilância Epidemiológica

PACTG – Protocol Aids Clinical Trial Group

POP – Procedimento Operacional Padrão

PROQUALI – Projeto de Qualidade em Saúde Reprodutiva

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-nascido

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV – Terapia Anti-retroviral

TV – Transmissão Vertical

USAID – Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Considerações sobre a infecção pelo HIV/aids	15
1.2 Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil e no Ceará	18
1.3 A Epidemia da Aids em Mulheres	20
1.4 Prevenção e Redução da Transmissão Vertical	22
1.5 O Projeto Nascer-Maternidades	27
1.6 Inserção da Pesquisadora na Temática do Estudo	29
2. OBJETIVOS	31
3. MATERIAL E MÉTODOS	33
3.1 Tipo e Abordagem do Estudo	34
3.2 Período do Estudo	36
3.3 Caracterização do Cenário do Estudo	36
3.4 Atores Sociais do Estudo	37
3.4.1 Puérperas	37
3.4.2 Profissionais de Saúde	38
3.5 Técnicas e Instrumento de Coleta de Dados	39
3.5.1 Roteiro de Observação para Profissionais de Saúde	39
3.5.2 Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Puérperas	40
3.6 Análise, Organização e Interpretação dos Dados	41
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Caracterização Sociodemográfica das Puérperas Portadoras do HIV	47
4.2 Caracterização Clínico-Obstétrica das Puérperas Portadoras do HIV	53
4.3 Caracterização dos Profissionais que Prestaram Assistência às Puérperas Portadoras do HIV	60
4.4 Observação do Atendimento Prestado pelos Profissionais de Saúde as Puérperas Portadoras do HIV	63
5. CONCLUSÕES	79
6. REFERÊNCIAS	84
APENDICE A – Roteiro de observação estruturada para profissionais de saúde	95
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para puérpera	96
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde	98
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para puérperas	99

INTRODUÇÃO

“Aquele que duvida e não investiga torna-se
não só infeliz mas também injusto.”

Pascal

1.1 Considerações sobre a infecção pelo HIV/aids

A epidemia do HIV e da aids tem se configurado como um dos mais sérios problemas de saúde pública, com alta taxa de morbidade e mortalidade, grande tendência de crescimento e propagação em diversos territórios, tornando-se a pandemia da atualidade. Trata-se de doença crônica que apresenta uma das condições clínicas mais pesquisadas em todo mundo, gerando a cada dia novos desafios para o controle até que a cura passe a existir.

Seu reconhecimento pela comunidade científica ocorreu em 1981, nos Estados Unidos (San Francisco – New York), devido ao aparecimento de um número elevado de pacientes jovens, homossexuais masculinos com doenças raras, como o Sarcoma de Kaposi, além do comprometimento do sistema imunológico. Este fato sugeriu se tratar de uma nova doença (BRASIL, 2002a).

Em 1982, postulou-se que um retrovírus da família Lentivírus seria o provável agente etiológico (ESSEX, 1982). O HIV foi isolado, em 1983, em pacientes com aids, por um pesquisador francês e outro norte americano, respectivamente Luc Montagnier e Robert Gallo (BRASIL, 2002a). A partir de 1985, o teste para detecção de anticorpos séricos anti-HIV tornou-se disponível (SANCHES, 1999). Existem, atualmente, dois tipos diferentes deste vírus, conhecidos como HIV tipo 1 (HIV-1) e HIV tipo 2 (HIV-2) (BARRÉ-SINOUSI; CHERMAN; REY, 1983).

A transmissão do HIV dá-se de três formas: a sangüínea, pela administração de drogas endovenosas fora das medidas de biossegurança e por derivados de sangue e sangue não testados; a sexual, pelo contato genital, anal e oral entre homossexuais, heterossexuais e bissexuais; a vertical, pela qual a mulher portadora transmite o vírus para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação (RACHID; SCHECHTER, 2001; VERONESI; FOCACCIA, 1999).

As manifestações clínicas da infecção pelo HIV podem ser apresentadas em várias fases. A infecção aguda é a fase da doença também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, e se manifesta, clinicamente, em cerca de 50% a 90% dos pacientes. O diagnóstico é pouco realizado, em virtude do baixo índice de suspeição. Os sintomas duram, em média, 14 dias e os pacientes podem apresentar sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações muco-cutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. A fase assintomática é a infecção precoce pelo HIV, que pode durar de alguns meses a alguns anos, e os sintomas clínicos são mínimos ou inexistentes. Na fase sintomática inicial, o portador da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, como candidíase oral; testes de hipersensibilidade tardia negativos e a presença de mais de um dos seguintes sinais e sintomas, com duração superior a um mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia sudorese noturna e perda de peso superior a 10%. Uma vez agravada a imunodepressão, o portador da infecção pelo HIV apresenta infecções oportunistas, causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos. As doenças oportunistas associadas à aids são várias, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias (BRASIL, 2002b).

A história natural da infecção pelo HIV em crianças tem espectro amplo, com pacientes variando de progressores rápidos a não-progressores. Cerca de 10% a 15% dos pacientes evoluem com imunodepressão precoce e deterioração clínica nos primeiros dois anos de vida, caracterizando padrão de progressão rápida. A maior parte, 50% a 70%, apresenta padrão de evolução intermediário, em que predominam sinais e sintomas leves nos primeiros cinco a sete anos de vida. O terceiro grupo, cerca de 10% a 15%, tem progressão lenta e livre de manifestações da doença até oito anos de idade ou mais (BRASIL, 2004a).

Do início, na década de 1980, até o presente, a dinâmica da disseminação espaço-temporal da epidemia de aids no Brasil tem sido subdividida em três fases: a primeira, no início dos anos 80, caracterizou-se principalmente, pela concentração de casos no eixo Rio de Janeiro – São Paulo e outras metrópoles localizadas no Sudeste e Sul, sendo restritas a certos grupos populacionais, como o homo e bissexuais e os receptores de sangue e hemoderivados. A segunda

fase, nos primeiros anos da década de 1990, foi caracterizada pelo aumento do número de casos entre usuários de drogas injetáveis. Nessa fase, a epidemia expandiu-se por todos os estados brasileiros, embora ainda atingindo, basicamente, as cidades de médio porte (200 a 500 mil habitantes) localizadas, sobretudo, nas regiões Sul e Centro-Oeste (BARCELLOS; BASTOS, 1996). A terceira fase da epidemia caracteriza-se, principalmente, pelo expressivo número de casos por transmissão do HIV entre os heterossexuais e pessoas em idades precoces, resultando no aumento da incidência entre as mulheres em idade reprodutiva e em jovens. Esse processo, denominado de heterossexualização e juvenilização, acelerou a disseminação geográfica da epidemia da aids em todo o Território Nacional, atingindo os municípios de pequeno porte (SZWARCOWALD; CARVALHO, 2001). Esse novo perfil é hoje chamado de feminização, juvenilização, interiorização e pauperização da epidemia do HIV.

Apenas a partir de 1990 foi que setores ligados ao governo e ao controle das informações sobre a epidemia passaram a reconhecer uma mudança no perfil dos casos de aids, com ganho de importância entre as mulheres, o que, na verdade, já se fazia presente desde os anos anteriores (OMS, 1999; XAVIER, 1996).

Antes dos anos 1990, havia pouca solução terapêutica e os pacientes vivenciavam sua evolução clínica e esperavam a morte, sem expectativas de tratamento. Apenas no início da década de 1990 surgiram as primeiras tentativas de terapêuticas mais eficazes, o que trouxe maior esperança para os infectados, ampliando a expectativa e qualidade de vida, até que a cura ou vacina se tornassem disponíveis (GALVÃO, CERQUEIRA; MACHADO, 2004). Apesar da aids ser uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso com a terapia antiretroviral conferiram significativos benefícios no aumento da expectativa de vida dos portadores do HIV/aids, passando a se configurar como uma doença crônica que criou mais desafios para sua compreensão e enfrentamento (REIS; GIR, 2005).

Mesmo com os avanços científicos das terapias combinadas, há mais de duas décadas após ter sido identificada, a aids já matou, aproximadamente, 19 milhões de pessoas, quase o número de óbitos provocado pela gripe espanhola, no início do século XX (20 milhões), e a peste negra, na idade média (25 milhões). Se forem mantidos os índices de mortalidade atuais, pelos próximos dez anos, a aids terá matado mais do que a Segunda Guerra Mundial, considerada a maior catástrofe do século XX (UNAIDS, 1999).

1.2 Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil e no Ceará

Dados epidemiológicos estimam que existam no mundo 34 a 46 milhões de pessoas vivendo com o HIV, sendo, aproximadamente, metade do sexo feminino (46 %) (BRASIL, 2004b; UNAIDS, 2004). É a maior causa mundial de mortalidade. A América Latina é a região que ocupa a quarta posição em números de infectados no mundo, sendo o Brasil o país que possui o maior número de casos de aids na região (UNAIDS, 2004).

O padrão de transmissão da aids vem mudando no Brasil. A categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual e a proporção homem/mulher dos casos de aids, no Brasil, mudou de 40:1, observada no início da epidemia, para 1,5:1 até junho de 2004. Dos 362.364 casos notificados no Brasil ao Ministério da Saúde (MS), de 1980 até junho de 2004, 251.050 (69,3%) foram verificados em homens e 111.314 (30,7%) em mulheres. Apesar do total de casos ser maior entre os homens, a epidemia cresce entre as mulheres. Apenas em 2004, até junho, foram notificados 8366 casos em homens e 5567 em mulheres (BRASIL, 2004b).

O primeiro caso de aids identificado no Ceará foi em 1983. Desde esta data até o primeiro semestre de 2004, foram notificados à Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE) 7161 casos da doença. O Estado do Ceará é o terceiro lugar da região Nordeste com maior número de casos (BRASIL, 2004b).

Apenas no primeiro semestre de 2004 foram registrados no Ceará 487 casos de aids, sendo 318 em homens e 169 em mulheres, cuja faixa etária mais freqüente no sexo feminino foi entre 20 e 49 anos (87,6%). A cidade de Fortaleza é a responsável pelo maior número de casos do Estado. Durante este mesmo período, foram notificados 285 casos, sendo 205 entre homens e 80 entre mulheres. Estas apresentaram maior incidência na faixa etária entre 20 e 49 anos (88,8%) (BRASIL, 2005). No Brasil, também se observa maior número de casos de mulheres nesta faixa etária (82,9%), evidenciando a contaminação em idade reprodutiva (BRASIL, 2004b).

Em razão do aumento de casos entre mulheres em idade fértil, as crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente para a infecção pelo HIV, com nítido aumento da incidência de crianças nascidas já infectadas por transmissão materno-infantil.

A TV, também denominada materno-infantil, é quando o concepto adquire o HIV pelo contato com sangue e secreção vaginal infectados, durante a gestação, trabalho de parto e parto, e

pelo leite materno no pós-parto (BRASIL, 2002b). É a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por 83,6 % do total de casos em menores de 13 anos (1983-2004). Os casos de TV correspondem a 2,55% do total geral de casos notificados até junho de 2004. O primeiro caso de TV no Brasil foi notificado em 1985, e, até o primeiro semestre de 2004, foram registrados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 9231 casos nesta categoria. No Brasil, a maior taxa de incidência da TV é na região Nordeste (11,1%) (BRASIL, 2004b). No Ceará, foram registrados, apenas no primeiro semestre de 2004, oito casos de aids em crianças menores de 13 anos, o que corresponde a 1,6 % do total de casos registrados. Destes, três casos ocorreram na cidade de Fortaleza (BRASIL, 2005).

Dos 184 municípios do Estado, 141 já notificaram a doença e muitos desses municípios permanecem sem serviço ambulatorial ou hospitalar, para o atendimento especializado desses usuários. A rede básica de saúde, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), também não está atuando plenamente nesta área. Dentre os casos de aids observados no Estado, 70% deles concentram-se na Capital, os demais nas diferentes regiões do Estado, acometendo indivíduos com escassos recursos financeiros, pouco escolarizados e um número crescente de notificações entre mulheres, confirmando-se o fenômeno denominado de interiorização, pauperização e feminização da aids. Acrescenta-se, ainda, que vêm afetando, especialmente, pessoas em idade precoce e em idade reprodutiva (BRASIL, 2004c).

A incidência de casos infectados de crianças por transmissão materno-infantil, no Brasil, tem sido sobrepujada pelas baixas coberturas das ações profiláticas, durante o pré-natal e na maternidade. Por outro lado, a terapia anti-retroviral (TARV) tem prolongado a sobrevivência das crianças infectadas pelo HIV, aumentando o número de crianças infectadas com HIV sem o desenvolvimento do quadro clássico da aids, mas com necessidade de assistência diferenciada e de qualidade (LAUFER; SCOTT, 2000).

No Brasil, a análise da idade da criança no momento do diagnóstico, identificou variações significativas pelas regiões: a idade do diagnóstico é mais tardia para as regiões Norte e Nordeste. As razões para estas diferenças estão ligadas tanto ao desempenho insuficiente da rede de serviços de saúde nessas regiões para detectar, diagnosticar e notificar os casos de aids em crianças, quanto pela maior prevalência de outras doenças infantis, mascarando e retardando o diagnóstico (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2003).

1.3 A Epidemia da Aids em Mulheres

As mulheres, hoje, principalmente em idade fértil, são alvo da contaminação pelo HIV. A incidência do risco de transmissão do vírus entre as mulheres é preocupante e requer atenção especial, principalmente na gestante, pois está também colocando em risco o bem-estar do feto e da estrutura familiar. O aumento da contaminação do HIV nas mulheres tem contribuído para o crescimento do número de casos de aids em recém-nascidos.

Desde o seu reconhecimento como entidade clínica distinta, a aids vem impondo contínuos desafios aos obstetras e neonatologistas de todo o mundo. No singular período de gravidez, os cuidados ininterruptos desses profissionais extrapolam os cuidados médicos da síndrome, na tentativa de reduzir tanto a morbidade materna naturalmente ligada ao processo gestacional quanto à TV do HIV (DUARTE, 1998).

As mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal (CHIRIGOBA, 1997). Além disso, há maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado - frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento (BASTOS, 2001)

A infecção pelo HIV na mulher tem outro aspecto facilitador do ponto de vista biológico - as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por serem mais suscetíveis a esta doença do que o homem e mais frequentemente assintomáticas.

Os riscos ampliados de exposição à infecção pelo HIV acentuam-se nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional frente à infecção pelo HIV (CHIRIGOBA, 1997).

Analisando a faixa etária da mulher contaminada, no período de 1980 a 2004, verificou-se que a maioria dos casos ocorreu entre 30 a 34 anos (19,7%), seguido da faixa etária de 25 e 29 anos (19,4 %) (BRASIL, 2004B). Galvão (2002), em pesquisa realizada com 73 mulheres soropositivas no interior paulista, encontrou 35,6% com a faixa etária de até 29 anos; 35,6% estavam entre 30 e 39 anos, e 25,8% entre 31 e 40 anos.

A escolaridade entre os casos notificados no Brasil, em ambos os sexos, vem diminuindo progressivamente. Entre as mulheres, tem sido observado menor grau de escolaridade desde o início da epidemia (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2003). Dados do Ministério da Saúde divulgam que a maioria (56%) das mulheres infectadas com idade superior a 19 anos estudou até o ensino fundamental (BRASIL, 2004b).

A epidemia de aids, no Brasil, experimentou modificações profundas, no tocante às categorias de exposição. A incidência de casos por transmissão heterossexual foi a que mostrou o maior aumento, contribuindo, de forma decisiva, para a expansão da doença entre as mulheres, sobretudo entre aquelas em idade fértil (SZWARCOWALD et al., 2000).

Estas determinantes e a epidemiologia da aids confirmam por que a epidemia se feminiza e por que é importante conhecer estes fatores, para podermos prevenir e reduzir a TV, visto que é um dos problemas mais sérios da feminização, pois, quanto maior o número de mulheres contaminadas, maior o risco da infecção na criança.

A aids representa, para as mulheres, uma tríplice ameaça: uma vez contaminada, a mulher pode transmitir a infecção para o seu bebê, durante algum período da gravidez, e sua criança poderá desenvolver a doença; a responsabilidade de cuidar, em casa, das pessoas doentes, recai, tradicionalmente, sobre a mulher; ela, também, carrega este fardo, quando alguém do seu círculo de familiares fica doente em casa (O'LEARY; CHENEY, 1993).

Na trajetória da aids, constatam-se inúmeros fatores colaborando para sobrepujar o risco de infecção e agravar o desenvolvimento da doença entre a população feminina, como a crença de que as mulheres, em geral, estavam, e continuam, imunes ao risco do HIV/Aids. Outro fator é decorrente de maior demora em diagnosticar a aids entre as mulheres, resultando em uma intervenção tardia e, conseqüentemente, em uma diminuição do tempo de sobrevivência. Isso acontece não só porque as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde, em fase mais avançada, mas, também, porque são diagnosticadas equivocadamente ou não são diagnosticadas (REIS; XAVIER, 2003).

Estudos revelam que gestantes com HIV têm risco maior de desenvolver complicações clínicas, obstétricas, puerperais e neonatais (FIGUEROA-DAMIÁN, 1999). Estas complicações contribuem para aumentar o índice de morte materna e infantil.

Estima-se que existam 17.000 gestantes com HIV no Brasil, mas somente 6.000 gestantes (30%) recebem tratamento. Com o esquema terapêutico completo, muitas mães soropositivas podem impedir que o filho seja infectado pelo HIV. Sem o devido tratamento, a chance de transmissão para o bebê pode chegar a 40% (IMPEDINDO...,2003). Estudos revelam que a taxa de TV do HIV no Brasil é de 7% e no Nordeste é de 11%, a segunda maior entre as regiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2002).

A chance de uma mulher grávida passar o HIV para o seu filho cai para algo em torno de 2%, utilizando o tratamento anti-retroviral durante a gravidez, realizando cesárea eletiva, evitando a amamentação. O tratamento anti-retroviral no recém-nascido também é um recurso utilizado para diminuir as chances da TV (NÚÑEZ, MARTIN-PINTADO; GOMEZ, 2003). Estudos revelam que a terapia combinada na gestação e o parto cesáreo eletivo podem reduzir para menos que 1% a TV do HIV (BRASIL, 2004d).

No campo da assistência a mulheres portadoras do HIV, desde 1997, o governo considera prioritária a prevenção da transmissão do HIV da gestante para o bebê. Neste sentido, desde então, realizam-se treinamentos em todo o Território Nacional, visando a capacitar equipes de saúde das maternidades, que possam atuar como referência para o atendimento da gestante portadora do HIV. O grande investimento realizado na prevenção da TV, contudo, ainda não atingiu o resultado desejado. Em 1998, apenas 40% das gestantes contaminadas receberam a Zidovudina (AZT) injetável, no momento do parto (BRASIL, 1998) No Ceará, estas cifras foram de 47,5%, entre os anos de 1999 e 2001 (CAVALCANTE et al., 2004).

1.4 Prevenção e Redução da Transmissão Vertical (TV)

Um dos maiores avanços na prevenção da TV do HIV foi demonstrado no estudo multicêntrico, publicado em novembro de 1994, e conhecido como Protocolo 076, do Aids Clinical Trial Group - ACTG 076, realizado nos Estados Unidos e na França, em gestantes que não amamentaram, o qual mostrou a redução de aproximadamente 70% o risco da TV com o uso do tratamento anti-retroviral na gestação, trabalho de parto e parto e nos recém-nascidos que foram alimentados, exclusivamente, com fórmula infantil (BRASIL, 2000a).

Em 1996, o advento da terapia combinada de alta potência (HAART) mostrou-se decisivo para o aumento da sobrevivência de indivíduos com infecção pelo HIV e redução da taxa de TV (BRASIL, 2002c). Estudos comprovaram, em 1999, que o uso da HAART e cesárea eletiva reduziu a taxa de TV para menos de 1% (BRASIL, 2004d).

Estima-se que, sem qualquer intervenção, 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação ou durante o trabalho de parto ou no parto, ou através da amamentação. Há evidências de que a maioria dos casos de TV do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto (BRASIL, 2000a).

Vários são os fatores associados ao crescimento do risco de transmissão do HIV, da mãe para filho: 1. carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral; 2. maternos - estado clínico e imunológico; presença de DST e outras co-infecções, estados nutricionais; 3. comportamentais - uso de drogas e prática sexual desprotegida; 4. obstétricos - duração de ruptura das membranas amnióticas, via do parto, presença de hemorragia intraparto; 5. inerentes ao recém-nascido - prematuridade, baixo peso ao nascer; 6. aleitamento materno. Dentre esses, os mais fortemente associados à transmissão vertical do HIV são a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas (BRASIL, 2002b).

A probabilidade de transmissão materno-infantil do HIV foi demonstrada por vários estudos, sendo evidenciado que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão, de 7% a 22%, e se renova a cada exposição. A transmissão ocorre tanto por mães sintomáticas quanto assintomáticas (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2004e).

Estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50 % a probabilidade de TV do HIV (BRASIL, 2002d). Mesmo quando a intervenção com AZT é realizada tardiamente na gestação, ou quando administrado apenas para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o nascimento, observou-se a diminuição do risco de transmissão do HIV (WADE et al, 1998).

O AZT deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico. A profilaxia com AZT deve ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação e continuar até o parto, quando do clampamento do cordão umbilical. Deve-se sempre evitar que as parturientes portadoras do HIV

permaneçam com bolsa rota por mais de quatro horas ou em trabalho de parto prolongado. A taxa de transmissão aumenta progressivamente, após quatro horas de bolsa rota (cerca de 2% a cada hora até 24 horas), devendo, portanto, ser indicado o uso de ocitócitos na condução do trabalho de parto, respeitando as contra-indicações para seu uso e correto manuseio. Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão, contra-indicar a amamentação, e iniciar administração de AZT até seis semanas de vida. A partir da sexta semana de vida, até a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV, a criança deve receber quimioprofilaxia adequada para a pneumonia, por *Pneumocystis carinii* (BRASIL, 2004d).

Para prevenção e promoção da saúde da criança, orienta-se no sentido de que, para assegurar a proteção à vida da criança, devem-se diminuir as chances da TV. No pós-parto, a mulher deve ser orientada sobre o risco da transmissão do HIV mediante o aleitamento materno, além de receber informações sobre o preparo do leite em pó (fórmula infantil) e de outros alimentos e sobre os cuidados para a supressão do leite materno (BRASIL, 2004e).

Quanto ao tipo de parto mais indicado para as portadoras, pesquisadores indicam a via de parto abdominal cirúrgica (cesariana) como a mais segura para evitar a TV. A partir de 1998, vários estudos demonstraram o benefício adicional do parto cesáreo na redução da TV em mulheres com uso de AZT. Dados de estudos na Suíça e França mostraram redução da TV de 6 e 8%, respectivamente, em crianças nascidas de parto cesáreo eletivo (BRASIL, 2004b). Embora não exista maior incidência de complicações puerperais e anestésicas após partos cesáreos em mulheres com HIV comparadas às soronegativas (MINKOFF, 2001; SEMPRINI, 1998), mesmo com carga viral menor que 1.000 cópias/ml, existem controvérsias se nessa situação o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher associados a esse procedimento (IOANNIDIS et al., 2001).

No Brasil, a recomendação da Coordenação Nacional de DST e aids do MS quanto aos critérios de escolha da via de parto, se dá de duas maneiras: 1. se carga viral \geq 1.000 cópias/ml ou desconhecida (carga viral desconhecida é aquela que tenha sido aferida antes da 34ª semana de gestação) e idade gestacional \geq 34 semanas, a recomendação será de parto por cesariana eletiva (realizada antes do início do trabalho de parto e encontrando-se as membranas amnióticas íntegras); 2. se carga viral $<$ 1.000 cópias/ml, ou indetectável e idade gestacional \geq 34 semanas, a recomendação será via de parto por indicação obstétrica. (BRASIL, 2004d).

Após cuidadosa avaliação pelo obstetra e pelo clínico/infectologista que acompanham a mulher, recomenda-se que os serviços tenham como regra informar e avaliar, conjuntamente com a paciente, os riscos/benefícios da via de parto recomendada. Do ponto de vista clínico, na rotina de acompanhamento da gestante com HIV, deverão ser incluídos exames para o monitoramento da situação imunológica (contagem do número de linfócitos CD4) e virológica (quantificação da carga viral), realizados no início do pré-natal e pelo menos no período próximo ao parto (34^a semana), com o objetivo de definir, entre outras coisas, a via de parto (BRASIL, 2004d).

Com a descoberta da possibilidade de reduzir a TV, tornou-se imprescindível a descoberta de métodos diagnósticos precisos, acessíveis em termo de custos e tecnologia. Apesar do avanço que representa o teste ELISA, este não permite resultados rápidos, limitando seu uso na identificação de pacientes em situação de urgência diagnóstica, como a gestante em trabalho de parto. Para esta finalidade, foram desenvolvidos os "testes rápidos", mais simples, rápidos e de baixo custo, permitindo a identificação das gestantes portadoras do vírus e a instituição de medidas que reduzem a TV desse microrganismo. Entre os testes rápidos mais utilizados figura o Determine[®], distribuído pelo MS do Brasil (DUARTE et al., 2001).

Estudo multicêntrico, que avaliou a sensibilidade e a especificidade do teste rápido imunocromatográfico, obteve-se 100% de acertos destes indicadores, mostrando ser este um método diagnóstico de grande valor para identificação rápida de indivíduos portadores do HIV, especialmente em países em desenvolvimento com infra-estrutura laboratorial limitada (PALMER et al.,1999).

Mesmo realizando o teste rápido para detecção do HIV em gestantes, considerando que se trata de um diagnóstico sorológico da infecção em adultos, são necessários dois testes de triagem positivos em duas diferentes amostras de sangue ou um teste confirmatório positivo. Para a criança menor de 18 meses, considera-se infectada quando houver dois resultados reagentes do teste confirmatório PCR-DNA. Após 18 meses a criança pode ser diagnosticada sorologicamente como o critério usado para adulto (LAMBERT; NOGUEIRA, 2000; BRASIL, 2004f).

São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoabsorbância ligado à enzima (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*, ELISA), ensaio imunoenzimático (*Enzyme Immuno Assay*, EIA), ensaio imunoenzimático com micropartículas

(*Microparticle Enzyme Immuno Assay*, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência. Os testes confirmatórios são: imunofluorescência indireta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (*Polimerase Chain Reaction*, PCR) e a amplificação sequencial de ácidos nucleicos (*Nucleic Acid Sequence Based Amplification*, NASBA) (BRASIL, 2004f).

O ELISA ("Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay") é o teste sorológico mais utilizado para diagnóstico da infecção, disponível no Brasil desde 1986; tem alta sensibilidade, porém com menor especificidade. Trata-se de um teste para verificar se o sangue de um indivíduo contém anticorpos contra o vírus da aids, o HIV. O aparecimento dos anticorpos detectáveis no soro ocorre geralmente dentro de quatro a doze semanas após a infecção. Este teste não consegue identificar o vírus propriamente dito, nem o ácido nucléico viral, mas sim os anticorpos, que são proteínas especiais, produzidas pelo sistema imunitário do indivíduo infectado e que combatem o vírus. Se estes anticorpos forem encontrados, o teste é "positivo". Neste caso, o ELISA é repetido para garantir os resultados (COMO SE FAZ, 2004; LAMBERT; NOGUEIRA, 2000).

Quanto aos testes confirmatórios, temos o mais empregado - o *Western Blot* - muito sensível e específico. Avalia a presença de anticorpos no soro dos pacientes que reagem com diferentes proteínas do HIV. Outro teste confirmatório é denominado reação de imunofluorescência, também muito sensível e específica, mais barata e de mais fácil execução que o *Western Blot* (LAMBERT; NOGUEIRA, 2000).

Antes e após a realização de qualquer teste para identificação do HIV, deve-se realizar o aconselhamento. Este pode ser definido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999).

O aconselhamento contribui, potencialmente, para a quebra da cadeia de transmissão da aids e de outras DSTs, uma vez que promove uma reflexão do indivíduo, conscientizando-o, mas, sobretudo, tornando-o sujeito no processo de prevenção e cuidado de si (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

O Brasil vem enfrentando dificuldades na implementação das intervenções para a prevenção da TV do HIV; para Vermelho, Silva e Costa (2003), a restrição de recursos financeiros, a limitada cobertura dos serviços de pré-natal e assistência ao parto e, principalmente, a qualidade precária da assistência prestada, baixa solicitação do exame e disponibilidade insuficiente do exame na rede, falta de capacitação da equipe de saúde e recursos humanos para realizar aconselhamento pré e pós-teste, falta de informação das gestantes sobre a importância do teste e baixa percepção do risco da infecção pelo HIV, são fatores que constituem barreiras significativas para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

O diagnóstico precoce deve ser meta das maternidades, como também de todos os serviços que atendem mulheres; os profissionais podem sensibilizá-las nas consultas de enfermagem e solicitar o teste anti-HIV, além de facilitar o acesso durante o parto para aquelas que não fizeram o teste no pré-natal. A garantia da qualidade do atendimento destinada para gestantes é desenvolvida pelo projeto nacional para ampliar o diagnóstico precoce, conhecido como “Projeto Nascer-Maternidades”.

A meta do “Projeto Nascer-Maternidades” é garantir o serviço às parturientes que não realizaram testes anti-HIV antes e os procedimentos médicos e de enfermagem que impedem a transmissão do vírus para o bebê nos três momentos em que ocorre: na gravidez, no parto ou na amamentação (BRASIL, 2002d)

1.5 O “Projeto Nascer-Maternidades”

Em decorrência da problemática do risco da transmissão vertical do HIV e da premente preocupação em adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo o diagnóstico do HIV à maioria das mulheres, foi instituído, em 2002, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o “Projeto Nascer-Maternidades”. Tal projeto objetiva, entre outras ações, reduzir a transmissão vertical do HIV, 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 tinham realizado esta testagem durante o pré-natal, garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV e o seguimento especializado para 100% das parturientes HIV positivas e seus recém-natos. Também

contempla criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil (leite em pó de vaca) 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 (BRASIL, 2002d).

O “Projeto Nascer-Maternidades” foi instituído em maternidades do SUS (próprias e conveniadas), localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam a mais de 500 partos por ano. Os critérios adotados pelo Ministério da Saúde para a seleção das maternidades foram: a) notificação de mais de dois casos de Aids por transmissão vertical em 1999; b) notificação de mais de cinco casos entre 1995 e 1998; c) crescimento igual ou maior que 100% quando comparados os casos de Aids por transmissão vertical notificados entre 1991/1994 e 1995/98. Para o desenvolvimento do Projeto, entretanto, conta-se com ações recomendadas, entre as quais se destacam a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, vigilância epidemiológica e manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas. O enfoque prioritário é a mudança do processo de trabalho para implementar as ações e garantir a melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério e o sistema de referência especializado (BRASIL, 2003a).

O Projeto atua em 650 maternidades de 348 municípios, de todos os estados; porém, por meio da Autorização de Internação Hospitalar de Parto (AIH), os estabelecimentos da rede SUS podem comprar os insumos de prevenção e serem ressarcidos pelo projeto. Observa-se que não faltam drogas como AZT e outras, mas há dificuldade de acesso aos serviços em regiões como Norte e Nordeste (NOTÍCIA..., 2005).

Embora no Brasil haja disponibilidade de testes e medicação profilática que possibilitam taxas potencialmente reduzidas de transmissão vertical, as crianças continuam a se infectar. Muitas mulheres chegam às maternidades sem haver freqüentado o pré-natal, e a cobertura de testagem do HIV neste período está abaixo de 40%. Para a maioria das mulheres HIV, a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV, e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical, é na hora do parto (BRASIL, 2003a).

Divulga-se que a avaliação do nível de implementação das intervenções para a prevenção da TV do HIV tem sido prejudicada pela dificuldade em se obterem dados para monitorar as várias etapas da implementação das ações, bem como seu impacto. O número de parturientes que recebem zidovudina injetável (AZT) é, atualmente, o único dado disponível no

MS, que pode ser usado como indicador de implementação (VELOSO; VASCONCELOS; GRINSZTEIN, 2000).

Apesar das pesquisas demonstrarem que as medidas profiláticas reduzem o risco da TV do HIV durante o parto e puerpério - e que a implementação das intervenções já têm alguns obstáculos observados e um deficiente monitoramento - poucos trabalhos têm sido elaborados com o intuito de avaliar as intervenções para reduzir essa transmissão durante o parto e puerpério, bem como para minimizar as barreiras que impedem a implementação do protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde às puérperas com HIV.

Mediante buscas na internet e contato com a coordenação de saúde reprodutiva da SESA-CE, identificou-se o fato de que, em Fortaleza ainda não foi realizado nenhum tipo de avaliação da qualidade da assistência desenvolvida em maternidades do Projeto Nascer. Segundo informação da coordenadora, ocorreram reuniões operacionais visando à melhoria das ações, porém nenhum instrumento de avaliação foi utilizado.

Diante do exposto, procurou-se avaliar na presente pesquisa, o atendimento prestado às puérperas com HIV, em uma maternidade com “Projeto Nascer-Maternidades” na cidade de Fortaleza, utilizando a aplicação de uma metodologia orientada para os provedores do serviço e clientela assistida, buscando, fundamentalmente, observar a eficiência dos serviços oferecidos à gestante no cotidiano do HIV/Aids.

Ao avaliar o atendimento às puérperas com HIV, foram observados resultados sobre o envolvimento dos profissionais de saúde e puérperas com HIV neste atendimento, os quais demonstraram o nível de qualidade da assistência prestada.

1.6 Inserção da Pesquisadora na Temática do Estudo

Como enfermeira do Programa de Saúde Reprodutiva do Centro de Saúde, do Município de Redenção-CE, teve-se a oportunidade de ser responsável pelo desenvolvimento da metodologia de trabalho para a melhoria da qualidade da atenção em saúde reprodutiva (PROQUALI), um projeto implantado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará em parceria com a USAID (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional), com o

objetivo de avaliar, por meio de instrumentos de verificação, a qualidade nos serviços de saúde reprodutiva.

A partir daí, o interesse pela temática: “Saúde da mulher e qualidade da assistência” aumentou, e, em razão da experiência profissional da pesquisadora na metodologia PROQUALI, pôde-se observar a pouca iniciativa dos profissionais de saúde do programa de saúde reprodutiva, em reduzir a TV do HIV durante o ciclo grávido-puerperal.

Nas consultas de pré-natal realizadas neste Município, não era enfatizado o risco da TV; embora o Ministério da Saúde tenha elaborado um protocolo para a conduta adequada durante o pré-natal, houve preocupação em descobrir se as maternidades de referência teriam algum projeto com o objetivo de reduzir este risco durante o parto e puerpério, períodos de maior risco de transmissão e, ainda, avaliar se estavam desenvolvendo uma assistência de qualidade.

Com a inserção desta autora no curso de pós-graduação, área de concentração clínico-cirúrgica surgiu a oportunidade ímpar de investigar o que era sua inquietação.

OBJETIVOS

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade na assistência à gestante com HIV, o presente estudo, desenvolvido em uma maternidade pública, tem como objetivos:

Geral:

- Avaliar as ações de controle da Transmissão Vertical do HIV.

Específicos:

- Caracterizar puérperas com HIV quanto às características sociodemográficas e clínico-obstétrica;
- Identificar o perfil dos profissionais que assistem puérperas com HIV em uma maternidade;
- Observar o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às puérperas com HIV;
- Apreender a opinião das puérperas sobre a assistência recebida na maternidade.

MATERIAL E MÉTODO

A cada novo trecho do caminho, nós nos deparamos com novas realidades e com possibilidades desconhecidas, que alteram não só as nossas expectativas sobre o futuro, mas que podem colocar o percurso já transcorrido sob uma nova luz e perspectiva. O conhecer modifica o conhecido.”

Eduardo Gianette

3.1 Tipo e Abordagem do estudo

A pesquisa ora desenvolvida é do tipo descritiva, exploratória e avaliativa. Para abordagem do estudo, utilizou-se a complementaridade da investigação qualitativa e quantitativa.

É descritiva e exploratória por se tratar de uma realidade a ser descoberta e necessitar de uma precisa delimitação de técnicas e métodos, para orientação da coleta e interpretação dos dados (LEOPARDI, 2001). Essa investigação recebeu esta tipologia porque tem a finalidade de desvendar como está sendo o atendimento prestado às puérperas com HIV em uma maternidade que tem o “Projeto-Nascer” implantado.

A busca também é do tipo avaliativa, pois se pretende avaliar um programa de saúde que visa à redução da transmissão vertical do HIV. A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, quanto de programação ou execução) e serve de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente, entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito e ao fracasso de seus resultados (AGUILAR ; ANDER-EGG, 1994).

Neste estudo, realizou-se a avaliação da fase de execução do “Projeto-Nascer Maternidades” para obterem-se resultados sobre o envolvimento dos profissionais de saúde no atendimento prestado as puérperas com HIV e, assim, contribuir para a prevenção da TV do HIV,

objetivando garantir a eficácia de estratégias que possibilitem a melhoria na qualidade da saúde de gestantes com HIV e de seu conceito.

A avaliação da execução é também denominada avaliação de gestão, avaliação contínua, avaliação concorrente, monitoramento ou avaliação concomitante. Esta avaliação fornece informação sobre o andamento do programa e seu objetivo é avaliar as mudanças situacionais, isto é, estabelecer até que ponto se está cumprindo e realizando o programa ou prestando um serviço de acordo com a proposta inicial (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Nesse ínterim, a contribuição de uma pesquisa avaliativa de um dado projeto é melhorar a metodologia utilizada, modificar ou inovar a estrutura e/ou funcionamento da organização e modificar a estratégia de desenvolvimento.

Lobiondo-Wood e Haber (2001) acrescentam que a pesquisa de avaliação é a utilização de métodos de pesquisa científica e procedimentos para avaliar um programa, cuidado, prática, usando meios analíticos para documentar o valor de uma atividade.

Nos serviços de saúde, abrem-se duas áreas de pesquisa: investigações que visam a testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e pesquisas voltadas para avaliar o resultado destas intervenções sobre a saúde dos usuários (SANTOS; VICTORA, 2004).

Avaliar serviços de saúde parece complexo. Para Nemes (2001), neste tipo de mensuração requer-se muitas vezes a adequada interação das metodologias qualitativas e quantitativas. O autor considera que este maior poder explicativo do uso de multi-métodos está suficientemente aceito no campo de pesquisa com avaliação.

A abordagem qualitativa permite compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, possibilitando entender melhor a subjetividade da clientela, bem como conhecer o significado de sua vivência no processo saúde-doença (LEOPARDI, 2001).

A abordagem quantitativa é fundamentada por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais, que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez, ou combinados. Questões que revelam um teste de relação ou diferença são examinadas por meio desta abordagem (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2 Período do Estudo

Coletaram-se os dados no período de setembro a dezembro de 2004 e a análise iniciou-se também no decorrer deste tempo, pois, nos estudos qualitativos, a coleta e análise dos dados se interpõem, sendo difícil delimitar as linhas que os separam (DIAS, 2001).

3.3 Caracterização do Cenário do Estudo

A instituição pesquisada foi a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em Fortaleza-Ceará. Caracteriza-se por ser um hospital universitário de grande porte, de nível terciário, federal, administrativamente subordinado ao Estado. Realiza cerca de 654 partos por mês e localiza-se no bairro Rodolfo Teófilo, pertencente à Secretaria Executiva Regional III, do Sistema de Saúde de Fortaleza.

A escolha da maternidade deveu-se ao fato de esta prestar atendimento a gestantes de alto risco, ser referência para atendimento de gestantes oriundas da capital e do restante do Estado, ser campo de prática e de ensino de áreas diferentes da saúde e fazer parte do elenco de maternidades que desenvolvem o “Projeto Nascer-Maternidades”.

Tal projeto foi implantado nesta maternidade em 2002 e possui na coordenação geral uma equipe multiprofissional, composta de médico, assistente social, psicólogo e enfermeiro.

A maternidade recebe gestantes e puérperas na emergência, centro obstétrico e unidade de alojamento conjunto. A coleta de dados foi realizada nas enfermarias destinadas ao alojamento conjunto. A instituição possui duas unidades para a permanência no período puerperal: uma destina-se à mulher submetida ao parto normal e a outra ao parto cirúrgico. Este setor foi escolhido porque é o local destinado para realizar os procedimentos para redução da TV do HIV no período puerperal, período definido nesta investigação para avaliar o atendimento prestado.

A aplicação do instrumento nas enfermarias trouxe maior privacidade às puérperas com HIV que participaram do estudo. Também foi o local ideal para observar o atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

3.4 Atores Sociais do Estudo

3.4.1 Puérperas

A população do estudo constou de oito puérperas com resultado de infecção pelo HIV por meio do diagnóstico prévio ou teste-rápido e que aceitaram participar da pesquisa. Determinaram-se como sujeitos da pesquisa as puérperas, por já terem recebido assistência nos diversos setores da maternidade, na condição de mulher com HIV, ou seja, de alguém que há poucas horas deu entrada no hospital (emergência), foi submetida ao parto (sala de parto) e, finalmente, admitida em uma enfermaria de alojamento conjunto, sendo fundamental para compreensão de como está sendo realizado o atendimento nestes setores.

De acordo com Burroughs (1995), o período pós-parto, ou puerpério, é o intervalo entre o parto e a volta do corpo da mulher ao estado anterior da gestação. Ajustes fisiológicos e psicológicos rápidos começam logo após o parto e permanecem por, aproximadamente, seis semanas. Consideramos esse período o mais adequado para realizar a entrevista, pois dentro de todo o processo a que a puérpera foi submetida, nessa ocasião encontra-se, provavelmente, mais receptiva para dar e receber informações.

Doze puérperas com HIV foram admitidas à instituição no período de coleta de dados, porém só foi possível para a investigadora realizar o estudo com oito. Os diferentes motivos que, impossibilitaram contemplar todas as puérperas no estudo estiveram relacionados ao fato de a pesquisadora não ter sido informada da admissão ou as pacientes terem obtido alta em horários diferentes do preestabelecido. As oito puérperas aceitaram participar do estudo e constituíram, assim, os sujeitos da pesquisa. Depois de esclarecidos os objetivos e a justificativa da pesquisa, os sujeitos assinaram livremente o termo de consentimento pós-informado.

Para determinar o número dos sujeitos, levou-se em consideração a quantidade de puérperas admitidas à MEAC no período estipulado para a coleta de dados, como também o critério de saturação. Saturação é o critério de finalização: investigam-se diferentes representações até que a inclusão de novos estratos não acrescente mais nada de novo; crescer

mais camadas pode fazer apenas uma pequena diferença com respeito a representações adicionais. Quando temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno, e o pesquisador se dá conta de que não apareceram surpresas ou percepções, é porque chegou ao ponto de saturação de sentido (BAURER; GASKELL, 2003).

Para avaliações detalhadas, um número pequeno de sujeitos facilita a análise e compreensão dos dados, tornando-as menos exaustivas para o pesquisador e para o leitor.

Para determinação do dia em que se encontraria o sujeito da pesquisa na instituição, foi solicitado ao profissional responsável pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) que comunicasse ao pesquisador, por ligação telefônica, quando ocorresse admissão de gestantes portadoras de HIV. Esta integração pesquisador-profissional do serviço foi fortalecida com atitude positiva e favorável por parte da direção geral da maternidade. Foi utilizado esse tipo de estratégia em decorrência de os partos em gestantes portadoras de HIV serem escassos e esta estratégia seria a mais adequada para facilitar o encontro do pesquisador com o sujeito.

3.4.2 Profissionais de Saúde

Os profissionais selecionados foram médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que estivessem prestando assistência no pós-parto e na alta das puérperas portadoras do HIV/aids. Foi tomado aleatoriamente, pelo menos, um profissional que atendeu a cada puérpera.

Dentre as diferentes categorias profissionais, entretanto, só foi possível avaliar a assistência prestada pelo médico e pelo enfermeiro, cujas intervenções estiveram relacionadas à redução da TV. Técnicos e auxiliares de enfermagem, quando foram vistos, estavam apenas realizando procedimentos invasivos ou verificação de sinais vitais e não se percebeu a presença deles nas atividades de interação com a puérpera com objetivo de redução da TV.

Por estes motivos, optou-se por avaliar os profissionais que atendiam as puérperas com HIV e que tivessem em um momento oportuno para o pesquisador avaliar intervenções para redução da TV. Tornou-se difícil para a pesquisadora permanecer 24 horas ao lado da puérpera

para realizar a avaliação no período de todas as intervenções. Desta forma, o momento identificado para avaliação foi durante a passagem de plantão ou orientações para alta hospitalar, pois a pesquisadora percebeu que eram nestes momentos que alguns profissionais se deslocavam para prestar algum tipo de assistência pós-parto.

Por estes motivos, foi possível avaliar o atendimento prestado por seis enfermeiras e dois médicos, que aceitaram participar do estudo livremente. Cada profissional avaliado prestou assistência a pelo menos uma puérpera do estudo.

O fato de ter sido avaliado um número maior de enfermeiros em relação aos outros profissionais, decorreu do comparecimento deles no horário da passagem de plantão e/ou alta hospitalar, horário que a pesquisadora determinou para avaliação.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Utilizaram-se como técnicas a observação estruturada ou padronizada e a entrevista. Como instrumentos para a coleta de dados, foram utilizados um roteiro de observação estruturada para profissionais de saúde (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevista semi-estruturada para puérperas (APÊNDICE B).

3.5.1 Roteiro de observação para profissionais de saúde

O roteiro de observação para profissionais de saúde foi elaborado de modo que pudesse avaliar a assistência prestada para redução da TV. Para sua elaboração, foram considerados os seguintes aspectos: 1. critérios de avaliação baseados no Manual do Projeto Nascer (BRASIL, 2003a); e 2. indicação das recomendações do Ministério da Saúde para prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2004d). O roteiro apresenta oito questões do tipo *check list*. Cada item observado foi checado mediante o registro sim ou não diante da realização ou não dos procedimentos, ou não se aplica, quando não foi necessário avaliar o critério naquele sujeito.

Para os profissionais de saúde, aplicou-se a observação estruturada direta por se considerar mais apropriada para coletar informações sobre a assistência por eles prestada. Observaram-se as intervenções, as quais foram registradas no roteiro predefinido.

A observação direta pode revelar esquemas operativos dos vários espaços de intervenção onde atuam os profissionais com grande autonomia técnica; pode indicar o modelo tecnológico deste trabalho (NEMES, 2001). A observação estruturada ou padronizada permite um contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com o objetivo de obter informações desejadas sobre a totalidade do contexto da realidade dos sujeitos investigados, em seus princípios e particularidades (CRUZ NETO, 1995). O pesquisador estabelece os aspectos/fatos/situações que serão observados para saber em que extensão e circunstância acontecem; utilizando um roteiro com “check list” e categorias em bloco para serem anotados, estabelecendo descrições detalhadas (PARAHOO, 1997).

3.5.2 Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Puérperas

O roteiro de entrevista semi-estruturada para puérperas foi formulado para buscar informações sobre a assistência recebida com vistas à redução da TV. Este constou de três partes, com perguntas abertas e fechadas e dados obtidos no prontuário hospitalar. A primeira parte do instrumento da entrevista constou da identificação da puérpera, a segunda parte versou sobre dados do ciclo grávido-puerperal e história diagnóstica do HIV e, finalmente, a terceira fez questionamentos sobre a assistência recebida na maternidade.

Em pesquisas com avaliação, a observação estruturada e a entrevista são as mais indicadas pela capacidade de avaliar, por meio de indicadores preestabelecidos, os momentos de interação de usuários e profissionais de saúde dentro do processo de trabalho (NEMES et al., 2004).

Na entrevista semi-estruturada, utilizou-se um roteiro, pois o pesquisador segue um caminho predeterminado, e suas intervenções são no sentido de colher os dados desejados além de dar maior espontaneidade ao informante (QUEIROZ, 1991). O entrevistador faz uma lista de tópicos/temas que serão explorados no curso da entrevista e o roteiro é preparado para assegurar que os tópicos sejam cobertos por todos os informantes. Outras perguntas devem ser feitas para

esclarecimentos e aprofundamento, mantendo um estilo informal e foco na investigação. A vantagem desta técnica reside no menor tempo no campo de investigação, delimita os temas e auxilia na sistematização e compreensão dos dados (PATTON, 1984).

A entrevista semi-estruturada combina questões abertas com questões fechadas e o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1999). As questões abertas foram indagadas diretamente aos sujeitos. As respostas das questões fechadas foram extraídas do prontuário; quando ausentes, foram indagadas diretamente à paciente. Utilizou-se a gravação de todas as entrevistas aplicadas junto às puérperas, mediante autorização. Segundo Cabral e Tyrrell (1998), a gravação representa uma das mais importantes formas de registro de todas as expressões verbais do entrevistado e também proporciona maior liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao mesmo. A gravação pode ser justificada como uma ajuda à memória ou um registro útil da conversação para uma análise posterior. Isto permite ao entrevistador concentrar-se no que é dito em vez de fazer anotações (BAURER; GASKELL, 2002); representa uma ampliação do poder de registro do observador (QUEIROZ, 1991).

Utilizou-se um gravador digital, que tem a vantagem da durabilidade, e por gravar as falas em disco compacto (CD) e se poder escutá-las no computador com maior riqueza de detalhes.

3.6 Análise, Organização e Interpretação dos Dados

Os dados foram analisados quantitativamente em números absolutos e dispostos em tabelas, as quais relacionaram as informações de caracterização sociodemográfica e clínica-obstétrica das puérperas portadoras do HIV e caracterização dos profissionais que prestaram a assistência.

Os dados qualitativos foram interpretados pela análise de conteúdo de Bardin (1977) e dispostos em quadro que descreveu os resultados dos critérios observados sobre o atendimento prestado às puérperas pelos profissionais de saúde. Também foram extraídas informações das entrevistas com as puérperas portadoras do HIV e organizados mediante esta proposta de análise

de conteúdo, que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação. Divide-se em três etapas:

1 – Pré-análise - consistiu na seleção dos documentos para análise, na retomada de hipóteses e objetivos do estudo, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Nesta fase, separaram-se as entrevistas para transcrever a gravação em página escrita e possibilitar a análise. Realizou-se logo após a gravação de cada entrevista como forma de apreender o maior número de detalhes possíveis. Organizaram-se também neste período as observações realizadas em um quadro; determinaram-se, também, os indicadores que mais se relacionavam com o objetivo da pesquisa.

2 – Exploração do material - consistiu na operação de codificação, a partir da transformação dos dados brutos, de forma a alcançar a compreensão do texto. Iniciou-se com a leitura exaustiva das transcrições e observações para comparação com a finalidade da pesquisa, para, em seguida, realizar o recorte das falas registradas que mais se identificavam com o resultado dos critérios do *check list* feito durante as observações. Cada puérpera recebeu a denominação de “P”, seguida do número da ordem em que foi entrevistada, para garantir seu anonimato.

3 – Tratamento dos resultados e interpretação - nesta fase, foram realizadas as interpretações previstas no quadro teórico. Logo após a seleção das falas e organização dos resultados da observação em um quadro, os conteúdos receberam uma análise qualitativa baseada na literatura correspondente ao tema da pesquisa.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Com o avanço da ciência, as normas éticas em pesquisa com seres humanos estão cada vez mais rigorosas. Em se tratando do cuidado com portadores do HIV, exige-se do profissional ampla competência técnica e ética, pois os dilemas éticos relacionados ao HIV ocorrem frequentemente e requerem do profissional constante atualização diante das diversas inovações desta assistência.

A existência de problemas relacionados à atuação do profissional médico ou enfermeiro evidencia que não basta-se levar em conta apenas os aspectos técnicos para avaliar a qualidade da atenção; para acompanhar esta análise, é indispensável observar o comportamento ético deste profissional de saúde. Muitos dos problemas ocorridos na prática diária destes profissionais, provavelmente, são conseqüências de uma formação acadêmica inadequada, tanto na graduação quanto na especialização, em decorrência de limitada orientação na elaboração de conhecimento novo, mas, principalmente, na frágil apreensão de valores éticos. Para uma formação devidamente qualificada, é necessário levar em conta o nível da categoria, a carga moral que o profissional traz implícita nas atitudes, no caráter e no sistema de valores (AMARO CANO, 2004).

A responsabilidade profissional inclui a orientação sobre a regulamentação ou legislação do exercício profissional e do código de ética da respectiva profissão. Os enfermeiros e médicos precisam compreender a dimensão do trabalho que executam e assumir consciente e responsabilmente a competência profissional a eles outorgada pela formação universitária e técnica (OGUISSO; SHIMIDT, 1999).

Um código de ética pode ser entendido como as relações das práticas de comportamento que se espera sejam observadas no devido exercício da profissão. As normas do código de ética visam ao bem-estar da sociedade, no intuito de assegurar a lisura dos seus membros dentro e fora da instituição (LISBOA, 1997).

A aids trouxe à tona pontos éticos bastante delicados, sobre os quais os profissionais de saúde e pesquisadores necessitam balancear os direitos e as necessidades do indivíduo e o bem público. Há preocupações com a privacidade e a confidencialidade, já que o investigador entra na vida particular e na intimidade dessas pessoas (DURHAM; COHEN, 1989).

A questão ética também é enfatizada no Programa Nacional de DST/aids e traduzida nas normatizações acerca do sigilo profissional e consentimento para se realizar procedimentos, bem como na divulgação dos códigos de linguagem politicamente correta no campo da aids (NEMES et al., 2004).

Assim, neste estudo, teve-se a preocupação de obedecer aos aspectos éticos contidos na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos.

Essa resolução exige que se cumpram aspectos éticos fundamentais na pesquisa com indivíduos, grupo ou comunidade, mediante o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa, ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos, da garantia de que danos preveníveis serão evitados e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos participantes.

Inicialmente, o projeto foi autorizado pela diretora da Instituição (maternidade) e depois apreciado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar na Universidade Federal do Ceará.

Todos os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente elaborado pela entrevistadora (APÊNDICES C-D). O consentimento esclarecido é um processo no qual pesquisadores asseguram que os sujeitos sejam informados adequadamente sobre a pesquisa e acerca dos riscos potenciais, desconfortos e incômodos, assim como os benefícios de participarem do estudo, informando-os sobre o direito de participar ou não da pesquisa (OGUISSO; SHIMIDT, 1999; BRASIL, 1996). Esses autores preconizam como princípios éticos da pesquisa a beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, confidencialidade e autonomia, princípios que serão respeitados nesta pesquisa.

Levando-se em conta os aspectos éticos relacionados a pesquisas que investigam pessoas com HIV, foi extinto o termo “aidético”, por tratar-se de vocábulo discriminatório. Utilizaram-se no presente estudo diferentes denominações como: portadora do vírus, puérperas infectadas pelo HIV, mulheres portadoras de HIV/aids, gestantes soropositivas, entre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A vida existe para fazer, aprender e desfrutar. Quanto mais
você aprende, mais pode fazer; quanto mais você faz, mais
pode aprender.”

Lisa Engelhardt

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período do estudo, ou seja, setembro a dezembro de 2004, ocorreram 1.825 nascimentos, sendo que, destes, 12 (0,66%) foram partos de gestantes soropositivas para o HIV, identificados pelo teste-rápido e por testes confirmatórios. Destas 12 gestantes, oito (66,7% do total de gestantes com HIV neste período) foram sujeitos do estudo. Sete eram puérperas com diagnóstico prévio de HIV e uma com resultado inicial de HIV positivo pelo teste rápido, o qual foi confirmado posteriormente pelo exame ELISA.

A cifra 0,6% de puérperas com HIV admitidas na MEAC durante o período corrobora os resultados de gestantes contaminadas em diversos serviços de saúde do País. Estudo desenvolvido em uma maternidade em Caxias do Sul-RS, durante o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2001, identificou 1,41% dos partos realizados em gestantes soropositivas (STEFANI, ARAÚJO, ROCHA, 2004). Neste mesmo Estado, de agosto de 2001 a outubro de 2002, foram avaliadas gestantes admitidas em trabalho de parto e que não tinham resultados de teste anti-HIV prévio, tendo a investigação demonstrado que 4% das gestantes apresentaram teste-rápido, ELISA e *Western Blot* positivos (CARVALHO et al, 2004). Em São Paulo, pesquisa desenvolvida em 2000 identificou 3,6% das gestantes com teste rápido positivo para o HIV (DUARTE et al., 2001). Já em Mato Grosso do Sul, observa-se o crescimento do oferecimento da testagem para o HIV. Uma investigação realizada nos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002, sobre o percentual de gestantes testadas antes do parto, resultou respectivamente nos percentuais 1,2, 16, 17 e 28,5 % e, após a implantação do programa de proteção à gestante, em 2003, atingiu-se 83% de gestantes testadas no pré-natal (NOMURA JÚNIOR, 2005).

Os resultados das pesquisas ora descritas revelam o aumento de gestantes com HIV admitidas em maternidades do Brasil. Nesta perspectiva, torna-se importante à implantação do programa de assistência as mulheres com HIV para promover o oferecimento do teste durante o pré-natal e proporcionar tratamento precoce. Na maternidade investigada, apenas uma gestante não tinha realizado exame prévio para o HIV, denotando a melhoria no oferecimento do teste antes do parto.

Depreende-se que o número de gestantes contaminadas pelo HIV vem crescendo em vários estados. Algumas razões da diferença no aumento de casos em cada região, provavelmente, têm relação com a maneira de acolhimento das gestantes durante o pré-natal e, sobremaneira, com a qualidade do serviço prestado.

A seguir apresentam-se os resultados da caracterização dos sujeitos e da avaliação da assistência prestada às puérperas com HIV.

Para analisar o perfil dos sujeitos, descreveu-se a caracterização sociodemográfica das puérperas e dos profissionais envolvidos no atendimento prestado.

Com o intuito de avaliar a qualidade do atendimento prestado às puérperas, foram descritas: 1.caracterização clínica-obstétrica das puérperas; e 2.observação do atendimento prestado pelos profissionais de saúde às puérperas portadoras do HIV

4.1 Caracterização Sociodemográfica das Puérperas Portadoras do HIV

Identificar o perfil sociodemográfico de puérperas com HIV amplia a compreensão acerca das características que podem ter influência na redução da TV.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1, com a distribuição da faixa etária, situação conjugal, procedência, escolaridade, situação funcional, renda *per capita*, opção religiosa e número de filhos das puérperas estudadas.

TABELA - 1 Distribuição da caracterização sócio-demográficas das oito puérperas portadoras do HIV/aids. MEAC. Fortaleza, 2004.

Caracterização Sociodemográfica	Nº de puérperas
Faixa etária (anos)*	
≤ 19	1
20 – 29	4
30 – 39	2
40- 49	1
Situação Conjugal	
Com companheiro fixo	7
Sem companheiro fixo	1
Procedência	
Capital	2
Outros municípios	6
Escolaridade (Anos de Estudo)	
1 – 3	1
4 – 7	5
8 – 11	2
Situação Funcional	
Empregadas	2
Desempregadas	6
Renda <i>Per capita</i> (Salário Mínimo**)	
≤ ½	8
Opção Religiosa	
Católica	8
Número de filhos ***	
1- 2	5
3 – 4	2
≥ 5	1

* Idade mínima = 15 anos Idade máxima = 44 anos

** Salário mínimo vigente na época do estudo = R\$ 260,00.

*** Inclui-se o filho do parto vigente

No Brasil a faixa etária de maior comprometimento da mulher contaminada é a de 20 a 49 anos de idade (82,9%) (BRASIL, 2004b). Entre as oito puérperas do estudo, verificou-se que a faixa etária com maior número foi entre 20 e 29 anos (quatro). A idade mínima observada foi de 15 anos e a máxima 44, comprovando que os dados desta pesquisa se assemelham ao perfil atual da aids, em que os casos ocorrem em idade reprodutiva, levando ao crescimento progressivo de gestantes com HIV. Também ocorreram casos nos extremos das idades, evidenciando que a atenção e prevenção ao HIV/aids devem incluir adolescentes e mulheres em todas as idades.

Uma adolescente (15 anos) chegou à maternidade sem resultado prévio de HIV e teve resultado de teste rápido positivo, confirmando o que vem sendo divulgado sobre a vulnerabilidade nesta época da vida e a contaminação cada vez mais precoce entre as mulheres. Os riscos da exposição à infecção pelo HIV acentuam-se nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, pois a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional em face da infecção pelo HIV (CHIRIGOBA, 1997).

Idades precoces são características dos casos de aids entre mulheres no Brasil (BRASIL, 2004b). Estes resultados se assemelham e confirmam que a epidemia da aids comprometa mulher em idade reprodutiva, e contribui para o risco da TV do HIV, caso não haja intervenção precocemente.

Quanto à situação conjugal, sete puérperas referiram conviver com companheiros e uma não mora com seu parceiro. No Brasil, é comum a maioria das mulheres infectadas ter parceiro sexual exclusivo e família constituída (GUIMARÃES, 1996; BARBOSA, 1996); entretanto, a infidelidade masculina tem sobrepujado o aumento de casos entre as mulheres.

Alterar o comportamento de mulheres que se colocam como protegidas contra as chances de contrair a doença por via sexual, quando mantêm relação estável, torna-se o grande complicador para a propagação da doença entre as mulheres e conseqüentemente seus filhos (WIETHÄUPER; CECHIN; CORREIA, 2003). Investigação desenvolvida com puérperas, em 2000, sobre as práticas relacionadas à aids, identificou que 70% das puérperas acreditavam na fidelidade do parceiro (PRAÇA; LATORRE, 2003). Em São Paulo, pesquisa realizada em 2002 mostrou que 67% das mulheres declararam que jamais poderiam pensar que estariam infectadas (SOUZA JÚNIOR et al., 2004).

Estes fatos demonstram a necessidade de orientar as mulheres e seus companheiros sobre o aumento dos casos na categoria heterossexual, situação decisiva para o crescimento da epidemia entre as mulheres. Nesta perspectiva, deve-se desmistificar a idéia de que a relação estável ou mais duradoura não significa diminuição do risco de infecção pelo HIV, fator a ser discutido com os parceiros, os quais devem ser incluídos em eventos, reuniões ou palestras em serviços de saúde da mulher.

Quanto ao local de residência, seis eram procedentes de outros municípios cearenses e duas da capital, refletindo a tendência nacional de interiorização da epidemia, a qual

continuamente vem transpondo barreiras geográficas e culturais e se disseminando por todo o território.

Estes resultados contribuem para alertar os dirigentes dos serviços de saúde para mais um problema em decorrência da ausência de atendimento especializado nas diferentes regiões do Estado. Os municípios de pequeno porte não dispõem de atendimento de saúde de qualidade nem para gestantes muito menos para puérperas com HIV, bem como para crianças nascidas de mães contaminadas. Estes pacientes necessitam de deslocamento sistemático para consultas em serviços de referência, ora para consulta materna, ora para consulta com pediatra, ora para buscar medicamentos ou para se beneficiar da fórmula infantil. Observou-se durante a prática assistencial que a maioria destes atendimentos não coincidiu de ser em um mesmo período e, em associação aos escassos recursos financeiros e dificuldade de acesso e transporte, podem comprometer adesão ao tratamento dos portadores.

Ademais, a mulher com HIV/aids que engravida e tem um filho é vista preconceituosamente pela população destas cidades, com reflexos na sua auto-imagem e auto-estima, repercutindo no seu filho e demais componentes familiares.

A tendência de interiorização da epidemia deve ser considerada por esses municípios, sendo que eles devem traçar ações voltadas à redução da TV. Desta forma, compete-lhes qualificar as equipes que prestam assistência pré-natal por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), instruir profissionais para agir adequadamente antes, durante e após o parto, oferecendo o teste anti-HIV e iniciando precocemente a profilaxia da TV, ou ainda, referenciar a mulher para assistência adequada, mediante encaminhamento para maternidades que garantam a assistência com vistas à redução da TV.

O município, entretanto, deve garantir os recursos necessários para o acompanhamento especializado, oferecendo transporte e todos os demais medicamentos a serem utilizados pelos portadores.

O grau de escolaridade pode indicar o quanto as gestantes fazem parte de parcela da população sem acesso a serviços. A maioria das puérperas (cinco) estudou de quatro a sete anos. O acesso à escola pode propiciar à mulher mais informações, melhor entendimento sobre a epidemia e com isso maiores possibilidades de trabalhar a prevenção, ação essencial diante da infecção pelo HIV.

A maioria das mulheres apresentava pouco tempo de estudo, demonstrando baixo nível educacional, dados que confirmam o perfil da epidemia da aids na mulher. No Brasil, 56% (1980-2004) das mulheres com HIV acima de 19 anos estudaram até o ensino fundamental (BRASIL, 2004b). A escolaridade entre portadores de ambos os sexos vem diminuindo progressivamente, mas as mulheres possuem menor escolaridade desde o início da epidemia (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2003).

Em se tratando de puérperas com HIV, particularmente aquelas com menor escolaridade, deparam-se, quase sempre, com a dificuldade de absorver informações para implementar as ações preventivas no pós-parto, acarretando maior vulnerabilidade para seus filhos (FARMER, CONNORS; SIMMONS, 1996). Estas puérperas devem receber informações claras e em linguagem acessível, de preferência que sejam orientadas desde o pré-natal e reforçadas as orientações no puerpério.

Estudo-sentinela realizado em diversas regiões do Brasil identificou que, quanto menor o grau de instrução das parturientes, menor o conhecimento do resultado da sorologia antes do parto, mais baixa a solicitação de sorologia para o HIV e menor o número de consultas de pré-natal (SOUZA JÚNIOR et al., 2004)

Relativamente à situação funcional, seis puérperas estavam desempregadas e desenvolviam trabalhos domésticos e duas estavam empregadas, sendo uma professora e outra costureira.

A situação de trabalho doméstico força as mulheres a permanecerem muito tempo no lar, mas as ações de prevenção devem ser alicerçadas em estratégias para garantir o acesso às informações sobre HIV/aids neste ambiente, pois, segundo apontado por diversos estudos, aquelas que vivem essa situação parecem estar vulneráveis à aquisição do vírus. Pesquisadores divulgam que a responsabilidade de cuidar da casa e das pessoas da família recai, tradicionalmente, sobre a mulher, que deixa, muitas vezes, de recorrer ao serviço de saúde, e/ou abandona o tratamento, para cuidar dos filhos e familiares (GALVÃO, 2002).

Como indicado em estudo realizado com puérperas atendidas em duas maternidades de São Paulo, a maioria recebeu informações sobre aids pela televisão ou rádio (PRAÇA; LATORRE, 2003). Diante das evidências, são necessários investimentos contínuos na utilização destes meios de comunicação para atingir as donas de casa com limitado acesso à informação sobre a epidemia.

Todas as puérperas apresentavam renda *per capita* de meio salário mínimo (o valor do salário vigente era de R\$ 260,00). O empobrecimento compõe uma característica do perfil da epidemia e um fator que constitui uma das barreiras para redução da TV. Em relação à puérpera com HIV e seu filho, podem ocorrer dificuldades financeiras para aquisição de alimentação necessárias à substituição do aleitamento materno, para deslocamento sistemático ao serviço de saúde e, provavelmente, resultando baixa adesão ao acompanhamento em saúde do binômio mãe-filho.

Figueiredo e Ayres (2002) reforçam essas apreciações e afirmam que as mulheres com baixa renda terão dificuldades para sustentar as ações para redução de TV ao longo do tempo, implicando maior vulnerabilidade delas e sua prole.

Cinco puérperas tinham entre um e dois filhos, duas entre três e quatro e uma tinha cinco filhos, incluindo a gestação atual. Estes dados podem demonstrar o desejo de engravidar entre elas, ou pode determinar o descuido da mulher em conceber sendo soropositiva, pois cinco puérperas tiveram filho, com diagnóstico prévio da infecção pelo HIV; no entanto esta investigação não pretendia pesquisar se a gravidez foi ou não desejada.

Em virtude dessa discussão, os profissionais de saúde devem estar habilitados para refletir e discutir sobre concepção na vigência da infecção pelo HIV, visto que é direito privado e pessoal a decisão de ter filhos, mesmo em mulheres com HIV. Faz-se necessária informação sobre o risco da TV em relação à escolha do melhor momento para a gravidez.

Os direitos reprodutivos se baseiam no reconhecimento do direito básico, de todos os casais e indivíduos, de decidir responsabilmente e livre sobre se desejam ou não ter filhos, sobre o número e frequência. É necessário compreender que as mulheres são sujeitos de direitos, capazes de decidir a respeito de suas próprias vidas. Cabe aos serviços de saúde e operadores (as) de saúde fornecer-lhes informações, acolhimento, assistência e condições para que estas decisões sejam tomadas da melhor maneira (PORTELLA, 2003).

No início da epidemia da aids, os profissionais de saúde recomendavam, como medida de controle da infecção perinatal, limitar a reprodução de mulheres infectadas, visto que o risco de transmissão era muito alto e não se contava com terapêutica adequada. Esta recomendação, entretanto, não era aceita pelas mulheres; contudo, baseados no protocolo 076 e nas novas terapias antiretrovirais, estudiosos recomendaram uma política de dar *conselho*

contextualizado às pacientes com infecção pelo HIV para tomarem decisão racional e reflexiva acerca da gravidez (RIQUELME; HIRSCH, 2004).

No aconselhamento pré e pós-concepção, com o objetivo de habilitar a mulher para tomada de decisão da gravidez, deve-se discutir sobre a prevenção para TV e orientar sobre a influência do HIV na gravidez, risco da TV e impacto de medidas profiláticas, benefícios e riscos da TARV e prognóstico para crianças que adquirem a infecção (VALDÉZ, 2002).

A opção religiosa católica foi referida por todas as puérperas. Esta variável mostra-nos a importância de incluir o espaço religioso como veículo de informação sobre aids e transmissão vertical do HIV. Para a Coordenação Nacional de aids, entretanto, alguns bispos demonstram distanciamento entre o discurso da cúpula e a realidade dos setores que trabalham com aids; os membros da Igreja parecem não estar familiarizados com a epidemia e é sugerido à Igreja que reflita sobre o posicionamento contrário ao uso da camisinha (BRASIL, 2000b).

4.2 Caracterização Clínico-Obstétrica das Puérperas Portadoras do HIV

A Tabela 2 refere-se à caracterização clínico-obstétrica das puérperas com HIV e permite avaliar a assistência recebida pela puérpera durante o ciclo grávido-puerperal e, assim, identificar as possíveis dificuldades nestes períodos para redução da TV.

TABELA - 2 Distribuição da caracterização clínico-obstétrica das oito puérperas portadoras do HIV/aids. MEAC. Fortaleza, 2004.

Caracterização Clínica	Nº de puérperas
Consulta Pré-natal	
1-3	01
4-5	02
≥ 6	05
Acompanhamento em serviço especializado	
Sim	07
Não	01
Exame anti-HIV	
Anterior ao pré-natal	05
Pré-natal	02
Parto	01
Tipo de parto	
Cesariana	08
Início do uso de antiretroviral	
Antes da gestação	01
14 semanas	02
15-20 semanas	03
≥ 21 semanas	01
No parto	01
Tempo de diagnóstico em anos	
0 – 1	06
2 – 4	01
5 – 8	01
Sorologia do parceiro*	
Positivo	01
Negativo	02
Aguardando resultado	04
Não soube informar	01

* Resultado da sorologia obtida segundo informações da puérpera

Ao avaliar a caracterização clínico-obstétrica das oito puérperas com HIV, foram identificados cinco puérperas que informavam seis ou mais consultas de pré-natal, número recomendado pelo MS; entretanto, uma recebeu apenas uma consulta e duas quatro consultas. Apesar de a maioria ter recebido o número adequado de consultas, duas tiveram reduzido número de consultas, diminuindo as chances de início do tratamento na época indicada.

A não-procura ou a dificuldade de acesso da assistência pré-natal pelas gestantes - permanece como uma das principais barreiras para a plena implementação das intervenções comprovadamente eficazes para reduzir a TV (CALVET; FILHO; SALGADO, 2000). O aparente desinteresse pela preservação da saúde é justificado pela característica da cultura sexual brasileira

(BARBOSA; VILLELA, 1996). O risco da infecção pelo HIV está ligado à situação de cada país e com as práticas sexuais próprias da cultura (GUIMARÃES, 1996). Os fatores culturais permeiam fortemente os comportamentos que contribuem para a expansão da aids.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação seja diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco (SERRUYA; LAGO; CECCATI, 2004). A adesão ao pré-natal também aumenta quando a gestante tem diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Cinco puérperas deste estudo tiveram diagnóstico precoce para HIV e estas tiveram o maior número de consultas de pré-natal.

Quanto mais cedo se iniciar o pré-natal, mais rápido serão diagnosticadas gestantes com HIV, proporcionando o início do tratamento e as orientações necessárias para redução da TV, visto que no parto e puerpério fica mais difícil à mulher absorver tantas recomendações.

Pesquisa desenvolvida em 2002 estudou 31.316 parturientes de 228 maternidades distribuídas em 150 municípios do Brasil. Mostrou que 4,4% delas não fizeram acompanhamento pré-natal. Entre as que tinham pelo menos uma consulta, apenas 58,6% iniciaram o pré-natal no período adequado. A investigação também detectou que nas regiões Norte e Nordeste menos de 40% das gestantes tem de seis ou mais consultas (SOUZA JÚNIOR et al., 2004).

No Ceará, porém, a cobertura de RN cuja mãe teve de quatro ou mais consultas de pré-natal, em 2004, foi de 89,1% (CEARÁ, 2005). Questiona-se, com efeito, a qualidade do pré-natal, pois, apesar dos dados apontarem um aumento considerável nos últimos anos no número de consultas por mulher (BRASIL, 2002e), esse incremento não resultou impacto considerável nos óbitos maternos declarados (BRASIL, 2002e; LEÃO; MARINHO, 2002), nem no uso adequado das recomendações para redução da TV (CARVALHO et al., 2004).

A qualidade inadequada do pré-natal impossibilita a detecção de um número maior de soropositivas. O movimento “cidadãs positHIVas”, que congrega mais de mil mulheres com o vírus, afirma que o problema está na falta de estrutura da rede pública para diagnosticar todas as grávidas. Para o MS, os índices de cobertura de pré-natal no Brasil são altos, mas falta qualidade, embora, em 2002, a cobertura tenha atingido o patamar de 93% (NOTÍCIA...,2005).

Neste íterim, evidencia-se a necessidade de melhor treinar/capacitar a equipe de atendimento pré-natal nas rotinas básicas aceitas atualmente, como a inclusão das recomendações para assistência a gestante com HIV, para garantir a qualidade na assistência pré-natal, alcançando a redução da TV.

Das sete puérperas, cinco foram diagnosticadas soropositivas ao HIV antes do pré-natal e duas durante o pré-natal, as quais estavam sendo acompanhadas por serviço especializado para atendimento a gestantes com HIV. Uma puérpera não foi acompanhada anteriormente por não ter diagnóstico prévio; seu resultado do HIV foi obtido por meio do teste rápido na maternidade. O diagnóstico prévio do HIV colabora para que a gestante seja referenciada ao serviço especializado e assim tenha mais chances de receber precocemente intervenções para redução da TV.

Em Fortaleza, estudo realizado com 138 grávidas infectadas pelo HIV apontou que 35,5% destas mulheres já conheciam o *status* sorológico antes da gravidez e 48,6% souberam durante o pré-natal, ao passo que 4,3% descobriram-se infectadas pelo HIV durante o parto e 11,6% após o parto ou pelo diagnóstico da criança. Das que souberam estar infectadas antes ou durante a gravidez, apenas 47,5% utilizaram de forma correta todas as etapas da profilaxia para impedir a TV, incluindo as condutas para o recém-nascido (CAVALCANTE et al., 2004)

No Brasil, no ano de 2002, um estudo-sentinela identificou cobertura efetiva do teste de HIV na gestação de 52 %. Neste mesmo período, a região Nordeste apresentou cobertura de apenas 44%, a segunda menor do Brasil (SOUZA JÚNIOR et al., 2004).

No presente estudo, a maternidade ofereceu o teste rápido para HIV à parturiente que chegou à maternidade sem diagnóstico prévio. Esta intervenção possibilitou a instituição de intervenção profilática de emergência específica visando à prevenção da TV do HIV. O teste rápido é destinado prioritariamente para mulheres que não foram testadas durante a gestação ou que não possuem resultado disponível no momento da internação (BRASIL, 2004e). Este teste veio preencher uma lacuna entre a assistência pré-natal e o tratamento adequado em unidade hospitalar (RAJEGOWDA et al., 2000). Este exame mostra-se rápido, de baixo custo e altamente específico e sensível. Estudos em diversos países mostraram índices de 100% de sensibilidade e 99,8% de especificidade (CARVALHO et al., 2004).

Segundo esta investigação, sete puérperas tiveram diagnóstico antes ou durante a gestação. O diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita alcançar melhores resultados com relação ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, as melhores chances de se obter a desejada profilaxia da TV. Por este motivo, oferecimento do teste anti-HIV com aconselhamento deverá ser ensejado a todas as gestantes, logo no início do pré-natal (BRASIL, 2004e).

Durante o pré-natal, deve-se estabelecer o acompanhamento em serviço especializado com atendimento conjunto da gestante por clínico/infectologista e obstetras capacitados no manejo de gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2004d), além dos demais membros da equipe multiprofissional, como enfermeiro, psicólogo e assistente social. A avaliação clínica da gestante deve incluir monitorização laboratorial, como a contagem dos linfócitos TCD4 e da carga viral, trimestralmente, determinação da idade gestacional, história do uso de TARV, além de avaliação da resistência viral e complicações da terapia (ZAGALO, 2003).

Na casuística do presente estudo, as ações profiláticas para redução da TV, como o início do uso dos anti-retrovirais (ARV), revelaram que uma gestante iniciou a TARV antes da gestação porque já tinha indicação para tratamento e três usaram com 14 semanas. Quatro iniciaram após 14 semanas, dentre as quais, duas usaram a TARV entre 15 e 20 semanas, uma usou com 28 semanas e outra apenas na hora do parto.

Dois puérperas que iniciaram a profilaxia para redução da TV após 14 semanas tinham recebido de seis ou mais consultas de pré-natal, indicando atraso na instituição da TARV, mesmo tendo o número adequado de consultas.

Após a instituição do protocolo PACTG 076, as gestantes infectadas pelo HIV deverão sempre receber profilaxia com ARV com o objetivo de reduzir a TV. O AZT deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico e deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação (BRASIL, 2004d). Além disso, sabe-se atualmente que o uso da TARV combinada, ou seja, o uso de duas ou mais drogas ARV é capaz de reduzir a carga viral da mãe para níveis indetectáveis e assim reduzir a TV (BRASIL, 2004d; BARTLETT; GALLANT, 2002).

A importância de se iniciar o ARV a partir da 14ª semana é porque, quanto mais precoce, menor o risco de TV (BRASIL, 2004d), entretanto observou-se que o tratamento realizado com ARV após as 36 semanas de gestação e durante o parto, com uso do AZT xarope no RN e contra-indicação do aleitamento, reduz em 50% a taxa de transmissão (GROBMAN; GARCIA, 1999).

No Brasil, apesar do regime terapêutico com AZT ser oferecido gratuitamente pelo MS, ainda existem sérias dificuldades na identificação das gestantes infectadas por este vírus, privando-as do acesso às medidas profiláticas da TV (DUARTE et al., 2001)

O conhecimento de que existe terapêutica eficaz para a prevenção da TV leva a que se envide todos os esforços no sentido de prevenir a infecção do RN, diminuindo o número de

gestações não vigiadas, rastrear infecção na grávida de modo sistemático e com consentimento, diagnosticar outras patologias, encaminhar precocemente ao pré-natal de alto risco e aconselhar a não-amamentação (ZAGALO, 2003).

A maioria das puérperas, cujo diagnóstico da infecção era conhecida antes da gestação, iniciou precocemente a profilaxia com AZT na gestação para redução da TV. O exame anti-HIV deve ser oferecido, não só durante o pré-natal, mas em qualquer oportunidade da assistência à saúde da mulher, como planejamento familiar e prevenção do câncer ginecológico. Esta estratégia pode garantir melhor planejamento da gravidez em mulheres soropositivas e o uso em tempo oportuno das recomendações para prevenção da TV.

Assim, de acordo com o que se observou quanto à oportunidade do oferecimento do AZT, no presente estudo, nas diferentes semanas de gestação, as intervenções não se mostraram adequadas para a prevenção da TV, conforme preconiza o MS, fato que pode estar relacionado com a baixa qualidade das consultas de pré-natal.

Quanto ao tempo de conhecimento da infecção, seis gestantes sabiam do diagnóstico há menos de um ano e duas acima de dois anos. Entre as que tinham mais tempo de diagnóstico, duas que sabiam há dois anos e uma há sete anos iniciaram a prevenção da TV após a 14ª semana de gestação. Constatou-se que, mesmo as que sabiam há mais tempo o diagnóstico, não tiveram oportunidade de iniciar precocemente a profilaxia. O pouco tempo de conhecimento da infecção também interferiu no início do TARV; uma puérpera com cinco meses de diagnóstico de infecção pelo HIV iniciou a TARV apenas com 28 semanas de gestação e outra que descobriu pelo teste rápido na maternidade só recebeu o AZT injetável na hora do parto.

No presente estudo, independentemente do tempo de infecção e resultado prévio da infecção, a maternidade disponibilizou o tratamento para todas as gestantes no momento do trabalho de parto e parto, colaborando com as intervenções para redução da TV quando ainda existem chances para reduzir a transmissão do vírus.

Quando a oportunidade de profilaxia com TARV no início da gestação for perdida, ela poderá ser iniciada em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto. Todas as parturientes, independentemente do começo do uso do ARV, devem receber AZT endovenosa, desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2004d).

As intervenções profiláticas promovidas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50 % a probabilidade de TV do HIV. O uso do AZT somente intraparto reduz

a transmissão em 35% (GROBMAN; GARCIA, 1999). O quanto mais precoce, todavia, o início do uso do AZT, maior será a redução da infecção no RN. Mesmo quando a intervenção com AZT é realizada tardiamente na gestação, ou quando este é administrado apenas para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o nascimento, observa-se diminuição do risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2004d).

Todos os recém-nascidos, filhos das puérperas deste estudo, receberam o xarope de AZT nas primeiras duas horas de vida, atendendo-se às recomendações para efetivação da redução da TV.

Em relação ao tipo de parto, todas as puérperas foram submetidas ao parto cirúrgico. Pesquisadores indicam a via de parto abdominal cirúrgica (cesariana) como a mais segura para evitar a TV. Existem evidências de que a cesariana contribui para a redução da transmissão perinatal do HIV, mesmo quando a carga viral é < 1.000 cópias/ml, mas há controvérsias sobre se o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher, quando associado a este procedimento (BRASIL, 2004d).

A definição da via de parto segue as recomendações do protocolo do MS, que depende da carga viral da paciente. Na prática assistencial, entretanto, observa-se que é comum a ausência do resultado da carga viral, e a escolha do parto cirúrgico provavelmente é efetivada em decorrência da falta destes dados em benefício do RN.

No estudo em questão, a sorologia do parceiro sexual da mulher também foi investigada para se estabelecer a existência de sorologia concordante ou discordante entre o casal. As puérperas informaram apenas um parceiro sexual positivo, sendo que dois companheiros apresentaram resultados negativos, quatro esperavam resultado e em relação a outro, a puérpera não soube informar se havia realizado ou não a sorologia.

O termo sorodiscordante é largamente utilizado para designar casais heterossexuais ou homossexuais, nos quais um dos dois parceiros é portador do HIV/aids e outro não (POLEJACK, 2001). Os casais sorodiscordantes apresentam aspectos peculiares que os distinguem e justificam um trabalho diferenciado por meio dos profissionais de saúde. Este tema merece melhor compreensão, considerando-se os desafios impostos ao casal referentes à manutenção da vida afetivo-sexual (REIS; GIR, 2005).

O parceiro sexual deve realizar o exame para HIV e participar das consultas e reuniões, mesmo se for sorodiscordante. Devem-se criar estratégias para atuação com parceiros de mulheres soropositivas, independentemente do *status* sorológico do parceiro.

4.3 Caracterização dos Profissionais que Prestaram Assistência às Puérperas Portadoras do HIV

A Tabela 3 mostra o perfil dos profissionais que assistiram as puérperas do estudo, mediante as variáveis: categoria profissional, idade, tempo de formação e de atuação na instituição pesquisada e treinamento recebido sobre TV.

TABELA - 3 Distribuição da caracterização dos profissionais que prestaram assistência às puérperas portadoras do HIV. MEAC, 2004.

Caracterização dos profissionais	N
Categoria profissional	
Enfermeiro	06
Médico (um residente)	02
Idade (anos)	
26-31	05
32-37	-
38-43	02
44-49	01
Tempo de formação (anos)	
1-9	05
10-19	02
20-29	01
Tempo na instituição (anos)	
<1	02
1-15	05
16-22	01
Receberam treinamento sobre TV	
Enfermeiro	02
Médico	00

Quanto à caracterização dos profissionais de saúde que prestaram assistência às puérperas portadoras do HIV, constatou-se que a maioria era de enfermeiros (seis). Quanto à faixa etária dos profissionais de saúde, encontravam-se entre 26 e 49 anos. O tempo de formação entre um e nove anos foi predominante (cinco), entretanto encontrou-se um profissional com 29 anos de formação. Quanto ao tempo na instituição, a maior parte (cinco) dos profissionais

trabalhava entre um e 15 anos na maternidade, dois profissionais tinham menos de um ano e um já trabalhava há 22 anos neste serviço. Em relação ao treinamento sobre TV, apenas dois profissionais enfermeiros receberam algum tipo de treinamento sobre TV, os outros quatro enfermeiros e dois médicos não informavam curso ou treinamento específicos para prevenção da TV.

De maneira geral, o tempo de formação e o de trabalho na instituição é variável, desde os recém-formados até aqueles com tempo prolongado de formação e de trabalho na maternidade. Dos que trabalhavam há muito tempo na maternidade, a maioria não havia participado de capacitação voltada para a prevenção da TV.

Semelhante resultado foi observado na América do Norte. Nos Estados Unidos em 2000, estudo revelou que médicos graduados há mais tempo tinham atendido menos pacientes com HIV/aids e tinham menos conhecimento da enfermidade. Assim, solicitavam a prova diagnóstica sem consentimento prévio do paciente. Estes profissionais participaram com menor frequência do curso de formação continuada em HIV/aids (MASSIAH et al., 2004).

No presente estudo, por tratar-se de maternidade de referência, e assim ambiente de ensino às diversas áreas de saúde, é aconselhável que a instituição ofereça cursos continuamente sobre os diversos aspectos que envolvem a assistência à mulher com HIV/aids, pois desta forma desempenhará seu amplo e importante papel de formador. O Projeto Nascer tem como uma das exigências principais a capacitação de todos os profissionais envolvidos na assistência.

Também é relevante realizar capacitações sistemáticas, pois treinar profissionais ou prestadores de serviço recém-admitidos possibilita o oferecimento de novas técnicas e pesquisas inovadoras sobre este assunto.

Estudo desenvolvido em 2002 no Estado do Rio de Janeiro, em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre TV, revelou que 37,9% não conheciam sobre a TV, 67,6% consideraram insatisfatório o seu nível de conhecimento sobre o assunto e 49% julgaram não saber abordar o paciente com HIV (SOUSA, 2002).

Em 2002, o MS afirmou que o Projeto Nascer previa o treinamento de mais de quatro mil profissionais de saúde em todo País e campanha de esclarecimento para os profissionais de 400 maternidades (BRASIL, 2003b). Na presente pesquisa observou-se que os profissionais estudados relatavam a ausência de treinamentos específicos para a assistência às mulheres com HIV/aids. No entanto, informação verbal obtida pela direção da instituição aponta que durante

ocorreram diferentes treinamentos e os profissionais eram convidados a participarem. No entanto, há um desinteresse e desmotivação clara dos profissionais convidados em comparecer nos momentos de capacitação.

O fato de ter sido avaliado um número maior de enfermeiros em relação aos médicos decorre da maior frequência dos profissionais no horário da passagem de plantão e/ou alta hospitalar, período que a pesquisadora determinou para avaliação.

A presença do enfermeiro foi mais frequente, nestes períodos, do que a dos médicos, porém pareceu que a interação ocorre apenas nestes horários para realizar a evolução de enfermagem, pois em outros momentos em que se esteve presente à instituição, não se observou aproximação do enfermeiro com a puérpera com HIV, para intervenções, orientações ou diálogo com a paciente, conforme desejado e preconizado pelas normas e diretrizes do alojamento conjunto.

Neste estudo, perguntou-se às puérperas sobre o que acharam do atendimento recebido na maternidade e, apesar de a maioria delas haver considerado que gostou da assistência recebida na maternidade, duas relataram insatisfação, uma relacionada ao “medo” que os profissionais sentem delas, denotando o estigma da doença, e outra que referiu ter sido mal atendida, identificando, assim, problemas na interação e relações humanas entre ela e o profissional, como denotam as falas a seguir:

Muito bom o atendimento, só tem uma coisa que eu queria dizer que as pessoas têm medo da gente, a gente fica meia que escondida (P-5).

Olha o que eu achei na maternidade, no meu pré-natal eu fui bem atendida, principalmente pela assistente social... agora depois que eu vim para cá [puerpério/alojamento conjunto], depois que o nenê nasceu, eu não gostei do atendimento, umas enfermeiras, as outras que ficam no berçário que trata a gente mal (P-6).

O paciente com HIV se sente algumas vezes estigmatizado pelos profissionais de saúde, os quais devem estar atentos para evitar atitudes de isolamento e tentar dispor de mais tempo para interação e tratamento humanizado, levando em consideração orientações importantes para o autocuidado e diálogos informais, visando obter à confiança do paciente.

Em se tratando de gestantes com HIV, é necessário humanizar o parto e o nascimento. A humanização é, acima de tudo, a necessidade óbvia de tratar este momento com práticas que permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido (SERRUYA; LAGO; CECCATI, 2004).

A relação entre o profissional de saúde e a mulher, muitas vezes, é considerada assimétrica e tecnocrática. Os profissionais não são comprometidos e as pacientes são *coitadinhas* ou consideradas como *máquinas*, que é examinada sem estabelecer nenhum vínculo com o profissional (SERRUYA; LAGO; CECCATI, 2004). Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com as gestantes, equilibrando a tecnologia e o humanismo e enfocando a prevenção (DAVIS-FLOYD, 2001), principalmente quando se trata de HIV/aids.

Pesquisa desenvolvida com portadores de HIV/aids em Las Vegas indicou que 47% dos pacientes confiariam em relatar seus problemas aos profissionais de enfermagem e assim aceitar orientações, desde que o profissional reconhecesse seu problema como prioridade e o tratasse com ética e profissionalismo (BALDOQUIM, 2000).

Nesta perspectiva, humanizar é assumir uma postura ética de respeito ao outro, acolhendo o desconhecido, sem, contudo, negligenciar os aspectos técnico-científicos em detrimento do valor do ser humano. A não-qualidade do contato pessoal entre profissionais e usuários nos serviços vem a ser a principal responsável por mal-entendidos e inadequadas intervenções, propiciando condições para o erro e, assim, para falhas éticas (CORBANI, 2004).

4.4 Observação do Atendimento Prestado pelos Profissionais de Saúde às Puérperas Portadoras do HIV

Dos oito critérios observados nesta investigação, sobre as recomendações para redução da TV na assistência pós-parto de uma puérpera com HIV, notou-se que os profissionais não realizaram o total de critérios avaliados, ou seja, nenhuma puérpera recebeu todas as intervenções no puerpério preconizadas pelo protocolo instituído pelo MS (Quadro 1), ações necessárias para redução da TV, e, assim, os profissionais realizaram em parte intervenções.

QUADRO - 1 Distribuição dos critérios observados sobre o atendimento prestado por oito profissionais de saúde às puérperas portadoras do HIV .Fortaleza-CE, 2004.

ÁREA AVALIADA	CRITÉRIOS OBSERVADOS	Nº DE PUÉRPERAS E CRITÉRIO ATINGIDO		
		NA*	SIM	NÃO
Assistência no pós- parto	1. É reforçada toda a informação do aconselhamento, enquanto a puérpera aguarda confirmação sorológica de seu diagnóstico.	07	00	01
	2. É realizada inibição mecânica (enfaixamento das mamas) e/ou administrado inibidor de lactação logo após o parto.	00	08	00
	3. A puérpera é orientada quanto ao preparo e fornecimento da fórmula infantil e alimentação do RN.	00	01	07
	4. É encaminhada amostra de sangue ou a paciente para confirmação sorológica do HIV	07	01	00
	5. Após resultado de teste rápido ou confirmação do diagnóstico de HIV, a puérpera e o RN são notificados na ficha de investigação de gestantes/ parturientes HIV+ e crianças expostas.	00	08	00
	6. A puérpera é orientada sobre a consulta de seguimento puerperal e sobre a procura de um serviço especializado para portadores de HIV.	00	04	04
	7. É agendada ou orientada a consulta para a criança em serviço especializado.	00	02	06
	8. É reforçada à mãe a importância da adesão do seguimento do RN, bem como a regularidade da administração do AZT xarope.	00	01	07

* NA = não se aplica.

Analisando as intervenções realizadas com vistas à redução da TV, descreve-se a seguir cada critério observado.

É reforçada toda a informação do aconselhamento, enquanto a puérpera aguarda confirmação sorológica de seu diagnóstico.

Das oito puérperas com HIV, apenas uma aguardava confirmação sorológica de seu diagnóstico, pois sete tinham diagnóstico prévio. Desta forma, este critério de observação não se aplicou para as demais pacientes em foco; entretanto, observou-se que uma puérpera submetida ao exame para HIV na maternidade por meio do teste rápido, não recebeu informações de

aconselhamento durante o puerpério enquanto aguardava o resultado definitivo do exame sorológico.

A inexistência de aconselhamento é uma situação observada em outros serviços de saúde. Estudo realizado, em 1998, no Recife, com diferentes estabelecimentos de saúde - que incluía centros de saúde, maternidades e unidades de saúde da família - comprovou que nenhum serviço promoveu aconselhamento, mesmo quando solicitou o teste anti-HIV (FELICIANO; KOVACS, 2003).

O acesso às ações de aconselhamento é um direito de toda gestante, parturiente e puérpera, sendo conseqüentemente um dever do profissional de saúde realizá-lo, e dos gestores possibilitarem as condições para que isso ocorra na rotina do serviço (BRASIL, 2004e). Esta ação pode ser alcançada com capacitação e adequação de recurso humano.

O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa; tem a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate da história do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde (BRASIL, 2000b).

O objetivo do aconselhamento para o profissional de saúde é estimar, a partir da história da vida sexual, a possibilidade da exposição, informando para a mulher a probabilidade do resultado, apontando para as chances de um resultado positivo, negativo ou falso-positivo. Nesse atendimento, o profissional oferece uma oportunidade da mulher suspeitar de riscos advindos de sua história de vida, e fornece recursos, a partir da qualidade desta interação, para perceber sua exposição, preparando-se para receber o diagnóstico de HIV ou adotar medidas preventivas dessa infecção (BRASIL, 2004e).

As mulheres que se mostram mais informadas acerca das conseqüências da soropositividade para o bebê são aquelas que já realizaram o exame e, necessariamente, passaram pelo aconselhamento pré e pós-teste. Demonstra-se, com efeito, a grande função educativa exercida por este momento, pois as dúvidas podem ser respondidas, motivando atitudes de saúde corretas (WIETHÄUPER; CECHIN; CORREIA, 2003).

As puérperas desta pesquisa com diagnóstico prévio para HIV, quando questionadas em relação ao conhecimento sobre a TV, afirmaram ter recebido orientações no pré-natal e demonstraram saber sobre o assunto, como mostram as falas a seguir:

O médico falou que de 100%, 80% das crianças tratadas não nascem com o vírus que a mãe tem. (P-1).

Eu já vim orientada quando eu cheguei aqui [na MEAC], recebi todas orientações na minha primeira consulta de pré-natal (P-2).

Eu recebi orientação da assistente social, ela falou que ia ter todo cuidado aqui para não transmitir para o nenê, que eu iria fazer uso do medicamento antes do parto e também depois do parto que eu ia levar o medicamento para a criança tomar em casa (P- 4).

Quanto à puérpera com diagnóstico obtido pelo teste rápido, não foram identificadas orientações sobre TV. O depoimento a seguir retrata essa situação.

Não, ainda não recebi orientação. Sei que causa muito risco de vida. O pessoal diz que isso é uma coisa muito grave. Ouvi falar depois do exame aqui na maternidade, na hora do parto. No pré-natal não ouvi, não. Fiz consulta de pré-natal com enfermeira. Sei que dá mancha, cai o cabelo, seca e morre (P-8).

Percebeu-se que a ausência do exame prévio, associado ao inadequado aconselhamento, sugere comprometimento para posterior entendimento sobre a TV. Vale ressaltar que o exame de teste rápido realizado na sala de parto não oferece condições de diálogo, em razão do estado emocional e clínico da parturiente e do curto período para dar informações, tornando-se a sala de parto um local inadequado para desenvolver a atividade prevista de orientações que antecedem ao exame.

Apesar de ser ideal realizar aconselhamento durante o pré-natal, algumas gestantes não têm esta oportunidade e, na maternidade, torna-se, então, o momento de realizá-lo. Assim, como é difícil antes do parto a mulher absorver informações, o período puerperal seria a ocasião oportuna de reforçar o aconselhamento, visto que ela tem mais tempo e melhores condições físicas e emocionais para conversar sobre a TV.

Durante as observações da assistência à puérpera, percebeu-se que o enfermeiro não é referido como o profissional que prestou informações, desde o pré-natal, pelo relato anterior, cuja consulta foi realizada por enfermeira e não foi solicitado teste para HIV, nem mesmo foi realizado aconselhamento à gestante na maternidade, pois as puérperas referem orientações promovidas apenas por médico e assistente social. As falas a seguir retratam essa discussão.

Todas as orientações eu recebi, foi da assistente social e médico. Há falaram para eu me prevenir, perguntaram se eu já sabia que não podia dar de mamar para a criança, se eu estava tendo relação de camisinha, ter muito cuidado com o sangue, porque são transmitidos pelo sangue também, eles me deram toda orientação (P-6).

Médico, assistente social, falou que eu tinha que tomar os remédios direitinhos para que não viesse o bebê nascer com problemas (P-7).

O enfermeiro tem um papel essencial na assistência à mulher, principalmente no puerpério, quando há objetivos claros, definidos pelas normas de alojamento conjunto e, provavelmente, por normas, regimentos ou procedimentos operacionais de enfermagem determinados pela instituição. Percebeu-se, porém, que o enfermeiro, embora presente, não tem desenvolvido ações que lhe competem, deixando, provavelmente, que outros profissionais ocupem este lugar quando deixam de intervir e interagir com as puérperas, principalmente com HIV, pois necessitam de maior atenção em virtude da labilidade emocional causada pela gestação, a doença e cuidados específicos com a criança exposta ao risco de aquisição da infecção pelo HIV.

É realizada inibição mecânica (enfaixamento das mamas) e/ou administrado inibidor de lactação logo após o parto.

Esta situação foi atingida para todas as puérperas, foi efetivada a inibição mecânica (enfaixamento das mamas) e/ou administração do inibidor de lactação logo após o parto.

A mulher com diagnóstico de HIV deve ter sua lactação inibida logo após o parto, que pode ser conseguida com medidas mecânicas e farmacológicas. As medidas mecânicas consistem em realizar a compressão mecânica das mamas (enfaixamento), com cuidado para não restringir os movimentos respiratórios, causando desconforto materno. Essa medida, isoladamente, tem sucesso em 80% dos casos, quando mantida por um período de 7 a 10 dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. Se houver dificuldades dessa medida, deve ser considerada a supressão farmacológica com uso do inibidor de lactação (BRASIL, 2004e).

Em algumas situações, existe a recomendação para utilizar um dos dois procedimentos descritos anteriormente. Este critério é considerado atingido se enfaixar a mama ou usar o inibidor de lactação, porém observou-se que algumas puérperas deixaram de usar o enfaixamento nas mamas, mas não por contra-indicação.

Duas puérperas estavam com a faixa como medida de inibição da lactação. Já seis delas não estavam usando esta medida. O não-uso entre estas puérperas se deu em decorrência de terem sido orientadas para usar sutiã após a alta (ao chegar em casa). O não-uso também esteve relacionado à falta da faixa crepe na maternidade. Também foi observado que uma puérpera

recusou o enfaixamento, motivada pelo “medo” de a família descobrir seu diagnóstico no período da visita hospitalar, haja vista que ela não havia relatado a sua infecção aos familiares. As falas a seguir refletem este resultado:

Não enfaixei porque disseram que não tinha atadura (P-2).

Não foi colocado enfaixamento, elas me orientaram assim, quando eu chegasse em casa usar um sutiã bem “arrochado”, se não quisesse usar o sutiã aí eu enfaixava (P-3).

Ah! disseram para mim não dá de mamar e enfaixaram meu seio, me deram remédio para secar o leite. Não estou agora tirei para tomar banho e por causa dos parentes dele para não ficar perguntando [sobre o enfaixamento](P-6).

Comprendemos com estes relatos que há carência de insumo material, pois não estava disponível atadura para realizar o procedimento. A instituição, referência para estas mulheres, deve garantir intervenção para êxito em inibir a lactação, apenas com esta técnica.

Também observou-se que a substituição do enfaixamento pelo uso do sutiã, orientação apreendida por uma puérpera, estava inadequada. No puerpério, recomenda-se o sutiã para manter a mama elevada, evitando estases nas porções inferiores da mama (BRASIL, 2001).

De acordo com o que se preconiza na literatura médica, percebeu-se o uso indiscriminado das medidas clínicas e farmacológicas, pois à primeira escolha ideal deve-se tentar a inibição mecânica. Quando não se obtém êxito, a inibição farmacológica é aconselhada, entretanto (BRASIL, 2004e). Vê-se claramente nesta pesquisa, que ocorre uso concomitante dos dois métodos.

Em relação à retirada da faixa pela puérpera, a equipe deve supervisionar diariamente a mama, observando e orientando o uso correto, as características da mama, e identificar dificuldades, prevenindo que ela deixe de usá-la. Os principais incômodos relatados pelas puérperas na literatura dizem respeito à dificuldade de respirar, caso a faixa esteja apertada, e do calor na região coberta pela faixa, principalmente nas cidades de clima quente (BRASIL, 2004e). Assim, faz-se necessário enfaixar por técnica que promova bem-estar à paciente, pois o resultado satisfatório vai depender do tempo de uso e da não-manipulação da mama, propiciado, principalmente, pelas intervenções desenvolvidas durante a assistência de enfermagem.

Quanto ao inibidor de lactação, todas as puérperas receberam, porém notou-se que uma delas só recebeu por empenho de um profissional que estava acompanhando acadêmicos de

Enfermagem. Depoimento da paciente revela que o medicamento (inibidor de lactação) estava em falta no serviço, pois há dois dias havia sido prescrito e não tinha previsão de aquisição. Assim, por empenho dessa equipe, foi realizada aquisição da droga. A mesma paciente informa que foram os mesmos profissionais que realizaram o enfaixamento em suas mamas.

O inibidor de lactação deve ser adquirido pelas instituições privadas e conveniadas ao SUS ou pelo Estado/Município (instituições públicas), sendo restituídos pelo SUS de acordo com o valor constante na tabela de procedimentos especiais (BRASIL, 2004e). Dessa maneira, sugere-se que a maternidade mantenha política interna de aquisição e estoque do inibidor de lactação, bem como de atadura (faixa crepe), garantindo-se intervenção para redução da TV no pós-parto.

A puérpera é orientada quanto ao preparo e fornecimento da fórmula infantil e alimentação do RN.

Das oito puérperas do estudo, notou-se que apenas uma foi orientada sobre o preparo da fórmula infantil durante o puerpério. Quanto à introdução de outros alimentos para o RN exposto ao HIV, nenhuma puérpera recebeu informações.

Recomenda o MS que as mães soropositivas para o HIV não amamentem seus filhos, nem doem leite para o banco de leite, e contra-indica o aleitamento cruzado (aleitamento por outra mulher). Nestes casos, as crianças nascidas de mães soropositivas deverão ser alimentadas com leite artificial (fórmula infantil e/ou leite de vaca), preparado de forma adequada para a sua idade, para que sejam garantidas as condições de perfeito crescimento e desenvolvimento. A partir do 2º mês de idade, outros alimentos deverão ser introduzidos na alimentação da criança (BRASIL, 2003c).

A fórmula infantil é o leite de vaca em pó, modificado para atender as necessidades da criança de acordo com a idade; deverá ser diluído de forma correta para não prejudicar o bebê (BRASIL, 2003c).

A puérpera que foi informada sobre a fórmula infantil recebeu esta orientação durante a alta, e na enfermaria, compartilhando as informações com outras pacientes. O momento ideal para orientar a puérpera quanto ao preparo da fórmula infantil e outros alimentos do RN é nas primeiras horas de internação no alojamento conjunto, para assegurar a perfeita compreensão quanto ao preparo, higienização dos utensílios e administração à criança. Deverá ser realizada

individualmente em local reservado, fora do alojamento conjunto, assegurando o sigilo e a não-interferência na política de amamentação. A mãe deverá receber o “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV”, no momento da alta, se o diagnóstico foi realizado na maternidade ou no pré-natal (BRASIL, 2004e).

Ao questionar as puérperas sobre o preparo da fórmula infantil, nenhuma soube informar como realizá-lo, como também não conheciam o “Guia Prático”, inferindo que não haviam recebido esta intervenção no pré-natal e tampouco na maternidade. As falas a seguir demonstram as situações de ausência de orientação.

Já sei como prepara o leite, não foi na maternidade que disseram, foi minha mãe que é enfermeira que disse (P-1).

Por escrito eu não recebi ainda, aqui na maternidade eu não recebi informação [sobre fórmula infantil] (P-2).

Já ouvi falar que é à base do leite do peito, à base do leite materno, mas ainda não sei do preparo [fórmula infantil] (P-5).

Não sei dizer que outros alimentos posso dar a ele (P-8).

Quanto ao processo e local de recebimento da fórmula infantil, informavam que haviam recebido informações da assistente social, conforme se segue:

Na hora de receber alta, eles deixam na farmácia [a fórmula infantil], aqui eu vou receber só este mês, aí eu vou receber lá no meu interior, assistente social que falou (P-1).

A fórmula infantil é disponibilizada no primeiro momento pela maternidade onde a criança nasce (2 a 4 latas no momento da alta), devendo o restante (até 60 latas/crianças em 6 meses) ser disponibilizado pelo serviço especializado para onde a criança será encaminhada (BRASIL, 2004e). No período estudado, as puérperas recebiam 10 latas da fórmula infantil na alta hospitalar e eram orientadas a procurarem por unidade de saúde de referência mais próxima de sua residência para continuidade do recebimento, ou poderiam optar pelo recebimento na maternidade.

Pesquisa realizada, em 2003, entretanto, com 31 mulheres portadoras do HIV em Fortaleza-CE, puérperas argumentam que têm muitas dificuldades de conseguir o leite da criança e a própria alimentação depois que saem da maternidade (PAIVA; GALVÃO, 2004).

Observou-se na fala de uma puérpera a falta da fórmula infantil no serviço, ocasionando adiamento da alta hospitalar. A maternidade deve garantir esta intervenção e organizar-se para aquisição, pois esse é um recurso da União repassado por meio do incentivo fundo a fundo para estados e municípios que estejam habilitados para a compra da fórmula (BRASIL, 2002f).

A pediatra disse que não tinha leite hoje por isso que não me deram alta (P-6).

Os profissionais de saúde que assistem crianças expostas verticalmente ao HIV devem contra-indicar a amamentação e inserir na rotina de intervenções as orientações sobre a alimentação adequada ao RN, e os gestores da instituição precisam garantir a aquisição da fórmula infantil. Dessa maneira, estarão contribuindo para redução da TV, visto que o risco de transmissão é de 7 a 22 % e se renova a cada exposição (BRASIL, 2004d). Também se faz necessário vigiar e aconselhar o ato de não amamentar, pois estudos revelam o quanto é difícil esta ação pela puérpera.

Estudo realizado em 2003, com gestantes e puérperas portadoras do HIV em Fortaleza-CE, divulga que mães relataram que a não-amamentação traz sentimentos como dor, culpa, frustrações, sofrimentos, desejos interrompidos, impotência e sonhos desfeitos. Referiram também que amamentaram seus filhos, concebidos após o diagnóstico do HIV, argumentando o desconhecimento da contra-indicação do aleitamento natural, referindo que o profissional que a atendeu logo após o parto não foi convicto em sustentar que a amamentação era contra-indicada. Também foi observado que uma puérpera ofereceu a mama uma só vez, por desejo e impulso de amamentar (PAIVA; GALVÃO, 2004).

Evitar e suspender o ato de amamentação é algo que vem contrariamente a tudo o que é divulgado e preconizado em prol desta prática. Conduzir a percepção negativa dessa experiência, quando uma mulher é gestante e portadora do HIV, é uma lógica muito difícil de incorporar, por parte da mulher e mãe (WIETHÄUPER; CECHIN; CORREIA, 2003).

É encaminhada amostra de sangue ou a paciente para confirmação sorológica do HIV.

Das oito puérperas da pesquisa, sete já tinham confirmação sorológica e uma havia sido submetida ao teste rápido e sua amostra de sangue encaminhada para confirmação do diagnóstico. Nas demais puérperas, por apresentarem diagnóstico prévio, não se aplicou esta observação e considerou-se, assim, este critério atingido.

Para o diagnóstico da infecção do HIV-1, o MS preconiza que seja realizado o teste rápido para todas parturientes sem exame prévio, e a confirmação sorológica mediante dois exames ELISA (de alta sensibilidade), como método de triagem ou por meio de um teste confirmatório (aglutinação de partículas de látex, imunofluorescência indireta e *Western-blot*) (BRASIL, 2004f).

Mesmo sem o resultado do teste confirmatório, a parturiente, apenas com resultado de teste rápido positivo, iniciará todas as recomendações para redução da TV até confirmação sorológica (BRASIL, 2004d).

Nesta investigação, a puérpera sem exame prévio e com teste rápido positivo para HIV foi submetida ao exame confirmatório de ELISA, como revela a fala abaixo:

Eles disseram que eu estava com HIV [pelo teste rápido], mas mesmo assim iam confirmar. Orientaram muito. Fizeram dois exames [ELISA] para saber se eu estava mesmo (P-8).

Após alguns dias, recebeu-se a informação da confirmação do teste de ELISA positivo desta puérpera e nos foi informado que ela seria localizada para buscar o resultado quando estivesse disponível; então, esta intervenção foi satisfatoriamente realizada pela maternidade.

Após resultado do teste rápido ou confirmação do diagnóstico de HIV, a puérpera e o RN são notificados na ficha de investigação de gestantes/ parturientes HIV+ e crianças expostas.

Apesar de a ficha ser preenchida somente pela enfermeira responsável pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE), considerou-se este critério atingido, pois todas as puérperas

da pesquisa foram notificadas e investigadas na ficha específica, mesmo aquela com resultado apenas pelo teste rápido. Acredita-se, entretanto, ser de suma importância que todos os profissionais de saúde que atendam puérperas com HIV estejam capacitados para o preenchimento da ficha para se interarem da história diagnóstica do HIV de cada paciente.

A notificação compulsória de gestantes HIV positiva e crianças expostas estão previstas na Portaria nº 1.943 GM/MS, de 18 de outubro de 2001. Serão notificadas e investigadas todas as gestantes parturientes e puérperas cujo resultado laboratorial de pesquisa para o HIV for positivo (considerar, para início desse processo, o primeiro resultado reagente ao teste anti-HIV). Serão consideradas expostas todas as crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV. A notificação da infecção pelo HIV em gestantes e crianças permite que a vigilância epidemiológica da aids incorpore novas informações, a fim de subsidiar o monitoramento e a análise da situação da infecção pelo HIV/aids, visando ao enfrentamento global da epidemia e criação de modelos assistenciais. O instrumento de coleta de dados, a ficha epidemiológica, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contém os elementos essenciais para serem investigados e devem ser criteriosamente preenchidos (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2004d).

Observou-se que a cópia da ficha de investigação não fica disponível no prontuário hospitalar da paciente. O prontuário hospitalar é o registro legal, para tanto todas as informações geradas devem ser reunidas e arquivadas no mesmo volume, servindo assim como forma de comunicação. Considera-se que as anotações inseridas no prontuário fornecem informações indicativas de uma ação realizada (SANTOS et al., 2004).

Dessa forma, sugere-se que uma cópia da ficha de investigação seja anexada ao prontuário para subsidiar posteriores atendimentos ou pesquisas.

A puérpera é orientada sobre a consulta de seguimento puerperal e acerca da procura de um serviço especializado para portadores de HIV.

Apenas metade das puérperas (quatro) foi orientada sobre a consulta de seguimento puerperal e procura de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para portadores de HIV, e continuidade do tratamento e atendimento ao RN. Esse resultado demonstra a deficiência do serviço nas orientações relevantes para alta hospitalar, visto que estas puérperas sem

seguimento, após sair da maternidade, podem abandonar o próprio tratamento e de seus filhos expostos ao HIV.

Algumas puérperas sabiam que iriam para o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) em Fortaleza-CE, mas não tinham informações mais precisas sobre o período ideal para a consulta puerperal. Pode-se observar que as poucas informações sobre continuidade do tratamento foram em algum momento procedidos pelo assistente social. Estes profissionais não foram selecionados para serem avaliados nesta investigação, portanto não se considerou o critério atingido nesta situação. As falas a seguir demonstram esta afirmação.

É no São José, foi a assistente social que falou (P-7).

Lá no Hospital São José, mas só vão marcar quando eu sair daqui (P-8).

Como observadora, acredita-se que não houve validação, pelos profissionais observados, sobre o local e os agendamentos em decorrência do desconhecimento de alguns profissionais quanto à referência dos serviços de atendimento especializado para a mãe, destinados a dar continuidade ao tratamento. Também não se observaram orientações na alta sobre possíveis sinais e sintomas que poderão surgir em decorrência do parto cirúrgico, além de planejamento familiar, exercícios pós-parto, revisão de parto, bem como os cuidados com as mamas, como evitar o aleitamento natural e os cuidados específicos com o recém-nascido.

Segundo as recomendações do MS, a puérpera com HIV deve ser orientada quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico. O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato, é igual ao de qualquer mulher, ou seja, deve prever seu retorno de revisão puerperal precoce em torno do 7º e 10º dia pós-parto no SAE mais próximo de sua residência, e para retornar para nova avaliação entre o 30º e 42º dia pós-parto (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2004d).

Não ocorre monitoramento do comparecimento das puérperas às consultas de seguimento; após a alta da maternidade, o Serviço de Vigilância não confirma o comparecimento no SAE. Sugere-se que seja estabelecido um fluxo de informação entre a maternidade e os SAEs, para que posteriormente possa ser avaliada a taxa de TV da instituição, adesão da puérpera ao atendimento posterior ao parto e acompanhamento do RN.

Descreve-se que é muito comum após o parto haver diminuição da adesão da mulher ao acompanhamento. Seu comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa, se necessário (BRASIL, 2004d).

A consulta de seguimento é essencial para reforçar as orientações sobre DST, reinfecção pelo HIV, uso de preservativo, além da oportunidade de encaminhar a puérpera para um serviço de planejamento familiar. As ações de planejamento familiar aos casais concordantes ou sorodiscordantes ao exame anti-HIV ainda não são claras nas unidades de saúde e muitos realizam a anticoncepção de maneira inadequada.

Estudo desenvolvido em 2003, em hospital público de Fortaleza-CE, demonstrou que, de 31 mulheres portadoras de HIV, 24% não usavam de forma adequada as opções contraceptivas, e faziam por desconhecimento da anatomia, pela falta de confiança no método e dificuldade de aceitar e de negociar com o parceiro. Esses resultados indicam que os serviços de saúde devem promover orientações sistemáticas relacionadas ao planejamento familiar, para o casal poder decidir conscientemente sobre quais métodos escolherem (VASCONCELOS; GALVÃO, 2004).

É agendada ou orientada a consulta para a criança em serviço especializado.

Observou-se que apenas duas puérperas foram orientadas sobre a consulta de seus filhos no SAE e receberam agendamento. As outras seis puérperas não receberam orientação nem o agendamento da consulta de seus filhos.

Como a avaliação em *check list* foi do profissional que assistia a puérpera durante a pesquisa, então este critério não foi considerado como realizado, em decorrência de as orientações terem sido fornecidas por outros profissionais em momentos anteriores, diferente do período puerperal, como identificado no depoimento de algumas puérperas.

No São José será acompanhado o bebê, quem orientou foi médico do pré-natal. Aqui na maternidade ninguém me orientou (P-1).

Meu bebê tem que receber consulta freqüentemente durante dois anos, para saber se ele está bem. Vamos para o São José. A infectologista já tinha falado no pré-natal (P-5).

A omissão de informações precisas para o acompanhamento da díade conduz a um tratamento ineficiente na perspectiva de auxiliar a taxa de crescimento do HIV/aids. A não-adesão ao tratamento das crianças expostas ao HIV aumenta o risco de TV, pois o RN deve ser acompanhado por especialista até esclarecimento do diagnóstico. Mesmo sendo orientado por outros profissionais, alheios ao processo investigado, faz-se necessário o reforço destas informações na maternidade e principalmente na alta pelos profissionais que promovem assistência mais direta, entre eles o médico e o enfermeiro. Segundo diretrizes do “Projeto-Nascer” as mães devem receber agendamento prévio da consulta dos RNs já na alta hospitalar, situação não observada na maioria dos casos pesquisados.

É preconizado pelo MS que seja assegurado o acompanhamento, por pediatra capacitado, para o atendimento de crianças verticalmente expostas ao HIV; ou seja, a criança deve ter alta da maternidade com consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas (BRASIL, 2004d).

São reforçadas à mãe a importância da adesão do seguimento do RN, e a regularidade da administração do AZT xarope.

Somente uma das mães recebeu orientação sobre a importância da adesão do seguimento do RN e a regularidade na administração do AZT, denotando uma fragilidade da conduta na alta, que visa também a reforçar a importância da adesão das consultas e do TARV, principalmente do RN, pois ele necessita de regularidade no tratamento para promover a redução da TV.

O RN deve receber zidovudina solução oral (AZT xarope) o mais precocemente possível, preferencialmente nas duas primeiras horas após o nascimento, devendo ser mantida durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias) (BRASIL, 2004d). Não há estudos que comprovem benefício do início da quimioprofilaxia com a zidovudina após 48 horas do nascimento. A indicação da quimioprofilaxia após esse período fica a critério médico. É necessário, assim, que a puérpera compreenda a importância da administração do AZT xarope o mais precocemente, e que seja reforçada sua necessidade na ocasião da alta hospitalar. As falas a seguir comprovam a ausência de orientação ou não-compreensão da puérpera sobre o uso do AZT no RN.

A medicação dela [do bebê] serve acho que para o vírus, não é? O médico que falou do medicamento. Ele é meu médico. Só ouvi falar na consulta, aqui [na maternidade] eu não recebi nenhuma informação sobre medicação (P-1).

É para ela não pegar também, ela vai tomar até dois anos (P-3)

Ele está tomando um xarope que é a zidovudina, que é para evitar a contaminação. Não sei o tempo que vai usar me deram o vidro de xarope, mas não disseram se ia dar continuidade(P-4)

Ele está tomando as gotinhas, eu não sei o nome, é para não ter o risco de ter não é? O vírus. O médico que disse (P-7).

Ainda vou receber [o xarope], ainda vão deixar no papel, explicaram, mas eu não lembro, explicaram aqui, para ele não ficar doente também (P-8).

Um fator fundamental para a eficácia do esquema terapêutico é a adequada adesão ao tratamento por parte da criança e dos responsáveis. Recomenda-se, dentro das possibilidades de cada serviço, a formação de grupos multidisciplinares dedicados a facilitar a adesão por parte dos pacientes e dos cuidadores (BRASIL, 2004a).

Entre os vários fatores que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento, destacam-se a insuficiente compreensão sobre o uso dos medicamentos, bem como a falta de informação sobre os riscos advindos da não-adesão (BRASIL, 2004g).

Propõe-se um roteiro de exames laboratoriais, pois as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV deverão ser atendidas em unidades especializadas, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. Aquelas que se revelarem infectadas deverão permanecer em atendimento nessas unidades, ao passo que as não infectadas poderão ser encaminhadas para acompanhamento em unidades básicas de saúde. Os principais cuidados ao RN decorrem da possibilidade de ocorrência de anemia no recém-nascido em face do uso de zidovudina (AZT). Assim, a realização de hemograma completo da criança no início do tratamento, e após 6 e 12, semanas, evitar complicações. Desta maneira, é imprescindível que o RN, ao ter alta da maternidade, tenha consulta agendada em serviço de referência. O acompanhamento deve ser mensal nos primeiros 6 meses e , no mínimo, trimestral a partir do 2º semestre de vida. A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso (BRASIL, 2004a).

As crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos durante o período intra-uterino e perinatal. O

reconhecimento precoce e o tratamento de possíveis co-infecções devem ser considerados prioritários no atendimento dessas crianças, devendo tal abordagem ser incluída em suas primeiras consultas. A pneumonia por *Pneumocystis. carinii* é a mais freqüente infecção oportunista em crianças com aids, sendo a faixa de maior risco aquela compreendida entre os três e seis meses de idade. A doença pode manifestar-se rapidamente, causando insuficiência respiratória aguda com alta letalidade, justificando a indicação de profilaxia primária. Recomenda-se que todas as crianças expostas, a partir de seis semanas de idade, recebam profilaxia com Sulfametoxazol-Trimetoprima (SMX-TMP) durante o primeiro ano de vida, exceto se a infecção pelo HIV puder ser afastada durante esse período (BRASIL, 2004a).

Todos estas recomendações ora procedidas sobre o cuidado com o RN nascido de mãe soropositiva justificam a necessidade de estimular a mãe em relação a aderir ao seguimento de seu filho e à importância da contra-indicação da amamentação natural e do uso do AZT xarope, pois ainda há riscos de TV ou problemas com o RN relacionado à amamentação e ao uso da droga.

CONCLUSÕES

“Art. 7º- A criança e o adolescente tem direito a proteção e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

A caracterização sociodemográfica das puérperas do estudo revelou que a maioria tinha entre 22 e 29 anos, eram solteiras e com união estável, procedentes de municípios do Ceará que não Fortaleza, baixa escolaridade e tinham entre um e dois filhos. Caracterizar estas gestantes colabora para se traçar medidas de prevenção para redução da TV apropriada a este grupo.

Ao avaliar a caracterização clínico-obstétrica das oito puérperas com HIV, identificou-se a deficiência dos serviços que atendem gestantes com HIV, pois, apesar de a maior parte das puérperas informarem seis ou mais consultas de pré-natal e terem sido diagnosticadas soropositivas para o HIV antes do pré-natal e participado de acompanhamento especializado, a minoria iniciou a TARV no período recomendado.

Quanto ao tempo de conhecimento da infecção, a maior parte das puérperas sabia do diagnóstico há menos de um ano e a minoria sabia a sorologia do parceiro. Independentemente do tempo de infecção, a maternidade disponibilizou o tratamento para todas as gestantes no momento do trabalho de parto e parto, colaborando com as intervenções para redução da TV.

Verificou-se deficiência na condução das gestantes quanto às ações da saúde da mulher ou em serviços de atenção básica, a sugerir que não estão atuando plenamente na assistência pré-natal. Urge, portanto, qualificar os diversos profissionais de saúde com vistas à redução da TV, além de favorecer o acesso à realização do exame e ao tratamento com ARV.

Quanto à caracterização dos profissionais de saúde que prestaram assistência às puérperas portadoras do HIV neste estudo, verificou-se que a maioria era de enfermeiros. A maioria dos profissionais trabalhava entre um e 15 anos na maternidade e a minoria recebeu treinamento sobre TV. Provavelmente em decorrência disto, desempenham com pouca qualidade a atenção integral às mulheres.

Na observação do atendimento prestado pelos profissionais de saúde às puérperas portadoras do HIV, verificou-se que os profissionais realizaram, em parte, as recomendações sugeridas pelo MS para o pós-parto de mulheres com HIV. Entre as principais deficiências no atendimento, encontrou-se a ausência de aconselhamento, centralização do preenchimento da ficha de investigação, quantidade insuficiente de insumos (faixa crepe, inibidor de lactação e fórmula infantil), inadequadas orientações sobre o preparo da fórmula infantil e alimentos do RN. Também foi observada ausência de encaminhamento à consulta puerperal e de seguimento do RN em serviço especializado, além da falta de informação para adesão ao tratamento específico.

Os profissionais observados desempenham suas funções em serviço de saúde de referência, o qual assumiu o compromisso social da redução da TV por meio da implantação do Projeto Nascer-Maternidades, implementando os procedimentos necessários à redução das chances da infecção da mãe para o filho. Os profissionais, entretanto, demonstraram dificuldade para proporcionar uma assistência de qualidade, diante das recomendações do MS.

Apesar de a pesquisa avaliar a assistência prestada a um número reduzido de mulheres com HIV e em tempo exíguo, considerou-se suficiente para inferir os resultados, visto que, em avaliações detalhadas, além de se poder realizar o critério de saturação dos dados, um número pequeno de sujeitos facilita a análise e compreensão dos indicadores, tornando-as menos exaustivas para o pesquisador e para o leitor.

Considera-se que o roteiro de avaliação elaborado e utilizado na pesquisa foi adequado. Entre os oito itens propostos, foi possível produzir informações significativas decorrentes da avaliação do “Projeto Nascer-Maternidades”.

Investigar em serviços de saúde torna-se relevante para produzir conhecimentos a respeito do funcionamento do serviço e colaborar para o direcionamento de políticas e melhor desempenho da instituição. Além disto, esta pesquisa traz dados gerais para geração de conhecimento dentro do Sistema Único de Saúde.

Depreende-se que os resultados ora apresentados propiciarão dados capazes de trazer benefícios para a instituição e gerar informações pouco conhecidas no Estado do Ceará. Desse modo, contribuirão para ampliar a história da prevenção e controle do HIV/aids entre gestantes no País, além de auxiliar no planejamento de intervenções para futuras ações, com vistas à melhoria da qualidade na assistência as gestantes com HIV/aids.

5.1 Sugestões

Frente aos dados apreendidos pela presente busca sobre a avaliação das recomendações para redução da TV em maternidades, recomendam-se três diferentes focos de atenção.

O primeiro foco relacionado às questões macro-regional do Estado, o segundo destinado à operacionalização local do “Projeto Nascer-Maternidades” e o terceiro foco vislumbrando a elaboração de novos estudos.

1º foco

a) Implementação de fluxo para atendimento de gestantes com HIV nos diferentes níveis de atenção à saúde. Atendimento desde as unidades básicas de saúde, centros de testagem, maternidade, e instituição de referência para o efetivo acompanhamento da mãe e do RN;

b) informar a todas as maternidades públicas e privadas sobre a existência do “Projeto-Nascer” e envolver o PSF/PACS na filosofia do projeto;

c) definição, como prioridade, do encaminhamento e da internação da paciente com HIV antes do trabalho de parto;

d) sensibilização e capacitação continuada dos profissionais, sobre a transmissão vertical do HIV e os aspectos éticos envolvidos na assistência, além do envolvimento de equipe multiprofissional nas ações do “Projeto-Nascer”;

e) aplicação sistemática do instrumento de avaliação elaborado na pesquisa nas diferentes instituições que atendem às gestantes com HIV/aids, ou adaptação para outros setores e serviços que atendem a essa população;

2º Foco

a) Criação de uma estrutura organizacional e funcional para a implementação do protocolo do “Projeto-Nascer”, para benefício adequado da cliente portadora de HIV/aids, crescente no Estado do Ceará;

b) garantia do estoque mínimo de insumos para as ações do Projeto-Nascer, capacitando a equipe técnica para planejamento e aquisição de material em tempo hábil;

c) reunião sistemática com a equipe para planejar e avaliar as ações do “Projeto-Nascer”;

d) elaboração de um manual próprio da Maternidade, apresentando resumidamente o protocolo de atendimento e acompanhamento das gestantes e puérperas infectadas pelo HIV, preconizado pelo MS, tornando a equipe de saúde acessível às informações;

e) estabelecimento do procedimento operacional padrão (POP) para os diferentes atendimentos da mulher infectada pelo HIV/aids na maternidade;

f) descentralização do preenchimento da ficha de notificação e investigação de gestantes com HIV e crianças expostas e arquivamento de cópia da ficha no prontuário;

g) atuação com maior empenho da equipe médica, de enfermagem e gerência, exercendo o efetivo papel ético e social nas intervenções do “Projeto-Nascer”.

3º Foco

a) Desenvolvimento de outras investigações nesta temática, que contemplem períodos mais extensos, abrangendo número maior de sujeitos, além de incluir outros setores envolvidos na assistência da gestante com HIV, como centro obstétrico e emergência.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, MJ; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 61p.

AMARO CANO, M.C. Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de enfermería. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v.3, n.20, p.22-31, 2004.

BALDOQUIM, M.M.T. Qué espera de la enfermera com respecto al tratamiento emocional el paciente com virus de inmunodeficiencia. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v.16. p.25-33, 2000.

BARBOSA, R.M. Feminino e aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.153-168p.

BARBOSA, R.M.; VILLELA, W.V. A trajetória feminina da aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.153-168p.

BARCELLOS, C; BASTOS, F.I. Redes sociais e difusão da aids no Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, n.121, p.11-24, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977. 100p.

BARRÉ-SINOUSI, F.; CHERMAN, J.C., REY F. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for AIDS. **Science**, n.4, p.868-871, 1983.

BARTLETT, J.G; GALLANT, J.E. **Tratamento clínico da infecção pelo HIV**. Edição traduzida. Baltimore: Johns Hopkins University. 2002.

BASTOS, F.I. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativos de enfrentamento**. Saúde Sexual e Reprodutiva, N °03. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro: Coleção ABIA, 2001.

BAURER, M.W.; GASKELL, G.; editores. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. 516p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids – histórico**. Disponível em: <<http://www.abcd aids.com.br/historico.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2002a.

_____. **Aids Imprensa – Nota Oficial**: Saúde alerta igreja sobre os perigos da resistência ao uso de preservativos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/saúde_alerta.htm>. Acesso em: 12 set. 2000b.

_____. Anexo 2 da portaria nº 2.313 GM/MS, de 19 de dezembro de 2002. Brasília, 19 dez. 2002f.

_____. _____. **Boletim epidemiológico da AIDST**, ano 1, nº 1, 1ª à 26ª semanas epidemiológicas, jan./ jun. 2004b.

_____. _____. **Boletim epidemiológico AIDS**, ano XVI, nº 1. 2002c.

_____. _____. Secretaria de vigilância em saúde. Programa de DST e aids. **Critérios para definição de casos de aids em adultos e crianças**, 2004f. 58p.

_____. _____. **Dados e pesquisas em DST e aids**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2005.

_____. _____. Portaria Técnica Ministerial nº 2.104/02, de 19 de novembro de 2002, **Diário Oficial da União**, 19 nov. 2002d.

_____. _____. **Dossiê mulher e aids: ações de prevenção e assistência à mulher portadora do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. _____. **Epidemiologia do HIV/aids/DST**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2004c.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. **Gestação de alto Risco**. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 164p

_____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002b. 842 p.

_____. _____. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids. 2004a. 49p.

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação Geral das Políticas Nacional de Alimentos e Nutrição. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente exposta ao HIV**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids. 2003c. 23p.

_____. _____. **Manual de aconselhamento de DST/aids**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000b.

_____. _____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999.

_____. _____. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança** - Referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde. 2004e. 35p.

_____. _____. **Ministro assina portaria que amplia diagnóstico de HIV/Sífilis em parturientes e recém-nascidos**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 24 dez. 2003b.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde**: relatório de gestão 2000-2002. Brasília: O Ministério, 2002e.

_____. _____. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer**. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 80p.

_____. _____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 39p.

_____. _____. **Recomendações para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g. 61p.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. **Resolução nº 196/96**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24p.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 184-223p.

CABRAL, I.V.; TYRRELL, M.A.R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER et al. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998. 18-29p.

CALVET, G; FILHO, E.C.J.; SALGADO, L.A.T. **Transmissão vertical do HIV e recentes avanços**. 2000.

CARVALHO, R.L. et al. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26. n.4, 2004.

CAVALCANTE, M.S. et al. Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a Situação Epidemiológica em uma Capital do Nordeste. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.2, p.131-138, 2004.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Pacto da Atenção Básica 2004**. Fortaleza. Disponível em: <<http://www.saúde.ce.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2005.

CHIRIGOBA, C.D.R. Mujer y Sida: conceptos sobre el tema. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori AL. **Situacion de las mujeres y I VIH/SIDA em America Latina**. México: Instituto Nacional Salud Pública, 1997.

COMO SE FAZ? Disponível em: <http://www.bionetonline.org/portugues/Content/hiv_tool.htm>. Acesso em: 27 jul. 2004.

CORBANI, N.M.S. O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? **Acta Paulista de Enfermagem**, v.17, p.445-449, 2004.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M.C.S. (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 51-66p.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal Gynecologia Obstetrícia**. Suppl.48. p.S33-S52, 2001.

DIAS, M.S. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica**: Fortaleza: UFC/UVA, 2001.

DUARTE, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida tipo-1 e gravidez. In: CUNHA, S.P; DUARTE, G.; Editores. **Gestação de alto risco**. 1. ed. São Paulo: Medsi, 1998. 227-246p.

DUARTE, G. et al. Teste Rápido para a Detecção da Infecção pelo HIV-1 em Gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, 2001.

DURHAM, J.D.; COHEN, F.L. **A enfermagem e o aidético**. São Paulo: Manoele, 1989. 277p.

ESSEX, M. Adult T-Cell leukaemia/lymphoma: Role of a human retrovírus. **Journal National Cancer Instituto**, v.69, p. 981, 1982.

FARMER, P.; CONNORS, M.; SIMMONS, J. **Women, poverty and aids: sex, drugs and structural violence**. Monroe: Common Courage Press, 1996.

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

FIGUEROA-DAMIÁN, R. Evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. **Revista Salud pública México**, Cuernavaca, v. 41, n.5, Sept./ Oct. 1999.

FILGUEIRAS, SL; DESLANDES, SF. Avaliação das ações de aconselhamento, análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p.121-131, 1999.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J.R. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/aids em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, n.36, Supl.4, p.96-107, 2002.

GALVÃO, M.T.G. **Aplicação do Instrumento HAT-Qol para Análise da Qualidade de vida de Mulheres com Infecção pelo HIV, ou com Aids e sua Correlação com as Variáveis Sócio-demográficas, Epidemiológicas e Clínicas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, 2002.

GALVÃO, M.T.G; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MACHADO, J.M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p.109-118, 2004.

GROBMAN, W.A.; GARCIA, P.M. The cost-effectiveness of voluntary intrapartum rapid human immunodeficiency virus testing for women without adequate prenatal care. **América Journal Obstetricia Gynecologia**, v.181, p.1062-1071, 1999.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996 .89-113p.

IMPEDINDO QUE O BEBÊ TENHA AIDS. Disponível em: <<http://www.noolhar.com/opovo/cienciasaude>>. Acesso em: 20 dez. 2003.

IOANNIDIS, J.P.A. et al. Perinatal Transmission of Human immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads <1000 Copies/mL John P. A. **The Journal of Infectious Diseases**, v.183, p.539-545, 2001.

LAMBERT, J.; NOGUEIRA, S.A. **Manual para acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV**. 2.ed. Rio de Janeiro, 2000. 100p.

LAUFER, M.; SCOTT, G.B. Medical management of HIV disease in children. **Pediatric Clinics of North América**,v.47, n.1, p.127-53, 2000.

LEÃO, E.M.; MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**, v.3, p.31-36, 2002.

LEOPARDI, M. T. Alguns Aspectos da Investigação Qualitativa. In: **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 210-222p.

LISBOA, L.P. **Ética geral e profissional em contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1997.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MASSIAH, E. et al. Stigma, discrimination, and HIV/aids knowledge among physicians in Barbados. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.16, n.6, p.395-401, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINKOFF, H. HIV and pregnancy. **Clinic Obstretic Gynecologic**, v.137, p. 44-42, 2001.

NEMES, M.I.B. **Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Fundamentos de avaliação, nº1. Rio de Janeiro: Coleção ABIA, 2001. 28p.

NEMES, M.I.B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, sup.2, p.S310-S321, 2004.

NÚÑEZ, J.H.; MARTIN-PINTADO, L.; GOMEZ, H.N. Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH. Aproximación a la situación actual. **MEDIFAM**, v. 13, n.2, p.68-74, 2003.

NOMURA JÚNIOR, P.K. **Acompanhamento de gestantes pelo programa de DST/aids na redução da transmissão vertical do HIV**. Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 11 mai. 2005.

NOTÍCIA: 65% DAS GESTANTES COM HIV NÃO RECEBEM TRATAMENTO. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/noticias/templates/boletins/template>>. Acesso em: 15 mai. 2005.

OGISSO, T.; SCHMIDT, M. J. Aspectos éticos-legais no exercício da enfermagem. In: **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTr, 1999. 50-135p.

O'LEARY, S.; CHENEY, B.; organizadoras. **Tripla ameaça: Aids e mulheres**. Dossiê Panos. Rio de Janeiro: ABIA, 1993.

(OMS) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **La epidemia de SIDA: situación em diciembre de 1998**. ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Ginebra: OMS, 1999.

PAIVA, S.S.; GALVÃO, M.T.G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas com HIV/aids. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.3, n.13, p.414-419. jul./set. 2004.

PALMER, C.J. et al. Field evaluation of the Determine rapid human immunodeficiency virus diagnostic test in Honduras and the Dominican Republic. **Journal Clinic Microbiologia**, n.37, p. 3698-3700, 1999.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Califórnia: SAGE, 1984. 108-143p.

PAROHOO, K. **Nursing research**. Principles, process in issues. Macmillan: Chapter, 1997. 310-334p.

POLEJACK, L. **Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para HIV/aids**. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia/UNB, Brasília, 2001.

PORTELLA, A.P. Direitos reprodutivos e HIV/aids. In: MAKSUD, I.; TERTO JÚNIOR, V.; PIMENTA, M.C.; PARKER, R.; organizadores. **Conjugalidade e aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. 129p.

PRAÇA, N.S.; LATORRE, M.R.D.O. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde materno Infantil**, Recife, v.1, n.3, p.61-74, 2003.

QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador registro de informação viva**. São Paulo, 1991. 56-66p.

RACHID, M; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/aids**. Rio de Janeiro: Revinter: 2001.

RAJEGOWDA, B.K. et al. Expedited human immunodeficiency virus testing of mothers and newborns with unknown HIV status at time of labor and delivery. **Journal Perinatal Medicine**, v.28, p.458-463, 2000.

REIS, A.L.; XAVIER, I.M. Mulher e aids: rompendo o Silêncio de Adesão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.28-34, 2003.

REIS, R.K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p.32-37, 2005.

RIQUELME, J.Z.; HIRSCH, T. Infección por vírus de inmunodeficiencia humana, embarazo y deseo de reproducción. Comitê de SIDA Pediátrico Sociedad Chilena de Pediatría. **Revista Chilena de Infectologia**, v.21, n.3, p.208-212, 2004.

SANCHES, K.R.B. **A aids e as Mulheres Jovens**: uma questão de vulnerabilidade. 1999. 153f. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2004.

SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G. **Serviços de saúde**: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, Sup 2, p.S337-S341, 2004.

SEMPRINI, A.E. Na international randomised trial of mode of delivery in HIV infected women. In: WORLD AIDS CONFERENCE, 12, 1998, Geneva, **Abstract 23599**. 1998.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECCATI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o panorama de Humanização do pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.3, p.269-279, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Pesquisa por amostragem**: Protocolo colaborativo multicêntrico brasileiro para avaliar as taxas de transmissão materno-infantil do HIV. 2002.

SOUSA, R.A.M. **O conhecimento do profissional de saúde sobre a transmissão do HIV**. Universidade do Rio Grande: UNIGRANRIO, 2002

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**, n.38, v.6, p.764-772, 2004.

STEFANI, M.; ARAÚJO, B.F.; ROCHA, N.M.P. Transmissão vertical do HIV em população de baixa renda do Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.2, p.33-39, 2004.

SZWARCWALD, C.L. et al. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, Supl.1, p.7-19, 2000.

SZWARCWALD, C.L.; CARVALHO, M.F. de. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2002. **Boletim Epidemiológico de AIDS**. v.14, p.35-40, 2001.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Fatos e números**: campanha mundial de aids. Genebra: OMS, 1999.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Resourses/Publications/Corporat+publications/AIDS+epidemic+up+date+December+2003.asp>>. Acesso em: 04 Dez. 2004.

VASCONCELOS, S.B; GALVÃO, M.T.G. Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/aids. **Revista texto & contexto de enfermagem**, v.13, n.3, p.369-375, 2004.

VELOSO, V.G.; VASCONCELOS, A.L.; GRINSZTEJN, B. **Prevenção da Transmissão no Brasil**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/vdtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm>. Acesso em: 24 dez. 2003.

VALDÉS, E. VIH-SIDA y embarazo: actualizacion y realidad em Chile. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia**, v.67, n.2, p.160-166, 2002.

VERMELHO, L.L; SILVA, L.P.; COSTA, A.J.L. **Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/vdtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm>. Acesso em: 24 dez. 2003.

VERONESI, R; FOCACCIA, DS. **Tratado de Infectologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

WADE, N,A. et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. **N English Journal Medicine**, v.20,n.339, p.1409-1414, 1998

WIETHÄUPER, F.S.; CECHIN, P.L.; CORREIA, S.G. Aids em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.3, p.221-225, mai./jun. 2003.

XAVIER, I.M. Cidadania, gênero e Saúde: a Mulher e o Enfrentamento da Aids. **Revista de Enfermagem da UERJ**, p.89-100, 1996.

ZAGALO, A. Infecção por vírus da imunodeficiência humana na grávida. **Revista FML**. Série III, v.8, n.5, p.313-315, 2003.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para puérpera

Data: ___/___/___ N° da entrevista: _____

Sector: Alojamento Conjunto 1° Andar () 2° Andar (...)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Situação Conjugal: _____

Escolaridade (Número de anos estudados completos) : _____

Procedência: _____

Situação Ocupacional: _____

Naturalidade: _____ Religião: _____

N° de Indivíduos que coabitam na mesma residência (adultos e crianças) : _____

Renda Familiar: _____ (Cálculo da Renda *Per Capita*: _____)

2. DADOS SOBRE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

N° De Gestações, Partos e Abortos (G__P__A__)

N° de Consultas de Pré-Natal realizadas na presente gravidez: _____

Serviço que fez o acompanhamento da Gestação: _____

Quando foi realizado o Exame Anti-Hiv: () Antes da Gestação;

()Pré-Natal; () Maternidade; (.)Outro _____

Tipo de parto submetido: () Normal; () Cirúrgico

Intercorrências no Parto: _____

Amamentação:

Uso de Inibidor de Lactação: () Sim ; () Não.

Enfaixamento: () Sim ; () Não.

Uso da Terapia Anti-Retroviral (Prevenção da TV): _____

Horário/Data de início e término: _____

História diagnóstica do HIV: _____

N° de Filhos antes e após o diagnóstico de HIV: _____

Sorologia do parceiro: _____

Tempo de Infecção (em meses) : _____

Tempo de Tratamento (antes e após a gravidez) (em meses): _____

Serviço de Saúde que faz o acompanhamento da Infecção: _____

3. QUESTÕES NORTEADORAS

- a. Recebeu alguma orientação (aconselhamento) na chegada à maternidade (admissão) sobre transmissão vertical do HIV ?
- b. Caso não tenha exame prévio de HIV, você recebeu informação sobre a importância de fazer o teste rápido para o HIV ? Recebeu aconselhamento pré e pós-teste? Que tipo de orientação recebeu? Sabe qual profissional a orientou?
- c. Você recebeu medicação para a prevenção da transmissão vertical do HIV nesta maternidade? Você sabe porque é necessário usar este medicamento? Quem a orientou?
- d. Foi colhida amostra de sangue para confirmação sorológica ?
- e. Seu bebê está recebendo solução oral (AZT suspensão)? Você sabe porque é necessário que ele use este medicamento? Que profissional a orientou?
- f. Que orientações você recebeu nesta maternidade sobre amamentação? Foi realizado algum cuidado das mamas (uso de inibidor, enfaixamento)? Quem falou a respeito ?
- g. Você conhece o preparo e administração do leite em pó (Fórmula Infantil) Que profissional a orientou a respeito? E sobre outros alimentos para o recém-nascido?
- h. Você recebeu orientação sobre o local para onde que você e seu bebê serão encaminhados ao sair da maternidade?
- i. O que você acha do atendimento que está recebendo nesta maternidade?
- j. Como pretende planejar os próximos filhos?

APÊNDICE C -Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde.

Caro Sr.(a):

Sou Enfermeira e mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC e estou desenvolvendo um estudo sobre ATENDIMENTO ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS COM HIV EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FORTALEZA. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, aceitando que eu observe suas intervenções e registre informações sobre a assistência prestada por você às parturientes e puérperas com HIV nesta maternidade.

Os dados obtidos serão apresentados ao curso de Mestrado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Pretendemos com esta pesquisa obter informações sobre o atendimento prestado à parturientes e puérperas com HIV e que tipo de intervenções estão sendo praticadas com o objetivo de reduzir o risco da transmissão vertical do HIV.

Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante seu depoimento, pois você faz parte dos profissionais que assistem a essas mulheres. Esse trabalho inclusive poderá servir para melhorar o trabalho dos profissionais que assistem às soropositivas. Garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato, não será divulgado seu nome. Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Reforço que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência à mulher com HIV nesse serviço. Responder a essas perguntas não lhe trará risco para sua saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Tudo correrá em sigilo.

Para possíveis esclarecimentos estou disponível no endereço: Rua Desembargador Praxedes nº1120, Montese, telefone: 491 1593. Minha orientadora é a Profª Marli T. G. Galvão, seu endereço é; Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fortaleza-CE. Fone: 2888455.

Atenciosamente,

Léa Maria Moura Barroso/ Pesquisadora

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela pesquisadora Léa Maria Moura Barroso, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que aceito que a pesquisadora observe a assistência que eu realizo às parturientes e puérperas com HIV nesta maternidade

Fortaleza, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do funcionário

Ciente: _____ --(Orientadora)

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para puérpera

Prezada Senhora:

Sou Enfermeira e aluna do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). E, aqui na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que também é conhecida como MEAC estou desenvolvendo um estudo para avaliar o atendimento das mulheres que tem HIV e vieram aqui para terem seus filhos, cujo título é: ATENDIMENTO ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS COM HIV EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FORTALEZA.

Esclareço que parturientes são mulheres grávidas, que estão próximo de parir e puérperas são mulheres que já pariram. Neste sentido, estou solicitando sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a uma entrevista contendo questões de avaliação sobre a assistência que a Senhora tem recebido nesta maternidade, desde que, aqui chegou para o parto. Nessa entrevista eu conversarei sobre vários assuntos, como por exemplo: a cidade que a Senhora mora, se é casada, se estudou, se tem outros filhos, com quem mora, quando foi que soube de sua gravidez, o local do seu pré-natal, quando fez o teste anti-HIV, se usou medicamentos, se recebeu medicamentos para evitar a contaminação da criança na hora do parto, sobre amamentação, entre outras perguntas. Assim, esta entrevista pode durar até aproximadamente meia hora, e para não perder nenhum dado que a Senhora falar, também peço sua autorização para gravá-la. Também peço sua permissão para registrar dados de seu prontuário hospitalar.

Gostaria de deixar claro para a Senhora, que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangida, envergonhada, durante essa nossa entrevista, a Senhora tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu atendimento. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, a senhora será atendida normalmente aqui na MEAC.

Os dados obtidos nessa entrevista serão somados com os dados que outras mulheres me falaram e farão parte de meu trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem, sempre respeitando o caráter confidencial do seu nome. Pretendemos, com essa pesquisa, obter informações sobre o atendimento prestado à você e quais os procedimentos que estão sendo praticados com o objetivo de diminuir o risco da transmissão do HIV para seus filhos.

Informo, ainda, que:

- ✓ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência à mulher portadora de HIV/aids;
- ✓ Responder a esta entrevista não trará risco nem para você, nem mesmo para seu bebê, o qual permanecerá todo o momento ao seu lado. Entretanto, caso se sinta constrangida em alguma informação interromperemos a mesma;
- ✓ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Desembargador Praxedes nº1120, Montese, telefone: 491 1593.
- ✓ Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente a Diretoria Geral desse Hospital, ou fazê-lo por escrito e entregar na sala da Direção. Em face a estes motivos, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Léa Maria Moura Barroso (Pesquisadora)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar o atendimento das mulheres que tem HIV e vieram aqui para terem seus filhos, cujo título é: “ATENDIMENTO ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS COM HIV EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FORTALEZA”, realizado pela pesquisadora Léa Maria Moura Barroso, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me oponho à gravação da entrevista e a pesquisa em meu prontuário, e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2004.

Assinatura da Paciente

(1ª Via Pesquisadora; 2ª Via paciente)