



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

RÉGIA CHRISTINA MOURA BARBOSA

**VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DO APEGO
SEGURO ENTRE MÃE SOROPOSITIVA PARA O HIV E SEU FILHO**

FORTALEZA

2008

RÉGIA CHRISTINA MOURA BARBOSA

VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DO APEGO
SEGURO ENTRE MÃE SOROPOSITIVA PARA O HIV E SEU FILHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dr^a Ana Karina B. Pinheiro

FORTALEZA

2008

RÉGIA CHRISTINA MOURA BARBOSA

VALIDAÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DO APEGO
SEGURO ENTRE MÃE SOROPOSITIVA PARA O HIV E SEU FILHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem – Doutorado em Enfermagem – da
Universidade Federal do Ceará, como requisito para a
obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

Orientador: Profª Drª Ana Karina Bezerra Pinheiro

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dr.ª Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dr.ª Karla Maria Carneiro Rolim
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Profª. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Dr.ª Lorena Barbosa Ximenes
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dr.ª Ana Kelve Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dr.ª Lorita Marlina Freitag Pagliuca
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dr.ª Maria Albertina Rocha Diógenes
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus pelo dom da vida e por proporcionar momentos alegres como este em que eu tanto sonhei.

Às mulheres participantes do meu estudo, que contribuíram prontamente em todos os momentos solicitados, e que através de suas Histórias de vida pude desvelar o universo sofrido da soropositividade para o HIV, bem como validar o vídeo educativo para a promoção do apego entre as mães HIV positivo e seus filhos.

Ao Ricardo, meu esposo, a pessoa que me deu força nessa trajetória, que sempre me incentivou a lutar pelos meus ideais. Foi meu companheiro, meu melhor amigo, a pessoa que eu pude contar e que me deu seu ombro nos momentos de difíceis. Obrigada por entender o caminho que escolhi, obrigada pelo seu amor e dedicação. Eu amo muito você.

À minha mãe, Rosa, minha melhor amiga, que sempre acreditou em mim. Agradeço de todo meu coração. Essa vitória também é sua, pois sem você na minha vida não sei se teria chegado até aqui. Agradeço a Deus por ter me dado um dos maiores presentes, você.

Ao meu pai, Remo, pelo incentivo e orgulho que sempre teve por mim. Obrigada por fazer parte dessa História.

Ao meu irmão, amigo e companheiro, Henrique, a pessoa a quem tenho mais estima. Agradeço pelos momentos e ideais compartilhados e por você fazer parte da minha vida.

À Cléa, um espírito de luz, que sempre terá um significado em minha vida, dedico também esta vitória a você.

À Prof^a Karina, mestre, amiga, um exemplo a seguir. Acredito que o acaso não existe, por isso você é especial para mim, pois me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa e hoje ao terminar o doutorado, agradeço todo o aprendizado e sei que você sempre fará parte da minha vida.

À Nicole, minha afilhada, “o amor da minha vida”. Agradeço pelos momentos felizes que você me proporcionou através da alegria de criança e da sensibilidade que tem, pois você faz a minha vida parecer mais alegre.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento do estudo.

RESUMO

A maternidade exige da mulher adaptações físicas, psicológicas e sociais. Para a puérpera soropositiva para o HIV além de todas estas adaptações, a nova mãe vivencia experiências delicadas e difíceis como o não amamentar, o isolamento, a discriminação e o estigma que sofre por si mesma, pelos familiares e pela equipe de saúde que presta cuidados. O medo de morrer e de ter contaminado seus filhos, somado ao não amamentar são fatores que levam a comportamentos de distanciamento, prejudicando a atitude de apego entre o binômio mãe e bebê. O apego é essencial para a formação do vínculo afetivo e da personalidade, podendo prejudicar o desenvolvimento da criança, caso esta seja privada da figura de apego. Nosso trabalho teve como objetivo construir um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho. O estudo foi do tipo metodológico, ensaio clínico, randomizado. Para a construção e validação do vídeo educativo, a pesquisa passou por cinco etapas: Desenvolvimento do roteiro; Avaliação do roteiro por dois especialistas de conteúdo e dois da área técnica; Gravação e Edição do vídeo; Exibição do vídeo e Avaliação da Interação Mãe e Bebê. A coleta de dados ocorreu entre maio e outubro de 2008, em uma maternidade do município de Fortaleza. As participantes foram divididas aleatoriamente em Grupo Controle e Grupo de Intervenção, totalizando uma amostra de 24 participantes. A população era composta por 27 gestantes soropositivas, sendo que três não obedeceram aos critérios de inclusão do estudo. Utilizamos como instrumentos para coletar os dados: questionário para avaliação do roteiro; formulário do perfil sócioeconômico; diário de campo e o Protocolo da Avaliação da Interação Mãe e Bebê de 0 a 6 meses. Para análise dos dados usamos o Teste Estatístico Kolmogorov-Smirnov com ($p < 0,05$). Os especialistas concordaram com o desenvolvimento do vídeo como estratégia educativa, solicitando modificações: redução do número de cenas; Substituição de termos técnicos por linguagem coloquial; Efeitos computadorizados de figuras e maior interação entre os personagens. Após a criação do vídeo, o mesmo foi transmitido para as participantes do Grupo de Intervenção. Foram observados sentimentos como alegria, esperança e ansiedade. Após a entrevista com as participantes dos dois grupos, agendamos de acordo com a data provável do parto, a avaliação da interação entre mãe e bebê. Nessa etapa participaram três juízas que filmaram a diáde e avaliaram a interação entre os mesmos. Os resultados foram mais satisfatório para o Grupo de Intervenção, ou seja, as mulheres que haviam assistido o vídeo e recebido orientações da pesquisadora. Para avaliação da interação entre o binômio, o protocolo usado preconiza os seguintes critérios para avaliação: verbalização; contato visual; atenção geral da mãe; afeto positivo; eficiência para consolar; reação da mãe ao choro do bebê; resposta ao comportamento social Intensidade da resposta; sensibilidade; contato corporal; afeto negativo e intrusividade. Dos comportamentos avaliados os únicos que não tiveram diferenças estatísticas para os dois grupos foram a verbalização; o afeto negativo e intrusividade. Assim, consideramos importante a criação de estratégias educativas que visem a promoção do apego, ressaltamos ser este vídeo um apoio para os profissionais que trabalham com esta clientela específica.

PALAVRAS – CHAVE: Puerpério; HIV; Educação em Saúde

ABSTRACT

The maternity demands from the woman physical, psychological and social adaptations. To the HIV positive person the HIV beyond all these adaptations, the new mother lives deeply delicate and difficult experiences as not to suckle, the isolation, the discrimination and the stigma that suffers for same herself, for the familiar ones and the team of health that cares. The fear to die and to have contaminated her children, added to not suckling are factors that take the distant behaviors, harming the attitude of attachment between the binomial mother and baby. The attachment is essential for the formation of the affective bond and the personality, being able to harm the development of the child, in case she is put off to the attachment figure. Our work had as objective to construct an educative video for the promotion of the attachment between HIV positive mother and her son. This was a methodological type study, clinical assay, randomized. To the construction and validation of the educative video, the research went through five stages: Development of the script; Evaluation of the script for two specialists of content and two of the technique area; Writing and Edition of the video; Exhibition of the video and Evaluation of the Interaction Mother and Baby. The collection of data occurred between May and October of 2008, in a maternity of the city of Fortaleza. The participants had been divided randomized in Group Control and Group of Intervention, totalizing a sample of 24 participants. The population was composed for 27 HIV positive pregnant, where three had not obeyed the criteria of inclusion of the study. We use as instruments to collect the data: questionnaire for evaluation of the script; form of the socioeconomic profile; field diary and the Protocol of the Evaluation of the Interaction Mother and Baby of 0 the 6 months. For the analysis of the data we use the Statistical Test Kolmogorov-Smirnov with ($p < 0,05$). The specialists had agreed to the development of the video as educative strategy, requesting modifications: reduction of the number of scenes; Substitution of terms technician for colloquial language; computerized effect of figures and greater interaction between the personages. After the creation of the video, it was transmitted for the participants of the Group of Intervention. Feelings had been observed as joy, hope and anxiety. After the interview with the participants of the two groups, we set appointments in accordance with the probable date of the childbirth, the evaluation of the interaction between mother and baby. Three female judges who had filmed díade and had evaluated the interaction between the same ones took part in this stage. The results had been more satisfactory for the Group of Intervention, that is, the women who had attended the video and received orientations from the researcher. For evaluation of the interaction between the binomials, the used protocol praises the following criteria for evaluation: verbalization; visual contact; general attention of the mother; positive affection; efficiency to console; reaction of the mother I cry to it of the baby; reply to the social behavior Intensity of the reply; sensitivity; corporal contact; negative affection and intrusivity. Of the evaluated behaviors only that they had not had statistical differences for the two the groups had been the verbalization; the negative affection and intrusivity. Thus, we consider important the creation of educative strategies that aim at the promotion of the attachment; we believe to be this video a support for the professionals who work with this specific clientele.

KEY -WORDS: Puerperal; HIV; Education in Health

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos dados pessoais das participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	67
TABELA 2	Distribuição dos dados socioeconômicos das participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	69
TABELA 3	História reprodutiva e sexual das gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	73
TABELA 4	História obstétrica das gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	76
TABELA 5	Dados sobre a soropositividade para o HIV nas gestantes participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	83
TABELA 6	Comparação dos comportamentos de envolvimento entre o grupo controle e de intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008) ..	93
TABELA 7	Comparação dos comportamentos de sensibilidade entre o grupo controle de intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	97
TABELA 8	Comparação das ações negativas das mães do Grupo Controle e de Intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)	102

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Fluxograma das fases da pesquisa	46
QUADRO 2	Critérios para a seleção dos especialistas de conteúdo	51
QUADRO 3	Critérios de seleção para especialistas técnicos	52
QUADRO 4	Avaliação dos especialistas técnicos quanto à funcionalidade do vídeo	57
QUADRO 5	Avaliação dos especialistas técnicos quanto à usabilidade do vídeo	58
QUADRO 6	Avaliação dos especialistas técnicos quanto à eficiência do vídeo	59
QUADRO 7	Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto aos objetivos do vídeo	61
QUADRO 8	Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto ao conteúdo do vídeo	62
QUADRO 9	Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto à relevância do vídeo	63
QUADRO 10	Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto ao ambiente	64

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição da média de pontuação da puérperas de acordo com os comportamentos de envolvimento (SCHERMANN, 2007) (Fortaleza, CE, 2008)	96
GRÁFICO 2	Distribuição da média de pontuação da puérperas de acordo com os comportamentos de sensibilidade (SCHERMANN, 2007) (Fortaleza, CE, 2008)	101
GRÁFICO 3	Distribuição da média de pontuação da puérperas de acordo com os comportamentos de afeto negativo e intrusividade (SCHERMANN, 2007) (Fortaleza, CE, 2008)	104

SUMÁRIO

1	O PROBLEMA DA PESQUISA: ATITUDE DE APEGO ENTRE PUÉRPERA SOROPOSITIVA PARA O HIV E SEU FILHO	12
1.1	Introdução	12
1.2	Objetivos	17
1.2.1	Geral	17
1.2.2	Específicos	17
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE A MATERNIDADE NO CONTEXTO DA INFECÇÃO PELO HIV	18
3	CONSIDERAÇÕES SOBRE O APEGO ENTRE PUÉRPERAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV E SEUS FILHOS	28
3.1	Referencial teórico de John Bowlby: Teoria do Apego	28
3.2	Sentimentos, interações entre mãe soropositiva e seu bebê	34
3.3	Vídeo educativo: recurso para a assistência de enfermagem às puérperas soropositivas	39
4	METODOLOGIA	43
4.1	Tipo de estudo	43
4.2	Local do estudo	44
4.3	Fases da pesquisa	46
4.3.1	Fase 1: desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo	47
4.3.2	Fase 2: avaliação do roteiro do vídeo	47
4.3.3	Fase 3: gravação do vídeo	48
4.3.4	Fase 4: coleta de dados e intervenção de enfermagem à puérpera soropositiva para o HIV por meio do vídeo educativo e experiência prática	49
4.3.5	Fase 5: avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe-bebê	49
4.4	População e amostra	51
4.5	Instrumentos de coleta de dados	54
4.6	Organização e análise dos dados	54

4.7	Aspectos éticos da pesquisa	54
5	RESULTADOS	56
5.1	Avaliação dos especialistas de conteúdo e técnicos	57
5.2	Coleta de dados e intervenção de enfermagem no pré-natal	65
5.2.1	Caracterização das participantes do estudo	66
5.3	Exibição do vídeo	87
5.4	Filmagem da díade e avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe e bebê	90
5.5	Efeitos da utilização do vídeo educativo para o apego entre puérperas soropositivas para HIV e seus filhos	92
6	CONCLUSÃO	106
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110

APÊNDICES

ANEXOS

1 O PROBLEMA DA PESQUISA: ATITUDE DE APEGO ENTRE PUÉRPERA SOROPOSITIVA PARA O HIV E SEU FILHO

“A última coisa que se encontra ao fazer uma obra é o que se deve colocar em primeiro lugar [...] sendo então todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediata e imediatamente, e todas se relacionando por um vínculo natural e insensível que liga as mais afastadas e mais diferentes, creio ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes.”
(Pascal, *Pensée*, frases nº 19 e nº 73)

1.1 Introdução

Durante o ciclo gravídico puerperal a mulher passa por diversas mudanças físicas e psicológicas. O componente emocional a envolve desde a gestação ao nascimento de seu filho, marcando uma nova etapa em sua vida. Inicia-se então, a fase de interação entre mãe e bebê e o estabelecimento do apego entre ambos.

Puerpério é o período que se inicia após a dequitação da placenta, caracterizado por mudanças significativas, tais como involução uterina, presença de loquiação nos primeiros dias após o parto, produção de leite, entre outros aspectos. Finaliza, somente, quando todos os órgãos maternos retornam ao estágio pré-gravídico. Estão presentes o desconforto materno e profundas adaptações (LOWDERMILK, 2002).

Das adaptações que caracterizam esse período, podem-se citar a adaptação ao papel de mãe e a conciliação deste a outros papéis que a mulher já desempenhava antes de engravidar.

A mulher, que antes desenvolvia os papéis de boa esposa, companheira, amante, filha, irmã, terá que se reestruturar em torno das obrigações de mãe, pois deverá desempenhá-las de maneira eficaz, tendo de ser, muitas vezes, infalível. Contudo, a capacidade de manejar adequadamente esses conflitos, e de conseguir razoável adaptação, dependerá das experiências vivenciadas, do apoio familiar, das

condições socioeconômicas e de uma personalidade bem-estruturada (BARBOSA, 1998).

Barbosa (2005) ressalta que o cuidado à mulher no puerpério é, muitas vezes, negligenciado, pois, na maior parte das vezes, é o recém-nascido que recebe considerável atenção. A mulher passa a ser mais uma, ou melhor, torna-se a “mãezinha” que deve ser/estar colaborativa com a equipe de saúde para o bem de seu filho.

É necessário compreender as particularidades desse período tão importante, para auxiliar a mulher a enfrentar as barreiras que surgirão, sejam elas físicas, psicológicas ou patológicas, como é o exemplo da puérpera com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) positiva.

Além de toda a problemática vivida para a adaptação ao papel de mãe, a puérpera soropositiva para o HIV lida com questões delicadas como o não amamentar, o isolamento, além da discriminação e do estigma que sofre tanto por si mesma, pelos familiares, como pela equipe de saúde que presta cuidados.

Essas mulheres carregam consigo o medo, a insegurança e a dúvida, muitas vezes sem entender direito o que acontece. Somem-se esses sentimentos à incerteza e à culpa de, possivelmente, terem infectados seus filhos.

Verificamos, em nossa prática numa maternidade de referência de Fortaleza, que muitas mulheres são contaminadas por seus parceiros e descobrem, por acaso, que são portadoras do vírus HIV em decorrência da necessidade de realização do exame anti-HIV durante o pré-natal. Dessa forma, a problemática é exacerbada após o nascimento de seus filhos, aflorando a dúvida, a angústia, a ansiedade por quererem saber se contaminaram ou não seus filhos e como desempenhar o papel de mãe de forma satisfatória.

Para Andries (2000), são emoções contraditórias que se chocam tão violentamente nesse momento, que a puérpera pensa que não vai suportar.

É evidente que a aids acarreta problemas para qualquer pessoa, independentemente do sexo, porém existem situações vivenciadas pelas mulheres que são peculiares, como a gravidez, a maternidade e a amamentação.

É comum se observar atitudes de isolamento dessas puérperas. A maioria delas não recebe visitas de seus companheiros e de familiares. Excluem-se da sociedade e do ambiente. Mesmo não apresentando sintomas da doença, parece

visível que o vírus as obriga a se afastar do convívio familiar e social, evitando o julgamento e a condenação moral a que elas já se anteciparam, visto ser uma doença estigmatizada, que cristaliza, no imaginário social, simbolizações acerca da transmissão do HIV.

A morte, juntamente com o medo de contaminar seus filhos, representa os maiores conflitos vividos por essas mulheres. Estar com aids parece ser incompatível com o ser mãe. A aids simboliza a morte e o papel social de mãe é cuidar do filho, logo, muitas vezes, ela acredita que não cumprirá seu papel, quebrando assim o contrato social.

A sociedade, em geral, reconhece que a amamentação natural é fundamental ao desenvolvimento e à saúde do bebê, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho, dentre outras vantagens. Esta é outra problemática vivenciada pelas puérperas soropositivas nessa fase de sua vida, pois, pelo fato de não poder amamentar, sentem-se constrangidas quando indagadas sobre o motivo pelo qual a criança não está sendo amamentada, especialmente nos casos em que a soropositividade é omitida, principalmente em países como o Brasil, onde o aleitamento natural é incentivado.

A amamentação dos recém-nascidos por mães portadoras do vírus HIV será sempre contra-indicada, tenham ou não recebido antitoxinas. O aleitamento materno deixa de ser vantajoso e passa a representar riscos reais para o bebê. Por isso, as mães devem ser aconselhadas à supressão da lactação e à substituição por outros leites. É relevante que a puérpera, durante sua permanência na maternidade, receba suporte por parte da equipe de enfermagem para não amamentar sem se sentir discriminada (BRASIL, 2001).

Essas mulheres precisam de um suporte, de uma assistência que garanta meios de enfrentamento para tal problemática. Ela precisa ser orientada quanto ao preparo; à oferta do leite; aos cuidados que ela deverá ter com suas mamas para prevenir complicações. Necessitará, também, de um apoio direcionado a estar mais próxima de seu filho, contribuindo para o desenvolvimento de sua sensibilidade enquanto mãe, garantindo a relação de apego com seu filho.

Assim, por meio da experiência de enfermeira, pudemos observar o universo dessas mães que vivenciam a maternidade e a soropositividade para o HIV. Não é difícil se detectarem comportamentos e sentimentos de distanciamento,

apreensão e tristeza. Essas mães vivenciam momentos de dor e angústia devido às diversas atitudes e procedimentos a que são submetidas. No seu imaginário, são totalmente contraditórias com o seu mais novo papel, o de mãe. Não poder amamentar, ter suas mamas enfaixadas, ser portadora de uma doença incurável, que não lhes garante até quando vão estar ao lado de seus filhos e o medo de terem contaminado suas crianças levam a maioria dessas mães a se isolar de seus filhos. Fazem isso, não por uma atitude perversa, mas, muitas vezes, por mera proteção. Dessa forma, não querem estabelecer uma atitude de apego com a criança, deixando adormecer a sensibilidade que existe dentro de si.

O conceito de sensibilidade materna foi desenvolvido por Ainsworth (1982). É definido como a habilidade de a mãe perceber, interpretar e responder, adequadamente, às necessidades e à comunicação do bebê, promovendo uma base segura para o desenvolvimento socioemocional da criança. Para tanto, é fundamental que essa mãe fique atenta aos sinais de seu bebê e, principalmente, mostre-se sensível a esses sinais, sendo capaz de se colocar no lugar da criança. É a partir do nascimento e por intermédio dos primeiros comportamentos interativos da mãe em relação ao bebê, e do bebê em relação a mãe, ou seja, por meio do apego entre a díade, que o vínculo afetivo é efetivamente estabelecido.

Bowlby (1989) considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos. Ou seja, é um comportamento biologicamente programado, como o mecanismo de alimentação e da sexualidade. O papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego disponível vai oferecer respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação.

Para Bowlby (1989), um vínculo bem formado depende da relação de apego, e este vai proporcionar à criança segurança e bem-estar. Por isso, o laço afetivo tem que ser estável e harmônico, sem ameaças questionadas.

Ribeiro (2004), ao estudar as interações adversas da mãe soropositiva e o desenvolvimento precoce de seus bebês, constatou que as mães soropositivas tiveram a sensibilidade materna prejudicada, o que, segundo a autora, foi ocasionado, principalmente, pelo fato de essas mulheres não poderem amamentar. A autora destacou, ainda, como resultados, que as reações dessas mães foram

desfavoráveis à interação com seus bebês, dificultando o estabelecimento de um apego seguro.

Schermann (2005), ao realizar um estudo sobre bebês de risco, enfatizou que o simples fato de a criança estar sob algum risco de vida ou diante de uma doença incurável – pode-se, aqui, dar ênfase ao vírus HIV – pode despertar, na mãe, sentimentos de intensa culpa e profunda tristeza, prejudicando o surgimento da sensibilidade materna e, conseqüentemente, de apego.

Para a mãe soropositiva para o HIV, reações freqüentes são sentimentos de fracasso, inferioridade, culpa e tristeza. Além disso, devido à necessidade dos cuidados imediatos com o bebê exposto ao vírus, que se justifica pela prevenção da transmissão vertical, essa criança é separada de maneira brusca e precoce da sua mãe, sendo este mais um obstáculo à formação de apego. Para as mães, só aumenta, ainda mais, o sentimento de menos valia, reforçando a fantasia de sua inadequação maternal.

Verifica-se a importância da educação em saúde como instrumento para mudança de atitude e, conseqüentemente, para a promoção da saúde da mãe soropositiva para o HIV e da criança exposta.

A educação em saúde é o campo de prática, conhecimento e atuação do setor da saúde que se preocupa em criar vínculos entre as ações de saúde, o pensar e o fazer cotidiano da população, levando em consideração o senso comum da sociedade. A educação, por ser um instrumento de transformação social, propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores. Dessa forma, é importante analisar as necessidades de saúde e bem-estar do grupo a ser estudado, dentro do contexto bio-psicossocial, não esquecendo os aspectos familiares e culturais em que estão inseridas (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

Diante do exposto, sentimos a necessidade de contribuir para o estímulo da formação do apego entre a mãe soropositiva para o HIV e seu bebê. Pensamos em uma proposta inovadora que pudesse auxiliar essas mães e seus filhos a se sentirem mais próximos, independentemente das atitudes impostas e necessárias para a diminuição da transmissão vertical. A proposta de estudo está voltada para a construção de uma estratégia educativa que possibilite orientar essas mães a: manter uma atitude de apego, independentemente de não poder amamentar; suportar a separação do seu filho após o parto; tolerar as indagações cotidianas

feitas por outras pessoas do seu convívio e dos seus sentimentos. Enfim, buscamos mostrar a essas mulheres ser possível, mesmo sendo soropositivas para o HIV, enfrentar tal situação.

A educação em saúde pode ocorrer a partir de várias estratégias, sendo uma delas a utilização de vídeos educativos que têm como objetivo principal transmitir uma mensagem que estimule o desenvolvimento do conteúdo abordado e a atenção das participantes, já que imagem e som são recursos eficientes na captação de informação.

Assim, pretende-se defender a seguinte tese: a utilização do vídeo educativo promove o apego seguro entre puérpera HIV positiva e seu filho.

Com a utilização dessa estratégia, os enfermeiros poderão contribuir para promover o apego entre o binômio (mãe soropositiva para o HIV e seu filho), bem como humanizar o cuidado prestado a essa clientela específica, diminuindo os riscos que a falta do apego pode ocasionar. Assim, mãe e bebê poderão desfrutar de uma relação recíproca e desejante, com um relacionamento afetivo e eficaz.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Construir um vídeo educativo para a promoção do apego entre puérperas soropositivas para o HIV e seus filhos.

1.2.2 Específicos

Avaliar o conteúdo e as características técnicas do vídeo educativo.

Verificar os efeitos da utilização do vídeo educativo para o apego entre puérpera soropositiva para o HIV e seus filhos.

Validar um vídeo educativo para a promoção do apego entre puérperas soropositivas para o HIV e seus filhos.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A MATERNIDADE NO CONTEXTO DA INFECÇÃO PELO HIV

“Quem dera
 Pudesse todo homem compreender
 Oh! Mãe, quem dera
 Ser o verão
 O apogeu da primavera
 E só por ela ser
 Quem sabe
 O super-homem
 Venha nos restituir a glória
 Mudando como um Deus
 O curso da história
 Por causa da mulher.”
 (Gilberto Gil, *Super-homem, a canção*)

Na década de 1980, a aids emergiu sob uma realidade bem complexa. A mobilização de grupos politicamente organizados e a notificação compulsória dos casos de aids levaram a um redimensionamento da doença no Brasil.

Nascimento (2003) refere que a crença de que o HIV e a aids fossem restritos a grupos especiais, aparentemente bem definidos e freqüentemente marginalizados, reforçou estereótipos e preconceitos sobre identidade sexual e sexo imoral, em vez de destacar o que há de comum em todos os comportamentos sexuais. Várias relações e comportamentos sexuais não eram admitidos. Dessa forma, o risco da transmissão do HIV por via de práticas heterossexuais era negado. Com isso, existia o aumento na crença de que mulheres estavam imunes à doença, tornando os riscos das mulheres menos visíveis.

Essa forma de visualizar a situação deixou a idéia de que somente os homens podiam infectar, no caso, outros homens, mas estes não podiam infectar mulheres. Segundo Berer (1997), a idéia de que a aids poderia ser também doença de mulher foi relacionada à doença de mulher promíscua.

Somente em 1988 é que começaram a aparecer os primeiros relatos de pesquisadores que referiram a ocorrência de transmissão do vírus por atividade heterossexual, sobretudo a partir de mulheres prostitutas e toxicod dependentes.

Um breve relato de aids em mulheres das camadas média-baixa e baixa da população, na sua maioria entre 15 e 45 anos, indicava que: a principal via de transmissão do HIV era sexual, mediante parceiros infectados. Na maioria, os

parceiros eram classificados como bissexuais e, com menor freqüência, como usuários de drogas endovenosas, ou seja, segundo esses registros, a causa explicativa mais freqüente da infecção pelo HIV na mulher se devia ao comunicante bissexual, associado a uma determinada prática sexual. Diagnosticada por tabela e “comunicada” de seu infortúnio, cabia à mulher assumir seu destino de vítima das transgressões masculinas, às vezes sem o seu apoio (PAIVA, 1992).

Nesse universo, caso seu parceiro (comunicante) não mais estivesse presente, ou porque se separaram ou porque morreu, a mulher, além de conviver com o problema da aids, teria que conviver com a sustentabilidade do lar. Essa situação persiste até os dias atuais e agrava-se quando a mulher está grávida ou tem filhos pequenos.

Paiva (1992) afirma que a mulher, ao se deparar com dilemas como a morte do parceiro ou da criança infectada, relega as suas necessidades de infectada para “outra hora”, a fim de cumprir o seu papel de abnegada.

Os estudos sobre aids e mulheres exigiram, dessa forma, um novo dimensionamento. O aumento significativo do sexo feminino nos dados epidemiológicos remete a um novo conceito que pode ser utilizado para a compreensão da disseminação do vírus: a vulnerabilidade.

O termo provém da área dos Direitos Humanos e, originalmente, designava grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania. Começou a ser difundido mais fortemente no campo da saúde, com o surgimento da aids e com a compreensão de que os conceitos epidemiológicos de grupo de risco e comportamento de risco não conseguiram alcançar respostas para a evolução da epidemia (NASCIMENTO, 2003).

Pode-se definir vulnerabilidade partindo de três pontos interdependentes: (1) o comportamento pessoal ou vulnerabilidade individual; (2) o contexto social ou vulnerabilidade social; e (3) o programa nacional de combate à aids ou vulnerabilidade programática (AYRES et al., 1997).

O conceito de vulnerabilidade, portanto, pressupõe ir além de uma abordagem limitada que considere somente os comportamentos individuais e/ou biológicos como determinantes do risco. E, mais além, coloca em questão a própria concepção de risco tradicionalmente adotada pela epidemiologia (BARBOSA, 2001).

A vulnerabilidade feminina deve ser analisada como resultante de comportamentos e vivências relativas à sexualidade e à identidade de gênero; das condições sociais mais amplas, como associação entre pobreza e gênero; do acesso das mulheres aos serviços de saúde e da existência, ou não, de políticas públicas direcionadas às mulheres.

Logo, o aumento da vulnerabilidade feminina no contexto HIV/aids é evidenciada ao observar o aumento do número de mulheres na epidemia. Esse aumento se torna visível e remete-nos à falta de preocupação com a mulher.

O novo perfil epidemiológico da doença no Brasil e em outros países latino-americanos vem constatando o crescimento acelerado da epidemia entre as mulheres, particularmente entre as mais pobres. A doença está sendo diagnosticada tardiamente nas mulheres. Estas têm menos acesso a tratamentos e vivem menos e pior que os homens (BARBOSA, 2001).

Até hoje, pouca atenção e recursos têm sido destinados à prevenção, pesquisas e tratamentos relacionados às mulheres. Dados nacionais confirmam a questão da vulnerabilidade feminina, pois a queda da mortalidade por aids em mulheres não tem mostrado a mesma magnitude daquela observada em homens, o que pode ser explicado, em parte, pela maior demora na realização do diagnóstico em mulheres. A doença, na maioria das mulheres brasileiras, isto é, entre as que têm acesso a serviços de saúde, está sendo diagnosticada durante o pré-natal, quando da gravidez, pouco interessando aquelas não grávidas (BARBOSA, 2001).

Uma questão importante para ser discutida sobre a vulnerabilidade da mulher frente ao HIV/aids são as relações de poder e gênero. Segundo Parker (2000), essa questão é evidente a partir da característica patriarcal e agrária do Brasil. Imagens e modelos para homens e mulheres começam a ser definidos. Dentre esses modelos, categorias sexuais foram montadas no intuito de definir e sustentar funções desempenhadas pelos sexos: homem e mulher; macho e fêmea; esposo e esposa. Essas compreensões irão configurar um emaranhado de representações que, no Brasil contemporâneo, influenciam as formas de relação social entre os sexos.

Dentre as várias questões que envolvem o gênero, deve-se destacar a negociação sexual. Atualmente, essa prática está vinculada à proteção e à preservação da saúde. Antes, porém, a idéia de negociação sexual não apresentava

reconhecimento positivo entre o público, já que quem negociava sexo eram prostitutas e cafetões. Foi somente a partir de estratégias para o enfrentamento da epidemia de aids é que o tema negociação sexual se tornou questão importante. Ampliou-se quando a exposição heterossexual ganhou grandes proporções, principalmente quando se tratava da exposição feminina (NASCIMENTO, 2003).

A negociação sexual é um método de intervenção que vem sendo enfatizado e pressupõe a existência de algo a ser barganhado. Representa uma disputa por algum benefício entre duas partes, sendo que uma delas não está de acordo com os meios de barganha.

A aids é mais um dos inúmeros desafios que os casais têm de enfrentar hoje. A prevenção contra essa doença exige mudanças nas práticas e nos comportamentos sexuais, obrigando os cônjuges a se reposicionarem nas relações consigo mesmos e com o consorte.

Pensar na construção social da masculinidade, feminilidade e conjugalidade talvez possa ser o primeiro passo para termos pistas para enfrentar o desafio da prevenção contra a aids entre casais.

Em termos teóricos sobre a vulnerabilidade individual da mulher, segundo Zampiere (2004), a mulher tem uma maior vulnerabilidade de adquirir o HIV de seu parceiro em uma relação desprotegida, do que o inverso. São vários os fatores que levam ao aumento da suscetibilidade. A presença de alguma infecção ou inflamação nos genitais são exemplos desses itens.

Barbosa (2001, p. 12) corrobora tal pensamento:

[...] do ponto de vista da vulnerabilidade biológica, vários estudos vêm mostrando que a transmissão homem-mulher do HIV (assim como de outras DST – Doença Sexualmente Transmissível) é de duas a quatro vezes mais eficientes que a transmissão mulher-homem. Isso se explica pelas características dos órgãos genitais femininos, que têm maior superfície de mucosa exposta, o que aumenta a possibilidade de sofrerem lesões ou lacerações durante o ato sexual, facilitando a entrada do HIV. As DST, freqüentemente assintomáticas nas mulheres, potencializam o risco feminino de infecção ao fragilizarem as barreiras naturais à infecção pelo HIV. Além disso, o sêmen tem concentração de HIV significativamente maior que o líquido vaginal, o que torna as mulheres mais vulneráveis.

O preservativo é o único meio conhecido até o momento para a prevenção contra o HIV/aids nas relações sexuais com penetração. Porém, os obstáculos encontrados pelo uso do preservativo são muitos. Dentre eles, destacam-

se: a redução da sensibilidade; a crença masculina de que os homens não podem portar, transmitir ou contrair doenças pelo ato sexual – quando isso acontece, o problema poderia ser facilmente resolvido; e associação do preservativo a relacionamentos extraconjugais.

As representações de amor e sexualidade que homens e mulheres apresentam em seus encontros sexuais, com pouco hábito de discussão sobre sexo, acarreta no aumento da aids e de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), passando despercebidos pelos casais. Isso se deve principalmente as restrições no uso do preservativo, pois a mulher teme por em jogo toda uma relação afetiva a partir da dúvida da infidelidade.

A interferência que se tem com o uso do preservativo pode ser minimizada conforme se vai adquirindo experiência com seu uso e descobrindo os meios de introduzi-lo na relação de modo simples, e até sensual e erotizado. Tudo depende de o homem estar convencido de que seu uso é necessário. Para eles, conquistar uma mulher é um jogo fascinante, e pensar ou falar de proteção quebra a aventura (ZAMPIERE, 2004).

Nascimento (2003) aponta outras táticas de prevenção além do uso da camisinha: o encorajamento para redução do número de parceiros e o tratamento das DST.

A autora faz uma crítica ao dar ênfase que, culturalmente, quem possui um número maior de parceiros são os homens, quem mais busca serviços de saúde são as mulheres e, como dito, quem usa e acaba por decidir a utilização ou não da camisinha é o homem (NASCIMENTO, 2003).

Em geral, as mulheres que apresentam maior poder de negociação do sexo seguro são as mais escolarizadas, são as que estão inseridas no mercado de trabalho e possuem concepções sobre gênero menos restritas.

Portanto, é preciso redefinir a proposta do uso do preservativo como atitude de auto-estima, admiração e responsabilidade sobre o amor, o erótico e o sexual.

Entretanto, as táticas de prevenção, especialmente em mulheres, ainda não foram efetivas, visto que a proporção entre homens e mulheres, inicialmente, chegou a 25/1. Hoje, é praticamente de 1/1 (PINHEIRO, 2002).

O crescente aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV coloca em cena o problema de milhares de crianças que estão em risco de serem infectadas por suas mães, sendo que muitas delas já vivem ou viverão em situação de orfandade.

Desde o início da epidemia, mais de 4 milhões de crianças já foram infectadas, sendo que quase 90% destas se encontram em países da África, onde altas taxas de fertilidade se associam a uma alta prevalência de mulheres grávidas infectadas pelo HIV (BARBOSA, 2001).

Desde o início da epidemia, aproximadamente 8,2 milhões de crianças (abaixo de 15 anos) ficaram órfãs em função da morte prematura de seus pais soropositivos, o que vem gerando um grave problema social (SIMÕES, 2000).

Na análise epidemiológica apresentada entre os anos de 2000 e 2006, houve uma redução proporcional dos casos de transmissão vertical em menores de 1 ano, graças a Terapia Anti-Retroviral (TARV). Foram notificadas, nesse intervalo de tempo, 31.921 gestantes soropositivas para o HIV, sendo 7.217 no ano de 2004, distribuídas da seguinte maneira: 3% no Norte, 5% no Centro-Oeste, 11% no Nordeste, 28% no Sul e 53% no Sudeste (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2006).

O aumento do número de indivíduos com infecção pelo HIV em idade reprodutiva e a maior expectativa de vida dos portadores, em decorrência dos mais recentes recursos terapêuticos, fortalece, nos casais, o desejo de terem filhos.

Sabe-se que a transmissão vertical ocorre mediante passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão por meio da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada). Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano (BRASIL, 2007).

Ainda que não haja tratamento que possa impedir a transmissão vertical, o advento da Terapia Anti-Retroviral foi um grande avanço. Ela tem demonstrado uma redução da infecção em crianças de até 70%, nos casos em que a gestante recebeu AZT (marca registrada de Azidothymidine, hoje Zidovudina) oral, a partir da

14ª semana de gestação e AZT venoso, durante o trabalho de parto, e a criança recebeu AZT solução, durante as seis primeiras semanas de vida (PAIVA, 2000).

No Brasil, conforme se estima, existem 17.198 gestantes com HIV, mas o tratamento profilático das parturientes com AZT para redução da transmissão vertical é de apenas 34, 7% (PAIVA, 2006).

Foi em 1994 que os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão governamental americano, anunciaram os resultados de uma pesquisa feita nos Estados Unidos e França, conhecida como um Protocolo ACTG 076 (*Aids Clinical Trials Group Study – 076*), em que a administração oral de AZT em mulheres grávidas reduziu o risco de transmissão vertical em quase 70 %. Assim, a infecção do bebê, que anteriormente era, em média, de 25% sem a ingestão do AZT, caiu para 8% com o uso deste. Vale ressaltar que esses percentuais correspondem às mulheres que não amamentam (BARBOSA, 2001).

A administração do AZT na gestação e o uso do AZT no parto e no recém-nascido reduzem a taxa de transmissão vertical. Existem algumas intervenções usadas, atualmente, para diminuir essa taxa: o uso de anti-retrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida; e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2007).

Para prevenir a transmissão vertical (TV), são necessários alguns cuidados tanto durante a gravidez, quanto no parto e puerpério. Esses cuidados vão muito mais além da disponibilidade de medicamentos anti-retrovirais (ARV). Faz-se necessário um preparo desde o pré-natal, garantindo à gestante uma assistência eficaz, em que ela possa ser testada de forma voluntária e anônima com aconselhamento de boa qualidade, tendo à sua disposição uma equipe multiprofissional devidamente treinada.

Para garantir tais intervenções, precisa-se avançar na superação de algumas barreiras, como o aconselhamento pré e pós-teste, garantia de viabilização rápida do resultado anti-HIV, não deixando somente para serem feitos na sala de parto, garantia de custeio por parte do governo com os medicamentos anti-retrovirais

e leite artificial para as crianças expostas, dentre outras, como a qualificação dos profissionais que atendem tal clientela em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Em estudo feito em 200 maternidades brasileiras, foram apontadas algumas falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação, destacando-se: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia do HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal sem solicitação de teste do HIV; atendimento pré-natal com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou seu extravio (SZWARCWALD, 2004).

A perda da qualidade prestada no pré-natal e os cuidados que devem ter durante o parto e o puerpério representam uma oportunidade perdida de intervenção na gestante/puérpera infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil.

São fatores para o aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho: virais (carga viral elevada, genótipo e fenótipo viral/diversidade e resistência viral); maternos (estado clínico e imunológico comprometido, presença de outras DST e outras co-infecções, estado nutricional deficiente); comportamentais (reinfecção, seja por reexposição sexual ou compartilhamento de seringas); obstétricos (trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas) e inerentes ao recém-nascido (prematuridade, baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno) (BRASIL, 2007). Assim sendo, todos esses fatores devem ser observados durante o ciclo gravídico-puerperal.

Cuidados que devem ser indispensáveis a essas mulheres: não amamentar seus filhos, pois o risco de infecção para a criança pode chegar a 45%; ensinar a diluição correta do leite; estimular o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; estimular o acompanhamento do binômio com o infectologista; administrar inibidor da lactação; enfaixar as mamas e prevenir infecções maternas (PAIVA, 2006).

Barbosa (2001) ressalta ser o documento de normas e diretrizes para a prevenção da TV do Ministério da Saúde tecnicamente impecável. Destaca orientações clínicas, medicamentosas e laboratoriais, recomenda que tanto mulheres como seus parceiros sejam ouvidos e informados sobre questões que dependem de sua decisão (como fazer ou não o teste, conhecer os efeitos deletérios

para o seu bebê e sobre a saúde da mulher, entre outras), além das recomendações para os profissionais de saúde, do oferecimento e do apoio psicológico nas várias fases desse processo. Orienta, ainda, procedimentos que devem ser realizados durante e após o parto.

Porém, esquecem de apresentar e de considerar a realidade dos serviços de saúde, evidenciando-se uma enorme distância entre intervenções e possibilidades reais de execução. A prevenção da transmissão vertical coloca em evidência a necessidade de articulação entre os vários níveis de assistência de saúde e revela o estado precário da rede de saúde pública do Brasil.

Um estudo realizado com seis mulheres em Fortaleza, todas portadoras do vírus HIV e grávidas, demonstrou que viver com o HIV é semelhante a viver sob uma sentença de morte. Elas destacaram sentimentos negativos que indicavam sofrimento, tristeza, solidão e abandono – ser portadora do vírus era uma espécie de punição. Muitas relataram mudanças radicais em suas vidas provocadas pelas limitações impostas pela doença, envolvendo perda financeira, perda da habilidade física, diminuição da motivação, da saúde e da alegria, bem como ausência de perspectiva e desestrutura psicológica. O pensamento das mães estava voltado para a concepção de que sua conduta sexual era algo anormal, condenável. Assim, a maioria relatava o isolamento social e demonstrava emoções, como a ansiedade, o medo e a culpa (PEREIRA, 1999).

A aids leva às pessoas que são portadoras da doença a tomarem atitudes de afastamento em relação à família e à sociedade. Ser mãe e estar com aids é uma situação geradora de tensão.

A gravidez e a maternidade refletem expectativas sociais e culturais muito amplas e surgem no imaginário social ligadas à saúde, à felicidade, à continuidade da vida, da família e da espécie. Trazem sempre consigo um processo de introspecção e preocupação com a geração de uma criança sadia. A aids, ao contrário, surge no imaginário social ligada à morte, à terminalidade da vida, à desesperança, à tristeza, à dor e ao sofrimento.

A maternidade é uma questão central na constituição e na sustentação das ideologias de gênero. A partir do século XVIII, em meio a profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que cimentavam as bases

materiais e simbólicas da emergente sociedade capitalista, ser mãe consolidou-se como a principal missão feminina (BARBOSA, 2001).

Com o surgimento da epidemia da aids, surgem dilemas associados à reprodução e, conseqüentemente, à maternidade. Muitas gestantes que descobrem serem soropositivas decidem continuar a gravidez, pois a perspectiva de um filho pode representar, nessa situação, uma esperança de vida.

A maternidade guarda estreita relação com a condição feminina, representa para as mulheres sua própria identidade e possui um forte enfoque gerador de vida, que vem impulsionando-as para a busca de uma melhor qualidade de vida, que, associada ao tratamento com os anti-retrovirais, tem alimentado a expectativa de ter um filho saudável e aumentando a disposição para viver, para que possam cuidar desse filho que ora esperam e dos outros que possuem. (PAIVA, 2000, p. 147).

Em outro estudo realizado em uma maternidade de Fortaleza, foram apontados os seguintes argumentos frente à importância que as mulheres soropositivas para o HIV dão ao gerar filhos. Primeiramente, gerar uma criança é indispensável à sua própria vida, como forma de dar continuidade a uma vida que tem morte anunciada. Em segundo lugar, o nascimento do filho é necessário para lhe motivar a continuar a viver (GALVÃO, 2004).

Assim, a mulher deve estar preparada para tais dilemas e dificuldades a serem enfrentados. Esse preparo deve começar ainda no pré-natal, momento em que ela deve sentir-se segura com o profissional que a acompanha. Nessa fase, a mulher poderá tirar suas dúvidas, relatar angústias e medos frente aos cuidados consigo e com a criança, bem como sobre a soropositividade do bebê e acerca das questões sociais que ela, possivelmente, irá passar, como o preconceito e o estigma.

Ser mãe e ser portadora do vírus HIV torna-se uma tarefa difícil, porque, somado a todas as adaptações que a mulher enfrenta, seja nos seus papéis, seja em seus problemas diários, ela terá que enfrentar questões como o porquê não amamentar; o medo de perder seu filho, ou por sua morte ou pela morte dele; o preconceito das pessoas; dificuldades financeiras. Enfim, constitui, também, um problema social o resgate do perfil dessas mulheres, já que a maioria é pobre, sem condições satisfatórias para moradia, alimentação. Isso acarreta a falta do apoio da família e da sociedade, que culmina com o aparecimento de transtornos físicos e mentais que podem acelerar o processo de doença e de morte dessas mulheres.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O APEGO ENTRE PUÉRPERAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV E SEUS FILHOS

“O laço original entre pais e bebê é a principal fonte para todas as ligações subseqüentes do bebê e é o relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesma. A força e o caráter deste apego influenciarão, por toda a sua vida, a qualidade de todos os laços futuros com os outros indivíduos.”

(Marshall H. Klaus; John H. Kennell, 1989)

3.1 Referencial teórico de John Bowlby: Teoria do Apego

A Teoria do Apego consiste em um referencial teórico valioso para as investigações sobre interação a mãe-filho. Foi formulada por Bowlby (1989) a partir dos resultados de estudos feitos por Ainsworth (1964, 1978) sobre vínculo entre a díade mãe-bebê.

A teoria sofreu influências de dois campos distintos: a psicanálise e a etologia. A influência da psicanálise diz respeito à importância atribuída às primeiras relações do bebê com sua mãe para a formação de sua personalidade. Bowlby (1989) reconhece a importância da relação humana de uma criança como fundamental e edificadora de sua personalidade.

Quanto às contribuições da etologia, Bowlby (1989) discute aspectos relacionados à interação mãe/bebê ao longo do processo evolutivo de nossa espécie (por exemplo, como foi moldado o nosso investimento parental; como o cuidado da prole surgiu) e apresenta facetas importantes do estudo da interação mãe-bebê a partir dessa perspectiva.

Estudar um padrão comportamental humano a partir da perspectiva etológica requer um conhecimento mínimo desta abordagem ao estudo do comportamento. Tendo como referência a teoria da evolução, a questão adaptativa na expressão do comportamento é de fundamental importância. A abordagem etológica, de modo geral, relaciona os comportamentos com suas pressões evolutivas e benefícios no ajustamento com o ambiente. (LOPES et al., 2007, p. 30).

Sempre que se observa a relação mãe-bebê, todos os aspectos parecem conduzir à associação de interesses comuns. No entanto, alguns autores como Lopes et al. (2007) apontam evidências para um conflito constante de interesses entre a díade.

Alguns exemplos de conflitos que podem ocorrer são citados por Lopes et al. (2007, p. 22):

As demandas da prole maiores do que os pais estariam dispostos a investir; a existência de custos e benefícios para cada uma das partes, custos (alimentação, proteção, termorregulação) e benefícios (a possibilidade de sobrevivência de sua prole) e outros.

Bowlby (1989) foi o responsável pela denominação de “ambiente de adaptabilidade evolutiva”, ou seja, introduziu a preocupação de se remeter aos ancestrais e vislumbrar que tipos de pressões seletivas eles sofreram para compreender o comportamento atual.

Assim, as contribuições da etologia para Bowlby (1989) fundamentam-se na premissa de que, no comportamento humano, existem diversas variações culturais, explicando a natureza do apego. Para ele, todo e qualquer caráter biológico, seja ele morfológico, fisiológico ou comportamental, é um produto da dotação genética com o meio ambiente (BOWLBY, 1989).

O apego pode ser caracterizado para a psicologia a partir de três componentes: um tipo de ligação emocional ou laço afetivo que se desenvolve entre o bebê e seu cuidador, que mantém o bebê fisicamente próximo; uma série de respostas à separação, que constituem a resposta emocional do infante à interrupção ou ruptura da relação; e a existência de diferentes padrões ou qualidades das interações entre os infantes e as mães, os quais persistem ao longo da vida e, até mesmo, estendendo-se à repetição do padrão de cuidado materno por parte das filhas na geração seguinte (HOFER, 2005).

Bowlby (1989) estabelece uma diferença quanto às definições de apego e comportamento de apego. Por apego, ele define o sistema comportamental que tem como meta a busca de proximidade com a figura de apego. Já os comportamentos de apego constituem a mobilização expressivo-motora por meio da qual a criança alcança a proximidade com sua mãe, objetivo do sistema comportamental de apego.

Segundo Bowlby (1989), ao nascer, o bebê está equipado com sistemas comportamentais que servirão de base para o desenvolvimento ulterior do comportamento de apego. Por exemplo: o choro e a sucção. Após algumas semanas, são acrescentados o sorriso e o balbuciar. Posteriormente, o engatinhar e o andar. A partir destes, derivarão os sistemas mais refinados que serão mediadores da relação da criança com a sua figura de apego. Ou seja, desde uma fase inicial do desenvolvimento, cada um desses tipos de comportamento tem como resultado previsível a proximidade com a mãe.

As idéias de Bowlby (1989) sobre a natureza e a função de apego caracterizam uma visão biológico-evolucionária e contribuem para uma concepção de interação mãe-bebê de ordem natural e de base instintiva.

Os comportamentos que caracterizam a interação mãe-bebê a partir da Teoria do Apego, segundo Bowlby (1989) são:

- Comportamentos de apego da criança – Caracterizam por toda a mobilização expressivo-motora por meio da qual a criança busca atingir a meta de proximidade com a mãe. Por exemplo: chorar, sorrir, engatinhar, entre outros.
- Comportamentos da criança que se diferenciam do apego – Caracterizam-se pelos comportamentos exploratórios e atividades lúdicas. O bebê passa a explorar o ambiente a sua volta, sendo estes comportamentos de grande importância para o ser humano. A ativação desses comportamentos resulta do caráter novo do estímulo, e sua finalização, da familiaridade com este. Em alguns momentos, esses comportamentos podem provocar alarme e medo, dois ativadores dos comportamentos de apego.

Comportamentos da mãe em dispensar cuidados – Também conhecidos pelos nomes comportamento de recuperação, cuidado materno e/ou recuperação. Chama a atenção para o fato de que boa parte do comportamento maternal se ocupa em reduzir a distância entre o bebê e a mãe e em reter o bebê em extremo contato físico com ela. Os comportamentos de recuperação têm a mesma função biológica de proteção do comportamento de apego do filho. Na sociedade, mesmo quando a mãe nomeia alguém para cuidar de seu filho durante uma parte do dia, ela sente um forte impulso para ficar perto dele. Ceder ou não a esse impulso vai depender dos fatores socioculturais de seu meio.

- Comportamentos da mãe que se diferenciam dos cuidados maternos – Em contraposição aos comportamentos de recuperação ou de cuidados maternos, estão outros tipos de comportamentos que fazem com que a mãe comporte-se de forma a afastar-se do bebê. Por exemplo, os afazeres domésticos e as exigências de outros membros da família.

Em uma mãe normal, o comportamento de afastamento, embora ocorra ocasionalmente, não é freqüente, nem prolongado, sendo rapidamente substituído pelo cuidado, quando os acontecimentos o exigem. Em uma mãe emocionalmente perturbada, por outro lado, tal comportamento pode interferir seriamente com os cuidados ao filho. (BOWLBY, 1989, p. 258).

Os tipos de comportamentos referidos concorrem entre si e estabelecem o tipo de interação que o par mãe-bebê vai desenvolver. Essa interação mãe-bebê está permeada por fortes emoções e sentimentos dos que nela estão envolvidos:

Quando a interação entre um par transcorre normalmente, cada participante manifesta intenso prazer na companhia do outro e, especialmente, nas expressões de afeição do outro. Inversamente, sempre que a interação resulta em persistente conflito, é provável que cada participante manifeste, ocasionalmente, ansiedade ou infelicidade intensa, sobretudo ante a rejeição do outro. (BOWLBY, 1989, p. 259).

Com relação aos processos que acontecem no bebê para que ele selecione determinadas figuras de apego, Bowlby (1989) propõe algumas variáveis que podem ser identificadas como reforços importantes. Mais do que a alimentação ou outras variáveis, a presteza com que a mãe responde ao choro do nenê e o grau em que ela própria toma a iniciativa de interagir socialmente com ele determinam, sensivelmente, a escolha desta como figura de apego.

A escolha dessa figura de apego recai sobre uma pessoa, isto é, nessa concepção teórica, propõe-se existir uma tendência de a criança apegar-se a uma figura principal de apego. A essa tendência, Bowlby (1989) denominou monotropia.

Com outras pessoas, a criança poderia vir a desenvolver uma outra relação. Por exemplo, um companheiro de brincadeiras, que Bowlby (1989) denominou figuras subsidiárias de apego. Mas, nos momentos de medo, cansaço ou doença, a criança procura apenas uma pessoa, a figura principal de apego, que, geralmente, é a mãe.

Partindo dessa proposta, Ainsworth (1964), que se tornou colaboradora ativa de Bowlby, inclusive coletando e fornecendo dados empíricos para suas

teorizações, desenvolveu junto a seu grupo de pesquisadores um procedimento de trabalho a fim de verificar diferenças individuais na organização do comportamento de apego da criança à mãe. A esse procedimento, deu-se o nome de Situação Estranha, que tem como finalidade a exacerbação dos comportamentos de apego.

A Situação Estranha é composta por uma seqüência fixa de oito episódios de curta duração em que a criança vivencia um ambiente estranho, primeiro na presença da mãe, depois na sua ausência. Os episódios são compostos pelas seguintes categorias: busca de proximidade e contato; manutenção de contato; interação a distância; busca da pessoa ausente; resistência, esquiva ao contato; e ambivalência.

Após o estudo concluído, os resultados foram incorporados por Bowlby (1989), que definiu três padrões de apego:

- Apego seguro – O bebê demonstra segurança e confiança em seus pais, acreditando que eles estarão, imediatamente, disponíveis no momento em que ele precisar.

Esse modelo é promovido por um dos pais, especialmente a mãe, nos primeiros anos, quando esta está imediatamente disponível, sensível aos sinais da criança e com respostas amáveis, sempre que ela procura proteção e/ou conforto. (BOWLBY, 1989, p. 121).

- Apego resistente e ansioso – Há uma incerteza quanto à disponibilidade dos pais. Por conta dessa incerteza, a criança tende sempre a estar em um estado de angústia, o que a faz querer ficar grudada na mãe e não explorar o mundo.

Esse modelo, onde fica evidente o conflito, é promovido por pais que se mostram disponíveis e prestativos em algumas ocasiões e não em outras, é promovido por separações e, como mostram as descobertas clínicas, por ameaças de abandono. (BOWLBY, 1989, p. 121-122).

Nesse contexto, podem-se citar situações em que a vida dos pais, especialmente a da mãe, pode estar ameaçada. Por exemplo, diante de uma doença como a aids.

Pinto (2007, p. 44) relata alguns fatores predisponentes de interações patológicas e de riscos:

São consideradas situações de auto-risco: no caso de crianças que apresentam deficiência, crianças filhas de pais HIV⁺ (cujo número vem aumentando consideravelmente), crianças nascidas prematuramente ou que viveram intervenções médicas no período neonatal, ou ainda problemas relacionados à mãe, como depressão, doença crônica grave, morte e outros.

- Apego ansioso e com evitação – O indivíduo demonstra total desconfiança quanto às suas figuras parentais, no sentido de que não acredita encontrar resposta e ajuda para as suas necessidades, mas sim provável rejeição. Segundo Bowlby (1989, p. 122): “Esse modelo, onde o conflito está mais escondido, é resultado de constante rejeição por parte da mãe, sempre que o indivíduo a procurava a fim de obter conforto e proteção”.

Assim, a forma e o grau das respostas da mãe para com a criança determinarão que padrão de apego será desenvolvido.

A partir de seus estudos e de sua concepção de apego, Bowlby (1989) propõe como atitude preventiva e possibilitadora de desenvolvimento de um apego seguro ao bebê:

Quando a mãe é receptiva para os sinais do filho e responde a eles pronta e adequadamente, a criança desabrocha e o relacionamento desenvolve-se de maneira feliz. Quando a mãe não é receptiva, ou não responde de forma a dar à criança o que ela quer, mas, ao contrário, alguma outra coisa que não a desejada, as coisas não caminham bem. (BOWLBY, 1989, p. 379).

Para esse autor, a regulação dos cuidados maternos deve ser estabelecida pela necessidade da própria criança. Esses pontos caracterizam a Teoria de Apego de Bowlby (1989). Propõem determinados tipos de comportamentos como sendo saudáveis e promotores do bem-estar e outros que têm o efeito negativo ao apego, como situações de separação entre mãe e bebê.

A criança, desde o nascimento, possui uma tendência perceptual que a predispõe a interagir com outros seres humanos por meio de uma variedade de respostas que servem para mediar essa interação, tais como o choro, o sorriso e a vocalização, sendo considerada competente dentro do processo de interação social (SCHERMANN, 2001).

O apego entre a díade será formado mediante a habilidade materna e, conseqüentemente, sua iniciativa em atender às necessidades de seu filho.

Shermann (2007) propõe um método de avaliação da interação mãe-bebê mediante um protocolo que avalia a capacidade perceptual e social do bebê, bem como aqueles relativos aos componentes de sensibilidade da mãe. O protocolo permite observar a interação mãe-bebê de zero a seis meses, por meio da observação direta e registro do comportamento em forma de escala.

Os estudos dessa natureza permitem avaliar a qualidade da interação entre mãe e filho, e, portanto, verificar eventos incompatíveis com o apego seguro, o que irá afetar o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança.

3.2 Sentimentos, interações entre mãe soropositiva e seu bebê

A partir da Teoria do Apego, observa-se a importância da responsividade materna para que se mantenha uma boa relação mãe-bebê.

Em situações em que existe separação do binômio, por exemplo, o nascimento de bebês prematuros ou em outras semelhantes, o apego torna-se prejudicado. Nesse contexto, a mãe soropositiva para o HIV e seu bebê exposto ao vírus vivenciam experiências de separação, as quais poderão vir a prejudicar a relação de apego entre ambos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), alguns critérios são preconizados para que a taxa de transmissão vertical seja reduzida. Logo após o parto, o recém-nascido (RN) é separado de sua mãe para que alguns cuidados possam ser realizados. Este deverá receber alguns cuidados diferenciados, tais como o clampeamento imediato do cordão umbilical; a lavagem da pele com água e sabão; a aspiração das vias aéreas, delicadamente; o uso do xarope de AZT nas primeiras horas após o parto, somando-se, ainda, a oferta de leite artificial, pelo fato de a mãe soropositiva para o HIV não poder amamentar.

Podem-se, então, observar as diferenças significativas existentes. Primeiramente, a separação brusca que ocorre entre o binômio, pois a criança é retirada da sua mãe para que os primeiros cuidados possam ser realizados, significando o oposto do que é preconizado para o parto humanizado. Além disso,

há os demais procedimentos já citados que concorrem para a separação entre mãe e bebê, o que remete à idéia de obstáculo ao apego.

A amamentação, notadamente, é um momento importante na relação afetiva entre a mãe e a sua criança para se cultivar a intimidade, o carinho, a segurança do bebê e o apego entre ambos. A mulher soropositiva para o HIV impedida de amamentar deve receber ajuda dos profissionais para ser estimulada a manter o carinho e o apego ao seu filho, independentemente de amamentar.

No Brasil, o aleitamento materno é incentivado, principalmente por meio de campanhas, na mídia e entre os profissionais que trabalham com a clientela específica. Cabe aos enfermeiros identificar outras atividades em que a mãe soropositiva para o HIV possa estabelecer uma situação favorável de apego com seu filho. Destacam-se as atividades da alimentação, do banho, da troca de roupas, enfim, momentos importantes, em que a mãe poderá apegar-se ao seu filho.

Ainda no tocante a tal problemática, outro aspecto relevante são as variedades de sentimentos que permeiam o imaginário da mãe soropositiva para o HIV. São sentimentos de culpa por ter ficado grávida; medo de ter infectado seu bebê e tristeza de sentir-se diferente das outras mães, achando, muitas vezes, que o fato de não amamentar implica distância e diferença entre ela e seu filho.

No estudo de Vinhas et al. (2004), é destacado que a maioria das participantes (puérperas soropositivas para o HIV) tiveram suas gestações não planejadas.

Para Bowlby (1986), um bebê planejado já começa a existir mesmo antes de sua concepção. Será bem-vindo, amado incondicionalmente e esperado. Um bebê não planejado vai demorar a ser aceito. Esse amor deverá ser construído dia a dia, mediante situações geradoras de apego.

A sensibilidade da mãe frente aos sinais do bebê e a capacidade de o bebê sentir que suas iniciativas sociais levam à troca afetiva com a sua mãe são algumas situações geradoras de apego.

Maia (2000) relata atitudes geradoras de apego que podem ser estimuladas: reações de valorização da mãe em resposta às necessidades do bebê; o aconchego; o reconhecimento do corpo do bebê; a consolação imediata do bebê e outros.

A mesma autora diz que o apego é gerado a partir de um processo bidirecional, orientado entre laços afetivos mãe-bebê.

Bowlby (1986) refere que um vínculo bem formado vai proporcionar à criança segurança e bem-estar. Por isso, esse laço afetivo tem que ser estável e harmônico, sem ameaças questionadas. Assim, a soropositividade para o HIV, durante a gestação, torna-se um exemplo de ameaça ao apego entre mãe e bebê.

O evento do nascimento de uma criança exposta ao vírus do HIV, por si só, pode ser vivenciado pela mãe como uma crise. Acrescentam-se, ainda, os sentimentos já relatados que permeiam o cotidiano dessa mãe, além das cobranças dos amigos, familiares e outras pessoas quanto ao fato de não poder amamentar e outros questionamentos resultantes de tal situação.

É necessária uma abordagem multidisciplinar, que possa auxiliar essa mulher, ainda na gravidez, a enfrentar tais situações desencadeadas pela soropositividade. O apoio mediante abordagem em grupo ou individual pode ser uma estratégia utilizada para auxiliar a nova mãe a conviver com tais problemas. Isso amenizará o conflito existente por esta ser soropositiva e estar com um filho que poderá ou não ser portador do vírus HIV – situação que acarreta sentimentos de culpa, tristeza e depressão.

Ao amenizar tal conflito, buscar-se-á proporcionar um novo olhar da mãe para com o bebê, fortalecendo laços afetivos entre ambos, possibilitando um apego eficaz, que será essencial para a formação do vínculo entre a díade.

Vinhas et al. (2004) descreveram que, inicialmente, algumas mães reagem negativamente ao tomarem conhecimento da infecção. Algumas de suas participantes relataram ficar deprimidas pela ausência de cura e diante da consciência de que o vírus tomou de conta do seu corpo e, provavelmente, do seu bebê. Algumas das participantes relataram o desejo que tiveram de abortar; no entanto, não o fizeram por que existe a idéia de que ter contraído aids já foi um castigo do pecado cometido, da conduta sexual anormal, e que praticar o aborto só iria aumentar suas dívidas com Deus.

O amor e a rejeição, seja qual for a situação, repercutem, precocemente, sobre a criança. Assim, até os três primeiros meses de vida intra-uterina, as mensagens enviadas pela mãe são incompreendidas pelo embrião, muito embora

possam causar-lhe desconforto se percebidas como desagradáveis (PAPALIA; OLDS, 2000).

A ansiedade materna é maléfica ao feto, pois perturba o ambiente uterino, perturbando também o bebê. Para se livrar desse desconforto, o bebê começa a elaborar, progressivamente, técnicas de defesa como dar pontapés, mexer-se mais ativamente. Essas técnicas funcionam para a sensibilidade materna como um envio de mensagem de que está sendo perturbado. Assim, se houver sintonia materno-fetal, imediatamente a futura mãe capta essa mensagem e começa a passar a mão delicadamente em seu ventre, o que é percebido e codificado pelo feto como atitude de compreensão, carinho e proteção, portanto, uma atitude tranquilizadora (SOUZA, 2005).

Um bebê precisa de cuidados para sobreviver adequadamente. Esses cuidados não se restringem apenas à alimentação e à higiene, mas também a um suporte emocional adequado, extremamente importante para o desenvolvimento dessa criança para a vida em sociedade.

Lopes (2007) relata que muito do que um bebê precisa para desenvolver habilidades sociais que lhe permitam interações sociais adequadas em momentos posteriores de seu desenvolvimento e na sua vida adulta depende, em grande parte, de como se estabelece a sua primeira interação com um adulto, ou seja, a interação com a sua mãe.

O bebê tende a preferir a figura materna. Essa preferência persiste mesmo na ocorrência de uma separação, o que denota a capacidade precoce de reconhecimento da criança, afirmando a importância do apego entre a díade mãe-filho.

Para Bowlby (1986), o apego entre mãe-bebê é uma característica universal humana. A sua expressão tem uma base biológica, porém as nuances da relação são moldadas pela natureza da relação genitor-criança. Isso significa que a interação entre a díade dependerá de características exclusivas de cada componente.

Assim, existe a necessidade de um apoio profissional específico ofertado a esse binômio em especial. É necessário estimular a formação do apego. Este será fortalecido por atitudes simples, como o tom de voz materno, o olhar, o contato físico e outras atitudes que servirão para intensificar o afeto entre ambos.

Bowlby (1995) afirma ser essencial para a vida do bebê a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe. Relata sobre a sensibilidade dos bebês e sua atenção frente à voz da mãe, gestos, expressões e a forma como são manipulados. Exemplifica que, ao segurar o bebê no colo, a mãe transmite experiências emocionais, podendo o bebê chorar e ficar ansioso caso a mãe esteja ansiosa.

Lopes et al. (2007) destacam aspectos importantes que determinam o apego materno e o apego da criança. Para a mãe, destacam-se: 1) genótipo para uma personalidade segura e sensível; 2) um ambiente de desenvolvimento que inclua um apego seguro para se tornar uma mãe adequada; 3) uma gravidez e um pós-parto sem estresse; 4) um apoio social de modo que a mãe torne-se fortemente atraída para o seu bebê. Para a criança, os autores destacam padrões de apego, baseados nas características das respostas do bebê: 1) seguramente apegados à mãe; 2) ansiosamente apegados à mãe e esquivos; 3) ansiosamente apegados à mãe e resistentes. Esses comportamentos foram relatados de acordo com o estresse diante da localização e acessibilidade da figura de apego.

Relacionadas às características do apego materno, são observadas facetas importantes que podem estar alteradas na mãe soropositiva para o HIV. Podem-se citar a falta do ambiente seguro devido ao preconceito das pessoas; a gravidez e o pós-parto sob estresse desde a revelação do diagnóstico até a confirmação da sorologia dos seus bebês; a culpa e o medo de morrerem e deixarem seus filhos; e a falta de apoio social, pois a família e os amigos, por não entenderem tal situação, acabam afastando-se da mãe, deixando a puérpera desprovida de apoio e cuidados essenciais nesse momento.

Por isso, cabe aos profissionais de saúde reconhecer esses pontos que dificultam a relação de apego entre mãe soropositiva e seu filho exposto ao vírus e estimular, precocemente, o apego entre o binômio mãe-filho, prevenindo conseqüências em fases posteriores do desenvolvimento.

3.3 Vídeo educativo: recurso para a assistência de enfermagem às puérperas soropositivas

Sabe-se, hoje, da importância do trabalho de prevenção e controle das DST e aids. Um dos componentes primordiais dessa política de prevenção se apóia nas ações de informação, educação e comunicação mediante elaboração de materiais educativos. Entre eles, podem-se citar: cartazes, manuais, pôsteres, vídeos, cartilhas, livros-texto e adesivos, todos com o objetivo de difundir a informação acerca de tal problema.

Com base nesse fato, os enfermeiros passam a desenvolver educação em saúde, uma atitude primordial para que as pessoas concebam as informações de caráter preventivo.

A educação em saúde, em sua história, pode ser compreendida como “[...] campo de práticas que se dão no nível das relações sociais [...]” estabelecidas entre profissionais de saúde, as instituições e, sobretudo, o usuário no cotidiano das atividades desenvolvidas no serviço de saúde (VASCONCELOS, 1999, PÁGINA).

Logo, os recursos educativos visam subsidiar as ações desenvolvidas no âmbito das interações cotidianas com os usuários do próprio serviço.

Na prática diária de enfermagem, no campo da educação em saúde, ainda tem prevalecido uma abordagem não crítica da educação, com o predomínio do modelo biomédico. Relacionada à aids, Parker (1996) afirma que houve uma mudança nos paradigmas da assistência, passando de uma política de intervenção hegemônica (orientada pela abordagem epidemiológica e comportamental) para intervenções voltadas à dimensão social, política, econômica e cultural. Segundo o autor, gradualmente, as abordagens educativas centradas na informação e na responsabilidade individual foram sendo substituídas por modelos multidimensionais, orientados pela concepção de mobilização comunitária e coletiva. É nesse contexto que os recursos educativos, por intermédio da tecnologia educacional aplicada à saúde, devem ser disseminadores de conhecimento.

No saber da enfermagem, podem-se encontrar formas de tecnologia que promovam o processo de emancipação dos sujeitos envolvidos no cuidar. Como mencionado por Nietzsche (2000), as tecnologias vinculadas à educação identificam-

se com métodos de cuidado simplificados, com o objetivo de se tornar uma prática comum, facilitando o cuidado dos pacientes.

A tecnologia está presente na vida humana, de maneira concreta, e não somente nos equipamentos modernos que se utilizam. Sua importância advém do fato de facilitar o cotidiano, ao permitir que tarefas consideradas impossíveis possam ser realizadas sem grandes esforços. Entre suas aplicações, encontra-se a construção de vídeo educativo contendo orientações acerca de atividades estimuladoras de apego entre mães soropositivas para o HIV e seus bebês expostos ao vírus.

Com vistas à sua utilidade, a produção tecnológica requer argumentação precisa acerca das concepções sobre o que seja tecnologia, a quem ela serve e para que criá-la. Senão, o risco de estar criando algo gerador de mais malefícios que benefícios para a humanidade é evidente. Nesse sentido, deve-se ter clareza de que a tecnologia deve estar a serviço do ser humano (CAETANO, 2006).

Na enfermagem, as tecnologias receberam determinadas classificações, quais sejam: tecnologia do cuidado – representadas por técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado; tecnologias de concepções – constituídas por desenhos/projetos para a assistência de enfermagem, bem como por uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais; tecnologias interpretativas de situações de clientes – por meio das quais a enfermagem consegue interpretar suas ações; tecnologias de administração – forma de proceder à organização no trabalho de enfermagem; tecnologias de processos de comunicação – centradas na relação terapêutica enfermeiro-cliente; tecnologias de modos de conduta – referentes a protocolos assistenciais; e tecnologia de educação – que consiste nos meios de auxiliar na formação de uma consciência crítica, além do espaço terapêutico, o qual é possível ser criado na relação enfermeiro-cliente, estimulando uma maior autonomia e cidadania (NIETSCHE, 2000).

O vídeo, do latim *video* (eu vejo), é uma tecnologia de educação de sinais eletrônicos, analógicos ou digitais, cuja função é representar imagens em movimento, despertando um maior interesse e, conseqüentemente, um melhor aprendizado de quem assiste a ele (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 638). Diante disso, o vídeo pode ser constituído como um modelo para ensinar as mães soropositivas

para o HIV a cuidarem dos seus filhos, estabelecendo um apego satisfatório, entendendo a importância dessa relação para a formação do vínculo, bem como sua relevância para a vida futura da criança.

O uso do vídeo educativo para promoção de um apego eficaz entre a mãe soropositiva para o HIV e seu bebê requer a co-participação dessas mulheres para que se desenvolva o interesse pelo engajamento no estudo da sua prática.

Para o desenvolvimento de uma tecnologia de educação, considerada por Nietzsche (2000) como emancipatória, é necessário que os indivíduos envolvidos tenham consciência de suas ações e, a partir dessa reflexão, tenham o desejo de transformá-la.

Talvez, com a implementação do vídeo educativo de forma contínua e progressiva às mães soropositivas para o HIV, se consiga o engajamento não só da clientela específica, mas dos profissionais que trabalham com esse público.

É essencial que o enfermeiro cumpra um papel educativo como forma de abordagem e cuidado. Desse modo, poderá ocorrer um melhor relacionamento entre o profissional de enfermagem e a puérpera soropositiva para o HIV e, conseqüentemente, uma maior participação dessas pacientes no processo de busca de um apego eficaz, minimizando e prevenindo problemas futuros relacionados à falta de apego.

Considerando que a maioria das puérperas soropositivas para o HIV apresentam comportamento de isolamento, não só com a equipe de saúde, familiares, mas também com seus filhos, por acharem que condutas como o não amamentar vão impedir a formação do apego, torna-se muito eficaz a assunção por parte do enfermeiro do compromisso de compartilhar conhecimentos, dividindo espaço com aquela que é sujeito, e não mais apenas o objeto das ações de cuidado.

Inegavelmente, o desenvolvimento de tecnologias de educação, como o vídeo educativo, para a promoção do apego entre puérpera soropositiva para o HIV e seu bebê é urgente. O vídeo permitirá à puérpera, caso deseje, sua utilização no próprio domicílio. Isso lhe permitirá aprender técnicas de cuidado com o seu filho, as quais promoverão um apego seguro, independentemente de a mãe amamentar ou não. Assim, o vídeo atuará de maneira emancipatória ao possibilitar que a puérpera

soropositiva para o HIV aprenda e acione seus novos conhecimentos para uma troca de carinho e de amor com seu filho.

Logo, o trabalho de criar um vídeo educativo que promova um apego eficaz entre a díade mãe soropositiva para o HIV e seu bebê engloba a tecnologia do cuidado, a tecnologia da educação e a de modos de conduta, assim classificadas por Nietzsche (2000). A tecnologia do cuidado estará presente, pois a criação do vídeo busca promover a melhoria na relação da mãe com seu filho, bem como o aprendizado de condutas – tais como alimentação, o uso correto do xarope de AZT e outros, fatores relevantes para a saúde da sua criança. Já no referente à tecnologia da educação, acredita-se que tanto o vídeo como as orientações que serão repassadas poderão contribuir para a formação de uma consciência crítica, de um espaço para a reflexão de um apego eficaz e de um vínculo bem estabelecido entre ambos. A tecnologia de modos de conduta também estará presente, pois, nesta pesquisa, procurar-se-á criar um modelo de condutas que favoreça o apego, propiciando uma postura participativa e priorizando a mudança de comportamento das mães portadoras de HIV para com seus filhos.

É importante, também, compreender que o vídeo não é somente um conjunto de imagens seqüenciais favorecedoras do apego, mas uma forma de propiciar às mães soropositivas para o HIV mais conhecimentos sobre o cuidado com seu filho e mais reflexões sobre a condição de mãe. Com base nas informações contidas nessa tecnologia, as mães passarão a ser sujeitos participantes do processo existencial, numa perspectiva ética de despertar a consciência crítica, a cidadania, a liberdade e a autonomia, direcionadas para uma maior auto-realização como mães.

4 METODOLOGIA

“Nem sempre as relações de causa e efeito são percebidas da mesma maneira por homens de culturas diferentes. E hoje todos sabem que o homem só pode compreender o mistério da vida quando dispõe de instrumentos que o permitem desvendar o mundo do infinitamente pequeno. O homem tribal não possuía microscópios. E teve que construir a partir de suas simples observações as teorias que durante séculos e ainda hoje têm a validade das verdades científicas.”
(Laraia, 1988)

4.1 Tipo de estudo

O estudo realizado é definido como metodológico, do tipo ensaio clínico randomizado.

Buscando contribuir para a transformação da qualidade da assistência de enfermagem e para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e a criança exposta, optou-se por desenvolver esse tipo de estudo, considerado como do tipo metodológico, que: “[...] refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa [...]” (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004, p.167). Sua meta é a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores.

Em ensaios clínicos, o investigador aplica um tratamento (intervenção) e observa os seus efeitos sobre um desfecho. A principal vantagem de um ensaio clínico em relação a um estudo observacional é a sua capacidade de demonstrar causalidade. A randomização consiste em alocar, aleatoriamente, os participantes. Isso estabelece a base para o teste de significância estatística das diferenças entre os grupos nos desfechos medidos (HULLEY et al., 2003).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital público, referência em obstetrícia, no Estado do Ceará. A instituição é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de caráter municipal. Mantém-se como hospital-escola, destinado ao atendimento de gestantes de alto risco.

A escolha da instituição pesquisada se deu por suas características: presta atendimento à gestante de alto risco; é referência para atendimento de gestantes oriundas da capital e do interior do Estado; constitui campo de prática e de ensino das diferentes áreas da saúde; faz parte do elenco das maternidades de referência do estado para pacientes soropositivas; e possui o Projeto Nascer-Maternidade, que promove uma assistência qualificada às gestantes e puérperas soropositivas para o HIV.

O Projeto Nascer-Maternidade foi instituído em maternidades do SUS (próprias e conveniadas), localizadas em municípios considerados prioritários e que atendem 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 no período 1991-1994 e 1995-1998. Para o desenvolvimento do projeto, 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 especializada (BRASIL, 2003).

O Projeto Nascer-Maternidade foi implantado nessa instituição em 2002 com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e outros.

Nesse hospital, são destinados leitos específicos para a clientela soropositiva para o HIV. Estas têm acesso ao pré-natal, às cesáreas eletivas e ao puerpério, bem como retornam com quarenta e cinco dias para revisão pós-parto.

A dinâmica atribuída a essa clientela específica concentra-se na sua organização da demanda, pois os partos (cesáreas eletivas) das pacientes soropositivas são feitos em um único dia da semana, na quinta-feira, no turno da manhã, por uma equipe composta por obstetra, enfermeiro obstetra e anestesista, destinada a trabalhar somente com essa clientela. Vale ressaltar que esse tipo de organização não impossibilita que outras parturientes soropositivas, ao necessitarem de atendimento em outro dia da semana, não o tenha.

Após o parto, as puérperas soropositivas retornam à enfermaria, local onde passam 24 horas, se o parto for vaginal, ou 48 horas se cesariana. As puérperas compartilham a enfermaria com as demais pacientes não positivas para o HIV. Segundo o Ministério da Saúde (2007), a gestante e a puérpera soropositiva para o HIV devem ser mantidas na mesma enfermaria com as demais pacientes, sem que haja presença de discriminação.

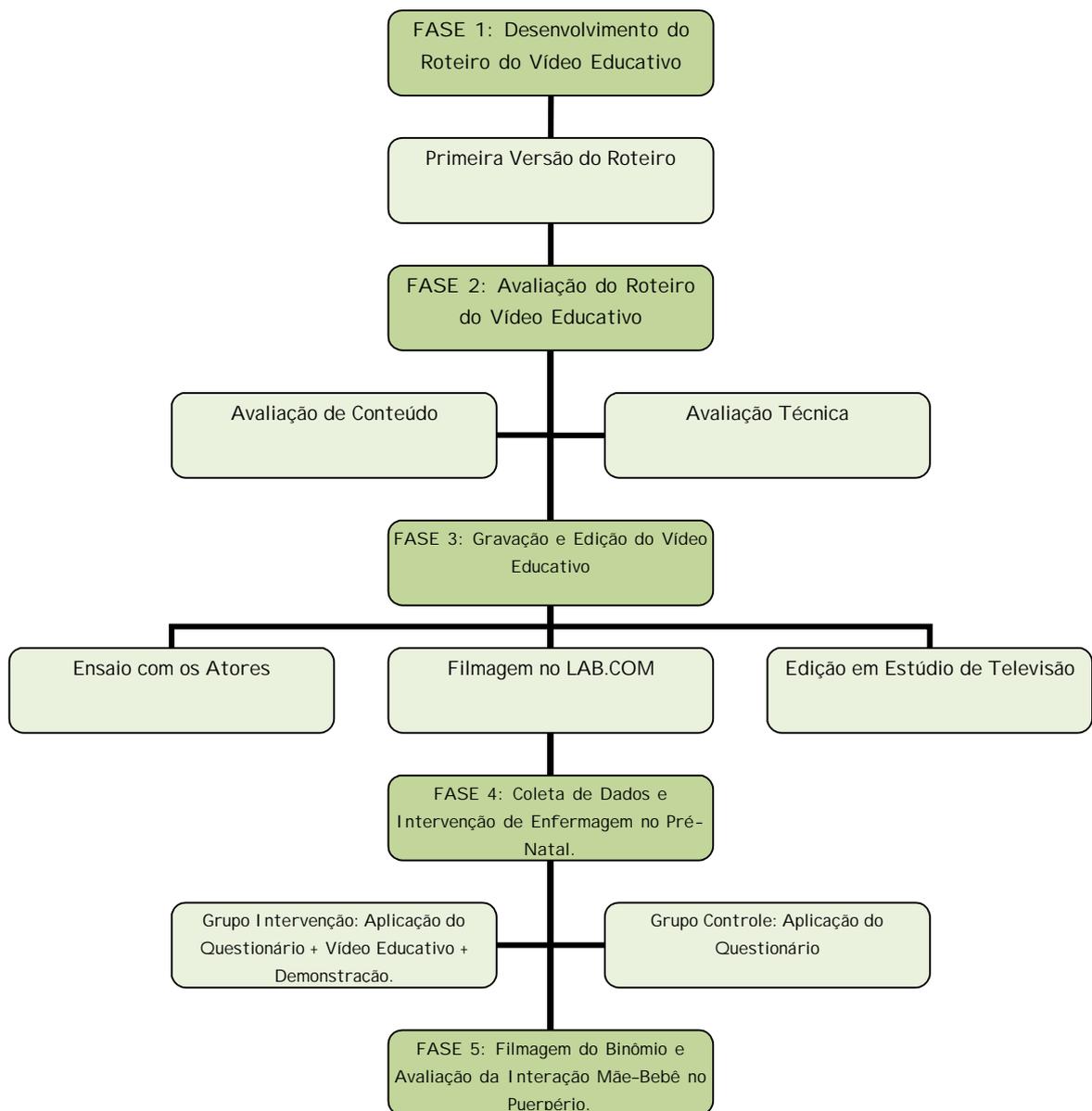
No puerpério, as mulheres soropositivas para o HIV internadas nessa instituição recebem orientações acerca da inibição da lactação mediante uso da cabergoloina e do enfaixamento das mamas, o xarope de AZT nas seis primeiras semanas de vida da criança, bem como retornam para revisão de parto com 45 dias.

A revisão de parto nessa instituição é feita pelo médico que realizou o pré-natal. Nesse período, a mulher recebe orientações acerca da importância do seu acompanhamento e do seu bebê com o infectologista; sobre a prática do sexo seguro; e a respeito de aspectos ligados à reprodução. Entretanto, durante a internação hospitalar e na revisão do parto, a relação mãe-bebê é esquecida. O cuidado mantenedor de um apego entre ambos não é estimulado pelos profissionais. Isso revela as peculiaridades dessa clientela, os riscos de se estabelecer um apego ineficaz entre mãe e filho e o surgimento de problemas oriundos da falta dessa prática.

4.3 Fases da pesquisa

No quadro 1, apresenta-se o fluxograma das fases da pesquisa.

Quadro 1 – Fluxograma das fases da pesquisa



4.3.1 Fase 1: desenvolvimento do roteiro do vídeo educativo

Inicialmente, elaborou-se o roteiro do vídeo educativo (primeira versão). Segundo Fiorentini (2002), roteiro é um texto escrito, cheio de códigos e de palavras pouco conhecidas por um leigo. Na verdade, um roteiro é uma estrutura artística com um formato técnico.

Para a produção de um vídeo, tem-se que considerar dois momentos distintos: o da concepção (criação) e o da realização (FIORENTINI, 2002).

O primeiro momento foi o da elaboração do conteúdo que constou no roteiro. Para isso, escreveu-se o que se queria para as mães soropositivas para o HIV. Esse conteúdo foi embasado na literatura acerca da interação mãe e bebê, do apego, dos cuidados com a criança exposta ao vírus HIV e das atividades que promovessem o apego (o olhar, o toque terapêutico, a fala, a importância de decifrar as necessidades da criança).

De posse desse material pesquisado, selecionaram-se as informações para descrever como seria desenvolvido o vídeo, ou seja, o roteiro. Depois de elaborado o conteúdo, um produtor de vídeo educativo auxiliou na linguagem técnica. A seguir, passou-se para a fase de edição, também com a ajuda do profissional da área.

4.3.2 Fase 2: avaliação do roteiro do vídeo

O roteiro, depois de elaborado, foi encaminhado aos especialistas da área de comunicação e enfermagem, para que pudessem avaliar a técnica e o conteúdo. As sugestões foram analisadas e acatadas, estabelecendo a versão final do roteiro.

Foram avaliados aspectos propostos por Lopes (2001) para os especialistas de enfermagem: objetivo do instrumento que se quer validar; conteúdo do instrumento (estrutura e estratégias de apresentação); relevância e ambiente (o cenário em que vai ser apresentado o instrumento elaborado). Os especialistas em

comunicação avaliaram: funcionalidade, usabilidade e eficiência, contemplando a avaliação de conteúdo e técnica, respectivamente.

4.3.3 Fase 3: gravação do vídeo

Após a análise das sugestões feitas pelos especialistas e as modificações destas, contou-se com o apoio de um técnico da área de criação de vídeo educativo. O vídeo foi gravado no Lab-Com Saúde com o auxílio desse profissional.

O Lab-Com Saúde, fruto de uma parceria entre o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, com financiamento do CNPq, é dividido em cinco ambientes: (1) ante-sala, destinada a reuniões, espera e acomodação dos visitantes antes da atividade planejada; (2) sala de filmagem, espaço amplo no qual situações fictícias e reais de comunicação podem ser realizadas; (3) aquário, onde se localizam equipamentos como computador, mesas de edição e controle das câmeras; (4) banheiro; e (5) copa.

Para a gravação do vídeo educativo, utilizou-se a sala de filmagem por proporcionar ambiente propício e com acústica adequada. Montou-se uma enfermaria fictícia, local em que se passam as cenas entre a puérpera soropositiva para o HIV, recém-nascido exposto e enfermeira. No decorrer da trama, temas são enfatizados por uma apresentadora para melhor compreensão da clientela.

Anterior ao dia da gravação, contataram-se as participantes que compuseram o elenco do vídeo. Entregou-se o roteiro em tempo hábil para que estas pudessem familiarizar-se com os seus papéis. Agendaram-se dois dias de ensaios, para, somente depois, marcar-se o dia para a filmagem final.

4.3.4 Fase 4: coleta de dados e intervenção de enfermagem à puérpera soropositiva para o HIV por meio do vídeo educativo e experiência prática

Nessa fase, as mulheres do estudo, ainda gestantes, foram divididas em dois grupos: grupo de intervenção e grupo controle, foram escolhidas as gestantes que estavam no terceiro trimestre da gravidez, pois tínhamos que concluir o estudo avaliando a interação do binômio no puerpério, sendo o tempo estipulado para a coleta de dados, seis meses.

Para o grupo controle, foi aplicado um instrumento de coleta de dados (apêndice C) para estabelecimento do perfil socioeconômico, compreensão da história sexual e reprodutiva e dos dados sobre diagnóstico e tratamento para o HIV, não apresentando o vídeo educativo.

Para o grupo de intervenção, além da aplicação do instrumento, foi apresentado o vídeo ainda no pré-natal. O vídeo foi exibido em um DVD portátil, num ambiente considerado mantenedor da privacidade do pesquisador e da puérpera. Logo após a exibição do vídeo, individualmente, a cada participante, demonstraram-se as atividades promotoras de apego propostas pelo vídeo, bem com acrescentaram-se orientações consideradas pertinentes. Por fim, dirimiram-se as dúvidas surgidas.

4.3.5 Fase 5: avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe-bebê

A fase de avaliação foi feita com 48 horas após o parto. Nessa etapa, tomaram parte das atividades tanto as participantes do grupo de intervenção, como as do grupo controle, com o intuito de validar as informações contidas no vídeo educativo.

Contou-se com o apoio de três bolsistas que colaboraram com o estudo. Essa etapa foi realizada por elas, não havendo a participação dos pesquisadores, uma vez que não se podia avaliar o próprio trabalho realizado. Ao coletar os dados da avaliação, as bolsistas não sabiam se as participantes que estavam entrevistando

faziam parte do Grupo de Intervenção ou do Grupo Controle, mantendo assim a fidedignidade da pesquisa.

A escolha das bolsistas foi feita pela disponibilidade de horário das mesmas, tempo de engajamento no Projeto de Pesquisa, bem como a identificação com o tema.

Nessa etapa, adotou-se o Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê de 0 a 6 meses, proposto por Schermann (2007), por ser o único Protocolo que possibilita a avaliação da interação mãe e bebê a partir do nascimento. O protocolo é um exemplo de análise da interação por meio do método de observação direta e registro do comportamento em forma de escala. Contém 21 itens, sendo 12 referentes ao comportamento da mãe e 8 ao comportamento do bebê durante a interação, bem como um item referente ao comportamento da díade (sintonia da interação). Os itens são pontuados na escala de Likert de 5 pontos, em que escores mais altos equivalem à maior frequência ou a um desempenho mais satisfatório. Para o presente estudo, adotaram-se somente os itens propostos para avaliação do comportamento materno (Anexo A).

Os itens maternos são agrupados em três categorias: sensibilidade, intrusividade e envolvimento.

A sensibilidade materna aos sinais de comunicação do bebê pode ser mensurada como um aspecto geral do comportamento interativo materno e mediante itens específicos de responsividade da mãe ao comportamento de estresse do bebê e à qualidade de contato corporal. Escores altos de responsividade refletem uma interação sintônica, caracterizada por um apropriado nível de resposta e de estimulação do bebê. Intrusividade diz respeito à ocorrência de comportamentos exagerados da mãe, como superestimulação ou interferência inapropriada nas atividades do bebê. O envolvimento materno é pontuado por medidas quantitativas referentes às comunicações verbais, contato ocular e atenção ao bebê (SHERMANN, 2007).

A avaliação do apego a partir do protocolo foi realizada por intermédio de registros em vídeo. Segundo Shermann (2007), o tempo da sessão de avaliação pode variar. No entanto, segundo a autora, não deve ultrapassar 10 minutos. Devido à idade da criança, ela normalmente é colocada em decúbito dorsal, e a mãe situada

em frente e acima, perpendicularmente à criança. A câmara filmadora é posicionada de forma a obter o melhor ângulo do par mãe e bebê.

Com a evolução da pesquisa em enfermagem, aperfeiçoaram-se também os métodos de coleta de dados, não mais se restringindo aos instrumentos tradicionais, como o questionário e o formulário. Outros métodos vêm sendo empregados em virtude do crescente aprimoramento dos recursos tecnológicos de captação de imagens e sons (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Para que o vídeo se torne um instrumento válido e fidedigno de investigação científica, é necessário que haja um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa dos observadores, que tanto devem entender o uso do equipamento de filmagem como devem estar preparados para abordar e interagir adequadamente com as participantes (LATVALA *et al.*, 2000).

Vale ressaltar que as bolsistas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/FUNCAP) que observaram e avaliaram a interação entre as díades foram previamente treinadas quanto ao uso do protocolo, bem como da fidedignidade do registro realizado após a filmagem do binômio. O treinamento foi realizado a partir da leitura e discussões dos itens do protocolo, como da literatura específica.

4.4 População e amostra

Foram estabelecidos critérios para a seleção dos especialistas que atuaram na Fase 2 da pesquisa. Selecionaram-se dois especialistas de conteúdo, que tinham que obter, no mínimo, 4 pontos, e dois especialistas técnicos, que tinham que obter, no mínimo, 3 pontos, de acordo com aspectos apresentados nos quadros a seguir:

Quadro 2 – Critérios para a seleção dos especialistas de conteúdo

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Doutor em Enfermagem	2 pontos
Mestre em Enfermagem	1 ponto

Experiência no cuidado do binômio mãe-filho, no mínimo, de 3 a 5 anos.	1 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam mãe-filho.	1 ponto
Autoria em dois trabalhos publicados em periódicos com a temática mãe-filho nos últimos três anos.	1 ponto
Tese ou dissertação na temática saúde materno-infantil.	1 ponto

Quadro 3 – Critérios de seleção para especialistas técnicos

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Mestre em Comunicação.	2 pontos
Especialista em Comunicação.	1 ponto
Experiência em desenvolvimento de vídeos educativos de, no mínimo, 5 anos.	1 ponto
Trabalhos publicados na temática vídeo educativo.	1 ponto
Tese/dissertação/monografia na área de Comunicação.	1 ponto

A população foi constituída por gestantes HIV positivo. Para fase 4, participaram do estudo 24 mulheres gestantes, soropositivas para o HIV, independentemente da idade, cor e religião, que realizaram o pré-natal e o parto na instituição escolhida para desenvolvimento do estudo no período da coleta de dados estabelecido entre maio e outubro de 2008.

No período da coleta de dados, foram atendidas 27 gestantes soropositivas para o HIV, sendo a amostra constituída por 24 gestantes. Três não puderam participar da pesquisa: uma por motivo de aborto; as outras duas por desistir de participar da fase 5 da pesquisa, pois sentiram-se constrangidas com o fato de serem filmadas.

A amostra foi baseada no número de partos de gestantes soropositivas para o HIV no período de maio a outubro de 2007.

Segundo os dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI) do referido hospital, o total de partos de gestantes soropositivas para o HIV no ano de

2007 foi de 37. Entre os meses de maio e outubro do mesmo ano, ocorreram 21 partos.

Em um ensaio clínico, os critérios de inclusão e exclusão têm como objetivo comum identificar uma população importante para a qual um impacto estatisticamente significativo da intervenção no desfecho seja factível e provável. Isso significa que os critérios de entrada devem otimizar os seguintes aspectos: taxa do desfecho primário, eficácia do tratamento ativo, capacidade de generalização dos achados do ensaio, facilidade de recrutamento e probabilidade de aderência ao tratamento e ao acompanhamento (HULLEY *et al.*, 2003).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão das participantes: ser soropositiva para o HIV, ter tido seu filho no período da coleta de dados, estarem no terceiro trimestre da gravidez e aceitarem participar de todas as etapas da pesquisa.

Os critérios de exclusão devem ser parcimoniosos, pois exclusões desnecessárias podem diminuir a capacidade de generalização dos resultados, tornarem mais difícil o recrutamento do número necessário de participantes e aumentar a complexidade e o custo do recrutamento (HULLEY *et al.*, 2003).

Definiram-se os seguintes critérios de exclusão: estar com o estado de saúde comprometido, impossibilitando o término do estudo; ser portadora de aids; ser transferida para outro hospital; não ter feito pré-natal ou parto no estabelecimento escolhido para o desenvolvimento do estudo.

Definiram-se, ainda, critérios de descontinuidade no estudo: ir a óbito no período do estudo; desistir de participar do estudo; abandonar o pré-natal; ocorrer aborto; realizar parto pré-maturo e não poder estar com seus filhos em alojamento conjunto, o que inviabilizava a avaliação da interação da díade.

A randomização ocorreu segundo a descrição abaixo.

O pré-natal para as gestantes soropositivas para o HIV ocorre nas segundas-feiras, no período da tarde. Dessa forma, procedeu-se a uma alternância: uma semana era destinada ao Grupo de Intervenção; a outra, ao Grupo Controle.

Para as participantes do Grupo de Intervenção e Controle, aplicou-se um questionário contendo perguntas sobre o perfil socioeconômico, história sexual e reprodutiva, diagnóstico e tratamento para o HIV. A exibição do vídeo e a demonstração prática dos cuidados com a criança foram repassadas somente para o Grupo de Intervenção no momento da seleção.

A avaliação da interação entre mãe e bebê foi realizada nos dois grupos, no período de puerpério imediato.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, utilizaram-se os seguintes instrumentos: instrumento de avaliação do roteiro do vídeo educativo para a formação do apego seguro, utilizado com os especialistas (Apêndice A e B); instrumento de coleta de dados sobre o perfil socioeconômico, história sexual e reprodutiva, diagnóstico e tratamento do HIV das participantes (Apêndice C); diário de campo e protocolo de observação da interação mãe-bebê de 0 a 6 meses (Anexo A) (SHERMAN, 2007).

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados conforme o tipo de instrumento aplicado.

No caso dos especialistas (Fase 2 da pesquisa), foram construídos quadros, sintetizando os seus pontos de análise.

Os resultados obtidos após a aplicação do Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê de 0 a 6 meses (SCHERMANN, 2007), Fase 5, foram apresentados em tabelas e gráficos.

Os dados foram compilados e analisados utilizando programas computacionais: Excel e SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

O teste estatístico Kolmogorov-Smirnov foi escolhido conforme a necessidade da análise dos dados. Para Maroco (2003) o teste K-S serve para testar a normalidade das variáveis. Para nosso estudo associamos o teste com um nível de significância de $p < 0,05$ com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o qual aprovou a Resolução 196/1996 que regulamenta as

atividades de pesquisa no país. Tributária da bioética, essa resolução encampa os princípios da beneficência, autonomia e justiça, e estabelece os critérios a serem observados pelos pesquisadores em todos os estudos relacionados a seres humanos, independentemente do implemento de experimentos clínicos ou não, no decurso da investigação (FRANÇA; PAGLIUCA, 2004).

Segundo essa resolução, pesquisa com seres humanos é aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, total ou parcialmente, incluindo o manejo de informações e/ou materiais. Além disso, ela define o consentimento livre e esclarecido como anuência do sujeito da pesquisa e/ou do representante legal, desvinculada de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, ocorrendo após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza do estudo, ou seja, depois da explicitação dos objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de risco e incômodo que possa acarretar. A supracitada anuência é formulada em um termo de consentimento que autoriza a participação voluntária do sujeito no experimento. O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e constitui, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas (FRANÇA; PAGLIUCA, 2004).

Este estudo foi realizado de acordo com a resolução 196/96, da Comissão Nacional de Saúde, que preconiza tratar o indivíduo com dignidade, respeitando a sua autonomia (autonomia); comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sociohumanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado com o número do protocolo 21/08 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Todos os participantes, tanto do Grupo Controle como do Experimental, bem como os juízes foram informados sobre os objetivos do estudo. Aceitando participar dessa investigação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D e E), sendo-lhes garantido o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando do estudo.

5 RESULTADOS

“Por que Deus permite
que as mães vão-se embora?
Mãe não tem limite,
é tempo sem hora,
luz que não apaga
quando sopra o vento
e chuva desaba,
veludo escondido
na pele enrugada,
água pura, ar puro,
puro pensamento.

Morrer acontece
com o que é breve e passa
sem deixar vestígio.
Mãe, na sua graça,
é eternidade.
Por que Deus se lembra
- mistério profundo -
de tirá-la um dia?
Fosse eu Rei do Mundo,
baixava uma lei:
Mãe não morre nunca,
mãe ficará sempre
junto de seu filho
e ele, velho embora,
será pequenino
feito grão de milho.”

(*Carlos Drummond de Andrade*)

5.1 Avaliação dos especialistas de conteúdo e técnicos

Baseado nos critérios de seleção dos especialistas apresentados nos quadros 3 e 4, a pontuação para escolha destes foi satisfatória.

Os especialistas de conteúdo tiveram papel fundamental na análise das características relacionadas à assistência ao binômio mãe-filho.

Os dois especialistas de conteúdo atingiram a pontuação máxima, contemplando todos os pré-requisitos traçados. Isso vem justificar a confiabilidade da construção do vídeo elaborado.

Os dois especialistas técnicos também contemplaram a pontuação exigida. Um era mestre e, ambos, especialistas em comunicação. Um havia tido experiência com vídeo, mas não educativo. O outro teve em toda a sua trajetória profissional o trabalho com vídeo educativo, escrevendo roteiros e editando-os. Apenas um especialista já havia publicado trabalhos na temática exigida, e ambos tinham monografias concluídas na área de comunicação, bem como dissertação.

Após a leitura e a análise do roteiro inicial apresentado, os especialistas técnicos e de conteúdo avaliaram o roteiro, formulando críticas e sugestões.

Os especialistas de conteúdo e técnicos avaliaram o roteiro do vídeo, baseando-se na seguinte valoração adotada: A = de acordo; AP = acordo em parte; D = desacordo e NA = não se aplica (LOPES, 2001).

Para os especialistas técnicos, os itens avaliados foram: funcionalidade, usabilidade e eficiência do vídeo.

Avaliação da funcionalidade refere-se ao julgamento das funções que são previstas pelo vídeo educativo e que estão dirigidas a satisfazer as necessidades de apoio das mães soropositivas para o HIV. De acordo com o quadro 4, houve concordância entre os especialistas em todos os atributos.

Quadro 4 – Avaliação dos especialistas técnicos quanto à funcionalidade do vídeo

Critérios:	A	AP	D	NA
4.1 O vídeo como está no roteiro propõe-se a fazer o que é apropriado para o estímulo do apego entre	02 Especialistas	---	---	---

mãe-filho.				
4.2 O vídeo gera resultados positivos.	02 Especialistas	---	---	---

A usabilidade refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários. Segundo o quadro 5, todos os especialistas técnicos concordaram que os critérios estavam de acordo com o adequado.

Quadro 5 – Avaliação dos especialistas técnicos quanto à usabilidade do vídeo

Crítérios:	A	AP	D	NA
5.1 Facilidade em usar o vídeo.	02 Especialistas	---	---	---
5.2 É fácil aprender os conceitos utilizados e suas aplicações.	02 Especialistas	---	---	---
5.3 Permite que a mãe tenha subsídios para desenvolver as atividades nele apresentadas.	02 Especialistas	---	---	---
5.4 É dinâmico e desperta o interesse.	02 Especialistas	---	---	---

O quadro 6 mostra a adequação da eficiência, que significa o relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

Nota-se que a valoração “Em Parte” foi atribuída ao número de cenas e ao tempo proposto na primeira versão. Houve a necessidade da redução de cenas, para melhor adequar-se à aprendizagem das pacientes, tornando o vídeo mais curto e prático.

Estudos comprovam que cerca de 95% da aprendizagem do ser humano se dá por meio do ouvido e da visão associados, assim como conteúdos audiovisuais tendem a ser mais facilmente memorizados e retidos do que se fossem apenas vistos ou escutados em separado (FERRÉS, 1996, p. 43).

Quadro 6 – Avaliação dos especialistas técnicos quanto à eficiência do vídeo

Critérios:	A	AP	D	NA
6.1 O tempo proposto é adequado para que o usuário aprenda o conteúdo.	02 Especialistas	---	---	---
6.2 O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.	---	02 Especialistas	---	---
6.3 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	02 Especialistas	---	---	---
6.4 O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	02 Especialistas	---	---	---

Um dos especialistas técnicos, após a análise do primeiro roteiro do vídeo, considerou que este apresentava-se adequado segundo as regras técnicas, declarando:

O roteiro está bastante claro, objetivo e de fácil linguagem. A idéia central (enfermeiro/paciente) está condizente com o objetivo da produção do vídeo – promover o apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho. Considero importante a presença da relatora para fazer o fechamento das cenas, e, na produção deste vídeo, é essencial que esta possua voz serena e firme. (ESPECIALISTA TÉCNICO 1).

Da análise do segundo especialista técnico em vídeo, resultaram várias alterações. Das modificações solicitadas pelo especialista, a redução das cenas foi um dos critérios apontados para a modificação.

A primeira versão era composta por 18 cenas, perfazendo um total de 50 minutos, sendo modificado para 14 cenas, em um tempo total de 20 minutos.

A mudança foi justificada por se tratar de um curta-metragem, caracterizado pelo tempo de gravação, que não pode ultrapassar 20 minutos.

Para Academy of Motion Picture Arts and Sciences (2004), um longa-metragem tem entre 90 e 210 minutos; um longa-metragem infantil tem entre 60 e 120 minutos. Curta-metragem é um tipo de filme que costuma ter, aproximadamente, 20 minutos, no sumo.

O título também foi modificado. Dessa forma, o vídeo anterior, que era intitulado “A importância do apego entre mãe HIV e seu bebê”, passou a ter como definitivo o seguinte título: “Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho”.

O especialista achou pertinente explicitar, no título, o objetivo principal da pesquisa.

Foi sugerida a introdução de áudios em sintonia com as imagens no decorrer do vídeo, de modo a torná-lo mais harmônico e agradável. Desse modo, músicas foram incluídas na abertura, término e também no decorrer do vídeo, sendo associadas às imagens relacionadas aos aspectos abordados em cada momento.

A superposição de caracteres com efeitos computadorizados foi aconselhada para evitar a monotonia, despertando a atenção e o interesse de quem assiste ao curta-metragem. Com o mesmo objetivo, foram colocados símbolos de fácil compreensão, como, por exemplo, um ponto de interrogação, representando uma dúvida.

Foram introduzidos, no roteiro do curta-metragem, códigos característicos de roteiros de vídeo, de modo a facilitar o trabalho técnico de filmagem.

Outro aspecto considerado importante pelo especialista foi a presença da caracterização dos personagens, introduzindo, por exemplo, os sentimentos que a personagem deve demonstrar em determinada cena.

A interação entre a mãe e a enfermeira foi considerada importante pelo especialista técnico, sendo sugerido o acréscimo de falas da personagem mãe. Na primeira versão, a interação entre ambas era muito pouca, dando idéia de uma comunicação em única direção. Já na segunda versão do roteiro, mãe e enfermeira interagem, trocam idéias, esclarecem dúvidas, facilitando, assim, a compreensão de quem assiste.

No roteiro inicial, as cenas aconteceriam no decorrer de dois dias, quando a enfermeira realizaria duas visitas consecutivas à mãe no alojamento conjunto. Foi sugerido, porém, que as cenas ocorressem no decorrer de um período de visita, o que tornou o vídeo mais objetivo.

Também foram realizadas alterações relacionadas à linguagem adotada, tornando-a mais acessível ao público-alvo, sem o uso dos termos de difícil compreensão, criticados pelos especialistas técnicos.

Foi sugerida também a substituição do termo relator por apresentador, uma vez que não seria feito um relato, mas uma apresentação das cenas, seguindo-se comentários e informações.

Por fim, os especialistas técnicos solicitaram o acréscimo de códigos para nortear o profissional que editou o vídeo. Assim, foi acrescentado, ao longo do roteiro, as seguintes codificações: BG (áudio em BG) = background, que significa um som ao fundo; PM de cena = plano médio de cena; PA de cena = plano aberto; OT = outro tom; e OFF = áudio desligado.

Quanto aos especialistas de conteúdo, estes avaliaram: objetivos; conteúdo das informações; relevância e ambiente propostos no vídeo.

Segundo os especialistas de conteúdo, como mostra o quadro 7, os objetivos do vídeo, que se referem aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio da tecnologia proposta receberam a valoração “de Acordo” em todos os critérios.

Os objetivos do vídeo estão de acordo com o que a enfermagem se propõe e com os objetivos da pesquisa, sendo possível sua efetivação.

Quadro 7 – Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto aos objetivos do vídeo

Critérios:	A	AP	D	NA
7.1 São coerentes com a prática de Enfermagem.	02 Especialistas	---	---	---
7.2 São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de estimular a puérpera soropositiva a um apego eficaz com seu filho.	02 Especialistas	---	---	---
7.3 O nível dos objetivos propostos está adequado para serem efetivados.	02 specialistas	—	—	—

O conteúdo refere-se à forma de apresentar o vídeo. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e suficiência. O quadro 8 mostra que um dos especialistas julgou como parcialmente adequado o número de cenas e o tempo do vídeo para o conhecimento das participantes. Justificou por achar cansativo o tempo da primeira versão do roteiro, diminuindo, assim, o número de cenas. O critério 8.6 do quadro 8 também foi julgado em “Acordo Parcial” por ambos, sendo, portanto, considerado incompatível o estilo de redação do vídeo com o nível de conhecimento das participantes. Sugeriram substituir, em alguns trechos,

a linguagem formal por uma coloquial, em que as participantes do estudo pudessem entender de maneira clara a mensagem que estava sendo transmitida.

Quadro 8 – Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto ao conteúdo do vídeo

Critérios:	A	AP	D	NA
8.1 O conteúdo corresponde aos objetivos propostos do trabalho.	02 Especialistas	—	—	—
8.2 O roteiro do vídeo é apropriado para a clientela escolhida.	02 Especialistas	—	—	—
8.3 Os conteúdos atingem com precisão o escopo do tema.	02 Especialistas	—	—	—
8.4 As informações que o roteiro apresenta estão corretas.	02 Especialistas	—	—	—
8.5 Segundo o roteiro, o vídeo apresenta um número de cenas e um tempo suficientes para o conhecimento das participantes.	01 Especialista	01 Especialista	—	—
8.6 O estilo de redação do vídeo está compatível com o nível de conhecimento das participantes.	—	02 Especialistas	—	—

O quadro 09 mostra a avaliação da relevância, que se refere às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

Os especialistas de conteúdo acharam adequadas as imagens apresentadas nas cenas, sendo estas compatíveis com a promoção do apego.

Quadro 09 – Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto à relevância do vídeo

Critérios:	A	AP	D	NA
9.1 Os itens ilustram aspectos importantes para o estímulo do apego eficaz.	02 Especialistas	—	—	—
9.2 Os itens são importantes para que a puérpera possa exercer atividades maternas com melhor desempenho.	02 Especialistas	—	—	—

No quadro 10, apresenta-se a avaliação dos especialistas de conteúdo quanto ao ambiente. O critério 10.1 está relacionado ao ambiente de gravação do vídeo, mais especificamente o cenário fictício construído. Um especialista concordou em parte, justificando ser a enfermaria do hospital um local de pouca privacidade para orientações à puérpera soropositiva. Como se queria aproximar o cenário fictício da realidade que a puérpera iria vivenciar, optou-se por permanecer a enfermaria do hospital, local onde acontece toda a trama.

No critério 10.2, os dois especialistas concordaram com o local em que se iria exibir o vídeo, sabendo apenas que este seria reservado para manter a privacidade das participantes.

Na primeira versão do roteiro, pretendia-se exibir o vídeo em um local reservado, não se sabia, ao certo, que local seria. No decorrer da coleta de dados, houve obstáculos quanto à aquisição de tal espaço. Dessa forma, havia momentos em que se exibiam consultórios, e outros em que se mostrava um local reservado para a reunião de grupos – ambos proporcionando privacidade às gestantes soropositivas para o HIV.

Quadro 10 – Avaliação dos especialistas de conteúdo quanto ao ambiente

Critérios:	A	AP	D	NA
10.1 O ambiente propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a partir da experiência do vídeo e dos ensinamentos propostos pela pesquisadora.	01 Especialista	01 Especialista	—	—
10.2 O ambiente é adequado para a transmissão do vídeo.	02 Especialistas	—	—	—

Segundo a avaliação dos especialistas de conteúdo, foi sugerida a alteração estrutural de algumas falas da apresentadora, de modo que a idéia central a ser transmitida pelo vídeo continuasse em evidência do início ao fim.

Dessa forma, uma das alterações realizadas foi a inclusão do significado de “Apego” na introdução feita pela apresentadora, proporcionando ênfase ao termo principal que aparece repetidas vezes durante o vídeo.

Uma crítica foi realizada aos termos “estômago e intestinos”, utilizados na cena que contém a seqüência da massagem a ser realizada no bebê, sendo sugerida alteração por um termo mais adequado, no caso, “abdome” .

Outra sugestão foi a substituição de um quadro contendo a diluição da fórmula infantil pela descrição, passo a passo, de como se faz a diluição do leite oferecido à criança que não pode ser amamentada.

Houve ainda a recomendação de não se usar um rótulo de papel na embalagem do xarope AZT, com o intuito de disfarçar o medicamento, poupando a paciente de comentários e perguntas aos quais não quisesse responder. Essa atitude escrita na primeira versão do roteiro foi criticada pelos juízes, sendo posteriormente retirada. A atitude de tentar esconder o tratamento, e a doença, deixa subentendida a presença do preconceito pelo próprio profissional de saúde que aconselha.

Foi sugerida a exclusão da cena relacionada à aplicação de imunobiológicos, sendo apontado que o foco do conteúdo ficaria comprometido.

Pensou-se, no início, repassar informações acerca do calendário vacinal da criança, pois tanto a mãe quanto o profissional que cuida da díade convivem com um universo de dúvidas acerca dos cuidados que devem prestar a esta clientela em especial.

Após as últimas alterações realizadas, decorrentes das sugestões dos especialistas, foi estabelecida a versão final do roteiro (Apêndice H). Posteriormente, o vídeo foi gravado com o apoio de um técnico em comunicação experiente em criação de vídeos, o qual também auxiliou na edição do produto. O vídeo obteve duração de 20 minutos, contendo as informações necessárias tanto para a formação do apego seguro, quanto para o cuidado eficaz do bebê.

5.2 Coleta de dados e intervenção de enfermagem no pré-natal

Após a gravação e edição do vídeo, foi iniciado o trabalho de campo. Essa etapa foi marcada por muitas dificuldades, mas todas contornadas com o auxílio dos profissionais do hospital em que o estudo foi desenvolvido.

Os profissionais da equipe do ambulatório de DST (ginecologista; enfermeira; infectologista; assistente social; psicóloga e técnica de enfermagem) foram receptivos e disponíveis, colaborando para que o trabalho fosse concluído. Preocupavam-se com o ambiente da coleta; a disponibilidade de sala para o atendimento; o número de gestantes agendadas. Esses profissionais foram os responsáveis por uma grande parcela de sucesso da pesquisa, pois reconheciam a importância do estudo para a clientela específica.

Antes do início da coleta de dados, dois encontros foram estabelecidos entre nós e a equipe de DST. Foram explicadas as etapas do trabalho e apresentada a proposta do vídeo. Com essa iniciativa, a equipe do ambulatório tornou-se mais envolvida com o estudo. A ginecologista foi a profissional que mais contribuiu para o desenvolvimento da pesquisa. Sempre que surgia alguma dificuldade, ela tentava contribuir para solucionar. Atendeu, prontamente, as necessidades que surgiram, somando experiências, auxiliando a pesquisadora e facilitando a abordagem a essas pacientes.

No início, por volta dos três primeiros meses de coleta, o ambulatório de DST funcionava às segundas-feiras, no turno da manhã. Sempre muito cheio, salas lotadas, o que dificultava encontrar um local reservado em que se pudesse exibir o vídeo e colher os dados do questionário.

Após contato com a chefia do hospital, foi cedido um local amplo, arejado, que atendia às exigências de ser um ambiente com privacidade, porém este só estava disponível após as nove horas da manhã. Mesmo com o local cedido, surgiu a dificuldade de adequar o horário das pacientes que chegavam cedo para serem atendidas com o horário da liberação do local. Algumas pacientes esperavam, outras iam embora, assistindo ao vídeo em uma segunda oportunidade.

Nos últimos três meses, o ambulatório foi transferido para o turno da tarde, pois a equipe de profissionais que trabalha no serviço resolveu melhorar a qualidade do atendimento, facilitando o acesso das pacientes. A partir de julho, enfermeira, ginecologista, infectologista e assistente social passaram a atender no mesmo horário. Anteriormente, alguns atendiam pela manhã e outros à tarde, fazendo com que a paciente passasse o dia inteiro no hospital, tornando as consultas cansativas.

Após a mudança de turno, o acesso às salas do ambulatório também melhorou. No turno da tarde, a demanda era menor, ficando uma sala disponível para o desenvolvimento da pesquisa.

5.2.1 Caracterização das participantes do estudo

Apresenta-se o perfil das 24 gestantes soropositivas para o HIV que fizeram parte da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos dados pessoais das participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

Dados Pessoais (n = 24)	n	%
Procedência		
Fortaleza	24	100
Faixa Etária		
Entre 19 -24 anos	11	45,9
Entre 25 - 30 anos	08	33,2
Acima de 30 anos	05	20,9
Raça		
Branca	13	54,1
Negra	04	16,7
Parda	07	29.2

Conforme o exposto na tabela 1, as 24 gestantes residiam em Fortaleza. Isso pode ser justificado pela característica da instituição que as atendeu. A maternidade escolhida para o desenvolvimento da pesquisa caracteriza-se por ser um hospital da rede secundária do SUS. Sua clientela é predominantemente da capital, diferentemente de outros hospitais de nível terciário, que atendem a pacientes procedentes da capital e do interior do estado.

A faixa etária das gestantes variou de 19 a 44 anos, predominando mulheres adultas jovens: 11 (45,9 %) gestantes tinham entre 19 e 24 anos; 08 (33,2%), entre 25 e 30 anos; e 05 (20,9%), acima de 30 anos. A média da idade foi de 26,54 anos. Esses resultados coincidem com a maioria das pesquisas sobre a temática mulheres e HIV. Torres e Luz (2007) realizaram estudo epidemiológico sobre a notificação compulsória de gestantes HIV positivas e crianças expostas em Porto Alegre entre os anos de 2002 e 2005. Constataram que 79,3% das gestantes soropositivas estavam na faixa etária de 20 a 35 anos. Embora preocupante, os dados encontrados eram esperados, pois esta é a faixa etária de maior frequência reprodutiva.

Das 24 gestantes, 02 (8,3%) eram adolescentes. A adolescência pode ser definida como a idade que vai dos 10 aos 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Observa-se que é cada vez mais freqüente a gravidez na adolescência, uma fase caracterizada pela estruturação para a vida adulta. Quando ocorre uma gravidez de risco, os órgãos reprodutivos ainda estão em desenvolvimento. Em termos psicológicos, a adolescente não está preparada para ser mãe, o que se comprova pelo risco que corre ao não usar preservativo, estando mais exposta, assim, ao HIV.

Quanto à raça, 13 (54,2%) gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo são da raça branca. As raças pardas e negras totalizaram, respectivamente, 07 (29,2%) e 04 (16,7%). Esses dados coincidem com a pesquisa de Torres e Luz (2007) sobre notificação compulsória das gestantes HIV positivas e crianças expostas entre 2002 e 2005 em Porto Alegre. Os dados apontaram 62% da amostra constituída de gestantes da raça branca. Porém, diferem dos dados apresentados no Plano de Feminização da AIDS (BRASIL, 2007). Os dados apontam para uma epidemia de aids nas mulheres negras e índias, por estas se encontrarem em situação especial de vulnerabilidade.

Tabela 2 – Distribuição dos dados socioeconômicos das participantes do estudo
(Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

Dados Socioeconômicos (n = 24)	n	%
Situação Conjugal		
Solteira	06	25
Viúva	01	4,2
União Consensual	17	70,8
Renda Familiar*		
Menos de 1 salário mínimo	12	50
Entre 1 e 2 salários mínimos	08	33,3
Mais de 2 a 3 salários mínimos	02	8,3
Mais de 3 salários	01	4,2
Não sabe	01	4,2
Ocupação		
Aux. Produção	01	4,2
Cabeleireira	01	4,2
Costureira	02	8,3
Do lar	18	75
Doméstica	01	4,2
Turismóloga	01	4,2
Escolaridade		
De 1 a 4 anos	04	16,7
Mais de 4 a 8 anos	14	58,3
Mais de 8 a 12 anos	05	20,8
Mais de 12 anos	01	4,2
Religião		
Católica	20	83,3
Espírita	01	4,2
Evangélica	02	8,3
Nenhuma	01	4,2

*salário mínimo vigente 415,00 reais.

No que se refere aos dados socioeconômicos, avaliou-se a situação conjugal, renda familiar, profissão, escolaridade e religião.

Em relação à situação conjugal das gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo, nenhuma era casada, sendo que 17 (70,8%) viviam em união consensual com o parceiro. Fato que contraria a tendência verificada nos últimos anos, pois, segundo o IBGE (2005), há um aumento no número de casamentos realizados no Brasil, em parte devido à legalização das uniões consensuais.

Das participantes do estudo, 01(4,2%) era viúva havia três meses e tinha descoberto a sua soropositividade somente após a morte do parceiro que estava com aids e 06 (25%) estavam solteiras, sabiam de quem haviam contraído o vírus, porém não queriam manter vínculos com os seus parceiros, por sentirem-se traídas.

A concepção da monogamia pode trazer uma falsa sensação de segurança, colocada por terra quando o diagnóstico do anti-HIV é positivo. O segredo do diagnóstico para o parceiro pode vir acompanhado do medo da recriminação e do abandono, uma vez que as relações extraconjugais são, na maioria das vezes, mantidas em sigilo (POLEJACK; COSTA, 2002).

O impacto da traição, somado ao diagnóstico do HIV, é, portanto, interpretado pelo outro como um ato de violência, gerando dor, rompendo com as idealizações e os laços familiares.

Quanto à renda familiar mensal, identificou-se a metade das gestantes possuindo uma renda familiar menor que 1 salário mínimo, o que torna mais evidente a interdependência entre aids e pobreza. Assim, o Plano de Feminização da AIDS (2007) define metas para o fortalecimento da mulher que se encontra em situação de pobreza, adotando medidas de geração de renda em parceria com os setores governamentais e não-governamentais para a implementação de estratégias de combate à pobreza.

No Brasil, quase um terço da população, ou seja, 49 milhões de pessoas vivem com até meio salário mínimo. Ao acrescentar as pessoas que vivem sem rendimento, estima-se que 54 milhões de pessoas possam ser consideradas pobres. As disparidades por região também existem: no Nordeste, quase 51% das pessoas vivem com até 1 salário mínimo, enquanto no Sudeste esse número é inferior a 18% (D'URSO, 2007).

Apenas 01(4,2%) das participantes do estudo possui renda familiar acima de três salários. Isso pode ser justificado pelo fato de esta apresentar nível superior completo e ser concursada.

Para as mulheres que possuem nível superior completo, o rendimento médio habitual foi de R\$ 2.291,80 em janeiro de 2008; enquanto que para os homens esse valor foi de R\$ 3.841,40. Embora comparando trabalhadores que possuem nível superior, o rendimento das mulheres é cerca de 60% do rendimento dos homens. Tal fato indica que, mesmo com grau de escolaridade mais elevado, as discrepâncias salariais entre homens e mulheres não diminuem (IBGE, 2008).

Esse é um dado preocupante, pois o percentual de mulheres responsáveis pelos domicílios vem aumentando. Segundo o IBGE (2007), entre 1996 e 2006, esse percentual aumentou de 10,3 milhões para 18,5 milhões.

No caso da aids, essa é uma realidade presente. Esse fato pode ser justificado pela ausência do parceiro, por morte ou por abandono do lar, ou ainda pela contaminação do HIV em crianças, obrigando a mulher a procurar emprego para o sustento da família.

Quanto à ocupação, 18 (75%) das participantes cuidavam do lar pelo fato de não conseguirem emprego, 01 (4,2%) era auxiliar de produção, 01 (4,2%) cabeleireira, 02 (8,3%) costureiras, 01 (4,2%) doméstica e 01 (4,2%) turismóloga.

Um fator agravante para o desemprego é a baixa escolaridade, dificultando o acesso ao trabalho formal. O que se observa é que a maioria delas está desempregada, e as demais estão no mercado informal para obtenção de renda, porém em situação instável. Assim, estão mais sujeitas a flutuações de demanda e ao crescimento da concorrência de outros trabalhadores com melhor qualificação.

No que concerne à escolaridade, foi utilizada a classificação de anos de estudo com o objetivo de compatibilizar os sistemas de ensino anterior e atual. Essa classificação foi obtida em função da última série concluída com a provação no nível ou grau mais elevado (IBGE, 2002a).

Como mostraram as informações obtidas, o grau de escolaridade variou de 01 a 16 anos de estudos, sendo a média de 7,5 anos. Catorze (58,3%) gestantes perfizeram de quatro e oito anos de estudo, ou seja, o ensino fundamental completo.

A baixa escolaridade agrava a epidemia de aids, pois o acesso e a compreensão das informações sobre o HIV ficam mais difíceis, e a mulher fica mais exposta à disseminação da doença.

Esse aspecto é justificado pelo aumento dos casos de transmissão vertical. Guilherme et al. (2000), em seu estudo acerca do conhecimento de um grupo de gestantes sobre aids e transmissão vertical, observou que as mulheres que tinham mais conhecimento sobre a temática eram as que tinham maior tempo de estudos.

O grau de escolaridade é a medida que mais se aproxima como indicador de pobreza. A escolaridade das mulheres gestantes diagnosticadas com HIV em 2006 confirma a tendência verificada de pauperização da epidemia. Dos 31.921 casos de gestantes HIV+, 3% são analfabetas, 13% têm apenas três anos de estudos e 39% têm entre 4 e 7 anos de estudos (BRASIL, 2007).

Nesta pesquisa, a religião que predominou no grupo de gestantes soropositivas para o HIV foi a católica, com 20 (83,3%) das participantes, seguida da evangélica, 02 (8,3%), e 01(4,2%) espírita. Apenas 01 (4,2%) participante disse não ter religião.

Com relação aos elementos esperança, apoio e Deus, muitos estudos abordaram as diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretaram a experiência da doença e modificaram a maneira pela qual o doente e o meio social definem o problema. Segundo Castanha et al. (2006), as religiões são criadas como uma estrutura para um sistema de crenças, valores, códigos de conduta e rituais e apresentam os componentes de fé, ou crença, esperança e amor. O indivíduo com crenças religiosas sente em si mais força, seja para suportar as dificuldades da existência, seja para vencê-las. Dessa maneira, os soropositivos encontram na crença religiosa um grande auxílio para suportar as privações e as angústias impostas pela doença.

A religião pode surgir como apoio, representando uma importante rede de suporte emocional, mas pode também atuar de forma negativa na vida de soropositivos. Saldanha (2003) observou, em mulheres soropositivas, um aumento, após a contaminação, da procura pela religião, por meio da qual alegaram receber grande conforto e esperança de cura. A autora afirma ainda que, desde que as crenças não se tornem exacerbadas, prejudicando ou interrompendo o tratamento, a

fé e a esperança de cura adquiridas contribuem para uma melhora no quadro geral do paciente.

Tabela 3 – História reprodutiva e sexual das gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

História Reprodutiva e Sexual	n	%
Uso regular do condom nas relações sexuais (n = 24)		
Não	10	41,7
Sim	14	58,3
Parceiro Fixo (n = 24)		
Não	02	8,3
Sim	22	91,7
História de outras DST (n = 24)		
Não	20	83,3
Sim	04	16,7
Prevenção ginecológica (n = 24)		
Não	02	8,3
Sim	22	91,7

Quando indagadas acerca do uso de preservativos, 14 (58,3%) das participantes do estudo faziam uso regular, e 10 (41,7%) usava esporadicamente. Neste estudo, discutiu-se, principalmente, o uso do preservativo masculino, por ser o meio de proteção distribuído gratuitamente, em larga escala, no serviço em que a pesquisa foi desenvolvida.

Após a contaminação, o uso do preservativo de forma regular passa a ser requisitado como uma prática de cuidado pela equipe de saúde, seja para prevenir a contaminação do parceiro, seja para evitar a reinfecção com cepas mais resistentes do vírus. Porém, observou-se um número bastante elevado de mulheres que faziam uso do preservativo esporadicamente, aumentando o risco de desenvolver aids.

A dificuldade em negociação do uso do preservativo reafirma a vulnerabilidade feminina frente à aids. Alguns estudos, como o de Maliska (2007), indicam que, mesmo após a descoberta da soropositividade, a adesão ao preservativo é marcada por diversos conflitos, como a resistência dos homens em acreditar que não vão contrair a doença, quando estes são sorodiscordantes, ou a negação da presença do vírus, quando são soropositivos.

Estudos como o de Galvão (2002) indicam que a não utilização do preservativo masculino é resultado da negativa dos parceiros em usá-los, por se sentirem incomodados ou julgarem que essa atitude poderia levá-los à diminuição do prazer e da masculinidade.

A utilização do preservativo é algo que precisa ser amplamente discutido nos serviços de saúde. É preciso valorizar os sentimentos, as dúvidas e as percepções sobre esse uso. Acima de tudo, essa discussão não deve ser pautada por um tom normativo, mas sim fundamentada nas possibilidades de realização da sexualidade e na vulnerabilidade da mulher perante seus parceiros, os quais devem buscar juntos, independentemente da soropositividade, formas de resolução do problema (MALISKA, 2007).

A vulnerabilidade feminina está ancorada na cultura do machismo. Os profissionais de saúde precisam assumir o papel de educadores, desconstruindo a idéia de que a mulher é vítima da sua condição vulnerável. Na verdade, deve-se estimular as mulheres a serem sujeitos de sua saúde, de seu corpo e de sua sexualidade.

Todas as participantes do estudo afirmaram ter contraído o vírus HIV mediante relações heterossexuais, 22 (91,7%) foram contaminadas por parceiros fixos e 02 (8,3%) não tinham parceiro fixo.

O aumento da contaminação entre as mulheres com parceiro fixo é um dado que vem aumentando. Talvez isso ocorra devido ao fato de as mulheres, por viverem um relacionamento mais estável, tenham dificuldade em negociar medidas de proteção, mesmo suspeitando que seus parceiros tenham relacionamento extraconjugal.

Diferentes pesquisadores referem que práticas de prevenção não fazem parte da vida da grande maioria das mulheres com parceiro fixo. A explicação se prende ao fato de elas serem, majoritariamente, pobres, desinformadas e sem poder

de barganha – o que, de alguma forma, aproxima o conceito da "feminização, interiorização e pauperização" da aids entre as mulheres (GALVÃO, 2002; SANTOS, 2002; VERMELHO, 1999).

No que toca à história de outras DST, 20 (83,3%) participantes relataram não ter história de DST, e 04 (16,7%) tinham diagnósticos de outras DST. Das gestantes que afirmaram ter outras DST, duas faziam tratamentos para o HPV, e duas tinham o VDRL positivo no pré-natal.

Em um estudo para detectar a prevalência da infecção pelo HPV em mulheres soropositivas e soronegativas para o HIV, os pesquisadores observaram que a mulher portadora do vírus HIV tem uma maior prevalência. No estudo, houve ainda predominância da associação de vários tipos de HPV, principalmente os tipos 06, 11 e 16, levando a uma maior patogenicidade por parte da infecção (CAMPOS et al., 2005).

Segundo Beserra, Araújo e Barroso (2007), a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e seus agravos à saúde constituem um foco de atenção da saúde pública. Procura-se anular ou minimizar as suscetibilidades a essas patologias, além de proporcionar à população melhor qualidade de vida.

Em uma pesquisa realizada por Pires e Miranda (1998), 89 (49,4%) mulheres soropositivas para o HIV relataram história prévia de outras DST, e 46 (25,6%) apresentavam alguma DST no momento da consulta.

Sabe-se que as DST podem causar sérios problemas à saúde, como esterilidade, disfunções sexuais, aborto, câncer e até a morte. Segundo o Ministério da Saúde, grande é a chance de uma pessoa com DST contrair outras DST, principalmente a aids (BRASIL, 2006).

Assim, devem-se melhorar as ações no campo da atenção básica, com ênfase no controle e eliminação das DST, melhorar o diagnóstico precoce dessas doenças, inclusive o HIV, além de aperfeiçoar o registro do sistema de informação em saúde.

Sobre a realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, a maioria das gestantes 22 (91,7%) afirmaram submeter-se ao exame regularmente, com intervalo, no máximo, de dois anos. Duas (8,3%) pacientes nunca fizeram o exame.

Segundo o INCA (2008), a incidência de câncer de colo do útero em 100.000 mulheres para o ano de 2008 foi de 770 casos novos no Ceará, sendo 240 na capital. Como principal agente causal, sobressai o Papiloma Vírus Humano, transmitido sexualmente e identificado pelo exame Papanicolaou, que consiste em uma técnica eficaz para a redução das taxas de mortalidade.

Auge, Piato e Frade (2000), ao realizarem um estudo caso e controle com o intuito de averiguar a freqüência de neoplasia intra-epitelial cervical em mulheres portadoras de HIV, concluíram, mediante análise comparativa dos resultados, que a freqüência foi maior no grupo de mulheres portadoras de HIV (15,2%) do que no grupo controle que totalizou (3,8%).

Tabela 4 – História obstétrica das gestantes soropositivas para o HIV participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

História Obstétrica	n	%
Gestação (n = 24)		
De 1 a 2	12	50
De 3 a 4	08	33,3
De 5 a 6	03	12,5
Acima de 6	01	4,2
Paridade (n = 24)		
Nulíparas	10	41,7
De 1 a 2	09	37,5
De 3 a 4	03	12,5
Acima de 4	02	8,3
Nº de abortos (n = 24)		
Nenhum	12	50,0
De 1 a 2	12	50,0
Gravidez planejada (n = 24)		
Não	18	75,0
Sim	06	25,0
Desejo de engravidar mesmo sabendo do diagnóstico (n = 24)		
Não	22	91,7
Sim	02	8,3

A tabela 4 mostra os resultados acerca da história obstétrica das gestantes soropositivas que participaram do estudo. Constatou-se que 12 (50%) das gestantes eram primigestas ou estavam na segunda gestação, porém as outras 50% já haviam engravidado antes, prevalecendo o intervalo de três a quatro filhos, 08 (33,3%), seguido de cinco a seis filhos, 03 (12,5%), e acima de seis, 01 (4,2%). Esse é um dado preocupante, pois são mulheres, mães, contaminadas pelo vírus HIV e com um futuro incerto, podendo deixar um número significativo de crianças órfãs e/ou contaminadas.

Segundo França et al. (2006), o número de órfãos maternos vítimas da infecção pelo HIV vem sendo reduzido ao longo dos tempos, com valores oscilando entre 30 mil (1999), 34 mil (2001) e 27 mil (2002).

Essa mudança nos valores deve-se, principalmente, à melhora da qualidade na consulta de pré-natal, somada às estratégias: busca ativa de gestantes faltosas, solicitação do anti-HIV e agilidade no resultado do exame. Além disso, a adesão às medicações anti-retrovirais e a mudança no estilo de vida dessas mulheres.

As gestantes soropositivas são de alto risco e, por isso, devem realizar o pré-natal completo, possibilitando o tratamento anti-retroviral. No entanto, na pesquisa de Torres e Luz (2007), 198 (50,9%) das gestantes do estudo não fizeram o mínimo de consultas recomendadas.

Quanto à paridade, 10 (41,7%) das participantes eram nulíparas, haviam descoberto a soropositividade durante o pré-natal. Para essas mulheres, a alegria de ser mãe pela primeira vez se contradiz com a tristeza de saber que é portadora de um vírus incurável. Nesse universo, o drama de temerem perder seus filhos ou deixá-los órfãos acarreta sentimentos de tristeza e depressão.

Ser mãe nessa situação torna-se conflitante, pois a morte é o principal tema das narrativas dessas mulheres, além da percepção do companheiro como causa principal desse conflito, uma vez que é responsabilizado pela contaminação e pela destruição de um sonho idealizado (PEREIRA; CHAVES, 1999).

Estudos afirmam que a infecção pelo HIV traz sérias conseqüências, tanto físicas como emocionais, para a gestante e seu conceito. Segundo Rogers (1997) e Bastos (2000), os problemas existem independentemente de já saberem ou não se são HIV positivas antes da gravidez. Quando a mulher já sabe da sua

soropositividade antes da gravidez, o sentimento positivo da maternidade é relegado e até ocultado, devido ao preconceito social que o HIV impõe. Caso ela a descubra durante a gestação, a paciente pode não aceitar os achados sorológicos, negando-se a submeter-se a qualquer tratamento e omitindo o problema para seus familiares.

Mesmo com todas essas conseqüências, dados da literatura revelam que menos de 50% das gestantes soropositivas decidem interromper a gravidez (BASTOS, 2000).

Ao se investigar o número de abortos ocorridos, chama a atenção o fato de metade das participantes ter apresentado história de aborto, variando entre um a dois. Quando indagadas sobre a relação da prática do aborto com a soropositividade para o HIV, todas negaram saber da contaminação no período da realização do aborto, porém quatro afirmaram ter sido provocado. Ao se referir ao aborto, o Código Penal Brasileiro (1940) o classifica entre os crimes contra a vida, sendo passíveis de pena: a gestante e a pessoa que provoca o aborto (Art. 124, 125 e 126). No entanto, o Art. 128 prevê o aborto legal para a gravidez resultante de estupro ou no caso de salvar a vida materna.

Esse fato no número de abortos remete a uma preocupação com as ações de planejamento familiar. Atualmente, o planejamento familiar é um direito legal do cidadão brasileiro, embasado na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do Art. 226 da Constituição Federal (1988). Essa lei assegura a visão holística da mulher em todas as fases do ciclo vital, com garantia de acesso aos métodos contraceptivos reversíveis e reconhecimento dos métodos de esterilização.

Sobre o planejamento da gravidez, os dados encontrados reafirmam que as mulheres não estão tendo suas gestações planejadas. Este fato está relacionado, principalmente, a não utilização de métodos contraceptivos e ao uso incorreto destes.

Das participantes do estudo, 18 (70%) tiveram suas gestações não planejadas, e 06 (25%) queriam engravidar. Apenas 02 (8,3%) gestantes sabiam do diagnóstico da soropositividade antes de engravidarem, e 22 (91,7%) descobriram durante o pré-natal.

Observa-se que a responsabilidade do planejamento familiar recai sempre sobre a mulher, pois a maior parte do processo reprodutivo ocorre no corpo feminino

(a concepção, a gestação, o parto e a amamentação), o que mais uma vez reafirma a cultura machista e a desigualdade de gêneros.

As justificativas relacionadas à ocorrência da gravidez sem um planejamento prévio estão associadas à utilização errada dos métodos contraceptivos, como o uso incorreto dos anticoncepcionais orais e a colocação errada do preservativo. Outras questões foram o uso de métodos com baixa eficácia, como o coito interrompido e a tabela, devido à falta de negociação com os parceiros quanto ao uso do preservativo.

Dados nacionais também demonstram baixas taxas de utilização do preservativo nas relações de casais com parceria estável. Apenas 34% das mulheres brasileiras com relacionamento fixo informam que o parceiro usa constantemente o método (BRASIL, 2002b).

As mulheres dependem de o parceiro utilizar o preservativo, pois são freqüentes os pensamentos masculinos sobre o uso da camisinha e sua virilidade (ALVES, 2003).

A difícil negociação do uso do preservativo e a falta de informações consistentes sobre a utilização correta dos métodos aumentam as taxas de gravidez indesejada e o risco da transmissão vertical pelo HIV. Sabe-se que os métodos de barreira, principalmente a camisinha, são métodos de escolha no combate à aids e às DST. As mulheres precisam de uma melhor assistência em todo o ciclo gravídico puerperal, necessitando de esclarecimentos sobre contracepção.

Segundo um estudo de corte realizado por Lindsay et al. (1995) com 85 grávidas infectadas pelo HIV nos Estados Unidos, demonstrou-se que 90% delas apresentavam gestações não planejadas. Os resultados mostraram também que a laqueadura foi o método de escolha dessas mulheres, seguido do DIU e, posteriormente, do preservativo.

Murphy et al. (1998), com base em estudo conduzido com 67 mulheres infectadas dos Estados Unidos, relataram que a alta taxa de gestação não é surpreendente, pois as mulheres recebem pouco incentivo à prevenção de nova gravidez. Paiva et al. (2002), por meio de uma pesquisa feita em São Paulo, registraram que grande parte das mulheres infectadas referiu, durante as entrevistas, não ter recebido orientações sobre a possibilidade de transmissão da infecção para o filho.

Esses dados mostram a falta de importância atribuída ao uso do preservativo. O preservativo deve ser usado mesmo após a contaminação pelo vírus HIV e consiste em uma recomendação dos órgãos responsáveis em saúde pública para a prevenção da reinfecção e aumento da carga viral (BRASIL, 2002b).

Romanelli et al. (2007) afirmam a deficiência no atendimento a essas mulheres ocorre devido às dificuldades dos profissionais inseridos no sistema público e à falta de preparo para lidar com essas demandas e com a sexualidade feminina. Consideram que a assistência à mulher deve ser facilitada, não apenas no período pré-natal, mas em qualquer oportunidade da ida da cliente à unidade de saúde.

Mesmo sabendo da infecção, 02 (8,3%) pacientes quiseram engravidar. As duas vivenciavam a primeira gestação e referiram que o desejo de serem mães era maior do que os riscos vividos pelo HIV.

A epidemia de HIV/aids, na medida em que cresce entre a população feminina, vem atualizando questões relacionadas à reprodução e, conseqüentemente, à saúde reprodutiva. Um dos mais difíceis dilemas associados às decisões nesse campo refere-se à maternidade no contexto da soropositividade.

Recentemente, a possibilidade de as mulheres infectadas transmitirem o vírus para seus bebês reduziu significativamente. É o que confirmam os resultados obtidos por meio do protocolo ACTG 076 (administração de medicamento anti-retroviral durante a gestação e o parto e, posteriormente, no recém-nascido, que reduz sensivelmente as taxas de transmissão vertical).

Em um estudo feito por Barbosa (2001) sobre maternidade e soropositividade para o HIV, a autora observou que as mulheres que engravidaram sabendo que eram portadoras do vírus viam a gravidez como algo que as fazia sentirem-se fortes e capazes de resistir à doença – o que demonstra o significado afetivo e simbólico da experiência da maternidade, mesmo em situação tão adversa. As crianças que nasceram nessa situação eram cuidadas intensamente pelas mães, como se suas vidas estivessem em suas mãos.

[...] as crianças nascidas sob a ameaça da AIDS, sejam doentes ou não, conferem razão à vida dos pais. Representam espécie de desafio contra a doença: enquanto esta representa a morte, as crianças simbolizam a vida [...]" (KNAUTH, 1997, p. 56).

Apesar de haver poucos trabalhos que enfocam a experiência de mães portadoras do HIV/aids, alguns estudos brasileiros têm indicado que a maternidade permanece numa posição bastante idealizada para as gestantes, sendo colocada acima da infecção (CARVALHO; PICCININI, 2006; PAIVA, 2000; SILVA, 2003).

Nessa direção, essas pesquisas destacam, ainda, que a gravidez em mulheres portadoras do HIV/aids pode inclusive possibilitar seu reposicionamento diante da doença, já que elas precisam assumi-la, de alguma forma, para procederem ao tratamento profilático em favor dos filhos. Conforme Castro (2001), a maternidade, nessa situação, fortalece o desejo de continuar vivendo para cuidar dos filhos, promovendo, indiretamente, o auto-cuidado nessas mulheres. Murphy et al. (2002) demonstraram que a idéia de ter um bebê traz felicidade para mulheres portadoras do HIV/aids, havendo, entre elas, expectativas positivas com relação à gravidez e à capacidade de cuidar da criança, especialmente se o parceiro apóia esse desejo. Nesse estudo, os autores também verificaram a associação entre um maior número de gestações e as expectativas positivas, juntamente com o apoio do parceiro à idéia.

Estudos revelam que a realidade é diferente para as mães que descobrem que são soropositivas para o HIV no pré-natal. Nessa situação, não estão preparadas para assimilar o diagnóstico. Dessa forma, sentimentos de culpa e medo estão presentes em gestantes e mães portadoras do HIV/aids, podendo trazer consigo um sofrimento psíquico importante (CARVALHO; PICCININI, 2006; GONÇALVES, 2007).

Segundo Carvalho e Piccinini (2006), a culpa por colocar o filho em risco, o medo de infectá-lo e de que ele venha a falecer em consequência da infecção contrastam com a concepção idealizada da maternidade, que dá à mulher a capacidade de gerar a vida e assumir um lugar social privilegiado. Porém, considera-se que a presença ou a intensidade desses sentimentos está também associada às ambivalências e paradoxos vividos por qualquer mãe, trazendo sobrecargas particulares.

A experiência da maternidade, por si só, envolve mudanças significativas na vida da mulher, iniciando-se na gravidez e estendendo-se aos primeiros anos de vida da criança. Tornar-se mãe exige que a mulher se defronte com a formação de um novo ser dentro de si e com a realidade imposta pelo nascimento do filho. Diante

disso, a mãe precisa elaborar seus sentimentos em relação à gravidez, buscando adequar-se a esse papel e procurando esboçar um lugar para o filho ocupar na relação com ela e com a família (BARBOSA, 2005). Nesse período, a mulher estaria revivendo suas experiências com suas figuras de cuidado na busca por adaptar-se à gestação, criando o bebê imaginado na gravidez e negociando essa idealização após o nascimento (FERRARI, 2003). Para as mães portadoras do HIV/aids, acaba sendo diferente, pois, além das adaptações e preocupações inerentes à maternidade, a infecção pelo HIV traz sentimentos incertos quanto à contaminação dos seus filhos, o desenvolvimento da aids e a morte.

A família é a principal fonte de apoio emocional e financeiro para a pessoa, sendo que as relações familiares precisam mobilizar-se em torno da situação.

Para a mulher portadora do HIV/aids, a mesma condição é importante. A possibilidade de lidar com a doença de forma positiva estaria associada à percepção de apoio por parte de familiares e amigos da pessoa vivendo com HIV/aids, fazendo com que a revelação do diagnóstico seja mais fácil (KALICHMAN et al. 2003).

O estudo de Serovich, Kimberly, Mosack e Lewis (2001) com 24 norte-americanas portadoras do HIV/aids que responderam a escalas de apoio social e saúde mental revelou que, embora o suporte de amigos fosse mais acessível para elas, somente a percepção de apoio familiar se associou com menores níveis de depressão e sentimentos de solidão. Desse modo, os achados demonstraram que a resposta da família à infecção é importante para a saúde mental da pessoa infectada.

Tabela 5 – Dados sobre a soropositividade para o HIV nas gestantes participantes do estudo (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

Dados sobre a soropositividade para o HIV	n	%
Tempo de diagnóstico em meses (n = 24)		
De 1 a 12 meses	16	66,6
De 13 a 24 meses	02	8,3
De 25 a 36 meses	01	4,2
De 37 a 48 meses	01	4,2
Acima de 48 meses	04	16,7
Uso de anti-retrovirais (n = 24)		
Não	06	25,0
Sim	18	75,0
Orientações sobre prevenção da transmissão vertical		
Não	06	25,0
Sim	18	75,0

Relacionado ao tempo da descoberta do diagnóstico do vírus, este variou de 01 a 48 meses. Sendo que mais da metade 16 (66,6%) das gestantes haviam descoberto em um curto período de tempo, entre 01 e 12 meses.

O diagnóstico da aids representa um evento catastrófico, por estar associado a uma evolução clínica de rápida deterioração, além de não se dispor de qualquer tratamento curativo e de apresentar um prognóstico extremamente ruim (AYRES, 2004).

As gestantes chegaram ao diagnóstico desde uma variedade de circunstâncias, tais como: solicitação médica decorrente de sintomatologia manifesta (doenças oportunistas) e morte do companheiro, teste anti-HIV no pré-natal e doação de sangue. O conhecimento da contaminação foi devastador para as gestantes, principalmente entre aquelas cuja transmissão da doença ocorreu por relações sexuais com parceiro fixo e único, predominando, nesse último caso, um

forte sentimento de traição. Para elas, o fato de manterem um relacionamento estável significava distância do risco de transmissão.

Para essas mulheres, o diagnóstico da soropositividade trouxe consigo uma profunda ruptura, desordem e desorientação. O futuro, naquele momento, deixou de existir, destruindo também o presente delas, trazendo ainda uma série de conseqüências para a vida dessas mulheres.

A postura que elas adotam é de serem diferentes, condenadas, excluindo-se do convívio social. Durante o desenvolvimento do estudo, percebeu-se o distanciamento dessas mulheres de suas famílias ou de alguém que pudesse lhe oferecer apoio. Ao comparecerem à consulta de pré-natal, iam sozinhas e, após o parto, a realidade se repetia.

O HIV/aids foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas. Essas questões foram suficientes para conduzir os acometidos com a doença a uma sensação de culpa e vitimização de situações não vivenciadas por eles. Assim, a infecção apresenta para a sociedade um significado carregado de sentidos morais (GRIMBERG, 2001).

A inabilidade do paciente para enfrentar as diversas situações de estresse causadas após o diagnóstico da infecção pelo HIV acarreta um obstáculo ao enfrentamento da doença, podendo gerar prejuízo ao próprio tratamento. Estratégias mais adequadas à luta contra a síndrome podem viabilizar melhor qualidade de vida entre os acometidos (REGATO, 2004).

O enfrentamento adequado de uma doença significa adaptação à nova situação. Nos estudos relacionados ao HIV/aids, geralmente os pacientes têm dificuldades de adaptação à nova situação de portador do vírus. O tipo de reação da pessoa ao HIV indica sua (in)capacidade de luta contra a doença, sendo visivelmente mais forte aquele que consegue exercer suas atividades rotineiras, apesar da existência do vírus no seu organismo e, inevitavelmente, mais fraco e passivo aquele que se deixa levar pela progressão inexorável da enfermidade (GALVÃO, 2004).

Quanto ao uso do AZT durante o pré-natal, observa-se que 18 (75%) gestantes faziam uso desse medicamento e 06 (25%) não haviam iniciado a profilaxia no combate à transmissão vertical. O fato de essas mulheres não terem

iniciado ainda o uso do AZT refere-se principalmente ao diagnóstico tardio. Essas gestantes foram encaminhadas ao hospital de referência com idade gestacional um pouco avançada. Por esse motivo, aguardavam a consulta com a infectologista para dar início à medicação e à realização de exames necessários.

O diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita o melhor controle da infecção materna e os melhores resultados da profilaxia da transmissão vertical do vírus. Portanto, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes o mais precocemente (BRASIL, 2006c).

A adesão ao tratamento é importante, fazendo-se necessário o acompanhamento de um profissional capacitado que oriente e tire as dúvidas existentes sobre a transmissão vertical. A mulher deve ser sempre informada sobre a importância de se iniciar o uso do AZT oral após a 14ª semana de gestação, durante o trabalho de parto, o parto propriamente dito, bem como o uso da droga pelo recém-nascido.

Quanto mais cedo o diagnóstico do HIV, mais cedo será instituída a profilaxia da transmissão vertical, e o sucesso desta será maior. Assim, estudos apontam para benefícios em virtude do uso precoce e prolongado (segundo e terceiro trimestre da gestação) do AZT. Deve-se sempre valorizar a presença dessa medicação em todos os esquemas de TARV propostos (NEWELL, 2004).

As orientações devem focalizar a importância da terapia anti-retroviral durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto propriamente dito, a administração do xarope de AZT ao recém-nascido, a não amamentação e os acompanhamentos necessários tanto para a mãe como para o bebê. Informações também relevantes estão relacionadas à via de parto e à entrega do leite pelo Estado nos seis primeiros meses de vida.

Neste estudo, 18 (75%) das gestantes haviam recebido orientações acerca dos cuidados necessários para a redução da transmissão vertical, e 06 (25%) referiram não ter recebido nenhuma orientação. As informações devem ser oferecidas ainda no pré-natal, principalmente aquelas relativas às condutas durante o parto e no pós-parto.

A mulher deve receber orientações acerca dos sinais de trabalho de parto, para que chegue com antecedência ao hospital e inicie a profilaxia recomendada nesse período, evitando o período expulsivo.

Quanto à via de parto, opta-se pela cesárea eletiva, porém, segundo o Ministério da Saúde, quando indicada, deve ser realizada entre a 38^a e a 39^a semana de gestação, uma vez que diminui a troca sangüínea entre mãe e feto, que ocorre no final do trabalho de parto, e evita o contato do feto com a secreção vaginal e cervical (BRASIL, 2006c).

Na indicação da cesárea eletiva, deve-se considerar ainda sua maior morbidade (decorrente de infecção, hemorragia, trombose e outros), quando comparada ao parto vaginal. Esse último só pode ser indicado, segundo as preconizações atuais, quando a carga viral for menor que 1.000 cópias ou indetectável, a idade gestacional for maior que 34 semanas e não houver contra-indicação obstétrica. O desejo da mãe deve ser levado em consideração, e ela deve ser esclarecida sobre os riscos e benefícios (BRASIL, 2006c; KNAUTH, 2003).

Orientações sobre o acompanhamento e cuidados com a criança são importantes, pois estudos mostram que essas dúvidas são o centro da preocupação dessas mães.

Estudos como o de Preussler e Eidt (2007) constataram que as mulheres por eles entrevistadas relataram que vivenciar a realidade do HIV grávidas fez com que a transmissão do vírus para a criança e o fato de não amamentarem fossem as maiores preocupações para elas.

O fato de não poder amamentar significa para a gestante a perda parcial de seu papel de mãe e, conseqüentemente, de mulher. Essa perda é desencadeadora de muitos sentimentos. Diversos autores, como Batista (2007), que estudam a reação humana diante da perda mediante o processo de luto, ressaltam que mães soropositivas, por não poderem amamentar, vivenciam uma espécie de luto. Esse fato explicita-se por meio de atitudes como o distanciamento dos seus filhos pelo medo de os perderem, incredulidade, vontade de estar no lugar das outras mães, “inveja”, tristeza e inutilidade.

Nesse contexto, essas mães precisam ser orientadas sobre o vínculo que irão formar, independentemente de não poderem amamentar, e a importância delas para o desenvolvimento saudável da criança por meio de uma atitude de apego. Devem ainda ser informadas sobre a fórmula infantil que irão receber, direito adquirido por intermédio do Projeto Nascer Maternidade.

Para que todas as etapas da prevenção fossem alcançadas, as mulheres relataram dificuldades no acesso ao leite artificial doado pelo Estado. Machado et al. (2007) apontam algumas dificuldades: a distância da casa da mãe à Unidade de Saúde, a falta de leite devido ao aumento da demanda, o medo de serem identificadas e o despreparo dos profissionais em orientar a diluição e a quantidade adequada, bem como a introdução de novos alimentos.

Cabe aos profissionais que lidam com essa clientela específica mudar a realidade por meio de orientações que possam tranquilizar essas mulheres, fazendo com que se sintam mães, independentemente do seu estado sorológico, e que conheçam seus direitos e lutem por eles.

5.3 Exibição do vídeo

O contato com as pacientes foi um momento de intensas surpresas e emoções. Ouvir seus relatos, aproximar-se da realidade vivida por essas mulheres foi chocante no que diz respeito aos inúmeros problemas por que passam. Muitas não têm o apoio da família e de amigos, por não terem confiança em contar sobre a sua soropositividade. Assim, observa-se que essas mulheres vivem só, em um universo que passa a ser somente delas. Para nele adentrar, é preciso cautela, demonstrar confiança e cumplicidade.

Em seus rostos, era demonstrada pouca alegria da maternidade. O que expressavam eram sentimentos de tristeza, angústia, medo, sofrimento, que se contradiziam com o ser mãe. Isso podia ser constatado quando comparadas a outras gestantes que não eram portadoras do vírus HIV e que ali estavam, no mesmo ambiente, para serem atendidas por outros motivos.

O contato com as participantes do grupo de intervenção iniciava-se por uma conversa informal. Nela, explicava-se o vídeo, o que era apego, a importância deste para o desenvolvimento da criança e a relevância da pesquisa. Seus semblantes pouco mudavam. Quando o vídeo iniciava, suas fisionomias ficavam diferentes. Era como se essas mulheres esquecessem a doença e passassem a

viver o universo da maternidade. Algumas choravam, outras ficavam atentas, sem falar, e outras, no decorrer das cenas, interagiam, perguntando e tirando dúvidas.

As dúvidas mais freqüentes estavam relacionadas à contaminação dos seus filhos, à oferta do xarope, ao enfaixamento das mamas e ao que fazer para esconder da família e dos vizinhos o porquê de não amamentar. Sobre o apego com seus filhos, este foi pouco questionado.

Cada dúvida era explicada. Percebia-se que as gestantes contentavam-se com a explicação, sentindo-se mais aliviadas após o esclarecimento.

Durante a execução do vídeo, as participantes identificavam-se com a protagonista (puérpera soropositiva para o HIV) e com a criança, comparando, muitas vezes, com seu filho que ainda viria. Na fala da entrevistada 1, ocorreu a identificação com a protagonista do vídeo:

Ela (puérpera) está tão feliz... é preciso ficar com as mamas enfaixadas? Quantos meses tem a criança? (ENTREVISTADA 1)

As indagações feitas foram inerentes ao sentimento que a mãe (personagem) transmitia e que, naquele momento, era contraditório com o sentimento da entrevistada. A personagem transmitia alegria e entusiasmo ao estar com o filho, enquanto a paciente, até aquele momento, permanecia com o semblante triste e preocupado. Após alguns minutos de início do vídeo, a fisionomia da paciente passara a ser de surpresa e, ao mesmo tempo, de esperança, de também poder vivenciar aquele momento de intimidade com o seu filho, independentemente da sua condição soropositiva para o HIV.

Para algumas gestantes, as dúvidas mais presentes estavam relacionadas à criança, principalmente quanto à sua soropositividade. Foi o que foi indagado pela entrevistada 6.

Ele (bebê) tem o vírus? (ENTREVISTADA 6)

Por mais que estivessem vivenciando o problema da contaminação do vírus HIV, pelo dilema de contar ou não para a família, as mulheres demonstravam querer ter seus filhos e, apesar de tudo, ter saúde para viver e cuidar bem dele.

Eu sei que ele (bebê) não tem culpa de nada. Não adianta me descabelar, agora o que eu quero pensar é na saúde dele e na minha, pois eu não sei o

que vem pela frente. Assim, quero fazer tudo que a doutora mandar.
(ENTREVISTADA 4)

O futuro, para algumas, foi designado como incerto, estando relacionado ao provável desenvolvimento da aids. Isso as deixava profundamente angustiada ao pensar na possibilidade de morrer e deixar seus filhos pequenos. Logo, a entrevistada 4 destacou essa possibilidade, enfatizando a importância de se cuidar. Nesse momento, ela estava se referindo ao uso do AZT durante a gravidez, à mudança de hábitos, à oferta do AZT xarope para o bebê e a outros cuidados importantes.

Contradizendo-se com a fala da entrevistada 4, a entrevistada 16 era uma paciente que vivenciava situações adversas. Soropositiva havia sete anos, mãe de duas crianças também soropositivas e grávida do terceiro filho, não aderiu ao tratamento. Usuária de drogas, vivia com um parceiro que, segundo ela, não sabia da sua soropositividade. No cartão do pré-natal, estavam registradas apenas duas consultas.

Já sou condenada mesmo...não acredito que esses remédios dê jeito. Eu fico é mal quando tomo eles, prefiro não tomar e ficar bem. Também não dei para nenhum dos meus filhos. De mamar eu não dei não, também me deram um remédio para secar o leite. (ENTREVISTADA 16).

O vídeo foi destacado como sendo muito importante para algumas entrevistadas. Algumas referiram sentir-se bem, felizes e com esperança. Queriam que algumas cenas fossem repetidas, como a cena que aborda a técnica da massagem. Reconheceram a importância do apego para a formação do vínculo.

Esse vídeo é muito importante. Eu nem sabia que o bebê já nasce ouvindo e vendo. E a massagem é muito legal porque acalma e ele fica perto da gente. (ENTREVISTADA 14).

Ser mãe é legal, curti muito minhas outras barrigas e essa não vai ser diferente. Quando ele nascer, ele vai ser igual aos outros dois (filhos), tenho certeza. Vou cantar pra ele dormir; vou contar histórias... não sabia é que eu já posso começar ele aqui na minha barriga. (ENTREVISTADA 5).

Acho que vou ser a mãe mais besta. Não vejo a hora dela (bebê) nascer vou fazer massagem, conversar com ela, pois nessa vida ela só tem a mim e eu a ela. (ENTREVISTADA 13).

Nos depoimentos acima, as mães relataram atitudes de apego a seus filhos. Demonstraram ter entendido o vídeo, dando-lhe importância. Isso ressalta a relevância do meio audiovisual para uma melhor compreensão do conteúdo

transmitido. Foi algo diferente na vida dessas mulheres. Entraram em contato com um universo que não conheciam, como é o caso das entrevistadas 13 e 14, mães pela primeira vez. Para essas mulheres, o vídeo pode transmitir um pedacinho da realidade que iriam vivenciar após o nascimento dos seus filhos.

Após assistirem ao vídeo, as gestantes do Grupo de Intervenção sentiam-se mais confortáveis, demonstravam alívio por identificarem uma relação amorosa e de felicidade expressa nos atores que contracenaram nas cenas.

O apego foi destacado em todas as cenas do vídeo, mostrando as diversas atitudes que podem promover esse ato de amor: ensinava técnicas de massagem, ressaltando a importância do toque; o falar; o cantar; o contar historinhas para a criança; e o envolvimento que a mãe (protagonista) tinha com o seu bebê na hora de alimentá-lo, independentemente da amamentação, uma vez que esta é contra-indicada para a mãe soropositiva para o HIV.

Foram essas cenas que levaram às mães do Grupo de Intervenção a assumirem uma postura diferenciada das mães do Grupo Controle, constatada nas atitudes de ambos os grupos após o parto, na segunda etapa da coleta de dados.

5.4 Filmagem da díade e avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe e bebê

No puerpério imediato na maternidade, para que pudesse ser avaliada a eficácia do vídeo educativo construído na primeira etapa da pesquisa, aplicou-se o protocolo de avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe e bebê (SCHERMANN, 2007). O protocolo sugere que seja feita uma filmagem entre a díade e que, após a filmagem, esta seja avaliada mediante os itens de interação entre mãe e bebê propostos no protocolo.

De acordo com o protocolo, a filmagem deve ser feita em um ambiente calmo, que proporcione privacidade, totalizando, no máximo, cinco minutos para posterior avaliação. Antes de iniciar a filmagem, era solicitado à mãe o desenvolvimento de algum cuidado com o filho, podendo ser a troca de fralda, a oferta do xarope, a oferta do leite, o banho. Enfim, atitudes de cuidado para serem

avaliadas nos itens do protocolo. Vale ressaltar que, nessa etapa, participaram tanto as mães do Grupo Controle como as do Grupo de Intervenção.

Após a filmagem, as cenas eram avaliadas pelas acadêmicas de enfermagem que pontuavam os escores estabelecidos no protocolo. O uso do filme permitiu a captação de imagens e sons, propiciando a melhor utilização possível dos dados colhidos.

Nessa etapa, foi utilizado o método de observação. Segundo Victora (2000), o método de observação permite a obtenção de muitos dados que não são possíveis por outros métodos, tais como a entrevista ou a aplicação de questionários. Há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala e da escrita. O ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não-verbal, a seqüência, a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a sua posterior interpretação. Portanto, a possibilidade de rever várias vezes as imagens gravadas direciona a atenção do observador para aspectos que teriam passado despercebidos, podendo imprimir maior credibilidade ao estudo.

O contato com as puérperas para a realização das filmagens iniciou-se com a apresentação dos juízes e a explicação da segunda etapa da coleta, a respeito da qual as gestantes já haviam sido informadas. Foi observado que a maior interação com as mulheres propiciou-lhes maior desenvoltura e comunicação. Algumas intervenções de enfermagem foram realizadas no momento da pesquisa, como a busca de informações sobre o uso da Terapia Anti-Retroviral (TARV) pelas mães durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito; o uso do xarope de AZT pelo bebê; o enfaixamento das mamas; uso da cabergolina; bem como outras orientações pertinentes a cada puérpera.

As filmagens das primeiras puérperas pesquisadas foram realizadas no primeiro dia de pós-operatório, o que resultou em maior resistência por parte das mulheres, que referiam dor e indisposição. A partir da quinta puérpera, as filmagens passaram a ser realizadas no segundo ou terceiro dia pós-operatório, permitindo um maior período de recuperação entre o dia da cirurgia e o momento da filmagem, sendo mais bem aceito pelas puérperas.

Cada filmagem obteve duração de cinco minutos. De acordo com a orientação do protocolo, registraram-se, em melhor ângulo, as atividades solicitadas

pelos juízes, tais como a troca da fralda, o banho, a oferta do leite, a fim de criar uma oportunidade de interação entre a mãe e seu filho.

Os locais mais utilizados para a realização das filmagens foram uma sala dedicada à higiene dos bebês, situada na mesma enfermaria em que as pacientes estavam internadas, e um pátio arejado, destinado ao lazer das pacientes. Nesses locais, foi possível manter a privacidade das participantes do estudo. Algumas vezes, a filmagem foi feita na própria enfermaria da puérpera, devido à dificuldade que esta sentia em deambular até a sala. Na impossibilidade de filmar, a gravação era agendada para o dia seguinte, quando a paciente estivesse mais recuperada.

O vídeo constitui um instrumento valioso para a coleta e geração de dados em pesquisas. No entanto, ele deve ser utilizado de maneira criteriosa, considerando a indicação, o preparo do pesquisador, além dos aspectos técnicos. Para tal, deve haver planejamento cuidadoso, ponderando-se questões como: tempo disponível para realizar a pesquisa, custo, habilidades do pesquisador, treinamento do operador para manejo da câmera, entre outros. Além disso, uma atenção especial deve ser dispensada pelo pesquisador às questões éticas do uso da filmagem, visando salvaguardar os direitos dos sujeitos da pesquisa e do pesquisador (PINHEIRO et al., 2005).

As avaliações dos vídeos, aplicando o Protocolo de Observação da Avaliação Quantitativa e Qualitativa da Interação Mãe e Bebê (SCHERMANN, 2007), foram feitas pelos juízes, sem que soubessem à qual grupo pertencia cada puérpera para que pudesse haver fidedignidade.

Após o término de cada avaliação, os escores obtidos em cada filmagem foram repassados para que se pudesse construir um banco de dados para posterior análise e comparação entre os dois grupos.

5.5 Efeitos da utilização do vídeo educativo para o apego entre puérperas soropositivas para HIV e seus filhos

O Protocolo de Avaliação Quantitativa e Qualitativa da Interação Mãe e Bebê de 0 a 6 meses (SCHERMANN, 2007) apresenta um total de 12 itens, sendo 10

de ações positivas para a promoção do apego entre mãe e bebê, e 02 itens que avaliam ações negativas. São atribuídos aos itens pontuações que variam de um a cinco (avaliação quantitativa) da interação mãe e bebê e para cada pontuação, a autora atribui um conceito (avaliação qualitativa).

De acordo com o Protocolo e análise dos juízes, ao se comparar os resultados do grupo controle e do grupo de intervenção, obtivemos os resultados expostos nas tabelas e gráficos abaixo.

Tabela 6 – Comparação dos comportamentos de envolvimento entre o grupo controle e de intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

AÇÃO	(1) Nenhuma		(2) Pouca		(3) Moderada		(4) Muita		(5) Sempre		Não aplica		K-S	p	DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
1. Comunicação verbal													1,225	0,100	
Controle	04	33,3	04	33,3	04	33,3	-	-	-	-	-	-			0,85
Intervenção	01	8,3	01	8,3	04	33,3	04	33,3	02	16,7	-	-			1,16
													1,837	0,002	
2. Contato visual															
Controle	-	-	-	-	10	83,3	02	16,7	-	-	-	-			0,38
Intervenção	-	-	-	-	01	8,3	11	91,7	-	-	-	-			0,66
3. Afeto positivo													2,449	0,000	
Controle	-	-	05	41,7	07	58,3	-	-	-	-	-	-			0,51
Intervenção	-	-	-	-	-	-	07	58,3	05	41,7	-	-			0,51
4. Atenção da mãe com o bebê													2,449	0,000	
Controle	-	-	01	8,3	11	91,7	-	-	-	-	-	-			0,28
Intervenção	-	-	-	-	-	-	07	58,3	05	41,7	-	-			0,51

Schermann (2007) divide a avaliação dos itens maternos em três categorias: envolvimento, sensibilidade e intrusividade/aspectos negativos. A tabela 6 refere-se aos comportamentos relacionados ao envolvimento mãe e bebê. O envolvimento materno é pontuado por medidas quantitativas referentes à comunicação verbal, contato ocular, afeto positivo e atenção geral ao bebê.

Observa-se, na Tabela 6, que, ao compararmos as ações positivas para promoção do apego entre mães soropositivas do Grupo de Intervenção e Controle, o Grupo de Intervenção obteve melhores resultado. Os valores de “p” do teste de

Kolmogorov-Smirnov mostram que essas diferenças são, estatisticamente, significantes ($p < 0,05$), exceto a comunicação verbal que apresentou proporções semelhantes em ambos os grupos.

O item comunicação verbal apresentou pontuação igual no que se refere ao conceito “Moderado”. Quatro (33,3%) mães, independentemente de assistirem ao vídeo, foram avaliadas como mantendo uma comunicação rápida com a criança, interagindo verbalmente por pouco tempo. As mães que assistiram ao vídeo tiveram maior pontuação nos conceitos “Muito” e “Sempre”, totalizando 06 (50%); o contrário do que foi observado no Grupo Controle, 08 (66,6%) interagiram “Pouco” ou “Nenhuma” vez com seus bebês.

Quanto ao contato visual, as participantes dos dois grupos tiveram conceitos “Moderado” ou “Muito”, porém com um quantitativo diferente. No Grupo Controle, houve 02 (16,7%) mães que mantiveram o contato visual considerado “Muito”, contrapondo-se ao Grupo de Intervenção com 11 (91,7%).

Esse é um dado satisfatório, pois mostra a importância do vídeo educativo para a melhor interação entre mãe e bebê, promovendo apego seguro entre o binômio.

Shermann (2007), ao atribuir esses conceitos para a análise qualitativa, descreveu o significado de cada um. O contato visual “Moderado” e “Muito” distingue-se por seu tempo. O primeiro, de maneira esporádica e por pouco tempo, menos de 30 segundos; o segundo, quando a mãe entra em contato por mais de um período, ultrapassando cada um mais de 30 segundos.

Pesquisas mostram que a interação mãe e bebê modifica-se com a idade da criança. Os recém-nascidos (até 28 dias) concentram-se em olhar a mãe, fechar os olhos e mamar. Já a interação da mãe com a criança nessa idade se dá, principalmente, por meio do olhar e do toque. Diferentemente de um bebê com maior idade, aproximadamente 10 semanas, com que a mãe passa a utilizar uma maior variedade de comportamentos, tais como: cantar, falar, sorrir e mostrar objetos (RIBAS, 1999).

Esses comportamentos são estímulos para o desenvolvimento da criança. Estando a mãe mais próxima, atendendo às necessidades do seu filho, o apego formado entre ambos torna-se seguro, auxiliando no desenvolvimento saudável da criança.

O afeto positivo inclui expressões verbais e não-verbais, desde que seja com carinho (SHERMANN, 2007). A quantidade de afetos positivos foi mais satisfatória nas mães do Grupo de Intervenção 07 (58,3%), que apresentaram esse comportamento com “Muita” frequência. Com a mesma porcentagem, 07 (58,3%), as mães do Grupo Controle apresentaram de forma “Moderada” afetos positivos, e 05 (41,7%) das mães desse grupo “Pouco” apresentaram afeto.

Desde o nascimento, os bebês da espécie humana demonstram um repertório de capacidades de sensibilidade e predisposição em relação às pessoas que os tornam socialmente responsivos. Essas capacidades permitem respostas seletivas aos eventos sociais e a participação ativa em interações com outras pessoas. Nesse repertório inicial, os comportamentos de sorriso, choro ou expressões faciais são eficazes em deflagrar cuidados e contato corporal, e constituem pistas potentes que são interpretadas pelos cuidadores, regulando as trocas sociais iniciais, nas quais a díade parece engajar-se reciprocamente.

Moura et al. (2008) enfatizam que os cuidadores, sobretudo a mãe, constituem importantes fontes de estimulação afetiva. Teorias contemporâneas sobre desenvolvimento do *self*, afeto e cognição vêm ressaltando a relevância das interações interpessoais e enfatizando seu aspecto afetivo e emocional.

Schermann (2007) considera afetos positivos as trocas que envolvem brincadeiras rítmicas corporais, toques, vocalizações e expressões faciais.

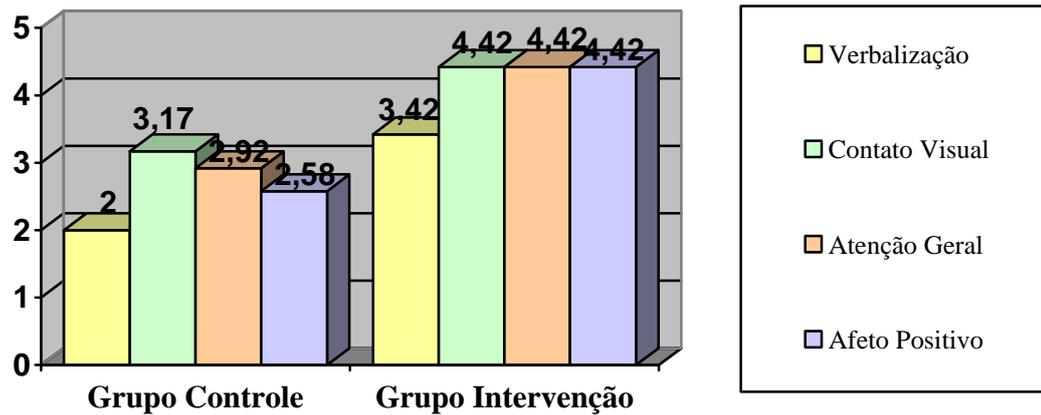
“Atenção da mãe com o bebê” é um comportamento categorizado como de envolvimento e que avalia a atenção dispensada à criança, no que se refere ao cuidado com as roupas, alimentação, conforto e outros aspectos que possam promover o bem-estar do bebê.

No Grupo Controle, apenas 01 (8,3%) mãe apresentou “Pouca” atenção ao seu filho, enquanto 11 (91,7%) mães apresentaram atenção “Moderada”. Sete (58,7%) mães do Grupo de Intervenção tiveram “Muita” atenção e 05 (41,7%) “Sempre” estiveram atentas às crianças.

Os dados do gráfico 1 mostram a diferença entre as médias encontradas nos dois grupos quanto aos comportamentos de envolvimento (verbalização, contato visual, afeto positivo e atenção da mãe com o bebê). O Grupo Intervenção obteve uma média superior em todos os critérios apresentados, demonstrando o efeito positivo do vídeo educativo. Apesar de o Grupo Controle não ter obtido médias

iguais ou superiores ao Grupo de Intervenção, as mães demonstraram algum contato com seus filhos, porém de forma insatisfatória.

Gráfico 1. Distribuição da média de pontuação das puérperas de acordo com os comportamentos de envolvimento, segundo (Schermann, 2007). Fortaleza, Ceará, 2008.



Acreditamos que esses dados possam ser melhorados à medida que os profissionais que assistem essas mulheres possam apoiá-las, dirimindo suas dúvidas e inovando as estratégias de educação com o objetivo de promover uma interação maior entre mãe e filho.

A tabela 7 apresenta os dados da categoria relacionados à sensibilidade materna aos sinais e comunicações do bebê, podendo ser mensurada como um aspecto geral do comportamento interativo materno, bem como aos itens referentes à responsividade da mãe ao comportamento social, ao comportamento de estresse do bebê e à qualidade de contato corporal (SCHERMANN, 2007).

A autora afirma que escores altos de sensibilidade refletem uma interação sintônica, caracterizada por um apropriado nível de resposta e de estimulação do bebê.

A tabela 7 mostra a diferença dos resultados obtidos nos dois grupos.

Tabela 7 – Comparação dos comportamentos de sensibilidade entre o grupo controle de intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

AÇÃO	1) Nenhuma		(2) Pouca		(3) Moderada		(4) Muita		(5) Sempre		Não aplica		K-S	p	DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
													1,63	0,010	
1.Contato corporal	-	-	-	-	10	83,3	02	16,7	-	-	-	-			0,45
Controle	-	-	-	-	01	8,3	04	33,3	07	58,3	-	-			0,67
Intervenção															
2.Consolar o bebê					03	25	-	-	-	-	09	75	1,414	0,037	0,00
Controle	-	-	-	-	-	-	01	8,3	05	41,7	06	50			0,40
Intervenção															
3.Reação ao choro					03	25	-	-16,7	-	-	09	75	1,414	0,037	0,00
Controle	-	-	-	-	-	-	02	-	04	33,3	06	50			0,51
Intervenção															
4.Resp. ao comp. bebê					12	100	-	-	-	-	-	-	2,449	0,000	0,00
Controle	-	-	-	-	-	-	08	66,7	04	33,3	-	-			0,49
Intervenção															
5.Intensidade da resp. positiva					10	83,3	-	-	-	-	-	-	1,837	0,002	0,62
Controle	01	8,3	01	8,3	03	25	06	50	03	25	-	-			0,73
Intervenção															
6.Sensitividade					08	66,7	03	25	-	-	-	-	1,837	0,002	
Controle	-	-	01	8,3	-	-	07	58,3	05	41,7	-	-			0,57
Intervenção															0,51

O item “contato corporal” se propõe a avaliar a quantidade de contato e não a sua qualidade. Neste estudo, 07 (58,3%) mães do Grupo de Intervenção “Sempre” mantiveram contato corporal com seus bebês, seguidas de 04 (33,3) mães que mantinham “Muito” contato, e 01 (8,3%) com contato “Moderado”. No Grupo Controle, 10 (83,3%) tinham contato “Moderado”, porém nenhuma mãe deixou de manter contato com seus filhos.

Os tipos de contato variaram desde o simples fato de tocar na criança, segurá-la para realizar massagens, sendo esta última presente nas mães do Grupo de Intervenção.

Desde o nascimento, os bebês são tocados e tocam-se. Tais toques enriquecem a construção da imagem do corpo e também a vivência de prazer ou desprazer corporal. Noutras palavras, o corpo, além de ser biológico, é também

erógeno, pois nele são inscritas marcas de prazer e desprazer a partir da relação com o outro e do contato com o mundo. A pele seria a membrana decodificadora dessas marcas, viabilizando as percepções sensoriais táteis que, posteriormente, serão inscritas no registro simbólico (MACHADO, 2007).

A eficiência em consolar o bebê foi avaliada apenas na presença do choro. Assim, 09 (75%) das mães do Grupo Controle e 06 (50%) do Grupo de Intervenção não puderam ser avaliadas.

Das mães do Grupo Controle que consolaram seus bebês, 03 (25%) tiveram conceito “Moderado”, e as do Grupo de Intervenção, 01(8,3%) e 05 (41,7%) obtiveram conceitos “Muito” e “Sempre”, respectivamente.

O choro é uma forma de comunicação que, geralmente, traduz uma necessidade não atendida, podendo ocorrer em resposta a diversos estímulos, tais como: fome, sede, necessidade de atenção, raiva, dor, prurido e outros. Na maioria das vezes, a mãe é capaz de identificar a necessidade da criança.

A utilização de técnicas comportamentais, como aumentar o tempo de colo, colocar música suave no ambiente ou adotar técnicas de massagem, com o intuito de acalmar o bebê, são bastante recomendadas para o acalento da criança. Tanto a música como as técnicas de massagem contribuem para aproximar as mães e os bebês, promovendo momentos de maior contato e prazer. (BRICKS, 2001, p. 305-319).

Segundo Murahovschi (2003), a ansiedade dos pais (que pode ser agravada por inexperiência e falta de apoio), a depressão materna, a personalidade da mãe, os problemas na dinâmica familiar e a possibilidade de seqüelas emocionais são aspectos que interferem no ato de consolar a criança. Isso justifica a atitude das mães soropositivas para o HIV em apresentar comportamento considerado “Moderado” para consolar seus filhos.

Outro comportamento avaliado e semelhante à “eficiência em consolar” é a “reação ao choro da criança”, ou seja, é o ato de intervenção da mãe. De acordo com a tabela 7, o que muda entre os dois comportamentos é que houve um número maior de mães do Grupo de Intervenção, 04 (33,3%), que reagiram “Sempre” ao choro do bebê, mesmo que não o consolassem.

A habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades comunicativas da criança adquire posição central na construção de uma relação de mutualidade, contribuindo para a formação de um apego seguro.

A resposta da mãe ao “comportamento social do bebê” foi avaliada mediante a atitude materna aos sinais da criança. Neste trabalho, nenhuma mãe obteve avaliação “Nenhuma” ou “Pouca”, porém 12 (100%) das mães do Grupo Controle apresentaram comportamento “Moderado” aos sinais de sociabilidade da criança. Esses sinais incluem: o olhar da criança, o despertar e o choro. No Grupo de Intervenção, 08 (66,7%) das mães reagiram com “Muita” frequência, e 04 (33,3%) “Sempre” reagiram ao comportamento social do bebê.

Para Bowlby (1989), os comportamentos que compõem um dado padrão de apego operam segundo um "modelo interno de funcionamento", construído a partir da relação com a figura de apego no início da vida, guiando as relações futuras. O apego envolve uma relação de cunho afetivo para com a mãe, o que leva o bebê a procurar a presença e o conforto maternos, particularmente, quando se sente assustado ou inseguro.

A “intensidade da resposta positiva da mãe ao comportamento social da criança” (forma positiva) avalia a maneira como a mãe reage positivamente ao comportamento do bebê. Esse comportamento é avaliado pela forma de olhar da mãe, pela verbalização de palavras carinhosas, pelos sorrisos e pela presença de carícias.

Os dados apontaram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. No Grupo Controle, 01 (8,3%) paciente reagiu apenas olhando para criança, mas sem nenhum comentário sobre o comportamento do infante, assim obteve o conceito “Nenhuma”, segundo a avaliação do protocolo proposto. Uma puérpera (8,3%) foi avaliada como tendo “Pouca” resposta, por apenas olhar e comentar, sem entusiasmo, as atitudes da criança, e 10 (83,3%) responderam com intensidade “Moderada”, olhando e sorrindo, esporadicamente, às reações do bebê. No Grupo de Intervenção, 03 (25%) mães responderam às reações de seus filhos com intensidade “Moderada”, 06 (50%) responderam “Muito”, ou seja, com intensidade forte, apresentando vocalizações positivas e carícias, e 03 (25%) “Sempre”, reagindo com intensidade muito forte, verbalizando, sorrindo e acariciando seus filhos.

Schermann (2007), ao categorizar os comportamentos maternos, estabeleceu que o contato corporal, a eficiência para consolar o bebê, a reação da mãe ao choro, a resposta ao comportamento social do bebê e a intensidade dessa

resposta são comportamentos de sensibilidade materna. Porém, a autora avalia “sensibilidade materna” também como um comportamento isolado. Esse comportamento vem sendo estudado por muitos pesquisadores, como Ribas e Moura (2004), que, segundo estes autores, deve ser estudado dentro do referencial da Teoria do Apego, proposto por Bowlby (1990).

Segundo Bowlby (1990), a sobrevivência das crianças depende da manutenção do cuidado do outro para desempenhar as funções de proteção e fornecimento de conforto, alimentação e segurança.

A concepção de sensibilidade está relacionado às qualificações do tipo calor, proximidade e intimidade. Trata de como as mães respondem apropriada, sensível e prontamente aos sinais da criança (RIBAS; MOURA, 2004, p. 316).

Neste estudo, as mães do Grupo de Intervenção obtiveram maior sensibilidade do que as mães do Grupo Controle. No Grupo de Intervenção, mais da metade, 07 (58,3%), das participantes apresentaram “Muita” sensibilidade, e 05 (41,7%) “Sempre” apresentaram-se sensíveis às necessidades do bebê. Para Schermann (2007), os aspectos “Muita” e “Sempre” significam que a mãe interpreta com habilidade as comunicações da criança e responde a elas pronta e apropriadamente. A diferença entre ambos está na rapidez com que a mãe notifica as necessidades da criança, respondendo-lhe até o bebê ficar satisfeito.

No Grupo Controle, as pontuações obtidas foram 01 (8,3%) “Pouca” sensibilidade, 08 (66,7%) “Moderada” sensibilidade e 03 (25%) “Muita” sensibilidade. A maioria apresentou sensibilidade inconsistente, sendo atribuído o conceito “Moderado”, justificando que a mãe, embora sensível em algumas ocasiões, em alguns momentos, mostra-se insensível com as comunicações da criança.

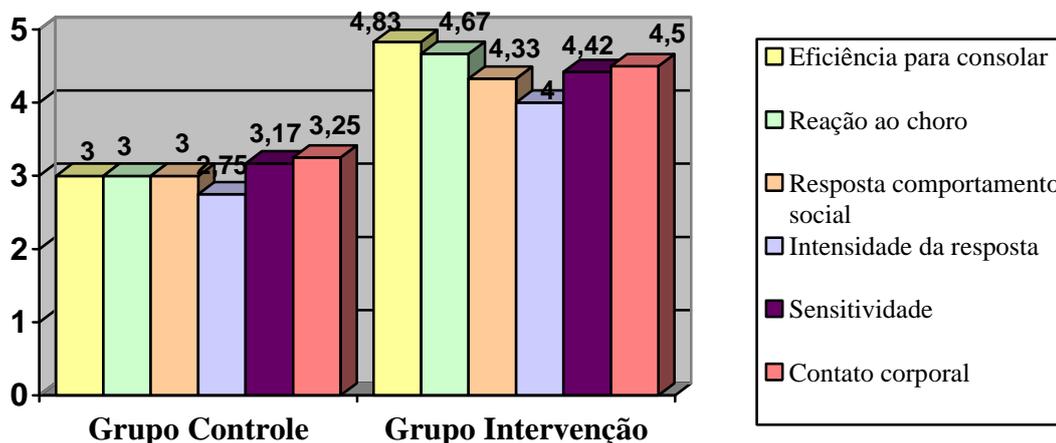
A saúde mental da criança depende de que ela tenha: “[...] a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe, ambos devem encontrar satisfação e prazer” (BOWLBY, 1990, p. 13).

A formação e a qualidade do apego dependem dessa interação. O apego seguro depende da sensibilidade materna, ou seja, da capacidade da mãe em responder às pistas do bebê com sorriso, fala e carinho (RIBAS; MOURA, 2004, p. 316).

O gráfico 2 mostra a diferença nas médias obtidas entre os grupos Controle e Intervenção, de acordo com os comportamentos contato corporal,

eficiência para consolar, reação da mãe ao choro do bebê, resposta da mãe ao comportamento social do filho, intensidade positiva dessa resposta e sensibilidade.

Gráfico 2. Distribuição da média de pontuação das puérperas de acordo com os comportamentos de sensibilidade, segundo (Schermann, 2007). Fortaleza, Ceará, 2008.



Os resultados da avaliação dos comportamentos eficiência para consolar e reação ao choro da criança foram avaliados com (n = 3) para o Grupo Controle e (n = 6) para o Grupo de Intervenção, por ter sido este o total de crianças que choraram durante a coleta de dados.

Assim, os comportamentos satisfatórios foram evidenciados com maior frequência no Grupo de Intervenção, obtendo médias que variaram de 4 (intensidade da resposta) a 4,83 (eficiência para consolar), contrapondo-se ao Grupo Controle, que obteve médias que variaram de 3 (eficiência para consolar) a 3,25 (contato corporal).

Esses dados podem ser explicados pelo momento em que essas mulheres se encontravam. Carvalho e Piccinini (2006) observaram em um grupo de puérperas soropositivas que estas apresentavam reações de temor e receio ao verem seus bebês. Prevalencia o sentimento de culpa de terem contraído HIV, engravidado e terem colocado em risco a vida da criança. Os autores observaram, também, a dificuldade das mulheres em aceitar a presença do vírus na maternidade, pelo medo de perderem a criança ou de morrerem e não conseguirem ser mãe.

Intervenções educativas ainda no pré-natal são fundamentais junto a essa população. As gestantes soropositivas precisam tomar decisões importantes,

principalmente no enfrentamento dos seus sentimentos (culpa e medo), preconceitos e falta de apoio. Assim, orientar as gestantes sobre a doença, a profilaxia da transmissão vertical, a importância da aproximação e do carinho com os seus filhos auxiliará essas mulheres a vivenciar a maternidade com outro olhar.

Estudos como o de Wesley et al. (2000) observaram que mulheres que descobriram a soropositividade no pré-natal e tiveram orientação e apoio encontraram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades e enxergando, nos filhos, a extensão de si mesmas.

Para melhor compreender a avaliação dos comportamentos maternos para a promoção do apego, propostos por Schermann (2007), destacaram-se os comportamentos afeto negativo e intrusividade dos demais expostos nas tabelas 6 e 7.

A Tabela 8 mostra os dados referentes aos comportamentos: expressão de afetos negativos da mãe para com a criança e intrusividade.

Tabela 8 – Comparação das ações negativas das mães do Grupo Controle e de Intervenção (Fortaleza, CE, mai./out. 2008)

AÇÃO	(1)Sempre		(2)Muito		(3)Mod.		(4)Pouco		(5)Nunca		Não aplica		K-S	p	DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
1. Afeto negativo													0,204	1,000	
Controle	-	-	-	-	-	-	01	8,3	11	91,7	-	-			0,28
Intervenção	-	-	-	-	-	-	-	-	12	100	-	-			0,00
2. Intrusividade													0,000	1,000	
Controle	-	-	-	-	-	-	-	-	12	100	-	-			0,00
Intervenção	-	-	-	-	-	-	-	-	12	100	-	-			0,00

Os comportamentos apresentados na tabela 8 apresentam pontuação inversa dos comportamentos apresentados nas tabelas 6 e 7. O escore (5) passa a receber conceito “Nunca”, apresentando aspecto positivo na avaliação, e o (1) “Sempre”, interpretado como atitude negativa na avaliação desses comportamentos.

Ao se compararem as ações negativas das mães soropositivas do Grupo de Intervenção e Controle, conforme se observa na tabela 8, não houve associação estatística para $p < 0,05$. Os valores de “p” do teste de Kolmogorov-Smirnov mostram que os resultados são semelhantes para os dois grupos.

Os dados apontam que as mães, mesmo vivenciando o conflito da maternidade e a soropositividade para o HIV, não apresentam atitudes negativas para com os seus bebês.

A expressão de afeto negativo da mãe para com a criança inclui expressões verbais e não-verbais, tais como expressões de frustração, impaciência, desgosto e irritabilidade (SCHERMANN, 2007).

No grupo controle, apenas 01 (8,3%) das mães apresentou “Pouca” expressão de afeto negativo, e 11 (91,7%) “Nunca” apresentaram afeto negativo. No Grupo de Intervenção, 12 (100%) não apresentaram afetos negativos.

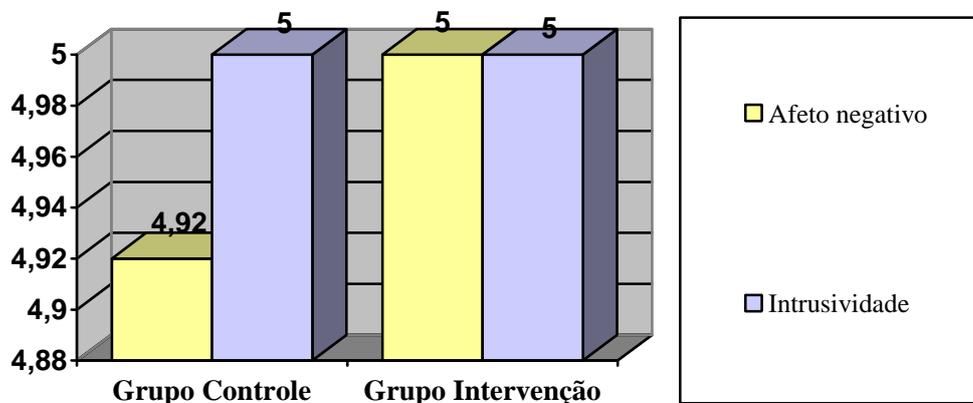
Outro comportamento avaliado foi a intrusividade, que é considerada como todo comportamento exagerado que a mãe exerce sobre a criança (estimula a criança quando não é preciso ou quando a criança parece insatisfeita com o comportamento da mãe) (SCHERMANN, 2007).

A intrusividade é comum em mães que apresentam depressão. A depressão pós-parto é bastante estudada para esclarecimentos dos seus efeitos na mãe e no bebê. Admite-se que a ausência de apoio no pré ou pós-parto, eventos traumáticos, como a descoberta de uma doença na mãe ou no bebê, são fortes fatores desencadeadores de depressão (RAMOS; FURTADO, 2007).

Os autores afirmam a ameaça na formação de apego entre a díade, quando a mãe está deprimida. Os comportamentos podem variar desde a apatia à intrusividade, estando a mãe invadindo o espaço do bebê com estímulos exagerados e não necessários. Quando crianças, esses bebês irão apresentar menos troca de afeto, menos concentração e mais respostas negativas à socialização com outras pessoas.

Neste estudo, nenhuma mãe dos dois grupos apresentou comportamento de intrusividade que pudesse ser observado durante a avaliação.

Gráfico 3. Distribuição da média de pontuação das puérperas de acordo com os comportamentos de afeto negativo e intrusividade, segundo (Schermann, 2007). Fortaleza, Ceará, 2008.



No gráfico 3, as médias dos comportamentos “afeto negativo” e “intrusividade” são comparadas entre os dois grupos. Observa-se uma pequena diferença no comportamento “afeto negativo” no Grupo Controle, que teve a média (4,92) pouco abaixo do Grupo de Intervenção, que teve a média (5,0), ou seja, não foi observado nenhum afeto negativo da mãe com o seu bebê. A média do comportamento “Intrusividade” foi (5,0) para os dois grupos, pois nenhuma mãe apresentou comportamento exagerado com seu filho.

Os dados coincidem com os resultados de outros estudos. Monticelli et al. (2007), em um estudo com puérperas soropositivas para o HIV, observaram que, logo após o nascimento dos seus filhos, as gestantes revelaram que ser mãe transcende a problemática da contaminação. A noção historicamente construída e socialmente incorporada de que a mulher destina-se à maternidade por sua natureza biológica fortaleceu o convívio com sentimentos de medo e culpa de poderem ter contaminado seus filhos.

A condição de HIV positivo não lhes tira o desejo e o prazer de serem mães e de experienciar momentos felizes com seus filhos. A possibilidade da maternidade fortalece a auto-estima, na medida em que o milagre da vida, expressão maior da existência, desafia o mistério sombrio da doença e da morte, que as acompanha, atormenta e ameaça.

Observa-se que o amor materno, na percepção das mães HIV positivo deste estudo, apresentou destaque e que, apesar dos sentimentos de medo e culpa

vividos por elas, estas não apresentaram rejeição aos seus filhos. A maternidade foi entendida não só como função biológica de conceber, procriar, reproduzir e gerar a vida, mas de assumir posição de destaque no cuidar, no tratar bem, no proteger e educar de seus filhos.

Estudos feitos com mães de crianças maiores e portadoras do HIV revelaram que as mães reagem com excessiva solicitude, apresentando condutas fóbicas e controladoras, tornando-se superprotetoras com suas crianças. A presença de superproteção e comportamentos inadequados reforça a hipótese de inabilidade dessas mães em lidar com suas crianças, decorrentes de sentimentos e crenças relacionadas à aids (SILVA et al., 2008, p.262).

A presença da superproteção por parte das mães, juntamente com uma maior dependência das crianças, potencializa eventuais problemas emocionais e comportamentais das crianças, podendo chegar à intrusividade. Quando a interação mãe-criança é inadequada, o infante tem maiores riscos de atraso e/ou dificuldade no desenvolvimento, limitações sociais, cognitivas, lingüísticas e até negligência. É necessário que os profissionais da saúde fiquem atentos a essas mudanças, pois estas são fatores que precisam ser considerados para a promoção da saúde e da qualidade de vida dessa clientela.

6 CONCLUSÃO

“Nada neste mundo faz sentido se não tocamos o coração das pessoas. Se a gente cresce com os golpes duros da vida, também podemos crescer com os toques suaves da alma.”
(Mário Quintana)

A aids mesmo com os avanços terapêuticos continua sendo uma doença que acarreta nas pessoas portadoras o medo da morte, a depressão e o isolamento da sociedade.

A mulher continua sendo vítima da infecção, aumentando a estatística dos portadores do HIV. Esta mulher ao ser mãe vivencia juntamente com a infecção do HIV, sentimentos de tristeza, ansiedade e culpa por acharem que podem ter infectado seus filhos. Estes sentimentos somados aos cuidados impostos ao binômio desde o pré-natal até o pós-parto, tais como os cuidados imediatos com o recém-nascido, acarretando em uma separação brusca entre ambos e o não amamentar leva a deficiência na promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho.

O apego é primordial para o desenvolvimento do ser. A mãe soropositiva para o HIV, precisa de um suporte que facilite a promoção do apego.

O vídeo é uma excelente estratégia educativa para o aprendizado do apego entre mãe e bebê.

O perfil socioeconômico das participantes do estudo não diferenciaram de outras pesquisas já realizadas com esta clientela específica. Das vinte quatro gestantes soropositivas 11 (45,9%) estavam na faixa etária entre 19 e 24 anos; sete (29,2%) eram da cor parda; 17 (70,8%) mantinham a união consensual como situação conjugal; 12 (50%) viviam com menos de um salário mínimo; 18 (75%) eram do lar; 14 (58,3%) tiveram entre quatro a oito anos de estudo e a religião predominante foi a católica 20 (83,3%) das participantes.

Sobre a história reprodutiva e sexual 14 (58,3%) usavam regularmente o preservativo; 22 (91,7%) tinham parceiro fixo; 20 (83,3%) não tinham história de outras DST e 22 (91,7%) faziam prevenção ginecológica regularmente.

A história obstétrica das participantes mostrou que 12 (50%) tiveram o número de gestações entre uma e duas; 10 (41,7%) eram nulíparas 12 (50%) haviam praticado aborto; 18 (75%) não tiveram suas gestações planejadas e 22 (91,7%) afirmaram não querer engravidar novamente, apesar de conhecerem a prevenção da transmissão vertical.

Os dados sobre a soropositividade para o HIV evidenciaram que 16 (66,6%) tinham entre 01 a 12 meses de diagnóstico; 18 (75%) faziam uso de anti-retrovirais e 18 (75%) haviam recebido orientações sobre a prevenção da transmissão vertical.

Para a elaboração do vídeo educativo percorremos cinco etapas: Desenvolvimento do roteiro do vídeo; Avaliação do roteiro por especialistas de conteúdo e técnico; Gravação e edição; Coleta de dados; Avaliação da interação mãe e bebê.

Na avaliação do roteiro algumas modificações foram sugeridas pelos especialistas, dentre elas a diminuição do número de cenas que estava incompatível com a minutagem proposta, de 20 minutos; a substituição de termos técnicos por termos mais coloquiais; a inserção de imagens e caracteres com efeitos computadorizados para melhor aprendizado da clientela e a interação maior entre os personagens. As sugestões foram acatadas, tornando o vídeo mais educativo, atendendo aos objetivos propostos.

A apresentação do vídeo às gestantes do grupo de intervenção possibilitou um contato mais próximo dessas mulheres com a realidade que iriam vivenciar após o parto, bem como mantiveram-se tranquilas ao serem orientadas quanto as suas dúvidas e medos. Esses resultados puderam ser constatados na etapa da avaliação da interação entre mãe e bebê, quando o protocolo proposto por Shermann (2007) foi aplicado.

O vídeo mostrou-se eficaz, pois os resultados foram favoráveis às participantes do grupo de intervenção.

Os comportamentos avaliados, sugeridos pelo protocolo foram: comunicação verbal; contato visual; atenção geral da mãe; afeto positivo; eficiência para consolar; reação da mãe ao choro do bebê; resposta ao comportamento social; Intensidade da resposta; sensibilidade; contato corporal; afeto negativo e intrusividade.

A comunicação verbal não apresentou significância quando comparado os resultados dos dois grupos. Quatro mães (33,3%), independente de assistirem o vídeo, foram avaliadas tendo o conceito “Moderado”. Seis (50%) das mães do grupo de intervenção obtiveram conceito “Muito” e “Sempre” ao contrário das mães do grupo controle, em que 08 (66,6%) interagiram “Pouco” ou “Nenhuma” vez com o seu bebê.

A comunicação verbal é pouco praticada pela mãe, pois existe a necessidade desta se sentir estimulada pelo bebê, porém nesta fase o bebê só interage através do choro.

Outros comportamentos que não mostraram significância foram o afeto negativo e a intrusividade. Apesar das mães estarem vivenciando um momento difícil em suas vidas, estas independentemente do vídeo educativo não demonstraram atitudes negativas nem atitudes exageradas com seus filhos.

Os demais comportamentos foram favoráveis ao grupo de intervenção, demonstrando que o vídeo educativo foi eficaz para a promoção do apego. As mães que assistiram o vídeo mantiveram contato corporal com maior frequência, consolaram mais seus filhos, reagiram melhor ao choro, responderam ao comportamento social do bebê, sendo a intensidade desta resposta maior nessas mães. A sensibilidade, considerada por Schermann (2007) o comportamento de maior importância para a promoção do apego, foi avaliada como “Muita” e “Sempre”, para as mães do grupo de intervenção, contrapondo-se as do grupo controle, em que a maioria tiveram suas avaliações como “Moderada”.

Concluimos que o vídeo educativo promove o apego seguro entre o binômio que vivencia a contaminação do HIV.

Com isso, a tese que o vídeo educativo promove o apego seguro entre puérpera soropositiva para o HIV e seu filho foi devidamente comprovada.

Assim, sugerimos que a educação a esta clientela seja permanente e que o vídeo contruído e validado possa contribuir com a prática dos profissionais da saúde, promovendo o apego a este binômio.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEYÁ, R. et al. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 385-390, out./dez. 2004.

ACADEMY OF MOTION PICTURE ARTS AND SCIENCES. **Enciclopédia Britannica**. 2004. Disponível em: <<http://www.britannica.com>>. Acesso em: 13 out. 2008.

AINSWORTH, M. D. Attachment: retrospect and prospect. In: PARKES, C. M.; STEVENSON, J. S. H. (Orgs.). **The place of attachment in human behavior**. New York: Basic Books, 1982. p. 3-30.

AINSWORTH, M. D. **Patterns of attachment**: assessed in the strange situation and home. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1978.

ALVES, M. F. P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais dos homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (Sup. 2), p. 429-439, 2003.

ANDRIES, S. Gravidez e AIDS. **Rev. Saber Viver**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 1-11, jun./jul. 2000.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JR., I. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: **II SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS**, 1997. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ, 1997. p. 20-37.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS**: cuidado e promoção da saúde multiprofissional. São Paulo: Office, 2004.

AUGE, Antonio Pedro Flores *et al.* Frequência de neoplasia intra-epitelial cervical em portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. (on line)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 573-577. 2000.

BARBOSA, R. M. et al. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1996. p. 17-32.

BARBOSA, R. H. S. **Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV positivas**. 2001. 294 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BARBOSA, L.P. **A vivência de crises no ciclo gravídico-puerperal**. 1998. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

BARBOSA, R. C. M. **Mulheres no puerpério: a compreensão do desempenho de papéis**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16 (Sup.1), p. 65-76, 2000.

BESERRA, E. P; ARAÚJO, M. F. M; BARROSO, M. G.T. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n.1, p.18-25, jan./abr. 2007.

BOWLBY, J. **Uma base segura**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. **Apego e perda: Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v. 1.

_____. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1949**. Título VI – Dos crimes contra os costumes; Capítulo I – Dos crimes contra a liberdade sexual. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf>. Acesso em: 27 out. 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, out. 1996.

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

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS**, n. 1, nov. 2002a – 48ª/2001 a 13ª/2002 Semanas Epidemiológicas – Outubro de 2001 a março de 2002. Disponível em: <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 27 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **O perfil da AIDS no Brasil e metas de governo para controle da epidemia**. 2002b. Disponível em: <[http:// www.aids.br/fina/biblioteca/metaspdf](http://www.aids.br/fina/biblioteca/metaspdf)>. Acesso em: 1 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 26 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico sobre Aids**, Brasília, DF, n. 1, nov. 2006a. Disponível em: <[http:// www.unaids.org](http://www.unaids.org)>. Acesso em: 27 out. 2008.

_____. **Manual de controle das DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde 2006 – Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Comitê Assessor das Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes - 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis** - Manual de Bolso – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http:// www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 26 out. 2008.

BRICKS, L. F. Choro excessivo e cólica em lactentes. **Pediatria**, São Paulo, v. 4, n. 23, p. 305-319, jul./dez. 2001.

BERER, M. **Mulheres e HIV/AIDS**: um livro sobre recursos internacionais. São Paulo: Brasiliense, 1997.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Self-care and HIV/aids patients: nursing care systematization. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 336-345, jul./dez. 2006.

CAMPOS, Rachel Rezende et al. Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras e não-portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 248-256, mai. 2005.

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interações em Psicologia**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 345-355, Jul/dez. 2006.

CASTANHA, A. R. et al. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 70-81, mar. 2006.

CASTRO, C. M. **Os sentidos da maternidade para gestantes e puérperas vivendo com HIV**. 2001. 140f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

FERRARI, A. G. **Tornar-se mãe: a constituição da maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê**. 2003. 294 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FIORENTINI, R.; CARNEIRO, V.L. **TV na escola e os desafios de hoje: curso de extensão para professores do ensino fundamental e médio da rede pública UniRede**. 2. ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2002.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Passos, caminhos e estradas do agir bioético na pesquisa com seres humanos. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 87-94, jan/mar. 2004.

FRANÇA, I. J.; DORING, M.; STELLA, I. M. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 40 (sup.), p. 23-30, 2006.

GALVÃO, M.T.G et al. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 25-30, 2002.

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

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 430-437, marc./abr. 2004.

GRIMBERG, M. Género y VIH/SIDA: um análisis de los diferenciales de género em la experiencia de vivir con VIH. **Cuad. Med. Soc.**, Chile, v. 2, n. 78, p. 41-54, jul. 2000.

HOFER, M. A. The psychology of early attachment. **Clinical Neuroscience Research**, New York, v. 4, n. 5, p. 291-300, May. 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Trad. Michael Shumidt Ducan e Ana Rita Peres. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudo especial sobre a mulher**. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2008.

_____. **Indicadores demográficos**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2008.

_____. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2008.

_____. **Estatística do registro civil**. 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. v. 32.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer do colo do útero**. 2008. Disponível em: <<http://www.cancer.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2008.

KALICHMAN, S. C. et al. Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 26,n.4 p. 315-332, August. 2003.

KNAUTH, D. Maternidade sob o signo da Aids: um estudo sobre mulheres infectadas. In: Costa, A. O. (Org.). **Direitos tardios**: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: PRODIR; FCC; Editora 34, 1997. p. 39-64.

KNAUTH, D. R.; BARBOSA, R. M.; HOPKINS, K. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilization among women with HIV in Brazil. **Reproductive Health Matters**, New York, v. 11, n. 22, p. 113-121, nov. 2003.

LATVALA, E.; VUOKILA-OIKONEN, P.; JANHONEN, S. Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. **J. Adv. Nurs.**, Londres, v. 2, n. 31, p. 1.252-1.257, may 2000.

LINDSAY, M.K. et al. The knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeated pregnancy. **Obstet. Gynecol.** New York, v. 1, n. 85, p. 675-679, jul. 1995.

LOPES, F. A. et al. Do conflito de interesses à cooperação: a interação mãe-bebê numa perspectiva etológica. In: PICCINI, C. A. (Org.). **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

LOPES, M. V. de O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais**. 2005. 123 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

LOWDERMILK, D. L. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MACHADO, R. N.; WINOGRAD, M. A importância das experiências táteis na organização psíquica. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 462-467, dez. 2007.

MAIA, E. M . C. **Fortalecimento do vínculo diádico entre a mãe adolescente e seu bebê**. 2000. 163 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MALISKA, I. C.A et al. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 3, p. 687-699, set./dez. 2007. Disponível em: < www.fen.ufg.br/revista/v9/n3a09.htm>. Acesso em: 26 out. 2008.

Maroco, J. **Análise Estatística com utilização do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

MOURA, Maria Lucia et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 687-698,dez. 2008.

MURAHOVSKI, Jayme. Cólicas do lactente. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 2, p. 101-102, abr. 2003.

MURPHY; D.A, MANN; T. Number of pregnancies, outcome expectancies and social norms among HIV infected young women. **Health Psychology**. New York, v. 17, n. 5, p. 470-475, 1998

MURPHY, D. A. et. al. Mothers living with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning. **Aids Care**, New York, v. 14, n. 5, p. 633-644, oct. 2002.

NASCIMENTO, A. M. G. **Representação social e vulnerabilidade em tempos de AIDS**. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

NEWELL, M. L. Reducing childhood mortality in poor countries. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 10, n. 01, p. 22-24, 2003.

NIETSCH, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidades para a práxis de enfermagem**. Ijuí, RS: Unijuí, 2000.

PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de AIDS: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico do portadores**. São Paulo: Summus, 1992.

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

PAIVA, V. et al. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.

PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.609-1.620, nov./dez. 2002.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G. Orientações às gestantes e puérperas portadoras de HIV/aids quanto à alimentação alternativa dos seus filhos. **Revista Nursing**, Goiânia, v. 95, n. 9, p. 12-13, abr. 2006.

PAPALIA, D.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO, J. R. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 12-13, nov. 2000.

PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, E. C. Ser mãe e estar com aids: o revivescimento do pecado original. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 404-410, dez. 1999.

PINHEIRO, P. N. C. **Mães soropositivas: enfoque educativo visando à melhor qualidade de vida**. 2002. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2002.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas / The use of videotaping in qualitative research. **Rev. Latinoam. Enferm**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 717-722, set./out. 2005.

PINTO, E. B. A análise das interações pais-bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In: PICCINI, C. A. (Org.). **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

PIRES, I. C. P.; MIRANDA, A. E. B.. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/AIDS. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 152-154, abril. 1998.

POLEJACK, L.,; COSTA, L. F. Aids e conjugalidade: o desafio de com (viver). **Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas**, São Paulo, v. 13, n. 32, p. 131-139, agosto. 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, Sofia Helena A. da Silva.; FURTADO, Erickson Felipe. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em Pesquisa – UFJF**, Juiz de Fora, MG, v. 1, n. 2, p. 20-28, jan./jun. 2007.

REGATO, V.C. A aids de nossos dias: quem é o responsável? **Est Psicol.**, Natal, v. 9, n. 1, p. 167-175, abr. 2004.

RIBAS, Adriana F. Paes; MOURA, Maria Lucia Seidl de. Manifestações iniciais de trocas interativas mãe-bebê e suas transformações. **Estud. Psicol.**, Natal, RN, v. 4, n. 2, p. 273-288, jul./dez. 1999

RIBAS, Adriana F. Paes; MOURA, Maria Lucia Seidl de. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-322, jan. 2004.

RIBEIRO, V. P; MOURA, C. A. **The adverse interactions of the soropositive mother and the precocious development of the baby**. Disponível em: <<http://agata.ucg.br>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

RODRIGUEZ; E. J. SPANN. C. J. et al. Postoperative morbidity associated with cesarean delivery among human immunodeficiency virus-soropositive women. **J. Obstetrics Gynecology**, New York, v. 2, n. 2, p. 12-13, jul. 2001.

ROGERS, M.F. Epidemiology of HIV/AIDS in women and children in the USA. **Acta Paediatric**. New York, v. 421, n. 2, p.15-16, jul. 1997.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 258 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 12-23, Ago. 2002.

SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. **Temas em Psicologia da SBP**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 55-61, jun. 2001.

SCHERMANN, L. ALFAYA, C. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 2, p. 270-285, maio-agosto. 2005.

SCHERMANN, L. Avaliação quantitativa e qualitativa da interação mãe-bebê. In: PICCINI, C. A. (Org.). **Observando a interação pais-bebê-criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SEROVICH, J. M. et al. The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. **Aids Care**, New York, v. 13, n. 3, p. 335-341, jul. 2001.

SILVA, P. A. **A (in)certeza da vida**: representações sociais de gestantes soropositivas ao HIV/AIDS sobre o nascimento de seu filho(a). 2003. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, R. A. R. da et al. Formas de enfrentamento da aids: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 16, n. 2, p. 260-265, jul. 2008.

SIMÕES, R. H. B. **Pré-Natal e aids na rede básica de saúde**: impasses, limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ, 2000.

SOUSA, J. A. A formação do vínculo afetivo: a questão do apego. **Revista Técnica IPEP**, São Paulo, v. 5, n. 1/2, p. 81-98, jan./dez. 2005.

SZWARCWALD, C. L. Estimativa da prevalência na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. **Boletim Epidemiológico sobre a Aids**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 12-13, jul. 2006.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S.A. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 152, n. 2, p. 369-379, jul. 1999.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VINHAS; D. C. S. ET AL. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p.16-24, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 26 out. 2008.

WESLEY, Y. et al. Reproductive decision making in mothers with HIV 1. **Health Care for Women International**, New York, v. 21, n. 2, p. 291-304, jul. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development**. Geneva, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent>>. Acesso em: 26 out. 2008.

ZAMPIERI, A. M. F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS**. São Paulo: Ágora, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO PARA A FORMAÇÃO DO APEGO EFICAZ ESPECIALISTA EM CONTEÚDO

Nome do avaliador: _____

Experiência com o conteúdo em questão:

- Doutor em Enfermagem ()
- Mestre em Enfermagem ()
- Experiência no cuidado do binômio mãe/filho, no mínimo de 5 anos ()
- Participar de grupos/projetos de pesquisa que envolvam mãe/filho ()
- Tem pelo menos dois trabalhos publicados em periódicos com a temática mãe/filho nos últimos três anos ()
- Desenvolveu tese ou dissertação na temática saúde materno-infantil ()

Instruções:

Analise cuidadosamente o roteiro do vídeo educativo. Em seguida, responda às perguntas utilizando a abreviatura que melhor representar o grau atingido em cada critério.

Valoração:

A- de Acordo

AP- de Acordo em Parte

D- em Desacordo

NA- Não se aplica

1. OBJETIVOS: referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio da prática com o vídeo educativo.

1.1 São coerentes com a prática de enfermagem.	A	AP	D	NA
1.2 São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de estimular a puérpera soropositiva a um apego eficaz com seu filho.	A	AP	D	NA
1.3 O nível dos objetivos propostos está adequado para serem efetivados.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

2. CONTEÚDO – Refere-se à forma de apresentar o vídeo, isso inclui sua organização geral, sua estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

2.1 O conteúdo corresponde aos objetivos propostos no trabalho.	A	AP	D	NA
2.2 O roteiro do vídeo é apropriado para a clientela escolhida.	A	AP	D	NA
2.3 Os conteúdos atingem com precisão o escopo do tema.	A	AP	D	NA
2.4 As informações que o roteiro apresenta estão corretas.	A	AP	D	NA

2.5 Segundo o roteiro, o vídeo apresenta um número de cenas e um tempo suficiente para o conhecimento das participantes.	A	AP	D	NA
2.6 O estilo de redação do vídeo está compatível com o nível de conhecimento das participantes.	A	AP	D	NA
2.7 As estratégias utilizadas estão compatíveis para o desenvolvimento do apego.	A	AP	D	NA
2.8 As cenas que pretendemos colocar no vídeo não refletem discriminação.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

3. RELEVÂNCIA: Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

3.1 Os itens ilustram aspectos importantes para o estímulo do apego eficaz.	A	AP	D	NA
3.2 Os itens são relevantes para que a puérpera possa exercitar atividades maternas com melhor desempenho. Permite transferência e generalização do conteúdo aprendido a diferentes contextos.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

4. AMBIENTE: Refere-se à característica que avalia o cenário que será apresentado no vídeo.

4.1 O ambiente é adequado para transmissão do vídeo.	A	AP	D	NA
4.2 O ambiente propõe ao aprendiz adquirir conhecimento a partir da experiência do vídeo e dos ensinamentos propostos pela pesquisadora.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO PARA A FORMAÇÃO DO APEGO EFICAZ

ESPECIALISTA EM VÍDEO

Nome do vídeo: A importância do Apego entre mãe e bebê

Nome do avaliador:

Experiência em vídeo educativo:

- Grau de Mestre em Comunicação ()
- Grau de Especialista em Comunicação ()
- Experiência em vídeos educativos, no mínimo de 5 anos ()
- Trabalhos publicados na temática vídeo educativo ()
- Tese/dissertação/monografia na área de Comunicação ()

INSTRUÇÕES:

Analise cuidadosamente o roteiro do vídeo educativo. Em seguida, responda às perguntas utilizando a abreviatura que melhor representa o grau atingido em cada critério.

VALORAÇÃO:

A - de Acordo

AP - Acordo em Parte

D - Desacordo

NA - Não se Aplica

1. **FUNCIONALIDADE:** Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo educativo e que estão dirigidas a satisfazer as necessidades de apoio das mães soropositivas para o HIV.

1.1 O vídeo, como está no roteiro, propõe-se a fazer o que é apropriado para o estímulo do apego entre mãe/filho.	A	AP	D	NA
1.2 O vídeo gera resultados positivos.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

2. USABILIDADE: Refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

2.10 vídeo é fácil de usar.	A	AP	D	NA
2.2 É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações.	A	AP	D	NA
2.3 Permite que a mãe tenha controle das atividades nele apresentadas, sendo fácil de aplicar.	A	AP	D	NA
2.4 Fornece ajuda de forma clara, completa e rápida, não sendo cansativo.	A	AP	D	NA

Em caso de descordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

3. EFICIÊNCIA: Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

3.1 O tempo proposto é adequado para que o usuário aprenda o conteúdo.	A	AP	D	NA
3.2 O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo.	A	AP	D	NA
3.3 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	A	AP	D	NA
3.4 O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	A	AP	D	NA

Em caso de desacordo ou desacordo em parte, descreva as sugestões para aprimorar o item:

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Procedência: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____ Cor: () Branca () Negra () Parda

Profissão: _____ Renda Familiar: _____

Estado civil: () solteiro () casado () viúva () divorciada () união consensual

HISTÓRIA SEXUAL/REPRODUTIVA

Tem história de outra DST? SIM () NÃO () em caso afirmativo, qual?

Tem parceiro sexual fixo? SIM () NÃO ()

Faz uso de preservativo em todas as relações? SIM () NÃO ()

Faz prevenção ginecológica de rotina? SIM () NÃO ()

G_P_A_?

Sua gravidez foi planejada? SIM () NÃO ()

DADOS SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA HIV

Data da descoberta da soropositividade? __/__/__

Faz uso de anti-retrovirais? SIM () NÃO ()

Fez uso de inibidor da lactação? SIM () NÃO ()

Mantém as mamas enfaixadas? SIM () Não ()

Usou AZT durante a gravidez? SIM () NÃO ()

Oferece adequadamente o xarope à criança? SIM () NÃO ()

DIFICULDADES ENCONTRADAS NO MANEJO COM A CRIANÇA?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo de Intervenção

Eu, Régia Christina Moura Barbosa, enfermeira, aluna do curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como finalidade validar um vídeo educativo para que possa orientar e estimular às mães soropositivas para o HIV a uma atitude de apego eficaz. Para tanto, você assistirá ao filme e obterá orientações práticas referentes a atitudes estimuladoras de apego, tais como: tocar seu filho (a); a importância do carinho; o tom da voz; a postura adequada em momentos considerados importantes, como o banho, a troca de fraldas, a alimentação e outros pontos que você ache importante e queira tirar alguma dúvida. Assim, convido-a a participar deste estudo, que será realizado mediante orientações e intervenções durante seu pós-parto imediato na maternidade e no retorno, que será agendado com 45 dias para revisão do parto. No retorno, duas acadêmicas de enfermagem irão solicitar a você que demonstre, de maneira simples, uma atividade rotineira entre você e seu filho. Essa atividade poderá ser a troca de fraldas, a oferta do xarope de AZT ou a própria oferta do alimento. Vale ressaltar que essa atividade será filmada, para que as acadêmicas possam avaliar o grau de apego entre você e seu filho. Caso concorde, enfatizo que a sua participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo físico, mental ou social. Você terá a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento do seu desenvolvimento, sem que isso acarrete prejuízo ao seu seguimento clínico. Todas as suas informações pessoais adquiridas serão mantidas em sigilo.

Eu _____ RG
nº: _____, declaro que fui informada acerca dos objetivos do estudo e concordo em participar, voluntariamente, do mesmo, desde que eu tenha assegurado o direito, sem nenhum prejuízo à minha pessoa, de não continuar participando se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo, e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente. Estou ciente, também, de que NÃO receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no estudo.

Em ____/____/____ _____

Participante Informante

Em ____/____/____ _____

Régia Christina Moura Barbosa
Enfermeira Pesquisadora – RG: 93020000235
COREN: 99504. End. Av. Aguanambi, 1000, Ap. 302, Fátima
Fone: 32511696/99587032

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo Controle

Eu, Régia Christina Moura Barbosa, enfermeira, aluna do doutorado em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou realizando uma pesquisa que tem como finalidade validar um vídeo educativo para que possa orientar e estimular às mães soropositivas para o HIV a uma atitude de apego eficaz. No entanto, irei precisar de algumas informações suas, tais como idade, descoberta da soropositividade e outros pontos contidos em um formulário para entrevista. No seu retorno, com 45 dias, à maternidade, para revisão de parto, preciso da sua colaboração para que possa ser gravado um vídeo com você e seu filho. Esse vídeo será gravado por duas acadêmicas de enfermagem, que lhe pedirão que realize uma atividade rotineira, a qual esteja familiarizada, como a troca de fraldas, a oferta do xarope de AZT ou a oferta do leite. Quero enfatizar que esse vídeo é rápido e que a sua participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo físico, mental ou social. Você terá a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento do seu desenvolvimento, bem como de fazer parte do outro grupo que assistirá ao vídeo educativo ainda na maternidade, porém você será desligada do estudo, mas isso não acarretará prejuízo ao seu seguimento clínico. Todas as suas informações pessoais adquiridas serão mantidas em sigilo.

Eu _____ RG
nº: _____, declaro que fui informada acerca dos objetivos do estudo e concordo em participar, voluntariamente, do mesmo, desde que eu tenha assegurado o direito, sem nenhum prejuízo à minha pessoa, de não continuar participando, se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo, e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente. Estou ciente, também, de que NÃO receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no estudo.

Em ____/____/____ _____

Participante Informante

Em ____/____/____ _____

Régia Christina Moura Barbosa
Enfermeira Pesquisadora – RG: 93020000235
COREN: 99504. End. Av. Aguanambi, 1000, Ap. 302, Fátima
Fone: 32511696/99587032

APÊNDICE F

Fortaleza, ____ de ____ de 2007

À diretora da Maternidade _____

Prezada diretora,

Eu, Régia Christina Moura Barbosa, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Doutorado, matrícula 9732489, venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada “**Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**”, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ana Karina Bezerra Pinheiro. O objetivo geral será: validar um vídeo educativo para a promoção do apego entre puérperas soropositivas para o HIV e seus filhos. Os objetivos específicos serão: construir um vídeo educativo para a promoção do apego entre puérperas soropositivas para o HIV e seus filhos; avaliar o conteúdo e as características técnicas do vídeo educativo; verificar os efeitos da utilização do vídeo educativo para o apego entre puérpera soropositiva para o HIV e seus filhos.

O estudo que pretendemos realizar é definido como experimental, do tipo ensaio clínico randomizado, necessitando do meu acesso á maternidade, bem como acesso aos prontuários das pacientes.

Destaque-se que todos os preceitos éticos e legais serão respeitados, conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Sendo assim, não haverá identificação de nenhuma puérpera, bem como de profissionais que prestam serviço.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

No aguardo de uma resposta, agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Régia C. M. Barbosa

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICO

Estimado colega:

Estou desenvolvendo um estudo intitulado “**Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**”, em que uma das etapas se refere à avaliação do roteiro do vídeo, por parte de especialistas em conteúdo e técnico. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes. Gostaria de lhe convidar a participar da referida avaliação, tendo em vista que seus conhecimentos são relevantes para avaliar o vídeo educativo que será desenvolvido. Você receberá uma cópia do roteiro do vídeo e um formulário para avaliação.

O formulário para ser preenchido visa avaliar o roteiro e está constituído de itens a serem respondidos “SIM” ou “Não”, além de itens que foram baseados em uma nomenclatura específica (conceito de qualidade), tais como: A - de acordo; AP - de Acordo em Parte; D - desacordo e NA - Não se Aplica.

Para sua maior comodidade, asseguramos que o sigilo de sua identidade será mantido, e você poderá desistir de participar quando achar conveniente.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Régia Christina Moura Barbosa

Doutorando em Enfermagem – UFC/FFOE/DENF

APÊNDICE H

ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO

APEGO: COMPORTAMENTO QUE PROMOVE SAÚDE

De

Régia Christina Moura Barbosa e Ana Karina Bezerra Pinheiro

Copyright by Régia Christina Moura Barbosa e Ana Karina Bezerra Pinheiro (2008)

Av. Aguanambi, 1000 aptº 302

Tel. 99587032

© Todos os direitos reservados



APEGO: COMPORTAMENTO QUE PROMOVE SAÚDE



Régia Christina Moura Barbosa e Ana Karina Bezerra Pinheiro

ROTEIRO

IDÉIA: Desenvolver um vídeo educativo tendo como foco mães soropositivas para o HIV com o objetivo de estimular um apego seguro entre a díade mãe/bebê.

MINUTAGEM: 14 a 15 minutos.

“STORY LINE”

Atualmente vem aumentando o número de mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Conseqüentemente, também há o aumento do número de crianças contaminadas. Para a redução desse risco, preconizam-se medidas para a prevenção da transmissão vertical (mãe/bebê). Entre essas medidas, destacam-se o impedimento da amamentação; medidas imediatas após o parto, havendo a separação do binômio para que esses cuidados imediatos sejam realizados; uso do AZT xarope; enfaixamento das mamas, entre outros. Medo, preconceito e estigma são desfavoráveis ao apego entre mãe e bebê. Logo, pretende-se desenvolver um vídeo educativo com conteúdo elaborado para orientação e/ou formação de um apego seguro e um vínculo eficaz entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho exposto ao vírus.

SINOPSE

A história se passa em uma maternidade, local onde Ana Maria, mãe pela primeira vez, portadora do vírus HIV teve seu filho. Muito tímida e cheia de dúvidas quanto aos cuidados com o seu filho, Ana Maria recebe ajuda de uma enfermeira (Mônica) que lhe repassa informações valiosíssimas sobre como cuidar da criança, além de técnicas adequadas direcionadas às orientações de conduta ao falar, ao olhar e ao toque, estímulos de um apego seguro. O vídeo traz lições a serem postas em práticas no dia-a-dia por mães que sentem necessidade de aprender mais sobre o universo da criança e que desejam manter um apego com seu filho, sem o estigma de sua condição soropositiva.

ABERTURA DO VÍDEO

Abrir com fotos de mães e bebês em diversas situações, sinalizando integração e harmonia. As imagens vão aparecendo com efeito da direita para o centro e da esquerda para o centro, formando um quadro *split*, com superposição de imagens.

ÁUDIO: Música (a ser escolhida) em sintonia com as imagens. Áudio sobe e desce.

Corta para:

CENA 1:

Permanece quadro *split* ao fundo (áudio em BG). Apresentadora entra olhando as imagens e vira-se para a câmara e inicia sua fala.

Apresentadora

Você foi mãe! Começa agora um período muito especial, durante o qual você e seu filho vão formar o apego.

Apresentador – outro ângulo. Ao lado, permanece uma imagem bem sugestiva de apego entre mãe e bebê.

O apego entre mãe e filho pode se iniciar assim que você põe os olhos no bebê, ou então pode durar alguns meses até se estabelecer, estreitando-se a cada contato de vocês.

APEGO – SUPERPOR CARACTERES (FAZER EFEITO COMPUTADORIZADO)

Apego significa: comportamento que a mãe tem para atender às necessidades do seu filho ou o inverso, o comportamento do filho em necessitar da mãe (muitas vezes demonstrado através do choro). O apego não se trata apenas de uma recompensa emocional mútua. É, sim, algo tão crucial para o desenvolvimento da criança quanto a alimentação. Assim, quanto mais contato a mãe tiver com o seu bebê, melhor ele irá se adaptar ao novo mundo, mantendo um vínculo afetivo com você, além de se manter confiante facilitando um desabrochar para o mundo.

Corta para:

Imagens de vários recém-nascidos com mães em diversas situações: no campo, em casa, em situação de família...

Áudio sobe e desce.

CENA 2:

PM de cena

A cena se passa em um ambiente hospitalar (enfermaria de uma maternidade). O cenário é composto por uma cama, berço e uma cadeira.

Na cama, está sentada Ana Maria (a mãe), que tenta trocar a fralda de seu bebê e demonstra impaciência, pois não consegue o seu intuito.

Câmara abre até PA para a entrada da personagem (enfermeira), que entra para auxiliar a “mãe”.

Mônica

(com simpatia)

Você se assustou? Desculpe.

O que você estava fazendo?

Ana Maria

(tímida)

É que eu, eu, eu estava tentando trocar a fralda dele.

Mônica

Pode continuar ou você quer que eu ajude?

Ana Maria

Apenas balança a cabeça fazendo um gesto positivo.

Corta para:

Permanece imagem congelada.

CENA 3:

Apresentadora entra para comentar a cena.

Apresentadora

Está insegura para cuidar do seu filho? Veja bem! Existe sempre alguém – seu parceiro, sua mãe, alguma amiga ou mesmo um profissional que possa ajudá-la e também interagir com o seu bebê, isto irá aliviar a pressão que possa estar sentindo. Afinal é um momento novo, de descobertas.

Áudio sobe e desce.

Corta para:

CENA 4:

PA de cena.

Enfermeira ajuda à mãe a trocar a fralda.

Mônica

Ana Maria, não se preocupe. Logo você estará fazendo isso muito bem. Que tal aprender algumas formas que podem ajudar você a criarem apego? Afinal é um momento de vocês, é importante a troca de afeto, e o bebê precisa sentir-se seguro. Ninguém melhor do que você para passar essa segurança. Concorda?

Ana Maria

Claro! Por onde vamos começar?

Corta para:

CENA 5:

Ana Maria aprende técnicas de massagem.

Mônica

Vamos começar com uma massagem! (OT) Bem! Temos aqui óleo para o bebê. Olha só! Esse óleo vai nos auxiliar a desenvolver a massagem que estimula o toque e favorece o apego entre vocês.

CENA 6:

Mônica inicia demonstração.

Mônica

Use óleo especial para bebê (neste momento, a enfermeira tira um pouco de óleo e passa nas duas mãos). Inicie pela face, depois siga a ordem: peito, braços e mãos, estômago e intestinos, pernas e pés e, por último, as costas.

Face: Coloque a ponta dos dedos de ambas as mãos no meio da testa, deslize-as em direção às têmporas e depois para as bochechas. Apóie os polegares sobre o nariz do bebê, pressionando levemente e seguindo firme até as bochechas. Faça um círculo sobre as orelhas e desça pela mandíbula, até chegar ao queixo.

Superpor caracteres FACE.

Peito: Coloque as mãos abertas no peito da criança e deslize-as de dentro para fora, como se estivesse desenhando um coração. Em seguida, siga suavemente para os ombros, descendo até os braços.

Superpor caracteres PEITO.

Braços e mãos: Observe que é uma seqüência (diz Mônica). Com as mãos ao redor de um dos braços do bebê, faça movimentos do ombro para o pulso. Repita em sentido contrário, do pulso para o ombro. Abra a mão do bebê, esticando cada dedo com delicadeza. Em seguida, friccione a palma e o dorso, com movimentos em direção aos dedos. Repita os mesmos passos no outro braço e mão.

Superpor caracteres BRAÇOS E MÃOS.

Abdome: Massageie a barriguinha do bebê, com um movimento de retorno, de cima para baixo, uma mão após a outra. Levante as pernas dele, pressionando-as sobre o abdome. Com as mãos abertas sobre o abdome, faça movimentos circulares no sentido horário.

Superpor caracteres ABDOME.

Pernas e Pés: Segure uma das pernas e faça movimentos do quadril ao tornozelo e, depois, em sentido contrário, do tornozelo ao quadril. Friccione a planta do pé, passando seus polegares alternadamente do calcanhar até os dedos do bebê. Estique, cuidadosamente, cada

dedo e depois deslize os polegares sobre o peito do pé. Repita os mesmos passos na outra perna e pé.

Superpor caracteres PERNAS E PÉS.

Costas: Coloque o bebê de bruços em seu colo, num travesseiro, de forma que o corpo dele fique transversal a você (Mônica pega o travesseiro e explica a Ana Maria a posição correta). Após colocar o bebê em posição confortável, inicie a massagem fazendo movimentos de vai-vem, com as mãos abertas, descendo da nuca para o quadril. Depois, deslize, delicadamente, as pontas dos dedos pelas costas do bebê, da nuca para o bumbum, num único movimento.

Superpor caracteres COSTAS.

Agora você quer tentar? (pergunta Mônica)

Ana Maria

Não vou perder esta chance! Quero.

Obs: A cena termina com Ana Maria tocando suavemente seu filho, demonstrando alegria e entusiasmo com o que aprendeu.

Corta para:

Congela imagem da cena 6.

CENA 7:

Apresentadora entra.

Apresentadora

Uma das maneiras mais eficientes de estabelecer apego com o seu bebê é por meio da proximidade e do contato físico, que oferecem calor, segurança e bem-estar tanto para criança como para você também. Reserve alguns momentos tranquilos e, quando puder aninhar o bebê em seu colo, aproveite essa sensação de intimidade.

A massagem é uma maravilhosa maneira de expressar amor ao bebê. Além de reforçar o apego entre você e seu filho e acalmá-lo nos momentos de desconforto, estimula o desenvolvimento e fortalece a confiança.

Corta para:

CENA 8:

Apresentadora continua falando, porém em outro ângulo, pois o assunto irá mudar.

Apresentadora

O bebê nasce com forte impulso para se comunicar e, rapidamente, desenvolve muitos meios de “falar” com você. Nos primeiros meses, o modo mais eficiente de o bebê se comunicar é pelo choro.

OT - ao fundo imagens de bebê chorando (áudio sobe, também com choro de criança).

O choro é a primeira fala do bebê. Aos poucos, você vai aprender pelo tom de cada choro o que o seu bebê necessita. Quando você atende o chamado e dá toda a atenção que o bebê precisa, o seu bebê vai se sentir mais seguro, e o apego entre vocês se tornará mais forte. A seguir, você verá nas cenas como estimular a comunicação com o seu filho.

Corta para:

CENA 9:

Enfermeira dirige-se a Ana Maria, explicando como deve ser a comunicação com o seu filho.

Mônica

Ana Maria, outra forma de manter um apego seguro com o seu filho é por meio da comunicação. (OT) O bebê, para você ter idéia, começa a entender a linguagem muito cedo e inicia o aprendizado da fala desde o dia em que nasce.

Ana Maria

(Atenta)

Presta atenção em tudo que a enfermeira explica.

-Verdade!

Mônica

Você pode comunicar-se com o seu filho todos os dias, todos os instantes, nas atividades rotineiras que são realizadas no dia a dia, tais como: banhar, trocar fraldas, alimentar, colocar para dormir... Você pode e deve estimular a comunicação com seu filho, essa é mais uma atitude de apego entre vocês. Lembre-se: o bebê reconhece sua voz desde quando estava no seu útero. Tenho algumas dicas que você pode fazer:

Superpor caracteres: Olhe para o seu bebê.

1. **Olhe diretamente para o seu bebê sempre que conversar.** O seu olhar exerce forte domínio sobre a criança, pois ele funciona como um fio condutor, e esta rotina de troca de olhares afirma o carinho entre vocês e é um bom estímulo para o apego;

Superpor caracteres: converse com o bebê.

2. **Converse sempre com o bebê.** Descreva as pequenas tarefas cotidianas, como, por exemplo, “agora vou colocar você no carrinho”, assim você irá ajudar o bebê a associar as palavras a alguns objetos familiares;

Superpor caracteres: ambiente silencioso.

3. **Mantenha o ambiente o mais silencioso possível.** Desligue o rádio, o aparelho de som ou a televisão sempre que conversar com o bebê. Assim, a atenção dele ficará toda concentrada em você;

Superpor caracteres: repetição.

4. **Sempre que possível, repita as frases.** Os bebês aprendem por repetição, assim precisam ouvir várias vezes para compreender o significado;

Superpor caracteres: declame poema e coloque música.

5. **Declame poema para seu filho e coloque música para ele ouvir.** A música, principalmente as cantigas de ninar, ajudam a superar o medo da separação e mantém uma relação de segurança.

Superpor caracteres: leia livros e historinhas.

6. **Leia livros, conte historinhas para ele.** Nunca é cedo para compartilhar esse momento. Escolha livros ilustrados com desenhos grandes, sem fundos muito detalhados. O foco do olhar se desenvolve após 8 semanas de vida. Aponte as imagens e fale sobre elas.

Está vendo, são pequenos gestos de atitudes que fazem toda a diferença.

Ana Maria

(Admirada)

É! São coisas simples, mas que a gente tem que se acostumar. (OT) Achei legal, pois são dicas que nunca havia escutado e que, agora, como você mesma falou, vão fazer toda a diferença.

Fico pensando... Será que o meu filho vai se apegar a mim, mesmo eu não podendo dar de mamar?

Corta para:

Congela a cena, superpor um ponto de interrogação ?

CENA 10:

Apresentadora entra e olha inicialmente a imagem congelada.

Esta é uma pergunta muito comum: como vou manter um apego entre mim e meu filho se não posso amamentar?

Apresentadora em outro ângulo:

(OT) A amamentação é apenas um dos meios para estimular e/ou manter o apego entre mãe/filho. Tudo o que já foi falado até este momento sobre: o tocar, o olhar, a forma de falar e outras dicas podem ser colocadas em prática nas diversas atividades realizadas no dia-a-dia, inclusive na hora da alimentação.

(OT) Para as mães que não podem amamentar os filhos no peito, há a opção da oferta de leite do Banco de Leite Humano ou leites artificiais (superpor caracteres banco de leite humano). O ideal são os leites modificados que se aproximam do leite materno. Atualmente, as empresas

de produtos lactíferos investem para que esse tipo de leite seja o mais próximo do ideal: com modificação de proteínas, gorduras, carboidratos, além do acréscimo de vitaminas e sais minerais, atendendo à necessidade da criança (Superpor caracteres em sintonia com a fala – proteínas, gorduras, vitaminas, carboidratos...). Relaxe, pois você tem direito de receber o leite do seu filho até ele completar seis meses de idade. (OT) – outro ângulo: Lembre-se de que a idade de introduzir novos alimentos será mais cedo, diferente da criança que só mama; outra coisa que você não pode esquecer é de oferecer água à criança. Para obter mais informações, você deve tirar todas as suas dúvidas com os profissionais que irão acompanhar o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Corta para:

CENA 11:

Áudio sobe e desce, abre com Mônica dirigindo-se a Ana Maria.

Mônica responde prontamente à indagação de Ana Maria.

Mônica

Ana Maria, você vai conseguir! (OT) Colocando em prática todos os ensinamentos: a massagem; a troca de olhares; a conversa... Cantando, você estará estimulando o apego, e isso você poderá fazer independentemente de amamentar. Lembre-se de que o risco de infecção para a criança que é amamentada pela mãe soropositiva para o HIV chega a 45%. Por esse motivo, seu filho não deve ser amamentado nem por você nem por outra pessoa, pois a ama de leite pode ter também HIV ou outras doenças que são transmitidas pelo leite materno. (OT) O ideal é iniciar com a fórmula de leite modificada ou com leite dos Bancos de Leite Humano.

O leite que você está produzindo pode ser inibido por meio de medicação e enfaixamento das mamas, para evitar o ingurgitamento e outros problemas que aparecem com maior frequência. Ficou claro?

Se você for usar o leite que vai receber na maternidade, preste atenção na forma de diluir e mantenha uma higiene adequada dos utensílios que irá usar.

Você pode fazer assim:

Nesse momento, Mônica demonstra a diluição do leite, usando água e a medida correta do leite em pó, recebido da maternidade.

Corta para:

Nesse momento, se dará um close nas mãos de Mônica, preparando o leite.

Abre PM de cena:

CENA 12: Ana Maria presta atenção à explicação.

Ana Maria

Gostei, agora não tenho mais dúvidas quanto à diluição do leite.

Mônica

Ótimo, viu como é fácil!

Ana Maria

(dirige-se novamente para a enfermeira)

Ah! Pensando bem, tenho só mais uma dúvida, está relacionada à diluição do xarope que devo oferecer ao meu filho. (OT) Aqui não sou eu quem dou, mas, em casa, sou eu que tenho que fazer tudo só, não é mesmo?

Mônica

(sorri)

Superpor caracteres Xarope de AZT

Fico feliz com a sua preocupação. Mas a oferta do xarope de AZT é necessária para prevenir a transmissão do vírus da mãe para o filho. Você pode aproveitar também este momento para estimular o apego. Ofereça o leite ou o xarope aconchegando o seu filho, olhe para os seus olhos, converse com ele e explique o que está sendo oferecido. Coloque um CD ou cante uma música de ninar.

Olha, aqui temos uma cartilha bem esclarecedora!

Na cartilha estava escrito:

Superpor caracteres em sintonia com a fala:

AZT xarope VO dose 2mg/Kg/dose de 6/6h nas primeiras 6 semanas de vida.
Iniciar 8 a 12 horas após o nascimento.

Apresentadora (OF) fala sobre os caracteres.

Corta para:

CENA 13:

Mônica fala com Ana Maria:

Mônica

O xarope deve ser iniciado logo após o parto, e você deve continuar a dá-lo de acordo com as orientações do médico ao qual você será encaminhada.

Ana Maria

Eu aceito.

Corta para:

Imagens de mães com crianças em várias situações.

Apresentadora

Você aprendeu diversas lições como estimular o apego entre você e seu filho, além de dúvidas frequentes que as mães soropositivas têm. Por isso, estabeleça um apego seguro com seu filho, pois, assim, ele terá um melhor desenvolvimento e, no futuro, apresentará laços afetivos e relacionamentos sociais mais duradouros e saudáveis.

Não esqueça que seu bebê vai ser acompanhado por profissionais em dois serviços: no posto de saúde mais próximo da sua casa, onde será avaliado o crescimento e desenvolvimento do seu filho, e no serviço especializado em HIV, momento em que o médico irá fazer o acompanhamento e a avaliação quanto aos sinais e sintomas da aids.

Imagens de profissionais da saúde dando assistência a bebês.

Corta Para:

Ana Maria

Quando eu vou ter certeza que eu não infectei meu filho?

Mônica

Durante os primeiros 18 meses de vida, o seu bebê pode ter o teste positivo, pois ele recebeu anticorpos contra o vírus que você produziu e que passaram pela placenta, fazendo que o teste ELISA seja positivo. (OT) Estes testes não significam que ele é portador do HIV. Por isso, é preciso que, até essa idade, seu filho faça o teste de 3 em 3 meses. Só depois desse período há o desaparecimento dos anticorpos que você passou para o seu filho e, a partir daí, se o teste for positivo, ele estará contaminado, se for negativo, ele não recebeu de você o vírus, apenas os anticorpos.

Superpor caracteres – Anticorpos teste Elisa.

Ana Maria

Que aflição. Terei que esperar tudo isso para saber do diagnóstico definitivo.

Mônica

Mas tenha certeza que, com a profilaxia feita (no pré-natal; durante o trabalho de parto e parto; a não amamentação e o uso do AZT xarope), os riscos são mínimos.

Corte para:

Mônica se prepara para sair da sala.

O importante agora é que você tirou suas dúvidas e aprendeu que você é a principal fonte de amor e carinho para o seu filho e que ele precisa desse apego para crescer e desenvolver-se bem, além de tornar-se uma pessoa adulta capaz de manter vínculos afetivos duradouros e saudáveis.

Ana Maria

(com o bebê no colo)

Obrigada por tudo! São poucas as pessoas que têm essa oportunidade de aprender como eu aprendi com você. Muito obrigada mesmo!

Mônica

De nada. Foi um prazer. Fique bem e qualquer dúvida pode me procurar.

A cena termina com Mônica indo embora. Ao som de uma música suave, Ana Maria continua na enfermaria com semblante de felicidade, ambos, mãe e criança, interagem conforme o ensinado pela enfermeira Mônica. Ana Maria pega a criança ao colo, inicia um diálogo maternal, beijando e cariciando seu filho, passando uma idéia de que revisa os ensinamentos aprendidos.

Corta para:

CENA 14: Congela a cena e apresentadora entra.

Apresentadora

Agora que você já aprendeu que apego é tudo que o seu filho quer. Desfrute desses ensinamentos, ponha-os em prática e boa sorte. Seu filho merece sentir apego por você, e você por ele. Afinal, apego é um ato de amor que promove vida!

O vídeo termina com uma música e imagens de Ana Maria com seu filho, desfrutando de tudo o que foi apresentado.

ANEXOS

ANEXO A

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ 0-6 MESES

(SCHERMANN; COLS, 1997)

ITENS DA MÃE:

1. Quantidade da comunicação verbal da mãe para a criança:

1. Nenhuma. A mãe nunca fala com a criança.
2. Pouca. A mãe raramente fala com a criança (1-2 vezes).
3. Moderada. A mãe fala por algum tempo com a criança, mas não mais que a metade do tempo da observação.
4. Muita. A mãe fala quase todo o tempo da observação com a criança, podendo haver 1-2 períodos (de até 30 segundos cada) sem falar.
5. Sempre. A mãe fala constantemente com a criança.

Comentário: Aqui, você julga o quanto a mãe conversa com a criança. A mãe, em outras palavras, deve se posicionar no campo visual da criança, mas não há necessidade de que ela espere pela resposta da criança. Para a resposta 2, pontuar mesmo que a mãe emita sons, desde que direcionados para a criança. Não pontuar se a verbalização for geral, isto é, imprecisa quanto à sua direção.

2. Quantidade de contato visual ou tentativa de contato visual da mãe para a criança:

1. Nenhum. A mãe nunca olha para a criança.
2. Pouco. A mãe olha esporadicamente para a criança (1-2 vezes).
3. Moderado. A mãe olha por algum tempo para a criança, mas não mais do que a metade do tempo da observação.
4. Muito. A mãe olha quase todo o tempo para a criança, podendo haver 1-2 períodos (de até 30 segundos cada) sem olhar.
5. Sempre. A mãe olha constantemente para a criança.

Comentário: Pontuar somente se houver tentativa de contato visual por parte da mãe (não requer que a criança responda ao contato visual). Não pontuar se a mãe olhar de forma geral para a região do rosto da criança.

3. Quantidade de contato corporal da mãe com a criança durante a observação:

1. Nenhum. A mãe nunca toca na criança.
2. Pouco. A mãe toca uma ou duas vezes na criança.
3. Moderado. A mãe toca algumas vezes na criança.
4. Muito. A mãe toca quase todo o tempo na criança.
5. Sempre. A mãe toca constantemente na criança.

Comentário: Pontua-se a quantidade de contato corporal, e não o tipo de contato corporal.

4. Expressão materna de afeto positivo para a criança:

1. Nenhum. A mãe não demonstra qualquer afeto positivo para a criança.
2. Pouco. A mãe raramente demonstra afeto positivo para a criança (1-2 vezes).
3. Moderado. A mãe demonstra algum afeto positivo para a criança (3-4 vezes).
4. Muito. A mãe demonstra muitas vezes afeto positivo para a criança (5-6 vezes).
5. Sempre. A mãe demonstra, constantemente, afeto positivo para a criança (mais de 6 vezes).

Comentário: este item inclui expressões verbais e não-verbais de afeto positivo, que são igualmente pontuadas como frequência de verbalizações e de contato corporal. Pontuar os sinais mais óbvios de expressão de afeto positivo (A mãe diz: - Meu amor... desde que seja com carinho; mãe acaricia a criança).

5. Eficiência da mãe para consolar a criança quando chora:

1. Nenhum. A mãe nunca consola a criança.
2. Pouca. A mãe tenta consolar a criança de forma inapropriada.
3. Moderada. A mãe consegue consolar a criança algumas vezes.
4. Muita. A mãe consegue consolar a criança muitas vezes.
5. Sempre. A mãe consegue consolar a criança sempre.

Comentário: Pontuar somente se a criança chorar. Se a criança não chorar, deixar este item em branco (não se aplica).

6. Reação da mãe ao choro, choramingo ou agitação da criança:

1. Nenhuma. A mãe nunca intervém.
2. Pouca. A mãe intervém pela primeira vez depois de muito tempo (10 ou mais segundos).

3. Moderada. A mãe espera algum tempo antes de intervir (5 a 9 segundos).
4. Muita. A mãe intervém após um curto tempo (menos de 5 segundos) e pode primeiro terminar o que estava fazendo.
5. Sempre. A mãe intervém rapidamente e, aos primeiros sinais de desconforto da criança, deixa qualquer coisa para consolar a criança.

Comentário: É importante a primeira impressão de como a mãe responde aos sinais da criança. Se não houver choro, choramingo ou agitação, deixar este item em branco (não se aplica).

7. Resposta da mãe ao comportamento social da criança:

1. Nenhuma. A mãe reage de forma negativa ou ignora a criança.
2. Pouca. A mãe ignora a criança a maior parte do tempo (responde a alguns comportamentos).
3. Moderada. A mãe responde cerca da metade dos sinais da criança.
4. Muita. A mãe responde aos sinais da criança na maior parte do tempo, mas pode não responder a algum comportamento.
5. Sempre. A mãe reage de forma positiva aos sinais da criança, constantemente.

Comentário: Se a mãe, em alguma ocasião, reagir negativamente ou ignorar os sinais da criança, recebe pontuação 1 ou 2, independentemente de como ela agir no resto da sessão. Se a criança mostrar um único episódio de comportamento social, marcar a resposta 3 se a mãe não percebe e marcar a resposta 5 se a mãe responder positivamente ao comportamento da criança.

8. Intensidade da resposta positiva da mãe ao comportamento social da criança (forma positiva):

1. Quase nenhuma. A mãe reage com intensidade muito fraca. Olha para os olhos da criança sem comentários.
2. Pouca. A mãe reage com intensidade fraca. Olha e comenta sem entusiasmo, apenas constata.
3. Moderada. A mãe reage com intensidade média (sorri).
4. Muita. A mãe reage com intensidade forte (vocalização positiva, carícias).
5. Sempre. A mãe reage com intensidade muito forte (sorri, conversa, faz carícias).

9. Expressão de afeto negativo da mãe para a criança:

1. Sempre. A mãe constantemente demonstra afeto negativo mediante verbalização ou gestos (mais de 6 vezes).
2. Muito. A mãe, muitas vezes, demonstra afeto negativo (5-6 vezes).
3. Moderado. A mãe algumas vezes demonstra afeto negativo, mediante verbalização ou por expressão facial (3 - 4 vezes).
4. Pouco. A mãe esporadicamente demonstra afeto negativo (1-2 vezes).
5. Nenhuma. A mãe nunca demonstra qualquer afeto negativo.

Comentário: Este item inclui expressões verbais e não-verbais de afeto negativo, que são igualmente pontuadas como frequência de verbalizações e de contato corporal. Pontuar os sinais mais óbvios de expressão de afeto negativo, tais como expressões de frustração, impaciência, desgosto, irritabilidade.

10. Sensitividade materna com a criança:

1. Nenhuma. A mãe, extremamente insensitiva, parece agir quase exclusivamente de acordo com os seus desejos, humores e atividades. Isso não quer dizer que a mãe nunca responde aos sinais da criança, no entanto o faz com atraso, e isso já é em si insensitivo.
2. Pouca. Esta mãe freqüentemente fracassa para responder apropriadamente e prontamente às comunicações da criança, embora ela possa, em algumas ocasiões, mostrar capacidade para sensitividade em suas respostas na interação.
3. Moderada. Sensitividade inconsciente, embora essa mãe possa ser bastante sensitiva em algumas ocasiões, há alguns momentos em que ela é insensitiva com as comunicações da criança.
4. Muita. A mãe interpreta com habilidade as comunicações da criança e responde a elas pronta e apropriadamente, mas com menos sensitividade do que as mães com escores mais altos de sensitividade.
5. Sempre. A mãe é sensitiva aos sinais e necessidades da criança, respondendo sempre pronta e apropriadamente. A mãe é capaz de ver as coisas do ponto de vista da criança; a percepção dos sinais e comunicações da criança não é distorcida pelas suas próprias necessidades e defesas.

Comentário: deve-se atentar a todos os sinais que a criança dá (sociais e/ou físicos). A diferença entre a resposta 4 e 5 está em:

- (a) O quão bem e rápido a mãe notifica diferentes sinais da criança;
- (b) O quão bem a mãe responde até a criança estar satisfeita.

11. Atenção da mãe com a criança:

1. Nenhuma. A mãe não está atenta à criança.
2. Pouca. A mãe está esporadicamente atenta à criança.

3. Moderada. A mãe está metade do tempo atenta à criança.
4. Muita. A mãe está quase todo o tempo atenta à criança.
5. Sempre. A mãe está constantemente atenta à criança.

Comentário: atenção necessária às roupas da criança não influencia o julgamento, mas uma investigação minuciosa às roupas, sim.

12. Intrusividade (comportamento exagerado da mãe) com relação à criança:

1. Sempre. A mãe estimula constantemente a criança de maneira exagerada.
2. Muita. A mãe estimula quase todo o tempo a criança de maneira exagerada.
3. Moderada. A mãe estimula algumas vezes a criança de maneira exagerada.
4. Pouca. A mãe estimula esporadicamente a criança de maneira exagerada.
5. Nenhuma. A mãe não estimula a criança de maneira exagerada.

Comentário: Intrusividade é considerada como todo comportamento exagerado que a mãe exerce sobre a criança (estimula a criança quando não é preciso ou quando a criança parece insatisfeita, seja por vocalização, apresentação de brinquedo ou mediante contato visual).

ANEXO B

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

PONTUAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ 0-6 MESES

Nº do caso:

Data da filmagem:

Observador:

Data atual:

ITENS DA MÃE

1. Verbalização	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
2. Contato visual	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
3. Contato corporal	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
4. Expressão de afeto positivo	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
5. Eficiência para consolar	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
6. Reação ao choro	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
7. Resposta comportamento social	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
8. Intensidade da resposta	Quase Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
9. Expressão de afeto negativo	Sempre 1 2 3 4 5 Nenhuma	
10. Sensitividade	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
11. Atenção geral	Nenhuma 1 2 3 4 5 sempre	
12. Intrusividade	Sempre 1 2 3 4 5 Nenhuma	