

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

SANDRA REGINA CASTRO LUZ

**O CUIDADO À GESTANTE SOROPOSITIVA NO PRÉ-NATAL:
UMA BALANÇA PARA OS MEDOS, SOFRIMENTOS E
DISCRIMINAÇÕES**

**São Leopoldo
Janeiro 2011**

SANDRA REGINA CASTRO LUZ

**O CUIDADO À GESTANTE SOROPOSITIVA NO PRÉ-NATAL:
UMA BALANÇA PARA OS MEDOS, SOFRIMENTOS E
DISCRIMINAÇÕES**

Trabalho Final de Mestrado Profissional em Teologia para obtenção do grau de Mestre em Teologia.

Escola Superior de Teologia - Programa de Pós Graduação.

Linha de Pesquisa: Práticas Sociais e Cuidado – Gestão e Redes Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Karin Hellen Kepler Wondracek

**São Leopoldo
Janeiro 2011**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à VIDA!

VIDA esta dádiva Divina de plenitude de amor.

VIDA que surge em meio a encontros e desencontros, crises, percalços, esperanças e desafios...

VIDA!

VIDA que irrompe do ventre materno, e no seio de uma mãe, todo o seu amor, força e coragem...

VIDA que permite a mulher, viver a realização do desejo de ser sujeito maternal, por meio do encontro mãe-filho!

VIDA presente na natureza, no brotar e nos brotos das flores!

...VIDA, presente de DEUS, presente este que devemos “cuidar” desde o ventre, atravessando pelo mágico e misterioso primeiro suspiro do nascimento, até o seu fim, o último suspiro!

VIDA, seja bem-vinda!

...Como for, seja bem vinda!

Em meio a percalços, crises, alegrias, dores, sofrimentos, discriminações, esperanças, fé...

VIDA, tu revelas a força para vencer o sofrimento!

...Encontramos em DEUS forças inexplicáveis para que esta dádiva seja preservada e cuidada.

VIDA, que requer de quem cuida atitudes de respeito, inquietação, preocupação, solicitude, atenção e dedicação ao outro que clama por “cuidado”.

VIDA, tu tens a força e a beleza secreta e inegável das flores...

VIDA, seja bem vinda!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff.

O CUIDADO COM A GESTANTE SOROPOSITIVA NO PRÉ-NATAL: UMA BALANÇA PARA OS MEDOS, SOFRIMENTOS E DISCRIMINAÇÕES

LUZ, S.R.C.

SANDRA REGINA CASTRO LUZ

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar como a Assistência Humanizada ao longo do acompanhamento Pré-Natal pode minimizar as consequências causadas pela soropositividade, uma vez que as práticas discriminatórias podem influenciar o ciclo gravídico, tanto na sua relação com seu filho, quanto em seu meio social. A dissociação da AIDS em grupos de risco é favorável a uma nova concepção do soropositivo, ou seja, não apenas homossexuais, prostitutas ou drogados podem se infectar; o quadro epidemiológico é ampliado. Estudos têm mostrado que mulheres, muitas destas monogâmicas, só tomam conhecimento de que são portadoras do HIV ao fazerem o pré-natal, durante ou, em alguns casos, somente após o parto. Além dos anseios comuns à gestação, a grávida soropositiva sofre uma avalanche de medos: o da doença propriamente dita, da discriminação, de ser julgada ou mesmo de transmitir o vírus para o filho. A hipótese de trabalho é de que o cuidado humanizado ou a falta deste configura-se como um fator definidor dos rumos evolutivos de uma gestação de risco, principalmente no caso da soropositividade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa agregada ao método fenomenológico, associada à investigação naturalista, obtidas através de coleta e análise de materiais subjetivos de entrevistas. Os sujeitos foram mulheres no ciclo gravídico com diagnóstico de HIV/AIDS atendidas no Centro de Referência de DST/AIDS de uma cidade do Interior da Bahia. A análise dos dados aponta que a presença do vírus HIV na vida das gestantes afeta todos os aspectos da vida destas mulheres. Assim, o “cuidado” que essas recebem durante a sua gestação torna-se crucial para o seu bom curso, bem como para a relação mãe-filho. Desta forma, pretendo, com este trabalho, advogar a implantação de disciplinas, nos cursos da área de saúde, voltadas para a abordagem do cuidado humanizado, salientando principalmente o combate às práticas discriminatórias acima abordadas.

Palavras-chave: Assistência Humanizada, gestante, pré-natal, soropositiva, discriminação.

PRENATAL CARE WITH PREGNANT SEROPOSITIVE WOMEN: A SCALE FOR FEARS, SUFFERINGS AND DISCRIMINATION

LUZ, S.R.C.

SANDRA REGINA CASTRO LUZ

ABSTRACT

This research had the general goal of investigating how Humanized Care during Prenatal follow-up can minimize the consequences caused by seropositivity, since discriminatory practices may influence the pregnancy cycle, both in her relationship with her child and her social environment. Dissociation of AIDS in risk groups is in favor of a new conception of the seropositive, that is, not only homosexuals, prostitutes and drug addicts may become infected; the epidemiological picture has been widened. Studies have shown that women, many of these monogamous, only learn that they are HIV-positive when they have a prenatal exam, during or in some cases only after delivery. In addition to the anxieties common to gestation, the seropositive pregnant faces an avalanche of fears: the one of the disease itself, of discrimination, of being judged or even of transmitting the virus to her child. The working hypothesis is that humanized care or its lack appears as a defining factor of the evolutionary courses of a pregnancy at risk, especially in the case of seropositivity. This is a qualitative research joined with the phenomenological method, associated with the naturalistic approach, obtained by collecting and analyzing subjective materials of interviews. The subjects were women in the pregnancy cycle diagnosed with HIV/AIDS and treated at the Reference Center for STD/AIDS in a town in the backland of Bahia. Data analysis shows that the presence of HIV in the lives of pregnant women affects every aspect of their life. Thus, the "care" that they receive during their pregnancy becomes crucial to its proper progress, as well as for the mother-child relationship. Then, with this work I intend to advocate the establishment of disciplines in health care courses, devoted to approaching humanized care, especially highlighting the fight against the discriminatory practices discussed above.

Key-words: Humanized Care, pregnant, prenatal, seropositive, discrimination.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Fluxograma da assistência à gestante soropositiva no Centro de Referência de DST/AIDS	22
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Categorias e Subcategorias	33
QUADRO 2 – Perfil dos sujeitos estudados. Itabuna – BA, agosto de 2010.....	37
QUADRO 3 – História obstétrica: antecedentes obstétricos. Itabuna – BA, agosto de 2010	38
QUADRO 4 – História obstétrica:gestação atual. Itabuna–BA, agosto de 2010	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ARV	Anti-retroviral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPI	Equipamento de proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMI	Programa de Atenção Materno Infantil
PSF	Programa de Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1 - SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: DA CONCEPÇÃO DO PAISM AOS CUIDADOS PARA UMA MÃE SOROPOSITIVA E SEU CONCEPTO NOS DIAS ATUAIS.....13

1.1 UM BREVE HISTÓRICO: ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL..... 15

1.2 SURGIMENTO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL..... 17

1.3 FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL20

1.4 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL À GESTANTES SOROPOSITIVAS NO BRASIL.....21

CAPÍTULO 2 - CAMINHO METODOLÓGICO : O ENCONTRO COM A BELEZA E SINGULARIDADE DAS “FLORES”26

2.1 METODOLOGIA EMPREGADA NA PESQUISA.....26

2.1.1 População e amostra29

2.1.2 Requisitos para realização da pesquisa.....29

2.2 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS30

2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS33

CAPÍTULO 3 - COLETA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: CADA “FLOR” É ÚNICA, CADA UMA TEM SEU BÁLSAMO36

3.1 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS40

3.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS40

3.2.1 Categoria 1 – Tempo da soropositividade41

3.2.2 Categoria 2 - Percepção da gestante soropositiva a respeito do acolhimento da equipe no pré-natal, o “cuidado”42

3.2.2.1 Subcategoria: neutralidade.....44

3.2.2.2 Subcategoria: satisfação45

3.2.3 Categoria 3 – Desrespeito por ser soropositiva46

3.2.4 Categoria 4 - Conhecimento a respeito da humanização da assistência recebida.....49

3.2.4.1 Subcategoria: satisfação por estar sendo acompanhada no pré-natal.....50

3.2.5 – Categoria 5 - Percepção subjetiva de ser soropositiva e esperar um bebê.....50

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que muitas mulheres tomam conhecimento da própria soropositividade ao realizar o Pré-Natal, ou ainda durante o parto e no pós-parto. Quando a gestante descobre que está infectada pelo HIV experimenta uma situação dolorosa, pois, além de lidar com o próprio diagnóstico, ainda cogita possibilidade de transmissão do vírus da AIDS ao filho que está gerando.

No decorrer das experiências por mim vivenciadas no Serviço de Saúde Pública junto às gestantes soropositivas, pude observar que a traumática descoberta do vírus HIV, bem como o choque por elas sofrido, agrava em muito o estado das mesmas. Se a AIDS orgânica se caracteriza pela falência do sistema imunológico do organismo, a descoberta do HIV provoca na mente da pessoa um desmoronamento repentino do conjunto de defesas construídas ao longo da sua existência. O principal medo destas mulheres é o de ser julgada. Alia-se a este medo do julgamento outro o estereótipo do HIV/AIDS que vem carregado de preconceitos e discriminações, além de todos os outros medos e fantasias característicos do processo gestacional.

A partir do diagnóstico, instala-se no cotidiano de vida da pessoa, o medo que se apresenta com diferentes faces: o medo de si mesma, o medo da discriminação, o medo do preconceito, o medo do sofrimento físico e o medo de seu fim último.¹

Diante disto pode-se salientar ainda o descaso, o distanciamento, a desumanização e principalmente a falta de “cuidado” que os profissionais de saúde prestam a este grupo. Tal desatenção faz com que reflitamos de maneira descontente acerca do tratamento preconceituoso dado a esta categoria social, o modo discriminatório como lidam com outro “ser humano”, como se estivessem imunizados pelos jalecos que os envolvem. BOFF², salienta isso de forma brilhante, de acordo com ele:

(...) Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a

¹ CECHIM, P. L.; SELLI, L. **Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta**. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 60. n. 2 Brasília Mar./Apr.2007. ISSN 0034- 7167. p.4

² BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra**. 15 ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008. p.143

vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar em um centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?)

É extremamente desconfortante a situação de vulnerabilidade e constante discriminação sofrida por parte das mulheres estudadas, estas peregrinam na busca de ajuda e apoio para seguir até o fim na árdua caminhada e manter a gestação sendo HIV positivas. Fato este que me motivou a desenvolver a presente pesquisa, a qual tem como objetivo geral investigar como o cuidado no Pré-Natal à gestante soropositiva pode influenciar na adesão ao tratamento, na minimização dos seus medos, sofrimentos e discriminações sofridas.

Para auxiliar no alcance do objetivo geral, formulou-se os seguintes objetivos específicos: Investigar se a forma de cuidado oferecida à gestante soropositiva pode influenciar na adesão ao Pré-Natal; investigar se a forma de cuidado oferecida à gestante soropositiva pode auxiliar para amenizar o seu sofrimento, medos e discriminações sofridas.

A partir da minha vivência nas “práticas de cuidar” na Atenção Básica, pude verificar o impacto que um resultado de soropositividade na gestação causa na mulher e no casal. Todas essas vivências podem ser exacerbadas quando nos referimos às mulheres HIV positivas diante de todo o contexto em que estão inseridas. A partir de então, entendo que para estudar qualquer fenômeno é preciso compreendê-lo a partir do processo que o constitui. Assim, para estudarmos as práticas de cuidado como um fator influenciador às mulheres gestantes HIV soropositivas no ciclo gravídico nos serviços públicos de saúde da cidade de Itabuna-Ba, faz-se necessário compreendê-las como parte de um contexto, articulando o retrato da feminização da AIDS e a questão da saúde da mulher no ciclo gravídico.

No capítulo que trata da análise dos dados, trouxe cinco categorias com as suas respectivas subcategorias visando explorar as minúcias e riquezas particulares de cada item do questionário. Sendo assim, fez-se necessário empregar uma categoria que abordasse o “cuidado”, a qual serviu como pilar para a investigação do assunto.

Neste sentido, esta pesquisa justifica-se pelo fato de que o cuidado pode estar como um fator influenciador para a adesão ao Pré-Natal da gestante

soropositiva e também sobre a influência nos temores, sofrimentos e medos relacionados à soropositividade, potencializado pela singularidade característica da gravidez.

O método eleito para abordagem e descrição do estudo em questão foi o qualitativo associado ao método fenomenológico, por ser o mais apropriado para o aprofundamento e entendimento do objeto de estudo. Essa opção metodológica é necessária, também, por considerar o objeto social complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

Através dos resultados obtidos neste trabalho é pretendida a possibilidade da implantação de estratégias de intervenção e prevenção às práticas discriminatórias às mulheres gestantes HIV positivas no ciclo gravídico em serviços de saúde, bem como a possibilidade de mobilização da demanda de disciplinas de graduação com atenção à este objeto de estudo; além de buscar contribuir com a ética do cuidado em cursos de formação de profissionais atuantes em serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 - SUSTENTAÇÃO TEÓRICA: DA CONCEPÇÃO DO PAISM AOS CUIDADOS PARA UMA MÃE SOROPOSITIVA E SEU CONCEPTO NOS DIAS ATUAIS

As dificuldades encontradas pelas mulheres para fazer valer os seus direitos de cidadãs são inúmeras, o atendimento de saúde básico aos quais deveriam ter acesso garantido é restrito de acordo com algumas situações que merecem destaque, dentre elas citamos as dificuldades relacionadas à organização dos serviços como mudança de profissional, mudança no horário do atendimento, enfrentamento de filas para acesso ao serviço que muitas vezes estão localizados distante do domicílio.

Alguns problemas também podem estar relacionados aos profissionais como: a ausência destes, a realização de exame clínico inadequado e práticas discriminatórias por parte dos mesmos a determinadas clientelas. Entendemos práticas discriminatórias como comportamentos e práticas individuais e institucionais que excluam pessoas ou grupos dos direitos garantidos por lei que pode ser particularmente praticada por pessoas, consideradas em sua individualidade, contudo elas tendem a alcançar o estatuto de uma norma social implícita ou ser até mesmo uma prática institucionalizada.³

Tendo em vista a realidade que acomete este grupo de mulheres gestantes soropositivas, temos investido esforços no esclarecimento da questão que envolve esta população. A saúde da mulher no Brasil tem sido uma preocupação, contudo os programas de saúde têm focado os aspectos reprodutivos, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal. O que permite a perpetuação de um modelo anterior, Programa Materno Infantil (PMI).

Na década de 80 surgiu o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Com este surge um enfoque no conceito da integralidade da assistência e dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O PAISM é resultado da conquista de movimentos organizados da sociedade civil.

O PAISM traz uma nova perspectiva, centrado em novos princípios e diretrizes, ou seja, predomina-se a descentralização, hierarquização e

³ AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, R. M.; Parker, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. São Paulo: ed. 34, 1999, p. 67.

regionalização dos serviços, integralidade e equidade, agora o foco desta assistência é integral envolvendo a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, para que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção e recuperação da saúde.⁴

A dissociação da AIDS de grupos de risco é favorável a uma nova concepção do soropositivo, ou seja, não apenas homossexuais, prostitutas e drogados podem se infectar, o quadro epidemiológico é ampliado. A vulnerabilidade é entendida como o “conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano”⁵. Assim, a vulnerabilidade feminina ao HIV é certamente influenciada pelas relações sociais entre o homem e a mulher, pela dinâmica de poder que permeia estas relações e pelo imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero. A negociação para o uso do cóndom é uma ação certamente influenciada nestas relações desiguais de poder.

A situação da mulher pode ser agravada, as dificuldades encontradas por elas são geradas pelo patriarcalismo que dão origem a idéia de que a questão da mulher é específica, impedindo de ter existência própria e auto-determinação como sujeito social e político, representante de uma parcela significativa da população. Sendo assim, diante deste contexto de desigualdade no qual está inserida a mulher podemos despertar para os estigmas que podem lhe acompanhar diante de um resultado positivo para o HIV.

Durante o ciclo gravídico a mulher vivencia algumas modificações comuns à gestação, este momento é delicado e crucial para a execução das ações de saúde. A fragilidade emocional, os déficits imunológicos e as novas adaptações ao seu papel de mulher-mãe são algumas das situações que podem afetar a saúde psicológica e física da mulher.

⁴ GUIMARÃES, A. S. A. Cor, classes e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 – 1960. In: **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

⁵ Ministério da Saúde. **Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Situação da epidemia no Brasil**. 2000, p.7.

1.1 UM BREVE HISTÓRICO: ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

As questões relacionadas com a saúde da mulher no Brasil geram inúmeras preocupações para os órgãos governamentais, pois estão inseridas em concepções muito mais amplas, envolvendo os direitos sexuais, reprodução, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis DST, anticoncepção, aspectos biológicos e por fim a saúde materna.

O século XX tornou-se importante para a saúde da mulher, as políticas nacionais voltavam-se, ainda que de forma limitada, a gravidez e ao parto nas primeiras décadas. Essa estratégia de proteção restringia-se a grupos específicos, como o materno-infantil, pois os mesmos despertavam uma maior atenção e necessidade de um olhar mais específico constituindo-se em o grupo privilegiado desses programas. Esses programas direcionados à saúde população feminina, além de terem a atenção voltada a um grupo específico, traduziam uma visão restrita sobre a saúde da mulher. Outra desvantagem era a falta de integralidade o que levava a ações desprovidas do reconhecimento de reais necessidades pertinentes à instância local e à fragmentação da assistência, bem como a um reduzido impacto nos indicadores materno infantil.⁶

Partindo desse pressuposto constata-se que, ainda com uma concepção delimitada e todas vulnerabilidades e fragilidades evidenciados por esses programas, identifica-se que a preocupação com o ciclo gravídico-puerperal atrai a atenção desde os primórdios.

A questão da qualidade do atendimento prestado à mulher pelos serviços de saúde desponta como tema de interesse do movimento feminista, que na tentativa de chamar atenção para um olhar mais holístico, através de reivindicações e busca de melhorias, se organizou para que pudesse ter o direito de ser assistida em todos os ciclos de sua vida, sendo assim na década de setenta começa a tomar expressão no Brasil. Os grupos organizados de mulheres começam a questionar o modo como as mulheres eram tratadas nos serviços de saúde e a reivindicar ações que se pautassem, acima de tudo, na integralidade da assistência para todas as fases da vida da mulher não apenas o ciclo gravídico-puerperal.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. 1ª ed. Brasília: 2004.

Por essa razão, criaram-se programas de saúde específicos para atender a demanda da população feminina.⁷ Elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, o Programa Integral a Saúde da Mulher (PAISM), marcava uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, fruto da organização e reivindicações do movimento de mulheres, tonando-se possível em sua formulação inicial contemplar os principais requerimentos desse movimento.

“O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres”⁸

Na elaboração técnica deste programa participaram mulheres feministas que trabalhavam como técnicas do Ministério da Saúde, juntamente com representantes do movimento.⁹ O PAISM traz uma nova perspectiva, centrado em novos princípios e diretrizes, ou seja, predomina-se a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade, agora o foco desta assistência é integral envolvendo a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, para que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção e recuperação da saúde.¹⁰

Na década de 90 a partir da implementação do SUS, esse programa ganha maior consolidação, sendo influenciado pelas características dessa nova política de saúde, principalmente pelo processo de municipalização e pela reorganização da Atenção Básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Mas, mesmo diante dessas conquistas foram encontradas dificuldades para implantações dessas ações, para tanto, visando o enfrentamento desses problemas, neste sentido, ¹¹o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS, o

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação. 1984.

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação. 1984.

⁹ GUIMARÃES, A. S. A. Cor, classes e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 – 1960. In: **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

¹⁰ GUIMARÃES, A. S. A. Cor, classes e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 – 1960. In: **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

¹¹ COELHO (2003, p. 18)

que significou na área de saúde da mulher, uma atuação essencial para que os municípios pudessem garantir ações básicas mínimas, como o pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, sabendo que ações mais complexas seriam contempladas em estâncias estaduais.

Após avaliação institucional realizado no período de 1998 a 2002, trabalhou-se em uma perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna, privilegiando pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção.

1.2 SURGIMENTO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL

Historicamente construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito social da sua própria história, não inclinada essencialmente a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas interesses contrários, com uma preocupação meramente reprodutiva, projetando-se interesse exclusivamente social, ou seja, em sua capacidade ou não de propagar a espécie.¹²

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esse conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a Assistência Pré-Natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a Assistência Pré-Natal surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina”, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher.

A Assistência Pré-Natal no Brasil se construiu sobre conceitos bastante equivocados; a mulher, ainda que indiretamente, era a culpada por muitas mazelas que acompanhava a saúde da criança e na tentativa de proteção a infância é que a

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2002.

mulher atrai uma atenção restritamente a um ciclo gravídico-puerperal. Essa visão perdurou por muito tempo, ainda muito timidamente, com o avançar do tempo e das técnicas, houve uma maior conscientização ampliando essa assistência, agora com um foco mais amplo mãe e filho, segundo Resende, o epílogo saudável da gestação.

Para que essas conquistas pudessem acontecer no âmbito da assistência pré-natal, muitas transformações influenciaram, principalmente a cobrança, por parte das mulheres que galgaram uma ascensão, em meio social, profissional e política, reivindicando melhorias nesse atendimento bem como o desenvolvimento decorrente da utilização da ultra-sonografia, monitoração eletrônica e dos estudos do líquido amniótico, que permitiu uma avaliação mais específica da vida intrauterina,¹³ Com isso o Pré-Natal ganhou mais forma, justificando, assim a razão de sua existência, de proteger, identificar, prevenir agravos de forma holística, ou seja, avaliando o todo privilegiando assim o sistema completo e não separação das respectivas partes componentes o que fragmenta a assistência deixando de se prestar um cuidado adequado.

Assim a saúde da mulher e da criança tem sido motivo de preocupação em todo o mundo, resultando na construção e implementação de programas de atenção de diferentes abrangências ao longo dos anos. Nesse sentido, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2002, com destaque à reorganização da assistência, por meio da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério, o que alarga o acesso das mulheres aos serviços de saúde e amplia opções e estratégias para que a mulher tenha o direito de escolha para a realização desses procedimentos. Verifica-se cotidianamente, nos cenários em que se desenvolvem os processos de gestação, parto e puerpério, que a assistência segura, de qualidade e humanizada (na garantia dos direitos da cidadania das mulheres, de seus recém-nascidos e sua família), ainda está longe de ser uma realidade, tendo em vista o modelo biomédico ainda predominante no Brasil. Ele faz com que as usuárias se afastem do acompanhamento no pré-natal, o que resulta no aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal.

Os Programas de Atenção Materno-Infantil, também têm sido decorrentes da necessidade, reconhecida pela sociedade em reduzir, dentre outros problemas, as taxas de mortalidade tanto infantil como materna. Esses indicadores retratam a

¹³ REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Meds, 2002.

realidade social de um país e são passíveis de melhoria a partir de políticas públicas.

Surge em 1974 o primeiro Programa de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil, com o nome de 1º Programa de Atenção Materno-Infantil, referindo também o surgimento de outro marco importante, a instituição do Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, ocorrido em 1977. Ambos imbuídos dos mesmos princípios, cujo enfoque recaia sobre a saúde materno-infantil com ênfase no pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio “mãe saudável, de filho igualmente saudável” e também o foco sobre o “risco gravídico”.¹⁴

Como já foi explicitado anteriormente, a criação do PAISM pelo Ministério da Saúde objetivou constituir o modelo assistencial tido como capaz de atender às necessidades globais de saúde da mulher e a normatização da assistência Pré-Natal em 1986 através do Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, quando a assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia da Saúde da Família, correspondente a revisão do ano 2000, fazendo parte dos serviços a serem oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde do PSF como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela Equipe de Saúde da Família na atenção à gestante, isso levou a uma profunda transformação na estrutura dos serviços de saúde, considerando-se importante ressaltar que só em 2002 com a institucionalização do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo, principais objetivos ampliam substancialmente a assistência, assegurando melhorias quanto acesso, cobertura e qualidade dessa assistência prestada às gestantes estendendo-se ao parto, puerpério e ao recém-nascido, conforme Ministério da Saúde:

“No ano de 2002 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”.¹⁴

A saúde da mulher é prioridade dentro do Programa de Saúde da Família, especificamente o Pré-Natal, pelo fato da clientela necessitar de um atendimento

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2002.

mais específico por se encontrar em um limite entre um estado fisiológico e o patológico.

1.3 FEMINIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL

A epidemia da infecção pelo HIV/AIDS constitui um fenômeno global. Dinâmica e instável, ela se apresenta sob a forma de diversas subepidemias regionais. Resultante de grandes desigualdades sociais, a propagação da infecção pelo HIV/AIDS revela aspectos de dimensões múltiplas e acarreta transformações epidemiológicas significativas. De início, predominantemente masculina e restrita aos grandes centros, a epidemia caracteriza-se, atualmente, pelos processos de heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual implica crescimento substancial de casos em mulheres e, conseqüentemente, em crianças, e é apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da AIDS no mundo e no Brasil¹⁵

No início da década de 1990, o crescimento de casos de AIDS entre as mulheres e da transmissão do HIV de mãe para filho, alertou a sociedade. A temática da feminização da epidemia surge como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores e técnicos de saúde. Hoje, de acordo com as estimativas da Unids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), 50% das pessoas infectadas no mundo são mulheres. Nesse contexto mundial, na América Latina, a crescente população de pessoas vivendo com HIV é de mulheres, aproximadamente 550 mil.

A desigualdade de acesso aos direitos entre homens e mulheres também está refletida no aumento do número de infecções na população feminina. Observa-se que, 54% do total de casos identificados até junho de 2009, foram de mulheres com baixa escolaridade (de nenhum até sete anos) e 22% com oito anos e mais de escolaridade. A análise desse indicador ainda apresenta limitações em razão do alto percentual de ignorados.

¹⁵ BRITO A.M., CASTILHO A.C., SZWARCOWALD C.L. **Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000;34:207-217.

1.4 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL À GESTANTES SOROPOSITIVAS NO BRASIL

A assistência à gestação faz-se necessária pela própria especificidade desta condição, que requer suporte global à saúde da gestante, do bebê e a minimização do trauma que o parto em si pode representar. Visando a evolução de uma gestação e um parto saudável, toda gestante precisa fazer o Pré-Natal. Por isso, quanto mais cedo procurar um serviço de saúde, menor o risco de morbi-mortalidade para o binômio mãe-filho. Portanto, procurar uma unidade de saúde para realização do Pré-Natal é mais do que um direito, é uma prova de amor e carinho da gestante para consigo e para com seu filho. Para tanto:

[...] a assistência pré-natal tem, hoje, metas muito mais amplas. Além da sua finalidade psicológica, educacional e social, preocupa-se com a identificação da “gestação de alto risco”, na qual os organismos da mãe e do feto estão sujeitos a inúmeros agravos¹⁶

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado no ano 2000, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação de diversos exames, dentre estes exames, vale salientar o teste Anti-HIV, pois quanto mais precoce for descoberto que a gestante é positiva para o HIV, menor o risco de transmissão vertical, desde que o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde seja seguido. Durante o Pré-Natal, compete ao profissional (médico/enfermeiro) solicitar a sorologia para detecção do HIV, sensibilizar a gestante acerca da importância da realização do exame e fazer o aconselhamento necessário. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê. O tratamento é gratuito e está disponível através do SUS.

Segundo CORTELA, “as gestantes portadoras do vírus HIV devem ser acompanhadas durante todo o Pré-Natal, não só pelo enfermeiro, mas também, pelo médico obstetra e infectologista”¹⁷.

Para o Ministério da Saúde, a evolução da epidemia da AIDS no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe como novo desafio a ser

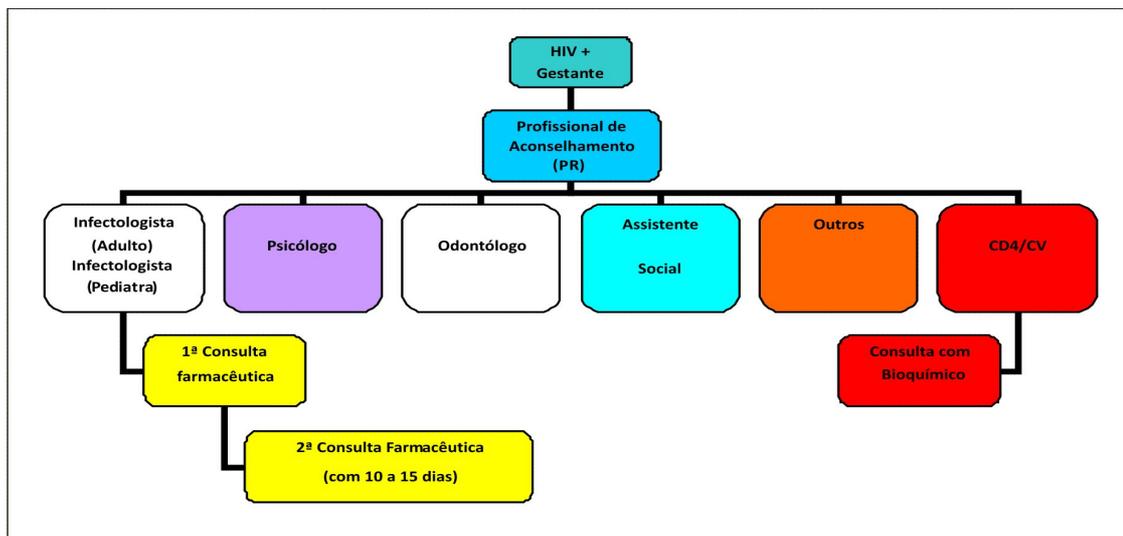
¹⁶ NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal**: prática de saúde e serviço da vida. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

¹⁷ CORLETA, H. V. E. **Gestação e HIV**, 2007. Disponível em: <http://www.abcdocorposalutar.com.br>, acessado em 13/06/07, às 20:10h.

enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção ao Pré-Natal com a triagem sorológica anti-HIV. O Ministério da Saúde, por meio de portarias e outras normativas técnicas, vêm estabelecendo bases para o aperfeiçoamento das ações que visam o controle da Transmissão Vertical (TV) do HIV no país. A disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos anti-retrovirais e material técnico formam base para a atuação profissional ética e competente. Sabe-se que com a plena realização das consultas padronizadas consegue-se uma significativa redução da transmissão do HIV da mãe para o feto na quase totalidade dos casos.¹⁸

Segue abaixo o fluxograma de assistência a gestantes soropositivas:

FIGURA 01: Fluxograma da assistência a gestantes soropositivas no Centro de referência de DST/AIDS



FONTE: Centro de Referência de DST/AIDS de Vitória Da Conquista - Ba.

O acompanhamento da gestante soropositiva é feito através de uma equipe multiprofissional, uma vez que estas mulheres devem ter conhecimento das suas condições imunológicas, presença de co-morbidades, incluindo as DST's, a tuberculose, o vírus da Hepatite b e o vírus da Hepatite C, condições psico-sociais, o uso de anti-retrovirais (ARV) e outros medicamentos. A mulher deve ser informada

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e manuais técnicos. ISBN: 85 – 334- 1263-0. p.7.

do risco de transmissão vertical do HIV e das medidas adotadas para preveni-la, diante disto faz-se necessário o acompanhamento de toda a equipe para que esta mulher possa ser atendida de forma integral.

Todos os profissionais da equipe de saúde, após capacitação específica, podem realizar o aconselhamento. É fundamental que eles tenham uma postura de acolhimento dos sentimentos difíceis que surgem no momento do diagnóstico e da vivência da soropositividade, informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre DST, HIV e AIDS, aptidão para propor questões que facilitem a superação de dificuldades para adoção de práticas seguras e percebam as necessidades da pessoa em atendimento, dando sempre que possível respostas a essas demandas, respeitando as singularidades.

Os diversos momentos de contato da gestante com o serviço de saúde podem ser aproveitados para realização do aconselhamento, visando à reflexão sobre sua saúde sexual e suas vulnerabilidades. A mulher deve ser esclarecida sobre a importância da testagem para HIV e sífilis na gestação, podendo, assim, decidir informada e livremente sobre a realização dos testes.

A realização do aconselhamento desempenha um papel importante na prevenção, no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST e no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. Como parte essencial do processo de diagnóstico da infecção, contribui para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros, a redução do impacto da revelação do diagnóstico, a melhoria do autocuidado e a promoção da atenção integral. O aconselhamento objetiva cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva e a avaliação de vulnerabilidades na perspectiva dos direitos humanos.

Essa prática deve privilegiar:

- o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a usuária;
- o diálogo objetivo e claro sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas;
- a formulação compartilhada de estratégias de prevenção adequadas à singularidade de cada usuária, considerando o contexto social, cultural e econômico em que vive.

Apesar dos esforços governamentais, percebe-se que atualmente a assistência à saúde da mulher no Brasil permanece com muitas questões a serem enfrentadas, havendo necessidade de se traçar políticas públicas eficazes, capaz de mudar indicadores, acompanhada de modificações nas atitudes pela equipe e pela redistribuição de recursos físicos e humanos.

No Brasil, os dados epidemiológicos mostram que, até junho de 2005, cerca de 83,7% de soropositividade do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), em crianças menores de 13 anos, ocorreram pela transmissão vertical. No País, dentre os 11.901 casos notificados da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) em crianças menores de treze anos de idade, 9.965 ocorreram por transmissão vertical.¹⁹ Os dados referentes aos casos notificados de gestantes infectadas pelo HIV apresentados no SINAN, mostram que de 2000 a junho de 2009, foram notificados 47.705.

Durante o Pré-Natal as gestantes soropositivas recebem diversas orientações sendo estas direcionadas no sentido da manutenção do bem estar do binômio mãe-filho, dentre estas orientações estão aquelas referentes ao parto e o tipo indicado. Gestantes portadoras do vírus HIV, o parto cesariano é eletivo. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus. Operação cesariana eletiva significa aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras.

²⁰As medidas profiláticas e de prevenção de contaminação, são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-íntegra:

- Utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.

¹⁹ Boletim Epidemiológico AIDS. Ministério da Saúde. [seriado online] 2005 janeiro-junho [citado 2006 fevereiro 01]; Disponível em: URL:<http://www.aids.gov.br/>.

²⁰ ESTRELA, M. **Como conduzir o parto na paciente soropositiva**, 2010. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br>, acessado em 13/06/10, às 17:20 h.

- Os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões, pessoal de limpeza, de laboratório e todo pessoal do hospital que lida com materiais pérfuro-cortantes, devem tomar outros cuidados especiais para se prevenirem contra acidentes.

CAPÍTULO 2 - CAMINHO METODOLÓGICO: O ENCONTRO COM A BELEZA E SINGULARIDADE DAS “FLORES”

Este capítulo vem descrever de forma detalhada as etapas da trajetória metodológica que foi seguida para uma melhor organização e compreensão de cada etapa da pesquisa. Para subsidiar a compreensão, este capítulo foi subdividido em cinco etapas, sendo elas: metodologia empregada na pesquisa, população e amostra, requisitos para a realização da pesquisa, técnica de análise de dados e caracterização dos sujeitos.

2.1 METODOLOGIA EMPREGADA NA PESQUISA

O método eleito para abordagem e descrição do fenômeno foi o qualitativo, porque o consideramos como o mais apropriado para o aprofundamento e entendimento do objeto de estudo. Essa opção metodológica é necessária, também, por considerarmos o objeto social “complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação”.²¹

Diante disto, utilizou-se também o método fenomenológico, pois este busca entender a origem mais profunda de um fenômeno cultural, ou seja vai até o fundo. Na fenomenologia trabalha-se com a *“percepção para que se possa conhecer a realidade externa, ou seja, é relacionada intencionalmente ao objeto enquanto percebido”*²²

Para Bello, em relação ao método fenomenológico a mesma refere que *“compreender significa ter consciência desse ato do viver que é o olhar”*.

Em relação à análise fenomenológica Martins e Cardoso, dizem que a mesma:

Permite ir além da doença e conferir existência visível à experiência vivida das pessoas doentes é uma exigência ética se impõe a todos os profissionais de saúde e é esta exigência que orientará a nossa reflexão.²³

²¹ MINAYO, M.C.S.. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.102.

²² BELLO, A. A. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Psicologia, história e religião. Organização e tradução Miguel Mahfoud e Marina Massimi. Bauru, EDUSC – Editora da universidade do sagrado coração 2004. p.52.

²³ CARDOSO A., MARTINS F. **A felicidade na fenomenologia da vida**. Colóquio Internacional

A interação da observação fenomenológica e da pesquisa qualitativa pareceu ser o método mais adequado ao objetivo proposto, pois estes possibilitam a compreensão e avaliação da realidade de acordo com a perspectiva dos sujeitos da pesquisa. A observação fenomenológica pelo motivo exposto acima, e a pesquisa qualitativa,

Torna-se importante para: (a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; (b) para compreender as relações que se dão entre os atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicando técnica, como dos usuários a quem se destina.²⁴

Pesquisa qualitativa se associa com a investigação naturalista, pois seus métodos de investigação lidam com a complexidade humana, sendo explorada de forma direta, através de coleta e análise de materiais subjetivos. Para estes pesquisadores, “os resultados da pesquisa qualitativa são, tipicamente baseados na experiência da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão”²⁵. Este modelo possibilita caracterizar a população ou fenômeno e estabelecer relações entre as variáveis estudadas.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram mulheres no ciclo gravídico com diagnóstico de HIV/AIDS atendidas no Centro de Referência de DST/AIDS no período de agosto de 2010. Na cidade de Itabuna-Ba, o atendimento ao portador do diagnóstico de HIV/AIDS acontece principalmente neste centro, o qual é um órgão público que conta com uma equipe multiprofissional, que realiza atendimento de assistência, prevenção, capacitação e pesquisa da AIDS.

Em se tratando de o Centro de Referência DST/ AIDS ser uma instituição que preza pela realização de pesquisas para o avanço científico, já vinha estabelecendo aproximação com este serviço há algum tempo. Durante a participação em cursos promovidas neste serviço já estabeleci contatos com alguns coordenadores de área os quais exaltaram grande interesse pelo estudo desenvolvido.

Michel Henry. Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2006. P. 59

²⁴ MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.102, 117-118, 134.

²⁵ POLIT, D.F. et all. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.30.

A coleta de dados foi feita a partir da observação fenomenológica, análise dos registros do serviço e de entrevistas semi-estruturadas. Foram analisados os documentos da instituição, principalmente os prontuários. A intenção, ao utilizá-los, foi no sentido de fazer uma identificação prévia das mulheres, de suas histórias, conhecendo o contexto em que se deu a infecção, o acompanhamento ao ciclo gravídico e as condutas adotadas pela equipe multidisciplinar. “A análise documental é um tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações”²⁶

[...] a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.²⁷

Para a organização e tabulação dos depoimentos utilizou-se a Teoria de Bardin que trabalha com o “método de categorização dos elementos encontrados, durante o tratamento dos dados, a partir do que há em comum dentro desse conjunto de elementos, o que permitirá posteriormente seu agrupamento em categorias e subcategorias”²⁸, as quais serão apresentadas no capítulo análise e discussões dos resultados.

As fontes de informação necessárias para a construção desta pesquisa se caracterizam em: fontes primárias (relatos dos sujeitos da pesquisa) e secundárias (livros, artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde e, ainda, material didático do Curso de Mestrado Profissional em Teologia – Práticas Sociais e Cuidados)²⁹

Para a análise dos dados utilizou-se o referencial de obras literárias e estudos que abordam: o cuidado, as práticas discriminatórias, mulheres soropositivas, o Pré-Natal, o ciclo gravídico e a infecção pelo HIV, entre outros.

²⁶ TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992, p. 175.

²⁷ TRIVIÑOS (1992, p. 146),

²⁸ MINAYO, M. C de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p. 117-118.

²⁹ LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Para a realização dessa pesquisa foram seguidas as orientações fornecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que se referem às pesquisas envolvendo seres humanos, na resolução n° 196/96³⁰

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.³¹

O projeto de pesquisa foi encaminhado a Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdades EST, bem como à direção e/ou coordenação do Centro de referência de DST/AIDS de Itabuna-Ba para que fosse feito o ajuizamento do projeto de pesquisa. No mês de julho de 2010, foi recebido o parecer do CEP (ANEXO 1), com o parecer deferindo sem ressalvas o projeto em questão para que pudesse então ser dado início à coleta de dados.

Após o aceite pelas mulheres para responder as entrevistas, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2), foi garantida a manutenção de total sigilo sobre a identificação das informantes e obedecidos aos requisitos éticos indicados na resolução 196/96 do C.N.S.

2.1.1 População e amostra

Paciente maior, capaz, mulher, gestante soropositiva que aceitou de forma livre e esclarecida participar da pesquisa.

2.1.2 Requisitos para realização da pesquisa

Além da autorização do Conselho de Ética em Pesquisa - CEP da Instituição, os critérios para realização desta pesquisa após a autorização foram:

Autorização da gestante para a realização das entrevistas da pesquisa desenvolvida, através dos atendimentos de Pré-Natal no Centro de Referência DST/AIDS, de Itabuna (BA);

³⁰ BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução. N°196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

³¹ BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução. N°196, de 10 de outubro de 1996.

Seleção e inclusão de duas gestantes soropositivas, escolhidas através do atendimento ao Pré-Natal no Centro de Referência DST/AIDS, de Itabuna (BA) e que se comprometeram a:

- Participar das entrevistas semi-estruturadas;
- Responder ao questionário no início da pesquisa apresentado no Anexo 1.
- Consentir que os dados obtidos na entrevista pudessem ser utilizados para a análise e publicação de trabalho científico, assim como compor o Trabalho Final de Mestrado da pesquisadora;
- Assinar os termos requisitados segundo a Resolução 196/96.

Os critérios de exclusão à pesquisa restringiu-se à gestante não soropositiva, menor de idade e incapaz.

2.2 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi realizada a partir do levantamento das categorias presentes nas respostas das gestantes soropositivas, utilizando-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações buscando ir além dos significados imediatos da leitura simples do real com base na Teoria de Bardin que pode ser descrita como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.³²

Assim, a análise de conteúdo, é uma “Investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática, e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.³³

A Teoria de Bardin utiliza-se do método de categorização dos elementos encontrados, durante o tratamento dos dados, a partir do que há em comum dentro

³² BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed: 70. 1988. p. 36

³³ BARDIN, L. (1988. p. 36).

desse conjunto de elementos, o que permitirá posteriormente seu agrupamento em categorias e subcategorias.³⁴

Associado à Teoria de Bardin, empregou-se também como forma de análise dos dados o método fenomenológico, o qual permite que o pesquisador perceba as nuances das respostas, bem como a especificidade de cada sinal.

A Fenomenologia é, neste século, segundo Bicudo,

“...um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípuo é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos”.³⁵

A Fenomenologia procura compreender o ser humano no contexto histórico-cultural do seu próprio existir, apropriada neste caso porque a questão central é o modo próprio de vivenciar a situação³⁶.

As fontes de informação necessárias para a construção dessa pesquisa caracterizam-se em: fontes primárias (relatos dos sujeitos da pesquisa, cartão da gestante) e secundárias (livros, artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde e, ainda, material didático de estudos e disciplinas voltadas à Saúde da Mulher bem como dos livros e artigos do curso de mestrado).³⁷

Através das respostas dadas pelas gestantes ao questionário (ANEXO 3), pude explorar ao máximo cada resposta, procurando apreender os dados da comunicação, buscando não omitir nada, e apresentar os relatos de forma fidedigna. Foi possível através das entrevistas correlacionar as experiências e vivências de cada gestante, expressadas cada uma de forma singular e muito particular.

Apesar dos sujeitos da pesquisa não terem permitido a gravação da entrevista por timidez, responderam verbalmente sem que eu estivesse gravando, surgindo respostas verbais em meio a olhares distantes, ações e gestos inconscientes, involuntários e ingenuamente demonstrados, o que me ofereceu

³⁴ MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.102, 117-118, 134.

³⁵ BICUDO, M.A.V. **Sobre a Fenomenologia.** In: Bicudo, M.A.V.; ÉPÓSITO, V.H.C. (Orgs). Pesquisa Qualitativa em Educação. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p.15

³⁶ Lopes, Regina Lúcia Mendonça; Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará; Damasceno, Martha Maria Coelho. **Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ;3(1):49-52, maio 1995. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=3765&indexSearch=ID>. Acesso em 23 dez. 2010.

³⁷ LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

subsídios para que eu compreendesse melhor o que estava além daquele “sim e não”, se observado pelo aspecto fenomenológico.

O significado de fenômeno vem da expressão grega *fainomenon* e deriva-se do verbo *fainestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Assim, *fainomenon* significa aquilo que se mostra, que se manifesta. *Fainestai* é uma forma reduzida que provém de *faino*, que significa trazer à luz do dia. *Faino* provém da raiz *Fa*, entendida como *fos*, que quer dizer luz, aquilo que é brilhante. Em outros termos, significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo. (...) *Fainomena* ou *fenomena* são o que se situa à luz do dia ou o que pode ser trazido à luz. Os gregos identificavam os *fainomena* simplesmente como *ta onta* que quer dizer entidades. Uma entidade, porém, pode mostrar-se a si mesma de várias formas, dependendo, em cada caso, do acesso que se tem a ela.³⁸

Todas as respostas tiveram importante relevância que foram submetidas a categorizações para facilitar a abordagem e compreensão do tema. Esta etapa da análise do discurso é caracterizada pelo desmembramento, comparação, contextualização e agrupamento de conceitos.³⁹

Logo, as informações foram lidas repetidas vezes até efetiva exploração do material e em seguida foi caracterizado o perfil dos sujeitos, abordando antecedentes obstétricos e história obstétrica atual demonstrado através dos quadros 2 e 3 seguido dos comentários, bem como, a agregação dos dados em categorias e subcategorias com a sua respectiva análise.

Após a exploração do material coletado, os dados foram agrupados em cinco categorias e quatro subcategorias elencadas no quadro 1, visando explorar da melhor forma as minúcias e riquezas particulares de cada questionário, segundo o método fenomenológico. Sua descrição detalhada será apresentada no capítulo sobre os resultados e discussão das categorias.

A fenomenologia, portanto, responderá ao filósofo que não se contenta com o conhecimento natural, o diretamente dado e apocadamente questionado, pedindo por uma clarificação dos conceitos fundamentais, da realidade última das coisas do mundo, buscando transcender a ingenuidade, que é, exatamente, "a convivência pacífica com o não-justificado".⁴⁰

³⁸ MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ/ Moraes, 1989.

³⁹ MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.102, 117-118, 134

⁴⁰ MOURA, 1989; P.48

Quadro 1– Categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Tempo da soropositividade	
2. Percepção da gestante soropositiva a respeito do acolhimento da equipe no Pré-Natal, o “cuidado”	- Neutralidade - Satisfação
3. Desrespeito por ser soropositiva e gestante	- Negação
4. Conhecimento a respeito da humanização da assistência recebida.	- Satisfação por estar sendo acompanhada no Pré-Natal
5. Percepção subjetiva de ser soropositiva e esperar um bebê	- Medo

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Como dito anteriormente, acredito ser de grande valia apresentar o perfil das 02 (duas) gestantes que compuseram a amostra deste estudo, tendo em vista que para se entender a concretude do fenômeno é necessário que conheçamos previamente os atores sociais que dele participam.

Neste estudo verifica-se a necessidade de mostrar o perfil das mulheres que participaram do estudo, uma vez que a AIDS era vista nos anos 80, no início da epidemia, tanto pelos médicos quanto a população em geral, como restrita ao grupo de risco - profissionais do sexo, aos homossexuais e aos usuários de drogas. Na verdade, o tempo e as novas descobertas sobre o vírus encarregaram-se de mostrar que todos nós somos vulneráveis ao HIV: homens e mulheres, casados ou solteiros, jovens e idosos, ricos e pobres, inclusive crianças. Este vírus se disseminou entre os diversos segmentos da sociedade e hoje avança inclusive sobre as mulheres heterossexuais, é a chamada “feminização” da doença. Segundo alguns autores, ⁴¹“ocorreram mudanças no perfil da epidemia do Brasil desde o seu início até o atual momento, assinalando tendências quanto à sua heterossexualização, feminilização, envelhecimento, pauperização e interiorização”.

A feminilização é observada pela razão homem/mulher entre os casos notificados. A relação masculino/feminino em 1986 situava-se em torno de 15:1 (15 homens para cada mulher), porém essa situação vem se modificando com um acometimento cada vez maior de mulheres em todas

⁴¹ AGUIAR, Z. N. ; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 3ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

as faixas etárias, passando para 1,5:1 (15 homens para cada 10 mulheres) em 2005.⁴²

Assim, logo abaixo será discorrido o perfil das informantes desse estudo, o qual foi constituído pelas variáveis sócio-demográficas, que fizeram parte da ficha de identificação do formulário utilizado na coleta das informações, conforme distribui o quadro 02.

As gestantes por vivenciarem um momento tão especial e com uma grandeza de desafios, pela própria característica da gestação associada ao HIV, foram identificadas com o nome de flores, por ser esta uma linguagem tão bela como secreta, além de expressar os sentidos e emoções de forma simbólica, uma vez que as flores têm a sua sutileza e delicadeza característica. Para Wondracek⁴³ “...a beleza das flores não surge sem discontinuidades, não acontece sem crises.” Estes pseudônimos foram dados com o objetivo de garantir a manutenção de total sigilo sobre a identificação das informantes, obedecendo aos requisitos éticos indicados na resolução 196/96 do C.N.S.

Para melhor caracterizar o perfil dos sujeitos que compôs a amostra desse estudo os dados foram agrupados em forma de quadro. Tais dados correspondem à idade, cor, religião, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, ocupação e religião. Considerando-se que esses fatores são capazes de influenciar na visão de mundo e enfrentamento da realidade pelos sujeitos, essas variáveis foram apresentadas. Outros dados relevantes também foram considerados, como: tempo da soropositividade da mulher, tratamento para o HIV, história de soropositividade do parceiro, uso de preservativo nas relações sexuais, situação atual de saúde dos filhos em relação à soropositividade, número de gestações, de parto, de filhos vivos, de aborto, bem como a iniciação do acompanhamento de Pré-Natal. Todas estas informações são de grande valia, principalmente o acompanhamento desta mulher no pré-natal, pois segundo o Ministério da Saúde, “a redução da transmissão vertical do HIV cai para níveis entre zero e 2% por meios de intervenções preventivas, como o uso de anti-retrovirais combinados, promovendo a queda da carga viral materna”⁴⁴.

⁴² AGUIAR, Z. N. ; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 3ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009. P. 64

⁴³ WONDRAK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004. P.22

⁴⁴ **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e manuais técnicos. ISBN: 85 – 334- 1263-0. p.7.

As respostas também foram agrupadas para que fosse possível fazer um reconhecimento qualificado das gestantes estudadas.

A análise a seguir teve como fonte de dados às respostas obtidas através da realização das entrevistas e pela observação e percepção dos comportamentos e nuances no momento da exploração das respostas, mais especificamente os aspectos fenomenológicos.

CAPÍTULO 3 - COLETA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: CADA “FLOR” É ÚNICA, CADA UMA TEM SEU BÁLSAMO

A coleta de dados está fundamentada nas entrevistas concedidas por 02 (duas) gestantes soropositivas, com faixa etária entre 18 a 33 anos, vinculadas ao Centro de Referência de DST/AIDS da cidade de Itabuna-BA, esta com 206.339 habitantes, segundo dados do IBGE 2007.

O Centro de Referência acima referido situa-se na Rua Inácio Tosta Filho nº 360. Durante o período da pesquisa, 08 (oito) mulheres gestantes portadoras de HIV estavam sendo atendidas neste Centro. Destas, apenas 02 (duas) gestantes HIV positivas, aceitaram participar da pesquisa; isso pode demonstrar quanto “medo” e “preconceito” existem arraigados no seio destas mulheres. Mesmo após explicados os motivos da pesquisa, bem como o TCLE e a aprovação pelo Comitê de Ética, ainda assim algumas gestantes não aceitaram participar.

Das entrevistadas, observou-se que 01(uma) gestante é casada e a outra é solteira. “A maioria das portadoras do HIV está em idade fértil e seu desejo, ou de seu parceiro, de ter filhos, é cultural e socialmente determinado”⁴⁵. A situação conjugal é um fator de grande relevância para uma boa evolução da gestação, bem como influencia diretamente na adesão ao Pré-Natal, uma vez que a família participa deste processo. É importante salientar que o cuidado com a gestação não se restringe apenas a assistência proporcionada pelo profissional de saúde, mas é necessário um envolvimento muito mais complexo e comprometido por parte da gestante, parceiro e família, a mulher deve ser assistida e acolhida integralmente, para que a gravidez transcorra com segurança.

Assim, para que transcorra tudo bem, são necessários cuidados integrais não somente à grávida, mas ao parceiro e à família, visto que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento.⁴⁶

⁴⁵ AZEVEDO, A. F.; GUILHERM, D. **A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS**. Artigo Científico, 2005. ISSN: 0103-0465. Disponível em scielo.br. p.190.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2002.

Após o diagnóstico, o espaço conjugal é o campo de maior vulnerabilidade neste contexto e os casais podem apresentar dificuldades em manter o relacionamento, principalmente se houver sorodiferença.⁴⁷

Quanto ao grau de instrução, as 2 (duas) gestantes não chegaram a concluir o ensino fundamental. "A tendência da pauperização da epidemia pode ser observada pelo nível de escolaridade das pessoas atingidas".⁴⁸

No que se refere à raça, as 02 (duas) gestantes eram negras. A religião adotada por elas divergiam. A primeira – Margarida – declarou-se sem religião, já a segunda – Orquídea – declarou-se evangélica.

A situação de saúde das mulheres negras deve ser analisada considerando fatores como: desemprego, a baixa escolaridade, os baixos salários e toda a desigualdade que vivem. Deste modo, o racismo e a discriminação são ações que existiram e continuam a existir na sociedade, contudo podemos afirmar que atualmente, em alguns momentos ele encontra-se "disfarçado"⁴⁹. Entretanto por questões metodológicas não será aprofundado o assunto.

Quadro 2: Perfil dos sujeitos estudados. Itabuna-BA – Agosto de 2010

SUJEITOS	IDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	ESCOLARIDADE	COR	OCUPAÇÃO	RELIGIÃO
Margarida	33 anos	Solteira	1ª série do ensino Fundamental	Negra	Do lar	Nenhuma
Orquídea	19 anos	Casada	6ª série do ensino fundamental	Negra	Cabeleireira	Evangélica

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Faz-se necessário demonstrar neste estudo os aspectos acima citados no quadro 2, "uma vez que as questões socioeconômicas interagem com a epidemias do HIV/VIH de forma complexa"⁵⁰

⁴⁷ AZEVEDO, A. F. ; GUILHERM, D. **A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS.** Artigo Científico, 2005. ISSN: 0103-0465. Disponível em scielo.br. p.190

⁴⁸ AGUIAR, Z. N. ; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis.** 3ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

⁴⁹ BISPO, T.C.F. **Práticas discriminatórias em mulheres HIV positivas.** Ante-projeto de tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação de Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- EEUFBA. Área de concentração: mulher, gênero e saúde. Salvador-BA, 2006. p.7

⁵⁰ ONUSIDA. **Agenda para o Fortalecimento de Ações para mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH.** Plano Operacional para a Matriz de Resultados do UNAIDS/UNOSIDA: Focalizando mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH. Versão em Português. Fevereiro de 2010. ISBN: 9789291738403. p.1

Quadro 3: História Obstétrica: Antecedentes Obstétricos. Itabuna-BA – Agosto de 2010

SUJEITOS	Nº DE GESTAÇÕES	Nº DE PARTOS	Nº DE FILHOS VIVOS	ABORTO	REALIZOU PRÉ-NATAL EM TODAS AS GESTAÇÕES
Margarida	06	04	04	01	Não
Orquídea	01	00	00	00	-----

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

A partir da avaliação das informações contidas no quadro acima, evidencia-se que, em relação aos antecedentes obstétricos, Margarida cursa com 06 (seis) gestações, sendo a gestação atual, 01 aborto e 04 partos (destes todos estão vivos e são soronegativos).

Para Azevedo e Guilhem⁵¹, este fato pode ser diretamente relacionado ao curso da infecção durante a gestação, onde surge a situação conflituosa que emerge através da possibilidade de transmissão do vírus para o bebê ou de limitações físicas para o cuidado deste, frente às concepções sociais sobre adoecimento e morte relacionadas à AIDS.

Pode-se então perceber que neste momento estas gestantes soropositivas vivenciam um momento de crise, conforme entendimento de Wondracek:

Crises são estes períodos incertos, nos quais os nutrientes que deveriam estar disponíveis não são encontrados. Nossas raízes estão aturdidas, não sabem como continuar. Estão tateando, buscando para onde seguir. Crise é o movimento na obscuridade do solo, no ensaio de saídas, no ir as profundezas dos mistérios da vida.⁵²

Quadro 4: História Obstétrica: Gestação Atual. Itabuna-BA – Agosto de 2010

SUJEITOS	IDADE GESTACIONAL	INÍCIO DO PRÉ-NATAL	Nº DE CONSULTAS REALIZADAS	REALIZOU TODOS OS EXAMES
Margarida	8 meses	7 meses	04	Sim
Orquídea	8 meses	4 meses	05	Sim

Fonte: Pesquisa de campo realizada pela autora

Margarida declarou não ter realizado o Pré-Natal nas gestações anteriores, sendo que o seu último filho encontra-se com cinco anos de idade e há 4 anos

⁵¹ AZEVEDO, A. F. ; GUILHERM, D. **A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS**. Artigo Científico, 2005. ISSN: 0103-0465. Disponível em scielo.br. p.190.

⁵² WONDRAECK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004. p.12

convive com o resultado da sua soropositividade, fazendo uso contínuo de anti-retrovirais. Na gestação atual, a própria só começou a ter o acompanhamento de Pré-Natal no 3º trimestre gestacional. Por outro lado, Orquídea está na sua primeira gestação, tem 19 anos e desde que soube que estava grávida está sendo acompanhada no Pré-Natal.

Conhecer previamente o perfil obstétrico da gestação atual faz-se necessário para entender a evolução dessa assistência Pré-Natal, assim os dados do número de consultas realizadas, idade gestacional, inicialização do Pré-Natal e exames realizados estão expresso em quadros para possibilitar uma melhor compreensão a respeito do cuidado no Pré-Natal que estas “flores” estão recebendo, bem como dos demais dados coletados, a fim de verificar se este cuidado está balanceando para mais ou para menos os medos, sofrimentos e discriminações. Para o Ministério da Saúde, “a redução da transmissão vertical do HIV cai para níveis entre zero e 2%, por meios de intervenções preventivas, como o uso de anti-retrovirais combinados, promovendo a queda da carga viral materna”⁵³.

É possível observar que de acordo com a idade gestacional temos 01 (uma) gestante com +/- 16 semanas e a outra participante 01 (uma) encontra-se com idade superior à trigésima semana gestacional, já no final do seu período gestatório sendo muito significativo para o propósito da pesquisa, uma vez que as mesmas encontram-se em um período já avançado da gestação possibilitando fazer uma avaliação mais concisa do cuidado na assistência prestada pelos profissionais de saúde que lhes atendiam.

Das gestantes participantes do estudo, Margarida havia feito quatro consultas de Pré-Natal, tendo iniciado já no último trimestre gestacional. Já Orquídea iniciou o seu Pré-Natal no segundo trimestre gestacional, muito embora já tivesse realizado, até o momento, cinco consultas de Pré-Natal.

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado no ano 2000, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação de diversos exames, dentre estes exames, vale salientar o teste Anti-HIV, pois quanto mais precoce for descoberto que a gestante é positiva para o HIV, menor o risco de transmissão vertical, desde que o protocolo

⁵³ **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e manuais técnicos. ISBN: 85 – 334- 1263-0. p.7.

preconizado pelo Ministério da Saúde seja seguido. Durante o Pré-Natal, compete ao profissional (médico/enfermeiro) solicitar a sorologia para detecção do HIV, sensibilizar a gestante acerca da importância da realização do exame e fazer o aconselhamento necessário. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê.

A transmissão vertical é a principal forma de infecção pelo HIV em crianças. Assim, o conhecimento do *status* sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível a adoção de medidas que possibilitem a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada às gestantes infectadas.⁵⁴

3.1 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS

As categorias enfocaram as respostas mais representativas para que tornasse mais fácil a compreensão e análise dos dados obtidos através da entrevista.

- Tempo da soropositividade
- Percepção da gestante soropositiva a respeito do acolhimento da equipe no Pré-Natal “o cuidado”.
- Desrespeito por ser soropositiva e gestante
- Conhecimento a respeito da humanização da assistência recebida.
- Percepção subjetiva de ser soropositiva e esperar um bebê

A partir da criação das categorias foram formuladas subcategorias que pudessem abordar as nuances apresentadas nas “flores” participantes da pesquisa. As subcategorias serão analisadas no decorrer do estudo, abordando variedade de temáticas que surgiram das entrevistas.

Mas antes de analisá-las é preciso defini-las:

3.2 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

A partir deste sub capítulo serão discutidas cada uma das categorias anteriormente citadas.

⁵⁴BRASIL. Ministério da Saúde. **Consenso de gestantes soropositivas**, 2009 -2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>, acessado em 15/06/10, às 10:10h.

3.2.1 Categoria 1 – Tempo da soropositividade

Esta categoria busca mostrar o tempo que estas flores vivem com a fase da poda da sua beleza; ou seja, o tempo que convivem com o diagnóstico de soropositividade em suas vidas.

Pode-se perceber que pelo fato de Margarida já ter 33 anos e ser estar em sua 5ª gestação, o passar dos anos, o fruto do cansaço com a luta pela sobrevivência e a aceitação da soropositividade é mais real, mais “fria. Segundo Margarida, *“tenho que viver porque preciso criar os meus filhos, eles não têm pai, o pai morreu dessa doença (...), eles não tem ninguém! (...) Mas como para morrer, basta agente estar vivo né?”*

Por outro lado, Orquídea está na sua primeira gestação, tem 19 anos e recebeu o resultado de soropositividade há um ano e meio, bem no auge da sua primavera querida, momento belo e singular da vida, onde existem sonhos, expectativas e esperanças. Diante da observação do semblante daquela tão delicada Orquídea, pode-se perceber que esta verdade para ela ainda não estava totalmente elucidada, faltava ainda aceitar melhor a crise (a soropositividade) que se instalara em sua vida.

“Não sei como contrai esta doença, só tive dois homens em toda a minha vida, o meu antigo namorado e agora o meu marido que é da igreja e não tem HIV...”

Quando agente estava namorando ainda, que ele falou que queria casar comigo, eu falei que não podia casar com ele, ele não me merecia... aí ele insistiu, insistiu, insistiu porque... aí eu falei da doença que tinha, aí ele quis mesmo assim casar comigo. Você sabe né, na igreja para transar tem que casar, aí foi assim!

...mas é ruim só da pra fazer na vagina e com camisinha, entende?

... não tem aquela coisa de fazer outras coisas, sabe como é né?

- Fico com medo de botar a doença nele, coitado, ele não tem culpa de nada. Quando ele quis me dar um filho, ele tirava a camisinha e gozava em cima das minhas partes... Você imagina o que é isso?” (Orquídea)

De acordo com Martins e Teixeira⁵⁵, *“Por algum tempo vivi a convicção de que aquela jovem fora surpreendida por um acontecimento cuja possibilidade não povoara ainda o seu imaginário”.*

Neste sentido, pode-se relacionar o momento de crise vivido por Orquídea com o pensamento de Wondracek.⁵⁶

⁵⁵ MARTINS, F. ; TEIXEIRA, M. C. **Tecido de Afectos em fios quatro-zero**. Lisboa. Edições Colibri, 2007. p.15

Começamos a viver e a respirar... em meio a uma grande crise. O útero materno, acolhedor nos primeiros tempos, mostra-se apertado e exige uma ruptura. Literalmente, a ruptura da bolsa que envolve o bebê e inicia o parto – assim como a ruptura da membrana da semente inicia a sua germinação e a ruptura da terra abre o caminho para o surgimento do broto... A vida subsiste por meio de rupturas, de descontinuidades que paradoxalmente possibilitam a continuidade da vida.

Posso verificar junto às mulheres gestantes nas consultas de Pré-Natal, o quanto é fantasioso o primeiro bebê. Mas dentro do universo da soropositividade na gestação, percebe-se que estas fantasias podem se transformar em fantasmas, uma vez que são portadoras de um vírus incurável e que uma das formas de transmissão é no transcorrer da gestação ou durante o parto.

3.2.2 Categoria 2 - Percepção da gestante soropositiva a respeito do acolhimento da equipe no pré-natal, o “cuidado”

A categoria “Percepção da gestante soropositiva a respeito do acolhimento da equipe no pré-natal, o cuidado” faz uma abordagem sobre a visão das gestantes no que se refere o entendimento sobre o tema abordado. Vale ressaltar que a presente temática possui variados graus de importância havendo respostas semelhantes entre as gestantes, entretanto, está diretamente atrelada ao conjunto de crenças, valores e da visão de mundo de cada indivíduo. É importante destacar o correto significado da palavra acolhimento conforme Brasil apud Aurélio:⁵⁷

“acolher: 1. dar acolhida a, dar agasalho a; 2. dar crédito a, dar ouvidos a; 3. admitir, aceitar, receber; 4. tomar em consideração.”

Entende-se que o cuidado com a gestação não se restringe apenas à assistência proporcionada pelo profissional de saúde, mas é necessário um envolvimento muito mais complexo e comprometido por parte da gestante, parceiro e família, a mulher deve ser assistida e acolhida integralmente, para que a gravidez

⁵⁶ WONDRACEK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004.

⁵⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnica de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2ª. ed. Brasília, 2006.

transcorra com segurança. A relação que a mulher e família estabelecerão é determinante no contexto de cada gestação.⁵⁸

Boff,⁵⁹, apresenta os conceitos de cuidado, inerentes ao ser humano, como crítica à civilização que, agonizante, pede para superar os desafios e através do cuidado, como suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência, precisa-se urgentemente renascer do fundamental do humano “o cuidado” principalmente para com o outro sem escolhas, preconceitos, objeções e principalmente interesse. O cuidado nasce quando se conhece a essência de todas as coisas, quando se descobre os propósitos e finalidades da vida, quando o homem se compromete e assume a responsabilidade de zelar, atender e preocupar-se com o outro.

Quando as gestantes foram abordadas sobre o tema proposto, por inferência (gestos das mãos acompanhados olhares atentos e acolhedores, bem como indagações às respostas), foi possível perceber que o significado da assistência pré-natal está atrelado a assistência recebida, ou seja, o modo como são recebidas nas consultas, demonstrando também a falta de conhecimento e inabilidade das gestantes em discutir sobre a relevância dessa assistência enquanto usuária do Serviço Público de Saúde.

Quando Margarida e Orquídea foram abordadas inicialmente sobre o tema proposto, as mesmas deram respostas simples e sucintas, por meio de olhares perdidos e braços cruzados, ou com as suas próprias mãos dadas e apoiadas por cima de seus ventres, como se estivessem armadas, ou seja, preparadas para subtrair qualquer coisa que lhes fizesse “mal”. Através do meu olhar atento e acolhedor, demonstrando atenção e respeito a cada resposta foi possível estabelecer uma relação de confiança com as gestantes, explorava às respostas e foi possível perceber através de suas falas, gestos e olhares que o significado de acolhimento está atrelado apenas ao bom atendimento por parte da equipe médica, onde foi verificado que para as duas gestantes entrevistadas o significado de um “bom atendimento” seria nada mais nada menos que um pouco de atenção e o jeito de falar por parte dos médicos e enfermeiros.

⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2002.

⁵⁹ BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra**. 15 ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008.

Pode-se pensar que este fato denote o pensamento subjetivo a respeito da doença, se observado pelo aspecto fenomenológico, tanto Margarida como Orquídea achavam que quando buscavam tal atenção, mesmo os profissionais que lhes atendiam, sabendo da soropositividade, não estavam se opondo a atendê-las, tocá-las e ouvi-las.

“Quando eu vou atrás, o médico e a enfermeira me tratam bem...”(Margarida)

“Muito bem recebida... sempre que procuro os médicos e as enfermeiras...”(Orquídea)

Diante disto, sinto-me à vontade em poder correlacionar as atitudes e percepções que obtive destas mulheres, com o pensamento de Martins e Teixeira,⁶⁰

Para Husserl, o apelo surge como princípio de possibilidade de relações sociais sob a forma de duas ordens de pulsões: de conservação e intencionais. As pulsões de conservação dizem respeito à emergência da pulsão, enquanto tal, para o outro, isto é, enquanto sofrida apenas pelo sujeito; na pulsão intencional o sujeito orienta-se activamente para o outro e/ou para outrem.

Portanto, é importante ressaltar que o verdadeiro significado do Pré-Natal vai além de medidas acolhedoras, consiste em uma observação adequada e o acompanhamento da mulher soropositiva durante o período gestacional que se estende desde a concepção, até o início de trabalho de parto, é uma atenção básica, ofertada à gestante, onde inclui ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças que porventura venham ocorrer durante o período gravídico puerperal.⁶¹

Através dos breves discursos a respeito do assunto, as mulheres referiram ter tido um bom atendimento por parte dos médicos e enfermeiros, deixando evadir informações a respeito dos demais membros da equipe de saúde; no entanto, transpareciam a sua insatisfação no seu semblante, talvez por medo ou insegurança, falavam que estavam satisfeitas.

3.2.2.1 Subcategoria: neutralidade

⁶⁰ MARTINS, F. ; TEIXEIRA, M. C. **Tecido de Afectos em fios quatro-zero**. Lisboa. Edições Colibri, 2007. p.15

⁶¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Situação da epidemia no Brasil. 2000, p.6-9.

Nesta subcategoria busco mostrar algumas nuances que se mostraram plausíveis no momento que eram exploradas as perguntas. Esta citada “neutralidade” refere-se principalmente ao fato de que muitas vezes este público opta por calar-se, uma vez que já sofrem com o estigma da doença. Elas têm consciência de precisam do acompanhamento, então preferem verbalizar somente o que lhes é conveniente, ou seja, a visão que tinham dos médicos e das enfermeiras. Embora Margarida e Orquídea tenham demonstrado satisfação em relação ao olhar sobre a assistência recebida no pré-natal, senti dificuldades em colher dados de forma mais rica e proveitosa, pois as entrevistadas possivelmente tinham medo de falar o que realmente sentiam ou achavam dos outros serviços de saúde onde recebiam atendimento, como é possível identificar na fala de Margarida “(...) *me tratam bem, conversam comigo normal!*” (Margarida). Visto que estavam ali necessitando de cuidados da instituição de referência bem como dos outros serviços de saúde e, conseqüentemente, dos profissionais; desta forma, ficou perceptível que elas possivelmente temiam sofrer represálias.

Isto é possível verificar claramente na fala de Orquídea: “*O atendimento aqui em Itabuna é bom... Venho fazer o meu pré-natal aqui, lá em Ilhéus, no posto de saúde da minha rua, eu fui uma vez e não voltei mais...*” (Orquídea). Quando explorada a resposta a respeito do assunto, a mesma sacudiu os ombros, fechando os olhos e desconversou, novamente reforçando o que ela havia respondido “(...) *aqui é bom, me recebem bem, não me destratam e me respeitam. Me tratam bem!*”(Orquídea).

Quando a Orquídea se refere ao “aqui é bom”, está se referindo a assistência recebida no Centro de Referência em DST/AIDS, onde foram feitas as entrevistas. Desta forma deixando nitidamente à margem o Posto de Saúde onde ela não mais retornou, e onde deveria receber acompanhamento médico.

3.2.2.2 Subcategoria: satisfação

De acordo com alguns discursos, as gestantes referiram ter tido um bom atendimento por parte dos médicos e enfermeiras do Centro de Referência em DST/AIDS. Como pode ser observado nas falas que seguem:

“Enfermeiro, médico... todos me tratam bem. Me sinto bem , eles conversam comigo tudo normal, não tem nenhum tipo de preconceito. Os médicos me atem bem e as enfermeiras também...” (Margarida)

“Me recebem bem e não me destratam, nem me desrespeitam. Aqui me tratam bem!” (Orquídea)

Diante da fala de Orquídea pode-se confirmar mais uma vez que de forma indireta ela quis enfatizar o cuidado recebido outrora, no momento em que a mesma reforça a sua fala acompanhado de um singelo sorriso, “aqui me tratam bem”. Quando foi explorado, o motivo do termo “destrato” citado por Orquídea, o seu semblante de um sorriso se desfez, e mais uma vez ela falou: “...eu falei que aqui eu não sou destrutada e nem desrespeitada, por isso é que eu faço o meu acompanhamento aqui”(Orquídea). Neste instante mais uma vez Orquídea deixa transparecer a sua satisfação com o “cuidado” recebido no Centro de Referência, e deixou nítida a sua insatisfação com a “falta de cuidado”, se assim podemos dizer, com o Posto de Saúde de Ilhéus onde deveria estar sendo também acompanhada, como também já foi enfatizado pela mesma em momentos anteriores.

3.2.3 Categoria 3 – Desrespeito por ser soropositiva

Esta categoria, busca mostrar as percepções das gestantes entrevistadas acerca do assunto “desrespeito”. Diante da história do HIV, pode-se verificar que anteriormente as pessoas infectadas pelo HIV, eram discriminadas pela sociedade “homossexuais, prostitutas e drogados”, este estigma perpetua até os dias atuais de acordo com o que se pode perceber na prática, quando se trata de prestar um cuidado com pessoas soropositivas.

Isto pode ser explicado melhor no entendimento do ONUSIDA:

Fatores sociais, econômicos, legais e culturais arraigados sustentam o estado de desigualdade de mulheres e meninas nas sociedades e o risco e vulnerabilidade ao HIV/VIH e à violência. As relações de poder desequilibradas, a falta de acesso a serviços, os diferenciais de empoderamento econômico e legal entre homens e mulheres, a coerção sexual, a violência e os papéis de gênero estabelecidos limitam a capacidade de mulheres e meninas exercerem seus direitos. O estigma e a discriminação relacionados ao HIV/VIH afetam desproporcionalmente a mulheres e meninas, restringindo sua capacidade de acesso a serviços. Mulheres e meninas soropositivas têm menor possibilidade de acessar

serviços, de revelar o seu status sorológico ou de negociar sexo seguro por medo de serem maltratadas, rejeitadas ou de sofrerem violência.⁶²

Diante disto, pode-se perceber claramente nas falas e gestos das gestantes entrevistadas, que, havia um “medo” e “precaução” em falar do seu status sorológico, para que não se sentissem desrespeitadas ou discriminadas. As duas gestantes, Margarida e Orquídea, buscam deixar claro nas suas falas o que elas pensam a respeito do assunto quando questionadas a respeito da existência de desrespeito por parte de algum profissional. *“Não, nunca profissional nenhum me desrespeitou... Na rua mesmo, eu não quero que ninguém saiba, é melhor ficar quieta, assim ninguém me olha diferente”*(Margarida).

Quando foi explorado mais a respeito do assunto, pode-se perceber que Margarida referiu nunca ter sido desrespeitada por parte de quem lhe atendia, ou seja, mais uma vez Margarida focou os médicos e enfermeiras. Quando lhe questionei o que ela entendia por desrespeito, houve momentos de arrefecimento; Margarida buscou apoio em um papel que estava em suas mãos (a segunda via do TCLE), olhando para baixo como se estivesse em busca de resposta, em meio a suspiros a mesma respondeu *“...quando alguém sabe que você tem AIDS e te olha assim, sabe?!”* (Margarida). O enfoque no “olhar”, mais uma vez foi reforçado pela gestante, pode-se pensar então o quanto é importante o preparo da equipe de saúde que presta assistência a estas pessoas, uma vez que entende-se que os cuidados com a gestante soropositiva pode influenciar nos seus medos, sofrimentos e discriminações sofridas, possivelmente mais exacerbadas ainda neste período tão delicado como o de “gestar”.

Quando questionada a respeito do assunto, a resposta de Orquídea se assemelhou a de Margarida. Em relação à existência de desrespeito por parte da equipe de saúde, foi informado de forma segura e notória que ela estava se referindo ao lugar onde ela estava sendo acompanhada, ou seja, no Centro de referência, como pode ser observado na fala que segue: *“Não, nunca me desrespeitaram... Não me destratarem e nem me desrespeitaram. Me tratam bem aqui! Fora daqui, ninguém sabe... Procuo nem pensar nisso!”*(Orquídea). Quando exploradas as suas respostas acerca do assunto “desrespeito” Orquídea respira

⁶² ONUSIDA. **Agenda para o Fortalecimento de Ações para mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH.** Plano Operacional para a Matriz de Resultados do UNAIDS/UNOSIDA: Focalizando mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH. Versão em Português. Fevereiro de 2010. ISBN: 9789291738403.

fundo e, em meio a lágrimas, começa então a expor de forma clara e não mais implícita, os motivos pelos quais a fez buscar atendimento em outra cidade (Itabuna), no Centro de Referência, e não mais em sua cidade e em um posto de saúde próximo da sua residência. Em suas falas e gestos pode-se verificar a veracidade da existência de práticas discriminatórias com pessoas soropositivas, em especial com gestantes que é o interesse do presente estudo,

“...Quando eu fui no lá no Posto de Saúde de Ihéus, que eu fui levar o resultado da minha Ultrasonografia Transvaginal, que deu que eu estava grávida, eu levei também os resultados de exame de sangue que eu tinha, tudo pra começar o Pré-Natal... Quando a enfermeira do Posto viu!!!! – Meu Deus do céu, pra mim foi o pior momento, nem quando eu recebi o resultado eu sofri tanto, nem sofro muito porque eu procuro nem pensar nisso. Mas , a enfermeira falou pra mim que não estava entendendo nada, aí eu disse pra ela, espera aí que você vai entender agora! Ela me respondeu que ela não precisava de explicação minha, que ela sabia ler, só que não aceitava que, eu, tivesse grávida. Aí, ela me perguntou se eu era louca de engravidar, quase que me falou que filho era uma responsabilidade que eu não podia ter, daquele jeito... Foi ruim né? – Porque você já fica com medo por causa do bebê, de passar essa doença pra ele, aí ainda escuta essas coisas...”(Orquídea)

Ao considerar o entendimento de cidadania em relação à AIDS e à exclusão social, mulheres devem considerar os seus direitos reprodutivos como uma referência essencial para a garantia dos seus direitos enquanto cidadãs, tão somente pelo fato que a questão saúde é campo fundamental na constituição dos seus direitos. Os direitos reprodutivos são mecanismos que contribuem para que existam relações de igualdade entre todas as mulheres, soropositivas ou não.

(...) as relações sociais são formadas pela tensão de exclusão e inclusão sociais no meio social e estar em situação de exclusão, não significa estar fora da sociedade, mas estar dentro dela, porém destituído de participação nos bens sociais, sem acesso à riqueza e proteção comuns aos cidadãos, o que implica a existência da perversão social.⁶³

Vale ressaltar que a idéia de direitos reprodutivos, surgiu da luta do movimento feminista quanto à defesa do destino dado pela mulher ao seu próprio corpo, e de experiências que remetem ao respeito à reprodução e sexualidade, tendo como ponto de ligação a expressão do desejo e busca de autonomia sexual. Assim, é na reflexão a respeito das condições sociais e culturais proveniente de

⁶³ ÁVILA, M. B. **Direitos reprodutivos, exclusão social e AIDS. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder.** Regina Barbosa, Richard Parker, org. ISM/UERJ. Rio de Janeiro, 1999. p.42

vivências individuais e coletivas no campo reprodutivo e sexual que as mulheres tomaram para si, direitos reprodutivos imbuídos do espírito de sabedoria, luta e resgate histórico.

3.2.4 Categoria 4 - Conhecimento a respeito da humanização da assistência recebida.

Esta categoria vem mostrar o que Margarida e Orquídea conheciam a respeito de humanização da assistência recebida.

Para o dicionário, humanização é o ato de humanizar, que por sua vez significa:

1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar.
2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar.
3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar.
4. Tornar-se humano; humanar-se.

Pode-se perceber claramente que as gestantes entendiam que “humanização” se restringia ao fato de estarem sendo atendidas e acompanhadas no Pré-Natal, ainda que eu insistisse em trazer a luz o conceito associando a exemplos de condutas relacionadas ao assunto, tanto Margarida quanto Orquídea entendiam que o fato de estarem incluídas em um serviço e estarem sendo assistidas era a “humanização”. Este fato confirma o desconhecimento destas mulheres a respeito dos seus direitos, uma vez que as mesmas achavam ou mesmo “confundiam”, humanização com acesso, tendo em vista que o acesso aos serviços de saúde é um direito de qualquer cidadão brasileiro, independente de sexo, raça, idade ou estado sorológico para o HIV.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”⁶⁴

Diante das respostas obtidas formou-se a seguinte subcategoria, onde serão esplanadas as falas das gestantes a respeito do assunto.

⁶⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil** : Promulgada em 05 de Outubro de 1988. Disponível em <http://www.saude.gov.br/publicações>, em: 10 de dezembro de 2010.

3.2.4.1 Subcategoria: satisfação por estar sendo acompanhada no pré-natal

Esta subcategoria vem mostrar o que Margarida e Orquídea entendiam por humanização, o fato de estarem satisfeitas por ter atendimento. À medida que as respostas surgiam, foi possível mergulhar no sofrimento destas mulheres, na amplitude da marca que estas tão belas flores trazem consigo. Marcas estas trazidas em um seio repleto de medos, lembranças e estigmas. Quando eu explicava a respeito da humanização, elas insistiam: *“o meu pré-natal está sendo humanizado sim, porque eu fiz aqui como qualquer pessoa comum, e sem nenhuma diferença das outras pessoas...”* (Margarida), obtive esta resposta enquanto Margarida olhava firme para os seus pés e torcia a segunda via do TCLE que estava em suas mãos. Esta atitude expressa, de forma involuntária o que em outras palavras ela não disse, ou seja, em outros lugares ela não era uma “pessoa comum”, mais sim uma HIV positiva.

Já a fala de Orquídea, repete o que em outros momentos havia dito *“me recebem bem, não me destratam e nem me desrespeitam, me tratam bem aqui... Têm cuidado comigo!”* (Orquídea). Interessante é que no momento em que Orquídea responde “tem cuidado comigo”, a mesma olha e acaricia o seu pequeno ventre, como se o “cuidado” recebido estivesse sendo transferido para o seu bebê, por meio das atitudes de afeto embaladas pelo afago das suas mãos, filho este tão “ameaçado” pelo vírus que o HIV trás ao organismo humano.

3.2.5 – Categoria 5 - Percepção subjetiva de ser soropositiva e esperar um bebê

Esta categoria vem mostrar a percepção subjetiva de Margarida e Orquídea no que diz respeito à gestação, soropositividade e a espera de um filho nestas condições. De tudo que foi pesquisado, questionado, observado e participado junto com Margarida e Orquídea, nesta última categoria, que foi propositalmente a última pergunta do questionário, foram momentos de “sentir”, e não mais somente de perceber, foi possível sentir junto com Margarida e Orquídea, a tristeza, incerteza e medo de poder estar gerando um bebê soropositivo, ou mesmo que este venha a ser soronegativo, o medo que estas mulheres têm de não poder cuidar de seu filho, ver estes frutos de lutas darem o primeiro sorriso, as primeiras palavras; medo de

não poder ouvir a palavra mamãe, tudo isto pelo “medo” de não poder viver, uma vez que convivem com um vírus para o qual infelizmente ainda não há cura, e a progressão da doença é rápida e perversa em alguns casos.

A partir da fala que pude obter de Orquídea em meio à respiração profunda e lágrimas escorrendo por sua face, percebi a dor do significado de ser soropositiva e estar esperando um bebê, onde os sonhos e fantasias de qualquer grávida se fazem presentes.

“...Ai bate uma tristeza! Não é nem por mim, é mais por ele (o bebê) e o meu esposo. A gente sonha tanto em ser uma família feliz, normal sabe? – As vezes esqueço do que tenho (o HIV), para pensar nele grande (o filho), o rostinho, as mãozinhas.. Eu amamentando! Depois eu caio na real, aí eu procuro esquecer disso. (Respiração profunda) ...É muito triste!” (Orquídea)

Diante desta fala, pode-se perceber aos seus 19 anos, o medo, principalmente relacionado à incerteza de tempo de vida, que de forma implícita nas falas revela o medo de morrer “... é muito triste”. Percebe-se também que o vírus HIV não é somente agressor das células do sistema imunológico, mas também dos sonhos, “... esqueço que tenho o HIV” para poder ter a chance de sonhar com o broto que está sendo gerado no ventre de Orquídea. Como se não lhe fosse permitido sequer ter a vontade de ver nascer e crescer o que ela mesma gerou, a vida que está em seu ventre. Ainda mais associado a tudo isto, o fato de que não pode alimentar com seu corpo o seu filho com um dos mais profundos atos de amor de uma mãe com o seu filho, amamentar, não pode vir a dar o seu peito para matar a fome do seu filho porque pode infectá-lo com o Vírus HIV. Orquídea luta com todas as suas forças para que continue vivendo para ver florescer o nascimento do seu broto.

“... As crises desnudam a própria essência da vida; vida que sempre está vindo ao nosso encontro e, portanto, não depende das nossas iniciativas. Pelo contrário, é a própria vida que faz possível essa iniciativa.”⁶⁵

Na fala de Margarida, outra surpresa, a negação da realidade em que vive, mascarando através das suas ações, gestos e olhares o medo que trazia consigo, mesmo que não verbalizado. De braços cruzados sobre os seus seios, apertando os seus braços com as suas mãos, e nesta, ainda a segunda via do TCLE o qual se

⁶⁵ WONDRAČEK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004. P.92

apoiou durante toda a entrevista, já se encontrava todo torcido e machucado, em meio a olhares fixos na parede da sala onde acontecia a entrevista, Margarida me respondeu: *“Não sei! Não sei te responder. Penso pouco sobre isso... – Mas, não imagino. Procuo ficar tranqüila!”*(Margarida).

As crises desnudam as prevenções que armamos contra mudanças. Quando rejeitamos a realidade de que somos pó e cinza, tentamos construir na fantasia a nossa armadura de ferro. Com isso, as crises nos pegam ainda mais desprevenidos e derrubem os esquemas rigidamente construídos. Nós nos agarramos às certezas construídas dentro das armaduras e, assim, negamos a fecundidade das mudanças...⁶⁶

À medida que as respostas eram obtidas, refletia-se também a respeito da importância dos profissionais de saúde, envolvendo a equipe multiprofissional como um todo, no que diz respeito ao cuidado que temos com o outro, principalmente quando este está à margem. É este o momento mais complexo do ponto de vista da “balança”, ou seja, da influência que este cuidado vai ter nas diversas percepções que as gestantes soropositivas representam, das quais os medos, os sofrimentos e as discriminações sofridas podem ser diminuídas e enfrentadas de modo um pouco mais brando, como a leveza das flores.

⁶⁶ WONDRACEK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004. P.49

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade feminina ao HIV é certamente influenciada pelas relações sociais entre o homem e a mulher, pela dinâmica de poder que permeia estas relações e pelo imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero. A negociação para o uso do cóndom é uma ação certamente influenciada nestas relações desiguais de poder.

A situação da mulher pode ser agravada, as dificuldades encontradas por elas são geradas principalmente pelo patriarcalismo que dão origem a idéia de que a questão da mulher é específica, impedindo de ter existência própria e auto-determinação como sujeito social e político, representante de uma parcela significativa da população. Sendo assim, diante deste contexto de desigualdade no qual está inserida a mulher, podemos despertar para os estigmas que podem lhe acompanhar diante de um resultado positivo para o HIV.

Entende-se que o cuidado com a gestação não se restringe apenas a assistência proporcionada pelo profissional de saúde, mas é necessário um envolvimento muito mais complexo e comprometido por parte da gestante, parceiro e família, a mulher deve ser assistida e acolhida integralmente, para que a gravidez transcorra com segurança. Entretanto, é importante ressaltar que o verdadeiro significado do Pré-Natal vai além de medidas acolhedoras da equipe de saúde, consiste em uma observação adequada, unida à solicitude, respeito e ao acompanhamento cuidadoso à mulher soropositiva durante o período gestacional que se estende desde a concepção até o puerpério.

As mulheres estudadas apresentavam expectativas semelhantes em alguns aspectos quando abordadas a principalmente respeito dos assuntos ligados à soropositividade e à gestação. Ficou evidente para mim enquanto enfermeira, que o cuidado delas para com a utilização da medicação anti-retroviral era principalmente com o objetivo de manterem-se saudáveis para terem “vida” duradoura e poderem “cuidar” do filho que está sendo gerado e também com o intuito de amenizar o medo do fantasma da soropositividade para o seu bebê. Foi possível perceber também que as “flores” participantes da pesquisa, diante do resultado da gravidez, buscavam de forma incessante pela vida, a partir do momento em que tiveram acesso e acolhimento no serviço de saúde onde estavam sendo acompanhadas, cuidam-se,

principalmente quando se sentem amparadas por uma estrutura familiar que lhes apóia e acolhe, bem como uma religião e uma equipe multidisciplinar que presta serviços e cuidados à saúde das gestantes soropositivas. Diante disto, pode-se dizer então que o cuidado com a mulher neste período pode ser também um fator influenciador para uma adesão à continuidade do Pré-Natal diminuindo os riscos para a mulher e o bebê, bem como amenizando seus medos e sofrimentos.

O objetivo deste estudo foi investigar como o cuidado no Pré-Natal à gestante soropositiva pode influenciar na adesão ao Pré-Natal e tratamento, assim como nos seus medos, sofrimentos e discriminações sofridas. Ao término da análise dos dados obtidos nas entrevistas, conclui-se que o cuidado oferecido no Pré-Natal à mulher grávida portadora do vírus HIV é, sem dúvida, um dos fatores determinantes na “balança” para os medos, sofrimentos e discriminações, bem como na adesão desta mulher ao serviço de saúde e a continuidade do tratamento.

BOFF⁶⁷ apresenta os conceitos de cuidado, inerentes ao ser humano, como crítica à civilização que, agonizante, pede para superar os desafios e através do cuidado, como suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência, precisa-se urgentemente renascer do fundamental do humano “o cuidado” principalmente para com o outro sem escolhas, preconceitos, objeções e principalmente interesse. O cuidado nasce quando se conhece a essência de todas as coisas, quando se descobre os propósitos e finalidades da vida, quando o homem se compromete e assume a responsabilidade de zelar, atender e preocupar-se com o outro.

Este cuidado “sem preconceitos” acima citado por Boff, é algo que parece estar além da nossa realidade atual, trouxe dentre outros assuntos uma assunto que busquei mostrar o entendimento das “flores” participantes da pesquisa entendiam por humanização, e as mesmas entendiam que “humanização” se restringiam ao fato de estarem recebendo atendimento, principalmente enfatizando a figura do médico como ator principal do “cuidado” que recebiam. Na medida em que as respostas surgiam foi possível mergulhar no sofrimento destas mulheres, na amplitude da marca que estas tão belas flores trazem consigo; marcas estas trazidas em um seio repleto de medos, lembranças e estigmas. Quando eu explicava a respeito da humanização, elas insistiam: *“o meu pré-natal está sendo humanizado sim, porque eu fiz aqui como qualquer pessoa comum, e sem nenhuma diferença*

⁶⁷ BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra**. 15 ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008.

das outras pessoas...”. Elas não são diferentes de ninguém, são seres humanos iguais a qualquer um de nós, constituídas de sonhos, desejos e aspirações, destacam-se somente a existência um vírus existente em seus organismos, vírus este ainda incurável até o momento, que agride não somente as células de defesa do corpo humano, o HIV ameaça não só a vida, mais também esperanças, alegrias, sonhos e aspirações por igualdade.

Existe algo em nossa existência que deve ser celebrado com honras ao Criador que é a nossa existência, “a Vida”, dádiva esta que não se difere muito da dádiva do “cuidado maternal” que é dada por Deus, e acontece instintivamente à figura feminina a partir do momento em que esta gesta o seu filho em seu ventre. Tal fato pode ficar claro neste estudo a partir das análises das sutilezas de atitudes bem como dos dados obtidos nas entrevistas com as “flores” participantes desta pesquisa.

Faz-se necessário ressaltar o valor e a necessidade da implantação de disciplinas, nos cursos de saúde, que discutam a importância da humanização do cuidado (incluindo humanização na gravidez de risco e soropositividade), assim como discussões a respeito do combate às práticas discriminatórias relacionadas a gênero e aos mais diversificados tipos de doenças. Ao término deste trabalho, dou ênfase à importância do cuidado que o profissional de saúde deve ter consigo mesmo, para que possa ter a sensibilidade de “escutar” o clamor do outro, àquele que vai em busca de cuidado, deve-se prestar atendimento sem objeções, restrições, preconceitos e limitações. Através do efetivo cuidado humanizado pode-se pensar, em um futuro não tão distante, nos serviços de saúde, tornando-os lugar de amparo. Certamente, o cuidado que os pacientes receberão irá balancear para bem menos os seus medos, sofrimentos e discriminações, independentemente da patologia existente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z. N. ; RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 3ª Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ALVES, R. N.; et al. **Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres**. Maringá. Rev. Saúde Pública, v. 36, n. 4, supl, p.32-39, ago./ 2002.

ÁVILA, M. B. **Direitos reprodutivos, exclusão social e AIDS. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Regina Barbosa, Richard Parker, org. ISM/UERJ. Rio de Janeiro, 1999. p.42

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa, R. M.; Parker, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: ed. 34, 1999, p. 49-72.

AZEVEDO, A. F. ; GUILHERM, D. **A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS**. Artigo Científico, 2005. ISSN: 0103-0465. Disponível em scielo.br. p.190.

AZEVEDO, E. **Raça: conceito e preconceito**. São Paulo: Ática, 1987.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

_____. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed: 70. 1988.

BELLO, A. A. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Psicologia, história e religião. Organização e tradução Miguel Mahfoud e Marina Massimi. Bauru, EDUSC – Editora da universidade do sagrado coração 2004.

BICUDO, M.A.V. **Sobre a Fenomenologia**. In: Bicudo, M.A.V.; ÉPÓSITO, V.H.C. (Orgs). Pesquisa Qualitativa em Educação. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p.15

BISPO, T.C.F. **Práticas discriminatórias em mulheres HIV positivas**. Ante-projeto de tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação de Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- EEUFBA. Área de concentração: mulher, gênero e saúde. Salvador-BA, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra**. 15 ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008.

BONADIO, I. C. **Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v 32, n 1, p.9-15, abril. 1998.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil :** Promulgada em 05 de Outubro de 1988. Disponível em [http://www.saude.gov.br / publicações](http://www.saude.gov.br/publicações), em: 10 de dezembro de 2010.

BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução. Nº196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.** Situação da epidemia no Brasil. 2000, p.6-9.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** plano de ação 2004-2007. 1ª ed. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Consenso de gestantes soropositivas, 2009 - 2010.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>, acessado em 15/06/10, às 10:10h.

BRITO A.M., CASTILHO A.C., SZWARCOWALD C.L. **Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000;34:207-217.

CARDOSO A., MARTINS F. **A felicidade na fenomenologia da vida.** Colóquio Internacional Michel Henry. Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2006.

CECHIM, P. L. ; SELLI, L. **Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 60. n. 2 Brasília Mar./Apr.2007. ISSN 0034- 7167.

CORLETA, H. V. E. **Gestação e HIV,** 2007. Disponível em: <http://www.abcdocorposalutar.com.br>, acessado em 13/06/07, às 20:10h.

ESTRELA, M. **Como conduzir o parto na paciente soropositiva**, 2010. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br>, acessado em 13/06/10, às 17:20 h.

GARNICA, A.V.M. **Algumas notas sobre a Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia**. Interface – **Comunicação, Saúde e Educação**. V.1, N.1, 1997. Artigo Científico. São Paulo.

GUIMARÃES, A. S. A. Cor, classes e status nos estudos de Pierson, Azevedo e Harris na Bahia: 1940 – 1960. In: **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GUIMARÃES, L.A. **Violência institucional vivenciada durante o pré, trans e pós-parto: percepções de puérperas**. Feira de Santana-BA 1999.

IBGE. **Censo Demográfico 2007 - Resultados do município de Itabuna-BA**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de junho de 2010.
LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, F. ; TEIXEIRA, M. C. **Tecido de Afectos em fios quatro-zero**. Lisboa. Edições Colibri, 2007. p.15

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ/ Moraes, 1989.

MARTINS, F.; CARDOSO, A. **A Felicidade na Fenomenologia da Vida**. Colóquio Internacional Michel Henry. Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2006. p. 59.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec-Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro. 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. p.102, 117-118, 134.

Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Glossário**. Brasília: Editora, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Situação da epidemia no Brasil**. 2000, p.6-9.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids**. Brasília, v. 14, n. 2, p. 59, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. 1ª ed. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnica de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2ª. ed. Brasília, 2006.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e manuais técnicos. ISBN: 85 – 334- 1263-0. p.7.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ministério da Saúde.
[HTTP://www.aids.gov.br/data/documents/](http://www.aids.gov.br/data/documents/) acesso em outubro de 2010.

_____. **Consenso - Recomendações para a profilaxia da Transmissão vertical do HIV e terapia anti- retroviral**. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em [HTTP://www.aids.gov.br/data/documents/](http://www.aids.gov.br/data/documents/)

MINAYO, M. C de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática de saúde e serviço da vida**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

ONUSIDA. **Agenda para o Fortalecimento de Ações para mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH**. Plano Operacional para a Matriz de Resultados do UNAIDS/UNOSIDA: Focalizando mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV/VIH. Versão em Português. Fevereiro de 2010. ISBN: 9789291738403.

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para AIDS**. Salvador – Bahia, 2000. p. 166. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo.

POLIT, D.F. et all. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.30.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 227 p.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

_____, Jorge de. **Obstetrícia**. 8 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 1998.

_____, J. **Obstetrícia**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Meds, 2002.

SANTOS, S. **Vivendo com HIV/AIDS**: cuidado, tratamento e adesão na experiência do grupo com vida. Rio de Janeiro: UERJ. 2001, 137p. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992, p. 175.

WONDRACEK, K. H. K.; HERNÁNDEZ, C. I. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo-RS. Ed: Sinodal, 2004.

ANEXO 1

FACULDADES EST
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - EST

PARECER CONSUBSTANCIADO

TÍTULO: O cuidado à gestante soropositiva no Pré-Natal: uma balança para os medos, sofrimentos e discriminações.

Pesquisadora: Sandra Regina Castro Luz

A pesquisadora tem como objetivo principal do seu projeto verificar “como o cuidado na Assistência ao Pré-Natal pode ser influenciador no impacto que a soropositividade estabelece sobre a vida da mulher no ciclo gravítico”, analisando os seus medos, sofrimentos e discriminações sofridas.

Para isso, ela inicia sua pesquisa fundamentando-se na evolução dos diversos programas públicos de apoio às mulheres e mais adiante à mulher grávida e com AIDS/HIV positivo. Todo seu trabalho vai no sentido de analisar quais os resultados que o acompanhamento pré-natal e o cuidado tem sobre esse grupo de mulheres.

A pesquisadora utilizará o método qualitativo e fenomenológico para realizar a pesquisa. Serão 6 entrevistas semi-estruturadas baseadas em um questionário com gestantes, soropositivas ao vírus da AIDS/HIV. Essas entrevistas serão gravadas porém com o cuidado de manter sigilo quanto às pessoas envolvidas.

A pesquisadora atende a documentação necessária tendo todas as partes do projeto devidamente apresentadas e em ordem. O projeto está bem fundamentado teoricamente. O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO é bem claro e contém as informações necessárias.

O cronograma da pesquisa está claro e os recursos para realizá-la serão próprios.

Após a análise do projeto, do questionário, da folha de rosto e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os integrantes votaram pela aprovação do projeto.

São Leopoldo, 21 de julho de 2010

Walmor Ari Kanitz
Secretário do CEP da EST

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O cuidado à Gestante Soropositiva no Pré-Natal: uma balança para os medos, sofrimentos e discriminações**

Nome do Pesquisador: Sandra Regina Castro Luz.

Nome da Orientadora: Karin Hellen Kepler Wondracek

Você está sendo convidada a participar da pesquisa acima que tem como finalidade investigar a influência do cuidado à gestante soropositiva durante o Pré-Natal. Ao participar deste estudo você concordará em submeter-se às ações que se fizerem necessárias para atender a pesquisa assim como autoriza que sua participação nela possa ser registrada pela pesquisadora Sandra Regina Castro Luz possam ser registradas através de gravações da voz. Você permitirá também que os dados obtidos possam ser observados, analisados e registrados através de documentos e possam ser pela pesquisadora utilizados todos os elementos verbais e não verbais do processo fenomenológico durante a entrevista. Você tem liberdade de recusar-se a participar e poderá também recusar a sua continuidade em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da Faculdades EST que efetuará o contato com a pesquisadora e/ou sua orientadora e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas que se fizerem necessárias serão única e exclusivamente para promover recursos para subsidiar a pesquisa. A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, considerando que todos os registros obtidos serão utilizados unicamente para fins de atender este trabalho. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo servirão de base para investigar e estudar a influência do cuidado à gestante soropositiva no Pré-Natal. Sua identificação será preservada sendo que somente a pesquisadora e a orientadora da pesquisa terão conhecimento dos dados. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre o cuidado recebido pela gestante soropositiva durante o Pré-Natal, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar a revelar dados importantes sobre a assistência ao Pré-Natal como fator influenciador para adesão da gestante ao Pré-Natal em busca de minimizar os riscos e sofrimentos, onde a pesquisadora e orientadora se comprometem a divulgar os resultados. Você também autoriza que os resultados obtidos nesta pesquisa possam ser apresentados em Congressos, Simpósios, Fóruns que possam repercutir na divulgação deste trabalho na área científica. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Itabuna (BA), _____ de _____ de 2010

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

Sandra Regina Castro Luz
Mestranda/Pesquisadora

Profª Drª Karin Hellen Kepler Wondracek
Orientadora

TELEFONES

Faculdades EST: (51) 2111-1400

Pesquisadora: (77) 8807-6394

Orientadora: (51) 8219-8331

Walmor Ari Kanitz – Membro do Comitê de Ética e Pesquisa

Secretário Acadêmico

Fone: (51) 2111 1455

E-mail: walmor@est.edu.br

ANEXO 3

ENTREVISTA COM AS GESTANTES

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nomes (iniciais):
2. Idade:
3. Cor:
4. Religião:
5. Escolaridade (tempo de formação):
6. Estado marital:
7. Tem Filhos:
8. Qual a sua ocupação?
9. Renda familiar mensal:

II. HISTÓRIA OBSTÉTRICA E A SOROPOSITIVIDADE NA GESTAÇÃO

1. Número de gestções? GESTA() PARTOS() ABORTOS()
2. Qual a sua DUM (Data da última menstruação)?
3. Qual a sua DPP (Data provável do parto)?
4. Número de filhos vivos?
5. Quando iniciou o acompanhamento de Pré-Natal: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º Trimestre?
6. Suas gestações foram planejadas?
7. O que utilizava de método contraceptivo?
8. Tinha hábito de fazer uso de preservativo durante as relações sexuais?
9. Tempo de conhecimento da soropositividade? Se sim, faz uso de medicação há quanto tempo?
10. Qual é sorologia do parceiro para o vírus HIV? () Positivo () Negativo
11. Qual a atual situação de saúde dos seus filhos e do seu companheiro?

III. PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA

1. Fale-se como deu a sua admissão no Serviço em que você teve o acompanhamento de Pré-Natal?

2. você sentiu-se acolhida pelo profissional e equipe multiprofissional do serviço de saúde que você recebe atendimento?

3. você em algum momento se sentiu desrespeitada por parte de algum profissional?

4. O que mais lhe agradou na assistência recebida e porque?

5. A você considera que o seu Pré-Natal e/ou parto foi humanizado? Porque?

IV. PERCEPÇÃO SUBJETIVA A RESPEITO DA SOROPOSITIVIDADE

1. Me explique como é ser HIV positivo e estar esperando um bebê.