



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a
enfermagem**

MARIA CARMEM BATISTA DE ALENCAR

**CAJAZEIRAS – PB
2009**

MARIA CARMEM BATISTA DE ALENCAR

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a
enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Moacir Andrade Ribeiro Filho
CO-ORIENTADORA: Profª. Msc. Anúbis Pereira de Castro



MARIA CARMEM BATISTA DE ALENCAR

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a
enfermagem**

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora:

**Prof. Esp. Moacir Andrade Ribeiro Filho
(Orientador - UFCG)**

**Prof. Msc. Anúbis Pereira de Castro
(Co-Orientadora – UFCG)**

**Prof. Esp. Cláudia Fernandes
(Membro - UFCG)**

**Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Suplente - UFCG)**



A368p Alencar, Maria Carmem Batista de.
Prevenção da transmissão vertical do HIV: um desafio para a enfermagem / Maria Carmem Batista de Alencar. - Cajazeiras, 2009.
51f. il.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. HIV- transmissão vertical. 2. Mulheres com AIDS-perfil. 3. Mulheres idosa fértil. 4. AIDS-prevenção. I. Ribeiro Filho, Moacir Andrade. II. Castro, Anúbes Pereira de Castro. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616.97

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida que, sem elas, certamente não seria nada do que sou hoje: Primeiramente a Deus pelo milagre da vida e por todos os dons e graças que recebo a cada dia e por tudo aquilo que tem me permitido ter e ser, obrigada senhor pelo refúgio, pelo amor, pelas bênçãos e pela proteção!!!, A Meus pais, Oscar Sobral, irmãos, sobrinhos e amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada pelas oportunidades e presença constante.

A meus pais (Ivan de Alencar e Geralda Batista de Alencar) e irmãos, meus grandes incentivadores, agradeço pelo resultado de um esforço comum. Obrigada pelos ensinamentos e apoio em todos os momentos, transformando meus ideais em realizações.

A meu esposo Oscar Sobral Neto pelo exemplo na carreira médica, eterna gratidão pelo amor e incentivo profissional. "obrigada por fazer do aprendizado não um trabalho, mas um contentamento; por fazer com que eu sentisse uma pessoa de valor; por ajudar a descobrir o que fazer de melhor e, assim, fazê-lo cada vez melhor. Obrigada por afastar o medo das coisas que pude não compreender, levando, por fim, a compreendê-las; por resolver o que achava complicado, por ser uma pessoa digna de confiança e a quem poderei recorrer quando a vida se mostrar difícil... Obrigada por me convencer de que serei melhor do que suspeitava".

Ao Prof. Moacir Andrade Ribeiro Filho e Prof^a. Anúbis Pereira de Castro, por terem aceitado o desafio dessa orientação. A competência e a disciplina de vocês foram essenciais na construção deste trabalho. Agradeço pela grande contribuição em minha formação pessoal. Obrigada pela paciência e por todo o empenho com que me conduziram nesta trajetória.

As amigas: Cleonice, Lanilde, Sheyla e Aparecida que tanto ajudaram neste caminho. Agradeço pelo carinho e companheirismo ao longo desses anos. Sou muito grata a vocês!

Aos Enfermeiros e funcionários da maternidade do HRC (Hospital Regional de Cajazeiras), pela ajuda e disponibilidade durante este trabalho.

Por cada dia, a todos, que passaram por mim durante esta trajetória, agradeço por tudo!

O meu muito obrigada!

Às mulheres portadoras do HIV.

*“Este mundo não é tão perfeito. Poderia ser melhor.
Não é uma visão pessimista ou otimista. Significa
que existe a possibilidade de mundo melhor, sempre.
E temos que buscar esta possibilidade.”*

(Evaen Bavcar)

RESUMO

ALENCAR, MARIA CARMEM BATISTA DE. **Prevenção da Transmissão Vertical do Hiv: um desafio para a enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009. 57f.

O perfil das mulheres com AIDS começou a mudar no final da década de 80, onde o número de mulheres contaminadas em idade fértil, teve um aumento assustadoramente. A casuística tem demonstrado que o grupo heterossexual era considerado como a principal via de transmissão do HIV, com o decorrer do tempo verificou-se o pressuposto quando observava a quantidade de mulheres e neonatos que tinham se tornados infectados em função desse contato. A via mãe/feto conhecida como via vertical tem sido atualmente umas das vias que tem promovido freqüentes contaminações pelo vírus HIV. Nessa perspectiva, traçamos os seguintes objetivos: Avaliar as ações de Enfermagem no controle da Transmissão Vertical do HIV; Identificar o conhecimento dos Enfermeiros quanto os cuidados na Prevenção Vertical do HIV e Investigar a percepção do Enfermeiro quanto à importância do pré-teste na maternidade. Para tanto lançamos mão de um estudo exploratório descritivo, com uma abordagem qualitativa. Este estudo foi desenvolvido na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, sendo a população da pesquisa constituída por enfermeiros que trabalham na referida maternidade e a amostra 06 desses profissionais. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado no mês de novembro de 2009 e esses dados foram analisados de acordo com a Técnica Análise de Conteúdo conforme Bardin (2004). Para tanto, foram levado em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução de Nº 196/96 do CNS. Os resultados demonstraram que dos 06 enfermeiros entrevistados, 67% tem idade entre 26 a 30 anos, 83% são do sexo feminino. Com relação ao estado civil, 83% são solteiros. Pode-se identificar também que 67% dos enfermeiros já trabalham na área de 1 a 5 anos e em relação ao vínculo empregatício verificou-se que 50% são concursados. Foi possível perceber que os profissionais da maternidade em estudo não seguem as orientações e os protocolos recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo que esses protocolos são necessários para evitar a transmissão vertical do HIV. Outra constatação significativa é falta de capacitação dos enfermeiros em lidarem com uma gestante soropositivas. Desta forma, penso que os serviços de saúde devem estar organizados para essas ações de prevenção, visto que os enfermeiros junto com os outros profissionais, são atores significantes para evitarem a transmissão vertical. Assim, é de extrema necessidade estarem todos envolvidos na busca de soluções para as transformações que a infecção pelo HIV trouxe para a assistência à saúde da puerpera e neonato.

Palavras-chave: Prevenção. Transmissão Vertical do HIV. Enfermagem

ABSTRACT

ALENCAR. CARMEM MARIA BATISTA DE. Prevention of Vertical Transmission of HIV: a challenge for nursing. Conclusion Course Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009. 57f.

The profile of women with AIDS began to change in the late 80's, where the number of infected women of childbearing age had an increased alarmingly. The study has shown that the heterosexual group was considered the main route of HIV transmission, with the passage of time there was the assumption when observing the number of women and newborns who had become infected as a result of this contact. The way mother and fetus known as vertical transmission has been currently one of the ways that has promoted frequent HIV infections. From this perspective, we draw the following objectives: To evaluate nursing actions to control the transmission of HIV, identify the knowledge of nurses and care in the prevention of HIV and to investigate the nurse's perception of the importance of pre-test at the hospital. For this we used a descriptive exploratory study with a qualitative approach. This study was conducted at the Maternity Dr. Deodato Cartaxo, and the research population consisted of nurses working in that motherhood and sample 06 of these professionals. Data were collected through a semi-structured questionnaire in November 2009 and data were analyzed according to content analysis according to Bardin (2004). For this purpose, were taken into account the ethical aspects contained in Resolution No. 196/96 of the CNS. The results showed that the 06 nurses interviewed, 67% are aged between 26 to 30 years, 83% are female. With regard to marital status, 83% are single. You can also identify that 67% of nurses already working in the area of 1 to 5 years and in relation to the employment relationship was found that 50% is gazetted. It was possible to see that the professionals in maternity study did not follow the guidelines and protocols recommended by the Health Ministry, and these protocols are needed to prevent vertical transmission of HIV. Another significant finding is the lack of training of nurses in dealing with a pregnant HIV positive. So, I think that health services must be organized for these preventive actions, as the nurses with other professionals, are significant actors in order to avoid vertical transmission. Thus, it is most needed are all involved in finding solutions to the transformations that HIV infection has brought to the health care of mothers and newborns.

Keywords: Prevention. Vertical Transmission of HIV. Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência adquirida
- AZT** – Zidovudina
- CDC** - Centers for Disease Control and Prevention
- COREN** – Conselho Regional de Enfermagem
- CEP** – Comitê de Ética e pesquisa
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- GRS** – Gerência Regional de Saúde
- HIV** – Vírus da imunodeficiência humana
- HRC** – Hospital Regional de Cajazeiras
- IBGE** – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
- PAISM** – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
- PACTG** – *Pediatrics Aids Clinical Trial Group*
- RN** – Recém Nascido
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIM** – Sistema de Informação sobre mortalidade
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TV** – Transmissão Vertical
- TARV** – Terapia antirretroviral
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFES** – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO - 1	Representação dos enfermeiros segundo estado civil	33
--------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA - 1	Representação dos enfermeiros segundo faixa etária e sexo.....	32
TABELA - 2	Representação dos enfermeiros conforme tempo de trabalho e vínculo empregatício	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 APORTE TEÓRICO.....	16
2.1 Histórico e definição da AIDS	17
2.2 Epidemiologia.....	18
2.3 Formas de Transmissão do HIV	19
2.4 Prevenção da Transmissão Vertical.....	20
2.5 Sinais e Sintomas.....	22
2.6 Tratamento.....	22
2.7 Exames para diagnóstico sorológico	23
2.8 Teste anti – HIV	24
2.9 Aconselhamento	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Local de estudo.....	28
3.3 População e amostra	28
3.4 Considerações éticas.....	29
3.5 Instrumento e coleta de dados	29
3.6 Análise e discussão dos resultados	30
4 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	31
4.1 Perfil sócio – demográfico.....	32
4.2 Importância do Teste Rápido anti-HIV	34
4.3 Capacidade de cuidar das parturientes soropositivas	36
4.4 Atenção dada ao histórico da parturiente na admissão.....	37
4.5 Orientação para o teste anti-HIV	39
4.6 Protocolos de prevenção da Transmissão Vertical do HIV	40
4.7 Cuidados de prevenção na transmissão vertical do HIV	42
4.8 O aconselhamento	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	52
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B – Questionário Sócio-econômico	
ANEXOS	55
Anexo A – Ofício a Direção do Hospital	
Anexo B – Ofício ao CEP	

1 INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) surgiu nos Estados Unidos em 1981. Ela tem como característica básica uma infecção que leva a uma deficiência da imunidade, uma falência clínica prolongada, mutação viral constante, que poderá levar as patologias infecciosas oportunistas.

O perfil das mulheres com AIDS começou a mudar no final da década de 80. O número de mulheres contaminadas em idade fértil teve um aumento assustador, o que causou preocupação a todo o sistema de saúde. A casuística tem demonstrado que o grupo heterossexual era considerado a principal via de transmissão do HIV, com o decorrer do tempo verificou-se o pressuposto quando se observava a quantidade de mulheres e neonatos que tinham se tornado infectados em função do contato com esse grupo.

No Brasil, os casos notificados de AIDS de 2004, 2005 até junho 2006, 62,3% (269.910 casos) se concentram na região Sudeste, 17,9% (77.639 casos) na região Sul, 11% (47.751 casos) no Nordeste, 5,6% (24.086 casos) no centro oeste e 3,2% (13.681 casos) no Norte (BRASIL, 2007, p.07).

Em uma pesquisa realizada na 9º GRS (Gerencia Regional de Saúde) da cidade de Cajazeiras, verificamos os dados coletados de 1985 à setembro de 2009 tanto no estado da Paraíba como na cidade de Cajazeiras, encontramos 24 casos de AIDS notificados, 18 são do sexo masculino e 6 do sexo feminino (SINAN E SINANET, 2009).

Para uma preparação psicológica da gestante, o aconselhamento, feito pelos profissionais da enfermagem na própria maternidade no pré e no pós-teste anti-HIV, é de extrema necessidade, pois vai ajudar a mulher a lidar com sua situação de pânico, fato comum na realização deste teste. Desta forma, o diálogo entre o profissional e a gestante, vai transmiti-la segurança dando condições para avaliar um possível resultado positivo, pois o teste anti-HIV oferece a vantagem de permitir a intervenção precoce na transmissão vertical deste vírus. O teste deve ser oferecido para todas as gestantes que não tenham realizado investigação para HIV no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível e até mesmo aquelas que fizeram o teste durante o pré-natal devem ser observadas. Deve-se considerar que os serviços que se propõem a realizar tal procedimento esteja consciente da sua importância e acima de tudo tenham profissionais habilitados para o diagnóstico e tratamento, não esquecendo que o direito da “não aceitação” em fazer o teste por parte da gestante, deve ser respeitado e garantido em função de leis contidas no direito legal, evitando-se assim transformar uma medida benéfica em uma ação coercitiva.

Ao constataremos o perfil das mulheres soropositivas atendidas na rede pública de saúde, percebemos que mesmo tendo sido adotadas medidas preventivas e medicamentosas, a

transmissão Vertical do HIV ainda é motivo de preocupação por ser uma das principais causas do aumento de soropositivos. Assim, com o aumento dessa doença, faz-se necessária aplicação de testes rápidos em todas as gestantes assim como também se recomenda que, em nível de pré-natal, seja realizada a detecção de possíveis portadoras para que ao chegarem aos serviços de saúde (maternidades), medidas possam ser tomadas visando garantir que um número cada vez maior de mulheres possa ter acesso a um acompanhamento condigno, sem estigmas ou discriminação, obedecendo ao preceito da igualdade que é garantida por lei.

Acreditamos que este estudo contribuirá para nossa capacitação enquanto profissional de saúde, para a ciência e a sociedade, possibilitando-nos o conhecimento das ações de enfermagem executadas na prevenção e controle da transmissão vertical do HIV durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Com isso surge uma reflexão sobre os cuidados que devemos prestar à mulher nesse momento de sua vida, onde estes cuidados circunstanciam a intenção de diminuir o número de crianças afetadas por esta epidemia.

A decisão de estudar essa temática surgiu quando ao perceber que mesmo com os programas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV, continua alarmante o número de gestantes e crianças soropositivas. Em particular, um outro fator que me levou a este estudo foi durante o meu estágio supervisionado enquanto acadêmica, na Maternidade do Hospital Regional de Cajazeiras, onde percebi que os profissionais não praticavam o aconselhamento à gestante na realização do pré e pós teste anti-HIV e que, na maioria das vezes, a paciente não sabia que exame estava fazendo. Percebi também que os profissionais não se achavam aptos a intervirem caso positivassem algum resultado, comprovando a falta de formação e preparação destes profissionais para tratar de um assunto tão delicado como é o HIV. Isto posto, senti a necessidade de fazer minha pesquisa nessa linha, buscando saber o que a enfermagem está fazendo frente aos desafios encontrados na prevenção à patologia em discussão. Para tanto, tem-se a justificativa de encarar estudos mais exploratórios nesta temática com a perspectiva de compreender o mundo-vida que renasce a cada dia com esta doença e com os seus portadores.

Sendo assim é necessário alcançar ações eficazes na luta contra esta epidemia, buscando estratégias de medidas de prevenção para tentar impedir a transmissão vertical do HIV. Com o caminhar da pesquisa ela nos dará oportunidade de avaliar as medidas adotadas pela enfermagem e assim definir estratégias encontradas pelos profissionais da área para vencer os obstáculos levados pela falta de informação e de recursos avançados para o tratamento deste mal.

Portanto, baseados nesta problemática é que traçamos como objetivos maiores da nossa pesquisa: Avaliar as ações de enfermagem no controle da Transmissão Vertical do HIV; Identificar o conhecimento dos enfermeiros quanto aos cuidados na Prevenção Vertical desta doença e Investigar a percepção do enfermeiro quanto à importância do pré-teste anti-HIV feito ainda na maternidade.

2 APORTE TEÓRICO

2.1 Histórico e definição da AIDS

Os primeiros relatos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) vários casos de pneumonia por *Pneumocystose carinii* (fungo cuja denominação foi recentemente mudada para *Pnemocystis Jirovecii*) e de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis (RACHID; SCHECHTER, 2008).

A trajetória da AIDS vem se delineando, de diferentes maneiras, desde seu surgimento. A partir de 1986, a epidemia começa a ter um novo rumo no que se refere ao seu perfil, caracterizando-se, entre outros aspectos, pelo crescente número de mulheres infectadas pelo HIV (PREUSSLER; EIDT, 2007, p.118).

Em 1984, O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM teve como alguns de seus objetivos específicos à promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica, também para as portadoras da infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e a promoção, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, da prevenção e do controle das DST e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina (SILVA et al. 2008, p. 631).

O HIV – é um retrovírus da subfamília lentivírus, e foi isolado na França por Barre-Sinoussi e Cols em 1983. Já foram descritos dois tipos de retrovírus causadores da AIDS, o HIV - 1 e o HIV - 2, os quais apresentam diferentes estruturas, epidemiológicas, fisiológicas, mas o tipo mais freqüente é o HIV – 1 (PEIXOTO, 2004).

Segundo Figueira et al. (2001), o HIV penetra no organismo através das células de *Langerhans* (também portadora das moléculas CD4 na superfície) presentes nas mucosas. A seguir, ocorre fusão do vírus com os linfócitos CD4, infectando-os. Em dois dias o vírus já atingiu os linfonodos regionais. A seguir, o HIV entra na circulação determinando intensa viremia, níveis elevados de RNA-HIV.

Nesse momento o vírus também atinge os tecidos linfócitos e o Sistema Nervoso Central (SNC). Segue-se então uma potente resposta imune do hospedeiro, inicialmente através dos linfócitos T citotóxicos e a seguir através dos linfócitos B, controlando a viremia,

reduzindo a carga viral em 3-5 *log* de concentração do HIV no sangue periférico sem, no entanto, eliminá-lo. Estabelece-se em seis meses uma espécie de equilíbrio, chamado de *Set point* viral, isto é, um patamar basal de replicação viral nos tecidos linfócitos que determinará o prognóstico da infecção ao longo do tempo: quanto maior a replicação viral medida através da quantificação do RNA-HIV, mais rápida a evolução da doença (FIGUEIRA et al., 2001).

O tecido linfático (linfonodos, baço, tonsilas e adenóides) é, assim, o principal reservatório do HIV no período assintomático. Os linfonodos nessa fase têm altas concentrações de HIV – as células dentríticas foliculares filtram e retêm os vírus livres e as células CD4 infectadas. A replicação viral persistente ao longo dos anos levando ao desarranjo da arquitetura dos linfonodos e, finalmente, o vírus volta com intensidade ao sangue periférico, a carga viral atinge elevados picos e a contagem de linfócitos CD4 cai abaixo de 200 células/mm³, seguindo-se então o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (FIGUEIRA, et al., 2001).

Com a introdução de potentes drogas anti-retrovirais na prática clínica e o emprego rotineiro de profilaxias primárias para a infecção oportunista, houve grande queda da letalidade e da morbidade associadas à infecção pelo HIV. A partir de 1998, em muitos centros da Europa, EUA e Brasil, as causas de óbitos em indivíduos infectados pelo HIV deixaram de ser oportunistas e passaram a ser as mesmas relatadas em indivíduo da mesma faixa etária, porém não infectadas por este vírus (RACHID; SCHECHTER, 2008).

2.2 Epidemiologia

A maior parte dos casos de Transmissão Vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito; os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, e pelo aleitamento materno, que representa risco adicional de transmissão de 7% a 22% (BRASIL, 2006).

Do total de casos notificados 67,2 % (290.917 casos) foram do sexo masculino e 32,8% (142.138 casos) do sexo feminino e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 habitantes entre homens e 16,1 por 100.000 habitantes entre mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005 (BRASIL, 2007).

Ao longo dos anos, a AIDS passou por mudanças no perfil epidemiológico em que prevaleceram diferentes populações. Hoje existem no mundo cerca de 23 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, das quais aproximadamente 40% são mulheres, caracterizando o que foi denominado de feminização da epidemia. Como consequência, ocorreu um aumento de casos de AIDS em crianças, ocasionado especialmente pela transmissão vertical (TV), ou seja, a transmissão do vírus para o bebê durante a gestação, o parto ou aleitamento materno (ARAÚJO; FARIAS, 2006, p.426).

De 1980 a 2005, ocorreram 183.074 óbitos por Aids no Brasil, sendo 2,4% na região Norte; 4,4% na região Centro – Oeste; 9,2% no Nordeste; 15,1% no Sul, e 68,9% na região Sudeste. No ano de 2005 foi registrado, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), um total de 11.026 óbitos por Aids, representando taxa de mortalidade de 6,0/100.000 habitantes, variando de acordo com a região de residência: 2,9 para a região Nordeste (1.473 óbitos); 3,9 para a região Norte (566 óbitos); 4,5 para a região Centro-Oeste (580 óbitos); 7,6 para o Sudeste (5.984 óbitos) e 9,0 para a região Sul (2.423 óbitos) (BRASIL, 2007).

Os dados de gestantes soropositivas para o HIV, notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) de 2000 até 2006, foram registrados 31.921 gestantes soropositivas para o HIV, sendo 7.217 no ano de 2004, distribuídas da seguinte maneira: 3% na região Norte, 5% na região Centro-Oeste, 11% na Nordeste, 28% na região Sul e 53% na Sudeste (BRASIL, 2006).

Em 1998, apenas 24% da população entre 15 e 54 anos havia se submetido ao teste do HIV. Em 2008, esse índice foi de 40%. Entre as razões para este aumento, está o fácil acesso e oferta deste teste nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e privada, além da implantação, em 2004, do teste rápido anti-HIV. Desde então, foram repassados cerca de 4 milhões de kits para os estados, com crescimento gradual a cada ano, de 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, foram distribuídos 150.00 testes por ano em todo o Brasil (BRASIL, 2008).

2.3 Formas de Transmissão do HIV

As formas de transmissão do HIV mais conhecidas pelos sistemas de saúde de todo o mundo são: transmissão pela relação sexual desprotegida (sem preservativo); transmissão por intermédio do sangue (transfusão de sangue ou derivados); transplante de órgãos; uso de seringas e agulhas contaminadas; contato de sangue com lesões de pele ou mucosas; transmissão vertical (materno-fetal) (LUNA, 2009).

Além dessas, não deve ser afastado o risco de contaminação conhecido como transmissão horizontal que pode ocorrer entre os profissionais da saúde, através do contato com materiais contaminados com o vírus HIV, e ainda em contato com sangue de parceiros infectados.

No início da epidemia, sangue e hemoderivados eram responsáveis por uma parcela significativa da transmissão do HIV. A partir da década de 1985, com o desenvolvimento dos testes para triagem em bancos de sangue, vem havendo diminuição progressiva desta categoria de transmissão. Por outro lado, a transmissão sangüínea através de seringas compartilhadas por usuários de drogas injetáveis continua aumentando, principalmente no sul do país, constituindo problema de difícil controle (RACHID; SCHECHTER, 2008).

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores, dentre estes, destacam-se: carga viral elevada, via de parto, ruptura prolongada das membranas amnióticas, dentre outros. A carga viral nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno tem se mostrado, respectivamente, importantes determinantes de risco de transmissão intra-parto e pela amamentação (SANTORO, et al. 2008).

No início da gestação, o diagnóstico da infecção por HIV garante um maior conhecimento da infecção materna e, como consequência, resultados eficazes de profilaxia de transmissão vertical desse vírus, visto que a transmissão ocorre no período próximo ao parto ou durante o parto. Na maioria das vezes muitas mulheres não têm acesso ao pré-natal e não são testadas para o HIV durante a gestação. Como resultado, muitas crianças são infectadas pelo HIV através da transmissão vertical.

Autores como Rachid e Schechter (2008) defendem que a transmissão da mãe para filho pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento materno. Vários estudos indicam que o risco de transmissão aumenta à medida que progride a imunodeficiência da mãe. Vários estudos indicam haver relação entre a carga viral plasmática da mãe no momento do parto e a probabilidade de ocorrer a transmissão para o recém-nascido, esteja ela em uso ou não de medicação anti-retroviral.

2.4 Prevenção da Transmissão Vertical

Conforme Preussler e Eidt (2007), as mulheres, principalmente as com relacionamentos estáveis, acreditavam estarem livres do contágio pelo HIV, por não pertencerem aos denominados grupos de risco, categoria muito utilizada no início da

epidemia. Este fato fez com que inúmeras mulheres se descuidassem da prevenção, desencadeando um crescimento no número de mulheres infectadas pelo HIV. Agregam-se, a isto, a falta de informação e as inúmeras situações de vulnerabilidades, inerentes às mulheres, destacando-se a biológica e a social.

A despeito das limitações, existe garantia de qualidade do atendimento para gestantes, conforme proposto pelo Projeto Nascer-Maternidade, instituído pelo SUS em 2002, cuja meta principal é impedir a transmissão do vírus para o bebê, por meio de medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV e do seguimento especializado para 100% das parturientes HIV positivas e seus recém-natos (BARROSO; GALVÃO, 2007, p. 464).

[...] A AIDS vem impondo contínuos desafios aos infectologistas, obstetras e neonatologistas quanto no período neonatal, os cuidados ininterruptos desses profissionais extrapolam os aspectos médicos da AIDS na tentativa de reduzir tanto os agravos maternos naturalmente ligados ao processo gestacional como a transmissão vertical (TV) do vírus responsável por esta síndrome (PEIXOTO et al., 2004).

Essa recomendação baseia-se nos resultados do *ACTG-076*, de 1994, que demonstraram que a transmissão do HIV de mãe para o filho, pode ser reduzida de 25%, quando não há nenhuma intervenção, para menos de 8%, quando se utiliza pelo menos o AZT oral na gestação, AZT injetável no parto e AZT xarope nas seis primeiras semanas de vida do recém-nascido. Atualmente, o esquema preferencial para gestante envolve o uso de, pelo menos, três anti-retrovirais. O conjunto das diversas práticas para redução da transmissão do HIV é: uso de antirretrovirais para a gestante e concepto; substituição do aleitamento materno pela fórmula láctea, com inibição da lactação; cesárea eletiva e diagnóstico precoce (BRASIL, 2008).

Neves e Gir (2006) recomendam que para ocorrer e manter a diminuição do risco de infecção na criança, além de profissionais capacitados para acompanhamento da mãe e da criança, é necessário que haja a participação efetiva das mães em realizar todas as intervenções recomendadas.

Devemos entender que a má qualidade da educação sexual praticada em nossas escolas e na sociedade causou danos ou mazelas que transformaram o que existe de bonito em uma relação sexual em busca apenas pelo prazer, levando as mulheres a uma facilidade de adquirirem as DSTs/AIDS; ou mesmo quando lhe impõem uma ideia errônea de uma submissão sexual baseada em preconceitos, que não permite fazer uma prevenção sexual adequada, evidenciando assim um índice alarmante de mulheres portadoras de AIDS.

Vivemos num momento social em que, de um lado, foram desenvolvidas inúmeras tecnologias de prevenção à gravidez, propiciando maior liberdade sexual às mulheres, e, de outro, o aumento das infecções pelo HIV e a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, exigindo ações concretas de prevenção voltadas ao público feminino. Pode-se observar hoje uma maior frequência de mulheres grávidas infectadas pelo HIV, e conseqüentemente, um aumento na transmissão do vírus para o bebê durante a gestação, parto ou aleitamento materno (ARAUJO; FARIAS, 2006, p.430).

2.5 Sinais e Sintomas da AIDS

A AIDS é definida como um conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem juntamente e que indicam a existência de uma doença. Ela se faz parecer como uma síndrome, porque não tem uma manifestação única, aparecendo com o surgimento de várias doenças sucessivas e simultâneas, que oculta a sua verdadeira causa.

Aprimora-se este conceito pela percepção de Porto (2005) onde ele mostra que a infecção pelo HIV é dividida em três fases, são elas: *Infecção primária* – quadro agudo, auto-limitado, semelhante á mononucleose, que ocorre cerca de 6 a 8 semanas após a infecção, associado ao desenvolvimento de anticorpos anti-HIV (poucas vezes diagnosticada pelo fato de não se pensar nessa sensibilidade). *Infecção assintomática* – período que vem após a infecção inicial, com duração variável, mas geralmente longo (5 a 10 anos) e a *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* – caracterizada pelo aparecimento de infecções e/ou neoplasias oportunistas ou diminuição de linfócitos CD4.

As crianças nascidas de mães portadoras do HIV+, na maioria das vezes não apresentam sinais ou sintomas de infecção pelo HIV após o nascimento. É necessário fazer o acompanhamento desses natos, até a comprovação do resultado do exame.

2.6 Tratamento

Nos anos anteriores foram alcançados grandes avanços na descoberta da infecção pelo HIV, devido a novos tratamentos as pessoas portadoras do vírus, aumentaram as chances de sobrevida e uma melhor qualidade de vida aos portadores desta síndrome.

Várias drogas antirretrovirais em uso combinado, o chamado “coquetel”, se mostram eficazes na elevação da contagem de linfócito *TCD4+* e redução nos títulos plasmáticos de RNA do HIV (carga viral). Com isso temos diminuído a progressão da doença, o que se demonstra por uma redução da incidência das complicações oportunistas, da mortalidade, por uma maior sobrevida, bem como por uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. A partir de 1995, o tratamento com monoterapia foi abandonado, passando a ser recomendada a utilização de terapia combinada com duas ou mais drogas antirretrovirais. São inúmeras as possibilidades de esquemas terapêuticos indicados pelo Programa Nacional de DST e AIDS, que variam, em adultos e crianças de acordo com a presença ou não de doenças oportunistas, com o tamanho da carga viral e dosagem de CD4 (BRASIL, 2006).

Dando suas contribuições a esse respeito, Caraciolo e Shimma (2007, p. 289) referem que o início da Terapia Anti-retroviral (TARV) requer cuidadosa consideração sobre as drogas a serem empregadas e também sobre o melhor momento para se iniciar o compromisso de uma terapia contínua. De um modo geral, a escolha do primeiro tratamento é baseada em alguns fatores que consideram o custo-benefício das drogas para o paciente. O quadro clínico, a potência das medicações, a possibilidade de seqüenciar diferentes regimes, a falência decorrente de problemas com adesão e os efeitos adversos em longo prazo, são diretrizes que guiam à escolha sobre quando e com que drogas iniciar o tratamento para este problema.

2.7 Exames para diagnóstico sorológico

Os exames para diagnóstico sorológico baseiam-se na observação de que a maioria das pessoas infectadas desenvolverá anticorpos anti-HIV até 6 a 12 semanas após o contato com o vírus. Na realização do teste anti-HIV é de suma importância fornecer informações como: aspectos clínicos relacionados à infecção, transmissão, risco de ter contraído o vírus, prevenção, resultado do teste, janela imunológica. Além do aconselhamento pré-teste também é fundamental que o paciente saiba qual exame está fazendo e os riscos que podem ocorrer com o seu resultado, é necessário saber se o paciente quer fazer ou não este teste.

Os critérios para avaliar a progressão de infecção pelo HIV-I não envolvem apenas as características clínicas, mas também alterações laboratoriais que precedem os sinais e sintomas dessa evolução. Dentre os exames, os mais utilizados são: a contagem e a relação de linfócitos CD4 / CD8 e a carga viral (PEIXOTO, 2004).

Os testes para detecção de anticorpos em soro ou plasma mais utilizados conforme Porto (2005), são: *O teste de Elisa* (sensibilidade e especificidade superior a 98%); testes reativos devem ser confirmados pelos chamados testes confirmatórios, especialmente na ausência de quadro clínico e/ou dados epidemiológicos compatíveis; *Imunofluorescência Indireta*: considerado teste confirmatório de fácil realização, com sensibilidade equivalente à do *Western-blot*; *Western-Blot*: identifica anticorpos específicos contra diferentes proteínas virais (teste confirmatório por excelência); *Contagem de Linfócitos CD4*: utilizado como parâmetro para indicação de antivirais e profilaxia de doenças oportunistas; *Testes de Biologia Molecular (Quantitativo)*: úteis na monitoração dos anti-retrovirais; *Técnicas que detectam o Vírus ou suas partículas*: reservadas para situações específicas, como nos casos de infecção em crianças; *Testes Rápidos*: capazes de fornecer resultados em poucos minutos, realizados com sangue total e/ou soro, com sensibilidade equivalente às dos testes imunoenzimáticos.

2.8 Teste anti – HIV

Misuta et al. (2008) afirmam que desde 1997, recomenda-se a realização do teste anti-HIV (*Human Immunodeficiency Virus-HIV*) em todas as gestantes, acompanhada do pré e pós-aconselhamento, independentemente de referirem ou não comportamento de risco. A importância de se atingir cobertura universal é ainda maior ao se considerar que se trata de infecção cujo soro prevalência é baixo em gestantes, ainda que se observem variações de acordo com a localidade.

O teste anti-HIV permite que a gestante não testada no pré-natal, portanto sem uso de anti-retrovirais, tenha acesso à zidovudina (AZT) endovenosa durante o trabalho de parto e seu recém-nascido possa utilizar este fármaco no período neonatal. Além disso, permite orientar para o aleitamento artificial, evitando-se a forma natural, importante fonte de contaminação para estas crianças (DUARTE, et al., 2005, p. 769).

Na maioria das vezes, a única chance das gestantes terem o acesso ao teste rápido é o momento do parto, o que traz questionamentos sobre aspectos éticos da realização deste exame e do aconselhamento no estado em que a parturiente se encontra. Não seria o momento adequado no pré-parto realizar esse exame porque fugiria todo o protocolo para se evitar uma transmissão vertical, tendo em vista o pressuposto de que as medidas médicas e de enfermagem deixariam de ser feitas adequadamente à gestante.

Segundo Rachid e Schechter (2008) encontram-se disponíveis vários kits de testes

imunoenzimáticos capazes de fornecer resultados em poucos minutos e que podem ser realizados com sangue total e/ou com soro, saliva ou urina, sem utilização de qualquer equipamento sofisticado, os chamados testes rápidos. Embora a maioria apresente sensibilidade e especificidade superiores a 95%, seu uso deve ser restrito a situações em que a disponibilidade imediata do resultado é essencial para determinar a conduta terapêutica, como por exemplo, após acidentes ocupacionais e para mulheres em trabalho de parto cujo status sorológico é desconhecido.

O material será encaminhado aos estados conforme solicitação das Secretarias de Saúde. Os testes rápidos realizados a partir da coleta de uma gota de sangue da ponta do dedo eram utilizados, inicialmente, para exames em populações de difícil acesso, gestantes não testadas no pré-natal e vítimas de violência sexual. A partir de março de 2006, foram adotados também como estratégia de mobilização para ampliar o diagnóstico na população geral. Seu maior benefício é chegar a locais onde o resultado demora e bem como a rapidez do resultado, pois dá o diagnóstico na hora, além da dispensa de equipamentos laboratoriais. A hipótese diagnóstica do HIV sai depois dos testes feitos em dois kits – o de Bio-Manguinhos e o Rapid Check, desenvolvidos pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e eles são produzidos no Brasil (BRASIL, 2009).

A cerca do teste anti-HIV, vale a percepção do portal Saúde e Lazer (2008) pois para ele, a ação de fazer o teste anti-HIV tem o objetivo de aumentar as chances de diagnosticar precocemente a doença, o que melhora a qualidade de vida e tratamento dos pacientes. Estima-se que, pelo menos, 255 mil brasileiros estejam infectados pelo vírus da AIDS e ainda não tenham se testado. Para reverter à situação, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, encaminhará 3,3 milhões de kits para teste rápido, anti-HIV, aos estados brasileiros em 2009. Trata-se do dobro do que foi repassado neste ano, sendo um investimento de cerca de R\$ 18 milhões.

2.9 Aconselhamento Pré e Pós Teste

O aconselhamento à gestante persegue três objetivos essenciais: o primeiro, de investir na prevenção da doença, através de informar e abrir espaços para discutir a necessidade e as possibilidades de interferir no comportamento dos indivíduos, por exemplo, em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais; o segundo, de garantir à clientela um espaço para estabelecer vínculos de confiança seja com o profissional que a atende, seja com o serviço de

saúde, fundamental à discussão sobre prevenção e autocuidado e também para a eventualidade de comunicação de um resultado positivo do teste; e, o terceiro, de auxiliar na promoção dos direitos de cidadania (SILVA, et al., 2008, p. 632).

O aconselhamento pré e pós- teste deve ser oferecido a todas as gestantes na hora do parto, pois na maioria das vezes as gestantes mesmo tendo realizado o pré-natal, chegam ao trabalho de parto sem terem sido aconselhadas e testadas para o HIV, algumas delas, foram testadas, mas o resultado nem sempre tem chegado às mãos da gestante, e outras pacientes que não realizam o pré-natal devem participar, em sua totalidade, deste aconselhamento.

Dando sua colaboração sobre o aconselhamento, Araújo et al., (2006), apresenta que o aconselhamento para DST/HIV/AIDS tem, portanto, uma relação estreita com a teoria humanística de Paterson e Zderad, pois ambos pautam seus conceitos fundamentais na relação e no diálogo entre os envolvidos. A prática do aconselhamento é fundamental para a adesão ao teste e ao diagnóstico do HIV e tem três componentes básicos: apoio educativo, apoio emocional e avaliação de riscos, que exigem preparação da equipe para acolher a subjetividade dos usuários.

Já o pós-teste representa o momento de entrega do exame anti-HIV e é muito mais carregado de tensão e ansiedade que a própria solicitação do exame, pois representa o momento real de descoberta ou não, da soropositividade. Normalmente essa é a ocasião em que a pessoa reflete acerca dos riscos vivenciados e sobre a possibilidade de portar o HIV (ARAÚJO, et al., 2006, p.428).

Nesse sentido é importante levar em consideração os aspectos éticos de divulgação ou não do resultado do teste. De acordo com o Código de Ética Médica (2001) sobre o capítulo IX que diz respeito ao Segredo Médico: É vedado ao médico:

Art. 102 – Revelar o fato de que tenha conhecimento (sobre o resultado do exame) em virtude do exercício profissional, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com uma abordagem qualitativa. Corroborando, Gil (2002, p.99) aponta que o estudo exploratório tem como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vista à formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Em se tratando da abordagem qualitativa, Minayo (2003) afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.

3.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na maternidade Dr. Deodato Cartaxo do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), conveniado pelo SUS. Nesta maternidade são atendidas todas as gestantes da cidade de Cajazeiras bem como da região, no caso 18 cidades vizinhas. Este serviço encontra-se no centro da cidade, facilitando o acesso dos bairros cajazeirenses e municípios próximos, sendo estes do alto Sertão da Paraíba. A cidade de Cajazeiras situa-se a 477 km da capital João Pessoa e tem uma população de 57.875 habitantes (IBGE, 2009).

3.3 População e amostra

A população da pesquisa foi constituída de enfermeiros que trabalham na maternidade Dr. Deodato Cartaxo, em regime de plantão de 24 horas no seu dia fixo, todos cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). A amostra contará com 06 (seis) desses enfermeiros selecionados de acordo com a disponibilidade dos mesmos durante a fase da coleta dos dados, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa mediante sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo.

3.4 Considerações éticas

Os pesquisadores seguiram a Resolução Ética 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, principalmente no que tange ao cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra teve a garantia do sigilo total e a liberdade de recusa ou retirada sobre seu consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL, 1996).

A respeito da dignidade humana, a referida resolução exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução 196/96).

Aqueles que aceitaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE conforme modelo (APÊNDICE A).

3.5 Instrumento e coleta de dados

De acordo com Andrade (2005), a coleta de dados constitui uma etapa fundamental da pesquisa de campo. Todas essas etapas devem ser esquematizadas a fim de facilitar o desenvolvimento da pesquisa, bem como assegurar uma ordem lógica na execução das atividades. Nesse sentido, foram adotados os seguintes passos para a coleta: contato inicial com os enfermeiros plantonistas durante os plantões (*rapport*); após a chegada do parecer do CEP foi procurado cada profissional (amostragem) para apresentar a pesquisa e o TCLE, daí então, fora iniciada a coleta dos dados.

Nessa perspectiva, optou-se por um questionário semi-estruturado como instrumento de coleta de dados, justifica-se por ser uma técnica de coleta ágil e que facilita a familiarização com o universo a ser estudado. Deste modo, o procedimento que foi aplicado busca sistematizar as informações adquiridas. Cabe ressaltarmos as influências significativas do contato com o universo estudado.

Sendo assim, os dados foram coletados no mês de novembro de 2009 durante os plantões dos referidos profissionais (APÊNDICE B).

3.6 Análises e discussões dos resultados

A análise e discussão dos resultados fora iniciada após todos os questionários terem sido respondidos, sendo que os dados foram analisados de acordo com o método de “Análise de Conteúdo” recomendada por Bardin (2004), que define este método como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, especificamente pela técnica de “análise temática”, que conforme Minayo (2003) a análise temática é uma das formas de melhor adequação à investigação qualitativa do material sobre saúde. Para ele o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, conteúdo manifesto ou latente, as significações expressas ou ocultas. No entanto, o termo significa mais que um procedimento técnico, faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Os dados de identificação e perfil dos entrevistados foram quantificados e expostos em gráficos e tabelas expostos no decorrer deste trabalho.

4 ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir são referentes a vivência de 06 enfermeiros que atuam na Maternidade do Hospital Regional de Cajazeiras. Esses resultados foram organizados da seguinte forma: de início foram expostos os dados sócio-demográficos dos entrevistados, seguido da apresentação e análise dos dados qualitativos referentes ao conhecimento, experiência e as condições assistenciais que as parturientes e recém-nascidos expostos ao HIV, estariam sendo assistidas na instituição em estudo.

4.1 Perfil sócio-demográfico dos entrevistados

A partir dos dados obtidos através das entrevistas junto à amostra desse estudo, foi traçado o perfil sócio-demográfico dos mesmos, sendo caracterizado como: Faixa etária, sexo, estado civil, tempo de trabalho e vínculo empregatício.

Tabela 1 – Representação dos enfermeiros segundo faixa etária e sexo

Variável	fi	%
Faixa etária		
25 30	04	67
30 35	02	33
Total	06	100
Sexo		
Feminino	05	83
Masculino	01	17
Total	06	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2009.

De acordo com a Tabela 1, dos 06 profissionais participantes da pesquisa, quatro (67%) tinha idade de 26 a 30 anos e dois (33%) estavam com faixa etária entre 31 a 35anos. Importante salientar que cinco (83%) são do sexo feminino e apenas um (17%) do sexo masculino.

Como mostra Amorim, (2009) Em decorrência de uma cultura patriarcal, na qual o elemento masculino tem exercido uma relação de poder sobre o feminino, a profissão de enfermeira sempre esteve ligada à idéia de devoção, caridade, submissão.

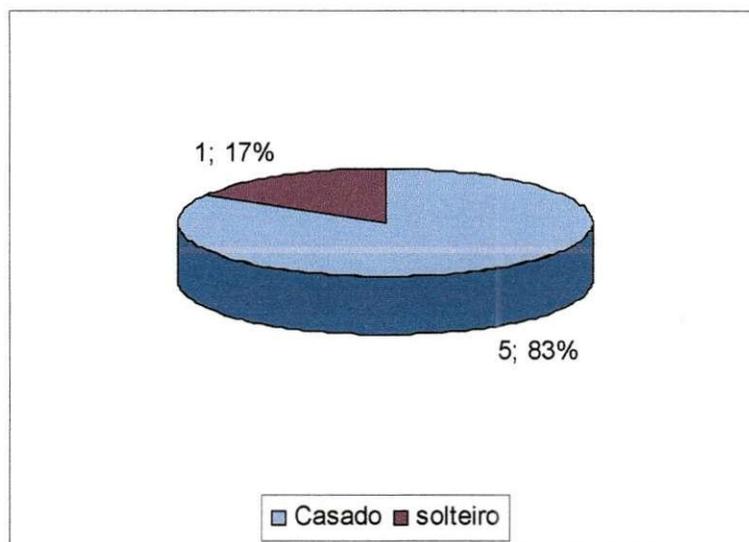


Figura 1 – Representação dos enfermeiros segundo estado civil

Fonte: Pesquisa direta, 2009.

Com relação ao estado civil, o estudo demonstrou que a maioria das entrevistadas é solteira, ou seja, cinco (83%) e somente um (17%) é casado (Figura 1).

Tabela 2 – Representação dos enfermeiros conforme tempo de trabalho e vínculo empregatício

Variável	fi	%
Tempo de trabalho		
01 05	04	67
05 10	02	33
Total	06	100
Vínculo empregatício		
Concursado	03	50
Contratado	03	50
Total	06	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2009.

Segundo os dados expostos na Tabela 2, podemos identificar que quatro (67%) enfermeiros já trabalham na área de 1 a 5 anos e dois (33%) de 5 a 10 anos.

Em relação ao vínculo empregatício exposto na mesma tabela (tabela 2) verificamos que três (50%) dos enfermeiros são concursados e os outros três (50%) trabalham sob regime de contratos. Os enfermeiros que já são concursados não estão mais preocupados em se destacarem no local de trabalho, diferente dos prestadores de serviços que batalham para

mostrarem seu empenho para ser bem sucedido perante a instituição e assim prestam uma assistência de qualidade na esperança de continuara no seu emprego.

Após a exposição dos resultados obtidos na etapa anterior, irei nessa etapa seguinte apresentar os aspectos qualitativos apoiados nas verbalizações dos profissionais entrevistados. Considerando os objetivos propostos para este estudo, procura-se através dos depoimentos expressos nas falas, agrupá-los e por semelhança elaborarmos categoria de análise, o que são expostos à continuação. Para melhor identificação e sigilo, os profissionais entrevistados foram enumerados e identificados pela letra E como pseudônimo, significando, enfermeiro e por seguinte um número conforme exemplo E1 (enfermeiro um).

4.2 Importância do Teste Rápido anti-HIV

A realização do teste rápido anti-HIV é de suma importância para todos os envolvidos no processo “parto-assistência”, uma vez que o resultado deste exame possibilita aos profissionais enfermeiros uma tomada de medidas necessárias e preventivas para evitar a transmissão da mãe para o filho.

Duarte et al. (2005) afirma que o teste rápido anti-HIV pode ser utilizado no momento em que a gestante chega à maternidade em trabalho de parto, utilizando o teste de diagnóstico rápido dessa infecção. Essa é uma técnica de simples execução, elevada sensibilidade e especificidade adequada para esta finalidade. Permite que a gestante não testada no pré-natal, portanto sem uso de anti-retrovirais, tenha acesso à zidovudina (AZT) endovenosa durante o trabalho de parto e seu recém-nascido possa utilizar este fármaco no período neonatal.

Nesta visão, Marques et al. (2007) reitera que os testes rápidos para a detecção de anticorpos anti-HIV são testes que produzem resultados em, no máximo, 30 minutos. Geralmente utilizam antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou nylon, látex, micro partículas ou cartelas plásticas) e são acondicionados em embalagens por teste, permitindo a testagem individual das amostras.

Quando questionados sobre sua percepção quanto à importância do teste rápido para a mãe e o filho, os enfermeiros foram enfáticos em apontar essa magnitude, conforme mostra os discursos abaixo:

“Para o binômio mãe-filho, o teste rápido anti-hiv beneficia um diagnóstico rápido para o HIV, tornando possível um tratamento pré-parto, intra-parto e pós-parto, para ambos, de forma adequada ao exposto”. (E1)

“É muito importante, pois com a realização do teste pode-se evitar a transmissão vertical que é tudo que uma mãe portadora de HIV deseja é que seu filho não seja infectado”. (E3)

“É Importante para detectar precocemente o vírus da mãe para não transmitir ao filho”. (E4)

“É fundamental, pois essa detecção no pré-parto pode diminuir o risco de uma criança contrair o vírus”. (E5)

“É um exame de rotina importantíssimo da maternidade, pois oferece o diagnóstico rápido. E assim podemos tomar as condutas necessárias com segurança dependendo do resultado”. (E6)

Conforme os discursos acima, identifica-se a valorização do anti-Hiv. Esta importância dada ao exame é um fator preponderante para a prevenção da transmissão vertical, assim, vale ressaltar que os profissionais entrevistados são unânimes em valorizar este exame.

Segundo Rodrigues (2008) o teste é indicado mesmo para as gestantes que já o fizeram. A janela imunológica do vírus é de 45 dias. Se o teste de HIV foi feito no início do pré-natal, o teste rápido, feito antes do parto, dará uma situação precisa desta gestante. Conforme a Portaria Nº 34, da Secretaria de Vigilância em Saúde, testes rápidos podem ser utilizados para diagnóstico da infecção pelo HIV em locais de difícil acesso, onde a falta de infra-estrutura não permite a realização dos testes habituais e nas maternidades quando parturientes não tenham sido submetidas ao teste de HIV durante o pré-natal.

O exame anti-HIV deve ser voluntário, após informações completas e adequadas ao paciente quanto à finalidade. O paciente que se recusar a ser testado não deve ter prejuízos em sua assistência em decorrência de tal decisão (ROSENTHAL, 2001. p.87).

Os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados e o sistema submetido a controle de qualidade, como é feito para os laboratórios que realizam a sorologia convencional. Os resultados não reagentes nos testes rápidos devem ser comunicados por profissionais devidamente treinados, que informem ao indivíduo sobre as limitações do teste. Resultados reagentes nesses testes devem ser obrigatoriamente submetidos a testes confirmatórios antes de serem entregues aos pacientes.

4.3 Capacidade de cuidar das parturientes soropositivas

A arte do cuidar requer acima do bem querer uma capacitação que tornaria o agente cuidador com reais condições de resolver os problemas advindos com a realidade em pauta, ou seja, o acompanhamento, e o tratamento da paciente soropositiva. Ao sonatório desses requisitos acima citados chegaríamos a uma conclusão, que é a capacidade do cuidado.

Foi observado de acordo com as respostas dos enfermeiros que a grande maioria não estão aptos a cuidar de uma parturiente soropositiva, alguns responderam que sim, mais outros mostraram que falta capacitação para os mesmos e assim, não estão aptos para essa realidade. Alguns desses pensamentos podem ser contemplados nas seguintes falas:

“Não posso falar de todos. Para mim, existe um “elo” de interrogação, já que não me deporrei com parturientes soropositivas”. (E1)

“Acho que não, pois é muito difícil acontecer um caso positivo por aqui e quando acontece a paciente é transferida. Sem falar que nunca recebemos um treinamento sobre a lactação do RN e como agir diante de um resultado positivo”. (E3)

“Acho que falta mais treinamentos, digo aperfeiçoamentos para os profissionais voltados para esse diagnóstico, até porque trabalhamos em um serviço que não é referência, encaminhamos para o SAI. Sim, acho que estamos preparados para acompanhar parturientes soropositivas e temos suporte de profissionais médicos, psicológicos,

assistente social, e as medicações necessárias (armazenadas na farmácia do HRC) para estas parturientes". (E6)

No entanto, considerando a forma como os serviços de saúde estão organizados, admite-se que os modelos desenvolvidos, associados muitas vezes ao despreparo dos profissionais, estão dificultando como referem os entrevistados, devido a uma menor incidência de casos soro positivo em gestantes na maternidade do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), e ainda não existe uma preocupação maior das autoridades de saúde para promover cursos de aperfeiçoamento que visem trazer para o dia a dia, o manuseio para com pacientes HIV positivo, o que tem sobrado no meio disso tudo é a insegurança de não estarem preparados e acima de tudo o medo de uma contaminação horizontal, tamanho é a falta de conhecimento e assim dificultando a assistência às gestantes soropositivas.

Os profissionais de saúde devem ter a oportunidade de refletir a sua prática através de processos de educação, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento das práticas educativas nos serviços saúde, que devem privilegiar as escolhas pessoais e valorizar o potencial humano.

Com relação aos cuidados de saúde atrelados ao diálogo, Alves (2005) defende que o objetivo da educação dialogada não é o de informar para a saúde, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mais sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

4.4 Atenção dada ao histórico da parturiente na admissão

Toda gestante deve ter sempre em mãos o cartão de pré-natal quando sair de casa. Em se tratando de uma consulta de urgência, devem estar disponíveis o histórico da gestante ao profissional para facilitar a tomada de decisões na antecipação do parto ou outra medida adotada, sendo assim, faz-se necessário prestar uma assistência com segurança e qualidade, e afastando o risco de uma possível transmissão.

O cartão da gestante informa tudo o que acontece na gravidez, os resultados dos exames realizados e todas as anotações sobre o estado de saúde da mulher. Deve ser levado em todas as consultas, verificando se ele está sendo preenchido. Para tirar qualquer dúvida sobre o cartão, a gestante deve conversar com os profissionais de saúde para que tudo fique

bem explicado. A gestante não deve esquecer de levar o cartão na hora do parto, pois ele é muito importante porque contém anotações de todo o estado de saúde da mulher. Através dele a equipe médica saberá como foi a gestação e os cuidados que deve ter (BEVILACQUA, et al., 2008, p.10).

Em relação à atenção dada ao histórico das parturientes através do cartão do pré-natal podemos observar, através dos relatos, que todos os participantes da pesquisa fazem uma busca dos históricos das parturientes através da solicitação do cartão de pré-natal na hora do parto. Essa busca visa saber o histórico da gestante, desde o início da gestação até a hora do parto, inclusive para identificar a realização ou não do teste anti-HIV foco de nosso estudo. Essa constatação é perceptível nos depoimentos a seguir:

“Sim, comumente é interessante e importante verificar as anotações feitas no cartão pré-natal que são relevantes no atendimento hospitalar”. (E2)

“Sim, para ver idade gestacional, resultado dos exames realizado se resultados de ultrassonografia”. (E3)

“Sim, para fazer uma anamnese do seu pré-natal”. (E5)

“Sim, porque o cartão do pré-natal é um documento (prontuário) da paciente, onde o profissional avalia o histórico do acompanhamento registrados da gestante, consultas realizadas, exames realizados, DPP enfim todo o acompanhamento”. (E6)

Apesar de ser maioria os profissionais que dão ênfase as informações contidas no cartão, observa-se que um desses profissionais ainda não está sensibilizado quanto à importância de se obter informações sobre a realização ou não do teste anti-Hiv, essa constatação é perceptível no depoimento a seguir:

“Raramente peço” (E4)

É importante enfatizar a verbalização exposta pelo E6, pois parafraseando percebo que ela aponta que as anotações no cartão de pré-natal é um documento que facilita o

acompanhamento da gestação pelos profissionais de saúde. E é nele onde são anotadas informações sobre consultas e sobre a saúde da gestante e do feto.

4.5 Orientação para o teste anti-HIV

Com relação à orientação que está relacionada ao processo educativo, Feliciano (2003) afirma que o processo educativo na prevenção da AIDS é, também, uma ação interpessoal que põe em jogo os antagonismos de preferência e os conflitos de valores e pressupõe a definição de regras para a convivência entre as mulheres e os agentes do trabalho em saúde. A criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, mais do que a simples adesão a um serviço ou a inscrição formal a um programa, é uma relação contínua, pessoal, de confiança. Essa relação é fundamental para a reflexão conjunta sobre estratégias preventivas viáveis, processo que passa, necessariamente, pela possibilidade das mulheres e dos profissionais se colocarem face a face, envolvendo-se nas negociações sobre o sentido e a validade de discursos e práticas.

As mulheres que, apesar de testadas, ao chegarem ao momento do trabalho de parto sem o resultado da sorologia realizada deve ser aconselhada a realizar o diagnóstico na maternidade, utilizando testes rápidos anti-HIV (BRASIL, 2007). As respostas de alguns entrevistados foram enfáticas quando afirmaram que orientam as parturientes quanto à realização do teste anti-HIV antes do parto,

“Sim, todas são orientadas para o exame”. (E3)

“Sim mesmo aquelas que tenham feito o exame (laboratorial) no pré-natal. Faz parte da rotina da maternidade. Só não realizamos quando falta o teste no setor”. (E6)

Apenas um dos profissionais verbalizou não ser adepto desta prática, segundo ele os técnicos é quem realizam rotineiramente o teste, isso é percebido no depoimento a seguir:

“Nem todas as gestantes admitidas no meu plantão oriento para o pré-teste, pois na maioria das vezes são os técnicos que fazem o teste e também não orientam”. (E4)

Nessa perspectiva de variação de comportamentos profissionais, verifica-se que esse é um dos grandes desafios para a ciência e também para a saúde pública, uma vez que a falta de profissionais capacitados para lidarem com esse universo da vulnerabilidade dessas mães e neonatos dificultam as ações de prevenção. A pesquisa demonstra também que não se consegue estabelecer um diálogo preciso e esclarecedor entre profissional e usuárias, apesar de saberem da relevância da interação entre ambos e sobre a problemática da doença, os profissionais não se preocupam com as medidas necessárias de prevenção e controle da AIDS.

Feliciano (2003) chama atenção para o fato da educação em saúde voltada para a prevenção da AIDS, nos últimos anos, tem sido submetida a questionamentos acerca dos seus pressupostos teórico-metodológicos dominantes, sobressaindo-se as críticas sobre as insuficiências da abordagem focalizada na tentativa de conscientizar as pessoas sobre a própria suscetibilidade, responsabilizando-as pela transformação dos comportamentos que aumentam a probabilidade de infecção pelo vírus.

Segundo o autor supracitado, tratando a dimensão relacional como elemento essencial das ações em saúde, pretende-se elucidar a fecundidade da prática educativa focalizada na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS para promover a comunicação entre as mulheres e os serviços. A inclusão de vários serviços, representando tipos distintos de demanda, modelos diferentes de organização e especificidades na execução do trabalho, ao permitir a apreensão de variações no processo de educação preventiva, potencializa a capacidade de evidenciar de modo mais seguro os aspectos essenciais do problema avaliado, aumentando a utilidade de seus resultados. É fundamental considerar esta aproximação como preliminar a um momento do processo de trabalho, a sua dimensão comunicativa, cuja complexidade requer explorações mais detalhadas”.

4.6 Protocolos de prevenção da Transmissão Vertical do HIV

Conforme os relatos mencionados, os profissionais da área de enfermagem chamam a atenção para a inexistência do protocolo no setor estudado, pois sendo assim, os enfermeiros que trabalham na entidade, não têm conhecimento a cerca do protocolo de prevenção vertical e conseqüentemente não prestam uma assistência de qualidade favorecendo o risco de uma contaminação via mãe/feto. Essa constatação é perceptível nas verbalizações abaixo:

“Não existe protocolo de atendimento. O setor ainda não dispõe de normas e rotinas para casos deste tipo”. (E1)

“Não temos protocolo, mais quando acontece uma positivação a gestante é transferida para campina Grande ou João Pessoa”. (E3)

“Não, se existe protocolo nunca fomos informados, orientados”. (E4)

“Não existe um protocolo do setor. Mais conforme o treinamento que tivemos, seguimos as orientações, condutas neste caso”. (E6)

A partir dos discursos expostos anteriormente pode - se perceber que a ausência de treinamentos, sensibilizações e até mesmo do protocolo de prevenção da transmissão vertical no local de trabalho atam as mãos destes profissionais, principalmente no que se referem aos protocolos assistências do setor em estudo.

Em se tratando dos protocolos de profilaxia para HIV, o Ministério da Saúde (2007) preconiza a profilaxia baseado no esquema do PACTG 076 para prevenção da transmissão vertical do HIV são eles: *Esquema posológico da zidovudina na parturiente*, Zidovudina injetável frasco ampola de 200mg com 20ml (10mg/ml), a parturiente deve receber zidovudina endovenosa, desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical, dose: iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua, com 1mg/kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical, diluir em soro glicosado a 5% e gotejar, a concentração não deve exceder 4mg/ml. *Zidovudina oral, Esquema posológico da zidovudina no recém-nascido*, Zidovudina, solução oral, 10mg/ml, iniciar preferencialmente até a 2ª hora pós-parto, na dose de 2mg/kg a cada seis horas, durante seis semanas (42 dias).

A partir destes depoimentos verbalizados anteriormente vale a constatação de que a falta dos insumos necessários de um protocolo de orientação na prevenção da transmissão vertical do HIV, para realização das ações de assistência e os improvisos cotidianos a que estão submetidos às parturientes e crianças expostas ao HIV, tem sido um problema expectante para os profissionais, caso apareça positivação. Esse fato tem contribuído para o medo e para angústia dos enfermeiros que prestam cuidados neste setor, caso tenham que assistir uma parturiente ou um recém-nascido susceptível ao vírus em foco.

4.7 Cuidados de prevenção na transmissão vertical do HIV

Discorrendo sobre os cuidados que os profissionais entrevistados desenvolvem na prevenção da transmissão vertical do HIV percebe-se que eles são criteriosos em desenvolver ações de prevenção dentro de suas limitações, isto é perceptível nos depoimentos:

“A primeira conduta seria a de comunicar o médico plantonista, para o mesmo interferir de forma terapêutica diferencial. Logo, após a mesma seria comunicado sobre o teste em trabalho conjunto com o serviço de psicologia”. (E1)

“Adoção de medidas como: tratamento ou profilaxia precoce, interrupção do processo de amamentação após o nascimento e investigação para diagnóstico precoce do RN”. (E2)

“Sabemos que é indicação de cesária e a mãe não pode amamentar o RN”. (E3)

“Em primeiro lugar devemos orientar a não amamentação, e o uso de coquetel no RN e Mãe”. (E4)

“Imediatamente entrar com a medicação do pré-parto até o corte do cordão umbilical, administrar o xarope na criança durante sua permanência na maternidade e orientar a mãe quando a mesma receber alta, bloquear a amamentação da criança e orientar sobre isso, e outros cuidados”. (E5)

“Em primeiro lugar devemos orientar a não amamentação, o uso do coquetel no recém - nascido e mãe”. (E6)

Segundo o Ministério da Saúde (2007) os cuidados específicos durante o parto são: Preferir sempre seringas de plástico (isso se aplica para a episiotomia, quando não puder ser evitada); Preferir sempre o uso de tesouras, em vez de bisturi; Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo); Preferir fios de sutura agulhados; Evitar agulhas retas de sutura, pelo seu maior risco de acidente percutâneo; Adotar cuidados especiais na manipulação da

placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande; Adotar os EPI (luvas, capote, avental, máscara e gorro) por causa da possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico. E conforme o Ministério da Saúde (2009) os cuidados imediatos do recém-nascido são: Limpar o recém nascido com uma compressa; Dar banho ainda na sala de parto.

Após a análise comparativa dos critérios recomendados pelo Ministério da Saúde e a realidade exposta pelos entrevistados, percebe-se que é preciso melhorar as intervenções de controle da transmissão vertical do HIV na maternidade em estudo para melhor prevenir a transmissão vertical do HIV, principalmente no que diz respeito aos aspectos de intervenções imediatas. Os discursos explícitos são focais a não amamentação e ao coquetel, e isso requer um aperfeiçoamento estratégico para com este tipo de cuidado visto que o HIV oferece risco para todos: mãe, recém-nascido e até profissionais.

4.8 O aconselhamento

Para o sucesso da realização do teste anti-Hiv se faz necessário diversas ações efetivas que venham promover segurança, apoio e acima de tudo resolutividade. No entanto, vale ressaltar que o teste HIV não se resume apenas a técnica, ele abrange também a responsabilidade do profissional de expor o que vem a ser o teste e seus diversos aspectos. Isso se chama aconselhamento.

Barroso (2007) dando sua colaboração sobre o assunto mostra, que o acesso às ações de aconselhamento é um direito de toda gestante, parturiente e puerpério. Conseqüentemente é um dever do profissional de saúde realizá-lo, e dos autores possibilitarem as necessárias condições para integrá-lo á rotina do serviço. Nesse atendimento, o profissional oferece uma oportunidade da mulher alerta para riscos advindos da sua história de vida, e fornece recursos, com base na qualidade desta interação, para perceber sua exposição preparando-se para receber o diagnóstico do HIV ou adotar medidas preventivas dessa infecção.

Os enfermeiros retratam a importância do aconselhamento, como mostram nas verbalizações seguintes.

“O aconselhamento pré-teste seria a orientação prévia sobre o exame e seus possíveis diagnósticos, solicitado a mesma, ou melhor, pedindo a permissão para a realização do teste”. (E1)

“Consiste no consentimento e orientações relevantes sobre a importância da realização do Pré-teste”. (E2)

“É que toda gestante que for admitida e for realizar o teste rápido anti-HIV tem que ser orientada sobre a realização do exame, o porque de estar realizando este exame (antes de realizar o exame)”. (E3)

“Orientar e aconselhar a gestante quanto o teste rápido e o possível resultado positivo ou negativo”. (E4)

”Orientação quanto á importância do pré-teste para a vida da mãe e do bebê”. (E)

“Orientação a gestante do porque e para que, realizamos o exame (ou seja, da importância) para que a paciente possa permitir realizá-lo. Que deverá ser feito pelo profissional que teve treinamento de aconselhamento, seja enfermeiro, psicólogo, assistente social”. (E6)

Os depoimentos sinalizam o aconselhamento somente como uma maneira de liberação para a realização do teste, mas o que se sabe é que o aconselhamento vai além dessas perspectivas. Ele perpassa pelos diversos aspectos da parturiente, e quando bem desenvolvido garante a satisfação e o sucesso das intervenções necessárias.

Corroborando Sousa, et al., (2008) apontam que o aconselhamento consiste em um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/AIDS. As situações específicas de aconselhamento são pessoas com diagnósticos de DST e pessoas que buscam testagem anti-HIV. São trabalhados os aspectos educativos do aconselhamento pré-teste anti-HIV abordados de forma coletiva e caberá aos profissionais de saúde saber lidar com estas situações.

Isto posto, é indiscutível que a falta de uma educação permanente nos serviços de saúde pode comprometer a qualidade das ações desenvolvidas na área da transmissão vertical do HIV, principalmente do aconselhamento, uma vez que de uma forma falada ou não falada transmitam durante o exame os seus preconceitos e valores e interrupção à possibilidade de um diálogo aberto no que diz respeito a um resultado possivelmente positivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção da transmissão vertical do HIV tem sido um grande desafio para o Ministério da Saúde, visto que atualmente os números de crianças contaminadas são crescentes cada vez mais. Nessa perspectiva é que este estudo objetivou identificar as ações de enfermagem desenvolvidas para com a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV na hora do parto na maternidade do HRC. Diante das ações estudadas pode-se verificar que os protocolos são fundamentais para a concretização da atenção à parturiente. É sabido que o Ministério da Saúde disponibiliza estes protocolos que visam orientar os profissionais que trabalham com gestantes quanto aos cuidados na prevenção do HIV, assim, dando-lhes segurança e poder de resolutividade.

No entanto, de acordo com as verbalizações dos profissionais entrevistados constatamos que os mesmos não seguem as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, pois segundo eles o serviço no qual atuam não disponibiliza meios como, normas e rotinas para que os mesmos possam intervir com condutas que venham prevenir uma possível transmissão vertical no binômio mãe-filho.

Sabemos que o pré-teste é de suma importância para a gestante, pois constitui um meio eficaz de detecção do HIV tanto para gestante quanto para o feto possibilitando-os alcançarem meios de prevenção. Vimos que a maioria dos entrevistados dá uma importância à orientação e ao aconselhamento no pré-teste, sendo que é de suma importância essa prática visto que devido esses cuidados será possível garantir às gestantes subsídios de resolutividade e eficiência durante o parto e puerpério. Vale ressaltar que a importância dada ao aconselhamento promove nas gestantes um impulso de estabilização emocional para encararem um possível resultado positivo.

Dessa forma, observamos como fator positivo nos relatos dos questionados seguiam as normas de solicitação do cartão de pré-natal no momento da admissão da gestante na maternidade visto que esse cartão contém todo histórico da gestação, desde o começo do seu pré-natal até a sua última consulta.

A análise dos depoimentos explícitos no estudo também possibilitou-nos compreender que os profissionais se sentem intimidados e inseguros visto que o local estudado não obedece ao protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, o que nos deixa preocupados devido ao desinteresse por parte da instituição ocasionando despreparo profissional.

Vários são os desafios encontrados após este estudo, e os resultados nos desperta a aprofundarmos pesquisa nesta área, pois o HIV replica-se rapidamente, sendo assim necessária à atualização com educação permanente para a assistência de enfermagem bem

como a prática profissional, que constitui a utilização de ações e de informações científicas com objetivo de prevenir e tratar as gestantes soropositivas.

Com base nessa constatação, penso que as ações multidisciplinares são primordiais na prevenção da transmissão vertical e essas ações constituem-se em um processo que envolve o aprendizado individual e coletivo motivador da compreensão e da consciência para o estabelecimento de estratégias fundamentadas no conhecimento.

O desafio de promover a saúde e prevenir as doenças em nosso país consta, principalmente em disponibilizar educação e informação aos gestores, profissionais de saúde e pacientes, pois afirmo que Educação e Saúde são a melhor arma para diminuir os índices alarmantes de doenças preveníveis, ou seja, passíveis de controle.

Ao finalizar este estudo, é possível constatar que o programa de prevenção da transmissão vertical do HIV é eficaz, e está disponível a toda a comunidade com atendimento qualificado e totalmente financiado pelo SUS. O problema deve-se reafirmar, está na carência dos profissionais, estes prestam uma assistência ineficiente devido ao despreparo e o compromisso ético profissional em prestar uma assistência de qualidade.

Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para um atendimento adequado e acolhedor que visem à prevenção como aliado a uma assistência de qualidade. O serviço assistencial de saúde se estabelece em uma relação multiprofissional, todos devem estar envolvidos na busca de soluções para a prevenção bem como na detecção da transmissão vertical do HIV no intuito de diminuir as ocorrências de transmissão entre mãe e filho. E isso só será possível se cada um fizer a sua parte.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para um programa saúde da Família: Pela integralidade da Atenção e reorientação do modelo assistência.** Interface-Comunicação, Saúde, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004| fev.2005.

AMORIM, R. da C. A questão do gênero no ensinar em enfermagem. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro. v.17 (1), p. 64-68, jan\mar. 2009.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ARAÚJO, L. A. M.; FARIAS, F. L. R. de.; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste ANTI- HIV: Análise a luz de uma teoria humanística de enfermagem. **Revista de enfermagem Anna Nery.** v. 10, n. 3, p. 425- 431, dez. 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROSO, L. M. M.; GALVÃO, G. T. M. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. **Revista de enfermagem.** v. 16, n.3, p. 463-469. Florianópolis. 2007.

BEVILACQUA, P. D. et al. Direitos da gestante: conhecer para exigir. In: **Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero.** Viçosa - MG. p. 21, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. In: **Manual Operacional para Comitês de Ética e Pesquisa.** Brasília, 1996.

_____. Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico-Aids e DST.** v. 1, n. 26. janeiro-julho. 2006a. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV.** Brasília (DF), 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. In: **Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica.** Brasília, 6. ed. p. 41-46. 2006c.

_____. Ministério da saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia Anti-Retroviral em Gestantes.** Brasília (DF), 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de bolso.** 7. ed. Revisada. Doenças Infecciosas Parasitárias Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portal da saúde - SINAN. Disponível em: < www.saude.gov.br > acesso em 05 de Agosto de 2009 às 09hs50 min.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV.** Brasília, 2009. 200 p.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.246 / 1988. **Código de Ética Médica, Código de Processo ético – profissional**. 6. ed. Brasília, 2001.

CARACIOLO, M. M. J; SHIMMA, E. DST/Aids. **In: Adesão da teoria á pratica Departamento de Vigilância Epidemiológica**. São Paulo, 2007. 289p.

CAPPI, D. R. de S. et. al. Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de orientação e aconselhamento (COAS) para HIV: Relato de experiência. **In: Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 9. n.1 Ribeirão Preto Jan. 2001.

DUARTE, G; QUINTANA, S. M.; BEITUNE, P. E. Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet**. v. 27, n.12, p. 768-78. 2005.

FELICIANO, K. V, de O. KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção materno-fetal do HIV. **In: Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. v. 3, n. 4, Recife Oct./Dec. 2003

FIGUEIRA, A. N. et al. Condutas de Clínica Médica. **In: Condutas nos Pacientes com Infecção pelo HIV**. Rio de Janeiro: Medsi. 2. ed. 2001. p. 679-722.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso 02 de Agosto de 2009 às 19h03min.

MARQUES, W. P. Avaliação de um teste rápido para detecção de anticorpos anti-hiv. **Revista Neuslab**. Ed. 84, 2007.

LUNA. E. Transmissão do HIV e práticas esportivas Avaliação do risco. **In: Expedito Luna instituto de medicina tropical**. Universidade de São Paulo: Julho, 2009, disponível em: <www.scielo.org> Acesso em 28 de Setembro de 2009 às 14h34min.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MISUTA, M, N. et al. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 8, n. 2, p. 197-205, abr. / jun., 2008.

NEVES, S. A. L; GIR, E. Crenças das mães soropositivos ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. **Rev. Latino-americana de enfermagem**. v. 14, n. 5, setembro-outubro. 2006.

ROSENTHAL, C. **AIDS e ética médica**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 94p. 2001.

PREUSSLER, I, M, G.; EIDT, R, O. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 28, n. 1, p. 117-125, 2007.

PEIXOTO, S. et al. Pré-Natal. **In: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV AIDS)**. 3. ed. São Paulo: Roca, p. 991-1007, 2004.

PORTO, C. C. Valdemecum de Clínicas Médicas. **In: AIDS**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005. p. 34-37.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV / AIDS**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222 p.

RODRIGUES, I. CARNEIRO. I. S. de S. PIVATTO. L.F. Exame Anti-hiv na gestante: conhecimento das puérperas. **In: Revista de Enfermagem**. v. 1, p. 57-71, 2008.

SANTORO, D. et al., Assistência de Enfermagem à Mulher Portadora do HIV. **In: Quimo nos Concursos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, p. 172-173, 2008.

SAUDE E LAZER. **3,3 milhões de testes anti-HIV serão distribuídos no SUS**. Dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.saudelazer.com>> acesso 01 setembro 2009.

SILVA, O. M. R.; ARAÚJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. da. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Rev. Enfermagem Escola Anna Nery**. v.12, n. 4, p. 630-36, dezembro, 2008.

SOUSA, N. R. et al. Percepções das gestantes na realização do teste Anti-HIV (Elisa) em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS de uma cidade do Estado de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem**. v. 20 (1), p. 24-31, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a enfermagem.

Pesquisador responsável: Moacir Andrade Ribeiro Filho

Pesquisador participante: Maria Carmem Batista de Alencar

Eu _____, R.G. _____, CPF _____, residente na rua _____, fui informada que este projeto tem o objetivo de Avaliar as ações de Enfermagem no controle da Transmissão Vertical do HIV. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: Será realizado questionário com perguntas pessoais realizadas de acordo com a temática após fazer a coleta serão analisados e discutidos os dados sendo sua finalidade apenas para fins científicos.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que participe da pesquisa.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura:



Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA

TÍTULO DA PESQUISA: Prevenção da Transmissão Vertical do Hiv: Um desafio para a enfermagem

ORIENTADORES: Moacir Andrade Ribeiro Filho e Anúbis Pereira de Castro

PESQUISADORA: Maria Carmem Batista de Alencar

A) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DAS (OS) ENTREVISTADAS (OS)

Nome (Iniciais):

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Tempo de Trabalho:

Vínculo empregatício:

B) QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Na sua percepção, qual a importância do teste rápido Anti-HIV para o binômio mãe/filho?
- 2) Você acha que os profissionais enfermeiros estão aptos a cuidar de uma parturiente soropositivo? E você?
- 3) Quando é admitida uma parturiente no seu plantão, você solicita o cartão do pré-natal? Se sim, pra quê?
- 4) Todas as gestantes admitidas no seu plantão são orientadas a fazer o teste rápido para detecção do HIV?
- 5) Em caso de posituação da paciente existe um protocolo de orientação de prevenção da transmissão vertical?
- 6) Na sua opinião, em caso de teste soropositivo, quais os cuidados que você adotaria para prevenir a transmissão vertical do HIV?
- 7) O que você entende por Aconselhamento no pré-teste?

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/CFP/Nº 67

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem

Ao: Diretor do Hospital Regional de Cajazeiras

Sr. Antonio Fernandes Filho

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. A autorização para a aluna Maria Carmem Batista de Alencar, matrícula Nº 50522130, coletar dados referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem. O trabalho traz como título: **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a enfermagem.**

Sob a orientação do Professor Moacir Andrade Ribeiro Filho.

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

Antonio Fernandes Filho
Diretor do Hospital de cajazeiras



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

OFICIO N. 13

Da: Coordenação do Curso
Ao Comitê de Ética da Santa Maria

Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna **Maria Carmem Batista de Alencar**, matrícula, **50522130**, coletar dados referentes à monografia de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Um desafio para a enfermagem**, sob a orientação do professor Moacir Andrade Ribeiro Filho durante o período de novembro de 2009.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 06 de outubro de 2009.

Coordenadora do Curso

Comitê de ética e pesquisa