



Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
ISSN: 1414-8145
annaneryrevista@gmail.com
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

França Araújo, Carla Luzia; Faria Signes, Aline; de Barros Zampier, Vanderleia Soéli
O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 16, núm. 1, marzo, 2012, pp. 49-56
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721430007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

O CUIDADO À PUÉRPERA COM HIV/AIDS NO ALOJAMENTO CONJUNTO: A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

The care to puerperae with HIV/AIDS in the multiple-patient rooms: the vision of the nursing team

El cuidado a la parturiente con VIH/SIDA en el alojamiento conjunto: la visión del equipo de enfermería

Carla Luzia França Araújo¹

Aline Faria Signes²

Vanderleia Soéli de Barros Zampier³

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a visão que a equipe de enfermagem tem sobre o cuidado à puérpera soropositiva e a implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV no alojamento conjunto. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Foi realizada em uma maternidade no município de Nova Iguaçu/Rio de Janeiro. Como recurso técnico-metodológico utilizou-se o discurso do sujeito coletivo. Após a análise dos discursos verificamos que a equipe de enfermagem não tem uma abordagem adequada à puérpera soropositiva. A implementação das ações desenvolvidas no alojamento conjunto para a prevenção da transmissão vertical do HIV não foi reconhecida pelos sujeitos do estudo. Conclui-se que existe a necessidade de melhor qualificação da equipe de enfermagem que presta assistência no alojamento conjunto, com relação à assistência à puérpera com HIV, em particular sobre as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Alojamento conjunto. Saúde da mulher. Soropositividade para HIV

Abstract

The study aims to analyze the vision that the nursing team has on the care to HIV -positive postpartum women and implementation of prevention of vertical transmission of HIV in the rooms. It is a qualitative research approach. It was conducted in a maternity in the municipality of Nova Iguaçu / Rio de Janeiro. The collective subject discourse was used as a technical and methodological resource. After analyzing the speeches we see that the nursing staff does not have a proper approach to the postpartum seropositive. The implementation of actions developed in multiple patient rooms for the prevention of vertical transmission of HIV was not recognized by the study subjects. We conclude that there is a need for the nursing staff assisting in the multiple patient rooms to have better qualification regarding the assistance to mothers with HIV, in particular on the vertical transmission of HIV prevention actions.

Resumen

El estudio pretende analizar la visión que tiene el equipo de enfermería sobre la atención a las mujeres VIH-positivas después del parto y la aplicación de la prevención de la transmisión vertical del VIH en el alojamiento conjunto. Se trata de un enfoque de investigación cualitativa. Se llevó a cabo en una maternidad en el municipio de Nova Iguaçu / Rio de Janeiro. El discurso del sujeto colectivo fue utilizado como un recurso técnico y metodológico. Después de analizar los discursos, vemos que el equipo del oficio de enfermería no tiene un enfoque adecuado de las madres con VIH. La aplicación de las acciones desarrolladas en el alojamiento conjunto para la prevención de la transmisión vertical del VIH no fue reconocido por los sujetos del estudio. Se concluyó que hay una necesidad de ayudar el equipo del oficio de enfermería en la asistencia a varios alojamientos conjuntos a tener una mejor calificación con respecto a la asistencia a las madres con VIH, en particular en las acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Keywords: Nursing care. Multiple patient rooms. Women's health. HIV seropositivity.

Palabras clave: Atención en Enfermería. Alojamiento Conjunto. Salud de la Mujer. Seropositividad al VIH.

¹Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta EEAN/UFRJ. Coordenadora do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/AIDS –UFRJ. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. E-mail: araujo.ufrj@gmail.com; ²Enfermeira. Pesquisadora do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/AIDS – UFRJ. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. E-mail: alinesignes@gmail.com; ³Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – SUPREMA- Juiz de Fora. Pesquisadora do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/AIDS – UFRJ. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. E-mail: carlosvanderleia@ci.com.br

INTRODUÇÃO

A transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorre através da relação sexual – contato homo, hetero ou bissexual –, pela exposição parenteral ou de mucosas a sangue, hemoderivados ou instrumentos perfurocortantes contaminados pelo HIV; e através da transmissão vertical (TV) – da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação.¹

A transmissão vertical tornou-se, no decorrer dos anos, a principal via de infecção do HIV em crianças.² A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no Brasil se deu em 1985, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes, que representavam 0,4% do total de casos do período. No ano de 2006, foi responsável por 85,2% dos casos em menores de 13 anos de idade, e em 2007, por 91,4% do total de casos.

Em outra pesquisa realizada em 2003, o grupo de pesquisadores do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) mostrou taxa de transmissão vertical de 3,75% em 297 gestantes HIV-positivas.³ Em 2007, o mesmo grupo atualizou os dados de sua coorte, encontrando uma taxa global de TV de 2,8% em um total de 642 grávidas, no período de 1996 a 2004. Fato interessante observou-se na análise por períodos de tempo, apontando o declínio na taxa de TV de 3,52% para 1,56% no período de 1996-1998 a 2002-2004, demonstrando que o Brasil pode obter resultados tão bons como os países desenvolvidos. Anualmente três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Estudos realizados em 2004 com parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todo o país, a taxa de prevalência de mulheres soropositivas no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a cerca de 12.644 mil parturientes infectadas.⁴

O Estudo Sentinel-Parturiente, conduzido pelo então Programa Nacional de DST e AIDS (atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais) em 2004, que estimou a prevalência da infecção pelo HIV nessa população em 0,41%, revelou que a realização de pré-natal alcançou 96% entre as participantes, porém a execução e o conhecimento do resultado do teste anti-HIV alcançou apenas 62,5%. Em 2006, realizou-se novo estudo, com base, porém, em dados secundários, em que se observou não ter havido modificação da estimativa de prevalência, assim como da frequência de realização do pré-natal (96%).³

Estas mulheres soropositivas, ao descobrirem que serão mães, procuram serviços de saúde onde irão receber assistência para que a gravidez ocorra de forma saudável, com o mínimo de risco tanto para ela como para seu filho, e principalmente onde possam ser bem acolhidas e tratadas com atenção individual. Destaca-se a necessidade de considerar a condição peculiar do atendimento que deve ser oferecido a este grupo de mulheres. Cabe destacar que a adequada aplicação das ações de prevenção é prejudicada pela dificuldade de acesso e baixa

qualidade da assistência pré-natal, falta de informação tanto da equipe de saúde quanto da população sobre o avanço da epidemia na população feminina, falta de informação sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na redução desse tipo de transmissão; disponibilidade insuficiente de exames na rede; e as dificuldades para obter os resultados após a solicitação do teste.^{4,5}

Neste contexto assistencial a equipe de enfermagem tem grande importância no cuidado direto às puérperas. A enfermeira é a responsável por orientar a equipe de enfermagem para que esta desempenhe com êxito tais cuidados. No alojamento conjunto, as puérperas possuem necessidades diferenciadas nem sempre compreendidas pela equipe de enfermagem, que por sua vez não está preparada para prestar assistência de forma que essas mulheres possam se sentir acolhidas e tratadas de forma adequada. Trabalhar com estas puérperas se torna difícil não somente por tudo que envolve esta condição, ou seja, viver com HIV/AIDS, mas principalmente por elas encontrarem dificuldades que englobam questões emocionais, sociais e éticas. Com isso, podemos perceber que cada mulher que se encontra nesta situação deve ser tratada de forma integral e individualizada para que suas expectativas e necessidades possam ser atendidas adequadamente.

Logo, o fato de haver mulheres soropositivas no alojamento conjunto das maternidades nas diversas regiões do país é uma realidade. Diante desta constatação ficou evidente a necessidade da qualificação da equipe de enfermagem para atuar junto a esta clientela, desempenhando de forma satisfatória os cuidados de enfermagem. Nesse cenário emergiram as seguintes questões que nortearam este estudo: Qual a visão que a equipe de enfermagem tem sobre o cuidado à puérpera soropositiva no alojamento conjunto? Como a equipe de enfermagem faz a abordagem da puérpera portadora de HIV no alojamento conjunto?

Dado o exposto, e buscando responder a tais questões, desenvolveu-se o estudo em tela, cujo objetivo foi verificar a visão que a equipe de enfermagem tem sobre o cuidado no alojamento conjunto da puérpera soropositiva e a implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, e analisar como a equipe de enfermagem faz a abordagem da puérpera soropositivo no alojamento conjunto.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva. O cenário foi uma maternidade no município de Nova Iguaçu, que é referência na Baixada Fluminense no atendimento a gestante de alto risco e soropositivas para o HIV. A participação dos profissionais foi voluntária, cumprindo a resolução 196/96 do CNS. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu nº016/2008.

A técnica para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, constituída por dois momentos:

primeiramente, buscaram-se dados que viabilizaram a caracterização das entrevistadas, e, no segundo momento, os entrevistados tinham a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelas pesquisadoras. Os sujeitos do estudo foram 11 profissionais da equipe de enfermagem que atuam no setor de alojamento conjunto: duas enfermeiras, oito técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. As entrevistas foram realizadas pelas pesquisadoras após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gravadas em meio magnético e posteriormente armazenadas em Compact Disc – CD; serão guardadas por cinco anos. Depois de realizadas, as entrevistas foram transcritas, utilizando critérios adaptados de Hagquette. Para o tratamento dos dados, foram considerados os passos propostos por Lefèvre e Lefèvre,⁶ utilizando-se para a análise o referencial que compõe o discurso do sujeito coletivo (DSC). Após a análise identificaram-se quatro categorias de análise.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Dos profissionais entrevistados, o tempo de formação variou de 01 a 26 anos; foram assim distribuídos: sete profissionais (63,7%) com 1-10 anos de formação; dois (18,2%) com 10 a 20 anos; e dois (18,2%) com mais de 20 anos. Com relação ao tempo de atuação em alojamento conjunto, verificou-se que dois profissionais (18,2%) trabalham a menos de 1 ano; seis profissionais (54,6%) de 1 a 5 anos; e três profissionais (27,3%) tem mais de 5 anos de atuação em alojamento conjunto. No que diz respeito à capacitação dos profissionais em alojamento conjunto, sete (63,7%) expressaram não ter capacitação específica para o serviço onde atuam. Entretanto, quatro profissionais (36,3%) fizeram o treinamento específico para atuarem em alojamento conjunto. Quanto à capacitação em HIV/AIDS, 10 profissionais (90%) não tiveram treinamento específico e apenas uma enfermeira referiu ter especialização em doenças transmissíveis.

O cuidado de enfermagem dispensado à puérpera soropositiva para HIV

A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão do HIV de 7% a 22%, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda materna. Portanto, toda mãe soropositiva para o HIV deverá ser orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deverá estar ciente de que, no Brasil, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até o seu filho completar 6 meses de idade. Cabe à equipe de saúde explicar o modo de preparo da fórmula infantil, além de fornecer outras orientações nutricionais.³ Constatou-se que, no puerpério, os parâmetros recomendados para a prevenção de transmissão vertical do HIV pela inibição da lactação mecânica ou hormonal, ou pela associação dos dois métodos, não foram seguidos. De acordo com algumas falas, extraídas das entrevistas, verificou-se que os sujeitos do estudo descreviam

a assistência de enfermagem, voltada basicamente à prescrição médica.

[...] Quando a puérpera chega para gente, é o DST que vem fazer a medicação. Nós não fazemos medicação nenhuma, só quando o médico solicita, mas na maioria das vezes é feito pelo DST da unidade. E quando o médico nos solicita, enfaixamos também a mama e colocamos gelo para evitar que ela amamente. (DSC 1)

O Ministério da Saúde recomenda o enfaixamento das mamas por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas, um procedimento que deve ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a inibição química (cabergolina 1,0 mg via oral - dois comprimidos de 0,5mg por via oral) não esteja disponível, A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto. Em caso de ocorrência de lactação rebote, fenômeno pouco comum, pode-se realizar uma nova dose do inibidor.³ Na literatura recomenda-se a utilização da inibição hormonal, permitindo que o seguimento do conjunto de medidas preconizadas resulte em importante redução da transmissão vertical. Outra medida recomendada é a remoção imediata de sangue e secreções em contato com a pele e mucosa do recém-nascido e proceder com banho em água corrente ainda na sala de parto.^{3,7-8}

Neste cenário, a equipe de enfermagem deve fornecer à puérpera soropositiva para o HIV todas as informações indispensáveis para evitar a transmissão vertical do HIV, incluindo o uso da terapia com antirretrovirais pela mulher, o uso da zidovudina (AZT) pelo bebê, a não amamentação, preparo e fornecimento da fórmula infantil e demais alimentações do RN; e todos os cuidados necessários para que ela possa desempenhar essas ações corretamente no domicílio.

Verificou-se que o cuidado de enfermagem dispensado à puérpera soropositiva não atende aos princípios da integralidade, pois se depara com a não consideração das especificidades das puérperas. A assistência de enfermagem mostrou-se fragmentada, e os cuidados são realizados baseados nas áreas de especialização dos profissionais, e não pela necessidade de saúde da puérpera. Apesar de o discurso referir uma visão integral, a ação é fragmentada.

[...] Primeiro a enfermagem tem que ter uma visão ampla. Tem que ver a paciente e se despir do preconceito. Tem que tratar como uma paciente normal, sem ser soropositiva, óbvio que tendo todos os cuidados necessários para que possa haver esse cuidado. Agora, os cuidados são os mesmos. A rotina é a mesma, não tem diferença entre uma puérpera soropositiva e uma negativa. Aqui nós fazemos os cuidados da paciente soropositiva, mas eles não

são muito direcionados, é o mesmo com todas. Isto é para que as outras puérperas não fiquem sabendo que ela é soropositiva. Ela tem o direito de guardar o que ela tem e evitar passar para os outros. Você vai tratá-la como se ela fosse uma paciente normal sem ser soropositivo. O cuidado é o mesmo, a técnica (para se prevenir) é que é mais adequada dependendo da situação. Não existe um cuidado específico, ou diferenciado, eles são os normais de um puerpério. (DSC 2)

Os aspectos de biossegurança são entendidos como fundamentais para o cuidado de enfermagem nestas condições. No caso dos serviços de saúde, os profissionais mais expostos a este risco são aqueles envolvidos na atenção direta aos pacientes. Este grupo é composto principalmente pela equipe de enfermagem e médica, em virtude do contato direto e frequente com sangue e secreções. É necessário que o serviço de saúde institua, com base no que é definido em protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde, medidas de biossegurança que visem à redução dos riscos ocupacionais.⁹ O uso de equipamentos de proteção individual está regulamentado no artigo nº 166 da lei nº 6.514 de 22/07/1977 e faz parte das precauções padrão, contribuindo no controle da transmissão de patógenos.¹⁰ As precauções básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas em qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, quando da manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra. Essas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (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.³

Esta forma de entender a assistência a ser prestada aos portadores de HIV reporta ao período do início da epidemia no Brasil.¹¹ De acordo com o aprimoramento nos estudos e técnicas para atuação dos profissionais que atuam na área do HIV, estes conteúdos já foram revistos e consolidados nas precauções universais. Porém, ainda há muitos profissionais trabalhando seguindo tal preposição, o que demonstra uma falha no processo de qualificação dos mesmos.

[...] Bom, a gente tem que se prevenir e, para se prever, a gente tem mais cuidado nos procedimentos. O primeiro procedimento é a gente se proteger calçando luvas, é claro. Quando se trata de uma soropositiva os médicos têm todo um cuidado no centro cirúrgico, o uso de luvas nas medicações intravenosas, nas punções e no banho do recém-nascido. De uma forma geral, sempre com luvas. Tudo que a gente faz é de luvas. Ter cuidado com as secreções que ela elimina tanto com ela, quanto

com o bebê, informação para o pessoal que está trabalhando com ela. Sempre utilizando luva. O manejo da criança é feito com cuidado maior. Se precisar separar, a gente separa. Cuidado no contato com o sangramento. A prevenção é essa. Eu, em termos práticos, não deixo perceber que sei que ela é soropositiva, pois ela tem um constrangimento. Então eu me protejo, usando as técnicas que são possíveis para a nossa proteção. (DSC 3).

Neste estudo identificou-se uma grande preocupação da equipe de enfermagem que presta cuidado à puérpera e recém-nascido exposto ao HIV com as medidas de precauções universais. Esta postura foi muito frequente na década de 80 e 90, em virtude do desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Neste sentido, podemos relacionar a falta de qualificação da equipe de enfermagem na implementação do cuidado ao binômio mãe-filho expostos ao HIV.

Medidas essenciais ao cuidado às puérperas soropositivas para HIV: O conhecimento da equipe de enfermagem

O acolhimento foi apontado como uma medida essencial e necessária no cuidado de enfermagem às puérperas soropositivas para HIV. Esta ação tem os seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Com isso, o serviço de saúde assume sua função principal, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. É necessário reorganizar o processo de trabalho, deslocando o seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional, a - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a equacionar os problemas de saúde⁷⁻⁸. Destacamos ainda a necessidade de qualificar a relação equipe de enfermagem-mulher, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, em particular no caso de puérperas soropositivas para o HIV. Entretanto, verificamos neste estudo que esta estratégia não está sendo utilizada de forma adequada, já que a equipe de enfermagem utiliza o termo acolhimento apenas para nomear o relacionamento que os mesmos estabelecem com as puérperas soropositivas, que segundo as entrevistadas é de não discriminação.

[...] Não existe uma abordagem específica para isso. Eu pelo menos acho não que tem. Eu não vou tratá-la diferente. Tanto não é diferente que não tem enfermaria específica para paciente HIV positivo. Essa mãe fica no mesmo ambiente que as outras, elas não são excluídas. Eu lido com paciente HIV aqui e lido na outra unidade também, e a gente não tem diferença, o tratamento é igual, tem que ser

igual para todos; se não, na hora que você trata diferente, você está mostrando um preconceito que não deve ter. Quando elas vêm aqui para fora (alojamento conjunto), nossa visão é dar um apoio o melhor possível, pois todas as mães estarão dando de mama, e ela não. As outras mães perguntam: por que não pode dar? Por que para ela vem complemento (leite)? Então a gente faz um pouco do trabalho da psicologia com essa mãe soropositiva. Então nosso principal cuidado é dar um bom conforto para essa mãe e fazer o acolhimento. Temos que acolher esta mãe. (DSC 4)

A maior preocupação dos profissionais de enfermagem entrevistados foi a de impedir que a puérpera amamente seu filho. Diante desta proibição, os profissionais encontram dificuldade para a implementação desta ação.¹⁴ A maioria dos entrevistados manifestou receio de que, quando não houver profissional próximo a esta puérpera, ela ofereça a mama para seu recém-nascido.

[...] A gente pede a ela que não amamente (...) até que saia o resultado definitivo do teste. Depois que sai o resultado definitivo, a gente tenta passar para ela uma das medidas essenciais, que é a não amamentação do bebê; depois é enfaixada a mama da mãe. E aí nós temos a complementação. Nossa cuidado imediato é mama. Aqui nosso cuidado de enfermagem primeiramente é com a mãe e a mama. Orientar para que ela não amamente o neném, conversar com ela, explicá-la o que está acontecendo. Muitas das vezes ela está dentro do alojamento e só ela que não está amamentando, e a mãe do lado vai e pergunta: Por que você não está amamentando? Aí ela vai e dá uma desculpa, por que ela não quer que aquela mãe do lado fique sabendo. Em algumas situações, você vê uma mãe com a mama enfaixada e a outra do lado fica olhando para ela, para saber por que está enfaixada. Elas sabem que há alguma coisa diferente, quando é alguém mais esclarecido, sabe que aquela paciente é positiva e que por isso não pode amamentar. Você está no alojamento conjunto, onde todo mundo dá de mamar, então você sente que ela fica um pouco destacada. (DSC 5)

Nos discursos apresentados não se verificou referência às demais medidas para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Os cuidados com o recém-nascido não foram mencionados pelos integrantes da equipe de enfermagem; assim como os cuidados com a puérpera, além dos aspectos que envolvem a amamentação.

Abordagem da puérpera soropositiva para HIV: a atuação da equipe de enfermagem

Como apontamos anteriormente, a abordagem da puérpera soropositiva ocorre sem nenhuma especificidade, pois é entendido pelas entrevistadas que esta é a melhor forma de não discriminação da puérpera. Com relação à abordagem à puérpera quanto ao conhecimento do diagnóstico, verificou-se que isto não é realizado pela equipe de enfermagem, pois esta já vai para o setor do alojamento conjunto sabendo do seu resultado sorológico.

[...] Nós não temos esse trabalho aqui na maternidade. Aqui nesse setor, a gente não faz abordagem para ela fazer o teste. A puérpera já vem sabendo se é protocolo ou não. A gente só conversa com ela sobre a posição dela ser soropositiva depois que a equipe do DST e a psicóloga conversa com ela. Agora quando ela faz a pergunta, nós tentamos esclarecer, até por que elas são muito caladas e não gostam muito que falem sobre o assunto. Às vezes elas fingem que não são soropositivas, pensando que a gente não sabe. (DSC 6)

A equipe de enfermagem faz menção à orientação sobre a prevenção em DST como se fosse uma forma de abordagem essencial para a puérpera soropositiva no alojamento conjunto. Este fato indica que os profissionais da equipe de enfermagem não estão preparados para atuarem na perspectiva de atenção integral.¹¹ A educação em saúde é fundamental para tornar a puérpera autônoma e protagonista do seu cuidado e do seu filho.¹³

Cabe aos profissionais, que possuem o saber em saúde, compartilhá-lo com estas mães para que elas possam desenvolver o autocuidado, tornando-se capazes de cuidar adequadamente do seu bebê em casa e protegê-lo da infecção pelo HIV. Para se alcançar o sucesso na diminuição da contaminação vertical, é preciso investir, primeiramente, na capacitação dos profissionais da saúde, que atendem à puérpera, investir na promoção à saúde, e visar a uma melhor qualidade de vida para as mulheres portadoras de HIV, bem como proteger a criança recém-nascida em potencial situação de risco para aquisição da infecção pelo HIV.

Neste sentido, os profissionais precisam ser capacitados para aconselhar de forma efetiva as mães sobre as dificuldades que poderão encontrar, apoiando-se em argumentos lógicos e compreensíveis, atuando na valorização da vida como um agente transformador, no sentido de promover a humanização da assistência às puérperas.^{3,11}

[...] É orientado se ela sabe o que é camisinha.

Compre orientando [...] Na casa de contácia, como foi

contaminada, da prevenção pelo sangue, da camisinha. Só o fato de beijar e abraçar não tem risco desde o momento que não tenha sangue. Aí a gente começa a abordá-la sobre o tratamento, uma boa alimentação, a importância de tomar as medicações, para que ela continue indo na equipe de DST da unidade, para seguir o tratamento direitinho. No caso de parceiro, fixo ou não fixo, para que ela continue usando preservativo, não tanto para preservar o parceiro que pode ser positivo ou não, mas para ela também não adquirir novas doenças. (DSC 7)

Considerando o discurso das entrevistadas, verifica-se que a abordagem das puérperas é feita de forma diretiva e depositária. O processo dialógico, assim como a avaliação de risco, é um aspecto fundamental para a efetiva adoção das práticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV por parte da puérpera. Estes aspectos devem ser observados na abordagem das puérperas ainda no alojamento conjunto.¹⁴

Implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV no alojamento conjunto pela equipe de enfermagem

Com a realização deste estudo foi possível observar que todas as parturientes que chegam à maternidade realizam o teste rápido para HIV na admissão. Esta rotina não é preconizada pelos protocolos do Ministério da Saúde. A recomendação é para realizar naquelas mulheres que não fizeram a testagem durante o pré-natal.¹ Esta atitude visa diminuir/evitar os transtornos e complicações provocadas por intervenções ocorridas diante do resultado falso-positivo. O teste anti-HIV não pode ser compulsório, pois isso infringe os aspectos éticos e legais, e sempre deve ser oferecido através do aconselhamento pré-teste, sendo também garantido o aconselhamento pós-teste.¹⁰

O aconselhamento em DST/AIDS não objetiva apenas a transmissão de informações, mas principalmente a construção de um plano de redução de risco à transmissão das DST/AIDS. O interesse não é apenas o conhecimento do *status* sorológico, mas sim a avaliação de risco diante da problemática do HIV e a adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical, especificamente durante a gestação.¹¹

[...] Nós temos aqui um pré-natal. Na maioria das vezes como nós somos uma maternidade de porta fechada, as puérperas que chegam para gente são da unidade. Muito raro acontecer de alguma puérpera nossa não ter feito aqui o pré-natal, mas, independente, todas que chegam fazem o teste rápido. Geralmente, a mãezinha quando chega, é feito uma rotina de exames. Mesmo que ela tenha

feito no pré-natal. Todas as mulheres que dão entrada nesta unidade fazem o teste rápido para o HIV. Sempre é feito rápido! (DSC 8).

No que se refere ao cuidado com o recém-nascido, a OMS, a partir de diversos estudos publicados na literatura médica, demonstra a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 0% e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais combinados, o uso de quimioprofilaxia com AZT na parturiente e no recém-nascido, e a não amamentação.¹²

Nos discursos verificamos uma descrição de ações de prevenção da transmissão vertical do HIV. Entretanto, na maioria das vezes, este cuidado é referido como uma atribuição do outro; ou seja, o setor de DST do hospital.

[...] Para a transmissão vertical o que a gente tenta fazer é: O bebê nasceu tem que dar o banho de imediato, e aí tem os cuidados que são feitos pelo próprio pessoal do DST que entra com a medicação. O bebê entra logo no AZT. De imediato deve fazer realmente o banho para evitar que ele fique com algum resto de sangue e não se contamine. Orientar a mãe pra que ela não dê mama. Eu já li, tem que fazer cesariana para poder evitar a transmissão. Orientar a mãe que a criança deve fazer o acompanhamento com a DST até certa idade. Inclusive elas são orientadas pelo pessoal do DST que tem um acompanhamento e é fornecido o leite da criança pelo hospital. (DSC 9)

Diante da complexidade no manejo das questões que envolvem o cuidado com a puérpera soropositiva para o HIV, as entrevistadas referem a necessidade da atuação da equipe multiprofissional.

Chegou para gente, acolhemos. É soropositiva, então entramos com a dose de ataque, avisa ao (setor) DST, dizendo sobre o teste rápido e esperamos até que eles venham. Pois são eles que têm uma equipe totalmente preparada. Eles têm o médico e o psicólogo da equipe que vem até aqui, para administrar os medicamentos. Aí as puérperas tem um apoio psicológico e técnico. A equipe de enfermagem tenta tratar da melhor maneira possível, igual às outras puérperas. É aquilo que eu te falei, a gente conversa com a mãezinha sobre a não amamentação do bebê, explica direitinho, depois vem o pessoal da nutrição, o pessoal da psicologia, conversa novamente. Mas quem deveria fazer essa parte é o psicólogo ou o enfermeiro, que eu nunca vi fazer. Estou sendo sincera. Então fica restrito à psicologia. Eu vejo apoio da psicologia

pois eles veem conversar, pega nome, endereço, passa para assistente social, aciona o programa de DST. Mas da área da enfermagem, o enfermeiro atuar, eu não vejo. Espero ver. (DSC 10)

Os profissionais de enfermagem que atuam no alojamento conjunto associam a responsabilidade do cuidado desta puérpera e da implementação das medidas de prevenção da transmissão vertical ao setor de DST da unidade, do pré-natal e do centro obstétrico. Estas afirmativas demonstram a falta de conhecimento dos protocolos definidos nos manuais do Ministério da Saúde de recomendações para profilaxia do HIV e terapia antirretroviral, nos quais define as ações em todas as etapas, inclusive no alojamento conjunto. Outro ponto que merece destaque é a ausência do enfermeiro no cuidado à puérpera soropositiva para o HIV.

[...] Aqui na maternidade não é uma maternidade de risco materno, e sim risco fetal. Então a prevenção da transmissão vertical é mais feito no CO (centro obstétrico) e no pré-parto, que são os retrovirais que elas tomam lá. Não é com a gente do alojamento conjunto. Na unidade existe um setor específico para trabalhar com essas mães, que é o DST. Aqui, nós não temos um setor para isso; o setor é só lá. E as mulheres quando vêm já são puérperas, aqui não tem muito a ver com a prevenção. Então, aqui não faz profilaxia do HIV. (DSC 11)

Pode-se relacionar esta questão à falta de profissionais da equipe de enfermagem capacitados para realizar um aconselhamento individual e coletivo que atenda às necessidades da clientela. Para que, de fato, o aconselhamento seja efetivo, é necessário que o cliente se aproprie de informações geradas pela ciência e as transforme em um instrumento principal na adoção de práticas com menor risco de transmissão das DST/AIDS.^{12,13}

Ainda existem muitos obstáculos nos serviços de saúde para a implantação do aconselhamento, principalmente em relação à qualificação dos profissionais. Além disso, o SUS estabelece uma relação paradoxal com o aconselhamento. A integralidade, um dos marcos desse sistema, também permeia o aconselhamento; entretanto, a falta de adequação da capacidade instalada dos serviços de saúde e a deficiência no número de aconselhadores provocam a massificação dos serviços e imprimem na equipe de aconselhamento, além de impaciência, a insatisfação no cliente.¹²⁻¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste estudo tornou possível analisar como a equipe de enfermagem faz a abordagem da puérpera soropositiva no alojamento conjunto, com relação às medidas

de prevenção da transmissão vertical do HIV. Não tivemos a intenção de comparar as ações entre puérperas soropositivas para o HIV ou não. Buscou-se perceber como a equipe de enfermagem do alojamento conjunto aborda a puérpera e implementa estas medidas a partir de sua própria visão.

Neste contexto, foi possível verificar que a equipe de enfermagem não tem uma abordagem adequada à puérpera soropositiva, pois referiu que trata todas as puérperas de forma igualitária sem considerar as peculiaridades necessárias à mulher portadora do HIV. A implementação das ações desenvolvidas no alojamento conjunto para a prevenção da transmissão vertical do HIV não é reconhecida pelos sujeitos deste estudo, já que a unidade tem uma equipe de apoio especializada para o tratamento de DST. Devido à existência desta equipe, os profissionais de enfermagem do alojamento alegam que as medidas de prevenção à transmissão vertical do HIV são sempre atribuídas aos profissionais do setor especializado. Esta prática não contribui para a assistência integral ao binômio mãe-filho.

Quanto à visão dos profissionais de enfermagem em relação ao cuidado no alojamento conjunto da puérpera soropositiva, verificamos a existência de preconceito, pois o reforço às medidas de precauções universais com estas mulheres e seus filhos indica um descuido na assistência no alojamento conjunto. Destacamos aqui a importância da capacitação para os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em área tão específica, buscando assim aprimorar os conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem, considerando as individualidades no tratamento das puérperas soropositivas no alojamento conjunto.

Após a análise dos discursos, julgamos que a educação continuada deva ser uma estratégia fundamental e que deva ser adotada pela instituição no sentido de qualificar a assistência prestada no alojamento conjunto. Este trabalho contínuo irá proporcionar aos profissionais da equipe de enfermagem capacitação para o alcance da melhoria da assistência prestada ao binômio mãe/filho. O processo de capacitação deve acontecer de acordo com as necessidades que emergem da prática do serviço desenvolvido no setor. Desta forma, cabe à instituição aplicar a Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004, que trata da educação permanente para alcançar a integralidade da atenção à saúde e obter desenvolvimento dos profissionais da equipe de enfermagem e da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF); 2007.

2. Lana FCF, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Bras Enferm. 2010 ago; 63 (4): 14-22.

Puerpério e HIV: visão da equipe enfermagem

Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB

Esc Anna Nery (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):49- 56

3. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília (DF); 2010.
4. Santos E M, REIS A C, Westman S, Alves R G. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. Epidemiol Serv Saude. 2010 jul/set; 19 (3): 257-69.
5. Silva RMO, Araújo CLF, Paz PMT. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. Esc Anna Nery. 2008 dez; 12(4): 630-36.
6. Lefévre F, Lefévre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa e desdobramentos. 2^a ed. Caxias do Sul: Educs; 2005.
7. Lima CTD, Oliveira DR, Pereira MLD, Rocha EG. Manejo Clínico da Gestante com HIV Positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. Esc Anna Nery. 2010 set; 14(3): 468-76.
8. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília (DF); 2009.
9. Lima LM, Oliveira CC, Rodrigues KMR. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas: 2004 a 2008. Esc Anna Nery. 2011 jan/ mar; 15 (1): 96-102.
10. Araújo CLF, Lins S, Bastos VD. Teste Rápido para HIV em Maternidades: visão dos profissionais de saúde. DST. J Bras Doenças Sex Transm. 2009; 21(2), 71-7.
11. Araújo CLF, Camargo Junior KR. Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
12. Vinhas DCS, Rezende LPR. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. Rev Enferm UERJ. 2004, 6(1): 16-24.
13. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. Texto&Contexto Enferm. 2006; 15(1): 26-34.
14. Barroso L M M, Galvão M T G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. Texto&Contexto Enferm. 2007 jul/set; 16(3): 463-69.