

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**MARIA DE JESUS HERNÁNDEZ RODRIGUEZ**

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO  
CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E  
PUERPÉRIO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PERUANAS**

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2012**



**MARIA DE JESUS HERNÁNDEZ RODRIGUEZ**

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO  
CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E  
PUERPÉRIO À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PERUANAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias  
Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Hernández, Maria de Jesus

Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério à luz das políticas públicas peruanas [dissertação] / Maria de Jesus Hernández ; orientadora, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - Florianópolis, SC, 2012.  
139 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Enfermagem. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. Parto. I. dos Santos, Evangelia Kotzias Atherino. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

*Toda minha história de vida e lembranças, sentimentos e conhecimento, provém de dois países que estão em meu coração: Perú, meu país de origem e Brasil, país que me recebeu e onde fui acolhida por pessoas maravilhosas que contribuíram na trajetória do mestrado. Neste momento tão especial agradeço:*

*Em primeiro lugar a Deus, por dar-me a oportunidade de estar aqui, quem guia e ilumina meus passos.*

*Meu agradecimento muito especial a minha querida orientadora Professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, uma pessoa que tenho grande respeito e reconhecimento e por ser um exemplo de ser humano maravilhoso e pelas orientações brilhantes e como conduziu essa orientação, com sabedoria, objetividade, segurança, com muito carinho e muita paciência, pelo estímulo constante que potencializou a minha formação profissional e acadêmica, pelo exemplo de docente e mulher que ficará marcado em minha lembrança.*

*À minha querida família: minha mãe Paula Rodriguez, meu pai Francisco Hernández, meus irmãos Francisco, Anita, Jackeline e José. Aos meus primos e sobrinho, que são a base de minha vida, pelo amor, carinho e apoio incondicional mesmo estando longe.*

*Aos membros da banca de qualificação e de sustentação: Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Betina Horner Schindwein Meirelles, Dra. Telma Elisa Carraro, Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri, Dra. Vitória Regina Petter Gregório, Dra. Nadirlene Pereira Gomes e Dda. Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias, pela disponibilidade em participar da banca e pelas valiosas contribuições com este estudo.*

*Às todas as docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pelos conhecimentos compartilhados durante a minha formação.*

*Aos colegas do GRUPESMUR, pela troca de saberes,*

*experiências, oportunidade de crescimento, pelo incentivo e acolhimento com carinho.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria de Lourdes de Souza, pelo carinho e apoio recebido por ocasião de minha chegada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.*

*Às colegas do Curso de Mestrado, especialmente pelos momentos de crescimento compartilhados, pelo incentivo, pelo carinho, pelas conversas, pelos momentos de alegria, contribuições e respeito. Obrigada pelo companheirismo!*

*Aos meus amigos que estão perto e àqueles que estão longe especialmente a Nilda Donaire e Allan Tello, Deborah, Camila e Silvia pela ajuda, apoio e por dividirem as angústias durante a caminhada. Muito obrigada!*

*Emfim, a todos que, de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo. Muito obrigada! Muchas gracias!*

**HERNÁNDEZ, Maria de Jesus. Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério à luz das políticas públicas peruanas.** 2012. 139 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

## **RESUMO**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve como objetivo: identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, à luz das políticas públicas de saúde peruanas. O referencial teórico-filosófico que deu sustentação ao estudo foi baseado nas políticas públicas de saúde peruanas. O estudo foi desenvolvido no cenário da maternidade de um hospital público, em Iquitos, Peru, sendo a escolha do local justificada por este ser referência para tratamento de HIV/Aids. As participantes foram 13 mulheres HIV-positivo, que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo, e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e prontuários. O número de participantes se definiu mediante a saturação das informações. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012. A técnica analítica selecionada foi a análise de conteúdo temático proposta por Minayo, e ocorreu através de três fases: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. O estudo resultou em quatro manuscritos. O manuscrito 1, que consiste em um estudo de revisão integrativa e teve como objetivo: identificar a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. Nesse estudo, os dados foram obtidos através de busca de artigos nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF e CINAHL, sendo selecionados e analisados 20 artigos. Os resultados deste estudo evidenciam percepções positivas e negativas do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. O manuscrito 2 que teve como objetivo: identificar as características sociodemográficas de mulheres HIV-positivo e de seus companheiros, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério na rede pública de Iquitos, Peru, no período de

janeiro a março de 2012. Realizou-se análise descritiva do perfil obtido, onde os resultados revelam que a maioria dos casais possui ensino médio incompleto, relacionamento estável, rentabilidade econômica baixa e reside na cidade de Iquitos. A maioria das mulheres era múltipla com gestação não planejada. O manuscrito 3 teve como objetivo: identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal. Nesse manuscrito, os resultados são apresentados sob forma de três categorias: A categoria 1 – Oferta e realização do teste sorológico anti-HIV como parte do cuidado pré-natal; categoria 2 – Aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal; categoria 3 – O cuidado profissional para superar dificuldades no pré-natal. Os resultados evidenciam identificação tardia do diagnóstico de HIV por falta de disponibilidade do teste no estabelecimento, resultando no início tardio da terapia, aumentando a possibilidade de transmissão vertical do HIV ao filho, e deficiências no aconselhamento pré e pós-teste. O manuscrito 4 teve como objetivo: identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério. Nesse manuscrito os resultados também são apresentados em quatro categorias: A categoria 1 – Emoção e apreensão no momento do parto; categoria 2 – Insegurança e falta de sigilo no puerpério; categoria 3 – Amamentar ou não: orientações às mulheres HIV-positivo no puerpério; e categoria 4 – Estratégias e orientações quanto aos cuidados com as mamas da mulher HIV-positivo. Os resultados evidenciam acolhimento insatisfatório e dificuldades do pessoal de saúde para cuidar das mulheres HIV-positivo no parto e puerpério. Diante desses resultados, percebe-se que é necessário maior envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado à mulher HIV-positivo, para promover maior qualidade de vida e de saúde para essas mulheres. Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para redirecionar o olhar dos profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres HIV-positivo nos serviços de saúde. Recomenda-se avaliar como estão sendo seguidos os protocolos recomendados pelas políticas públicas de saúde peruanas, para garantir às mulheres HIV-positivo seu direito ao acesso à saúde de qualidade, humanizado e eficaz, no pré-natal, parto e puerpério, e assim dar mais um passo em frente na redução da transmissão vertical de HIV a crianças.

**Palavras-Chave:** HIV. Enfermagem. Cuidado Pré-Natal. Parto. Período Pós-Parto. Políticas da Saúde.

**HERNÁNDEZ, Maria de Jesus. Percepción de mujeres VIH- positivo sobre la atención recibida en el prenatal, parto y puerperio a luz de las políticas públicas peruanas.2012. 139 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Línea de Investigación: Cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recien-Nascido.

## **RESUMEN**

Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, que tuvo como objetivo: identificar la percepción de mujeres VIH-positivo sobre la atención recibida en el prenatal, parto y puerperio a luz de las políticas públicas de la salud peruana. El referencial teórico filosófico que dio sustentación al estudio fue basado en las políticas públicas de salud peruanas, y el estudio fue desarrollado en el escenario de la maternidad de un hospital público en Iquitos, Perú. Siendo escogida el local por ser referencia de personas con VIH/Sida. Las participantes fueron 13 mujeres VIH-positivo, que tuvieron sus partos en la maternidad seleccionada para el estudio y se encontraban internadas en la unidad de alojamiento en conjunto. A recolección de datos fue realizada a través de entrevista semiestructurada, y historias clínicas, el número de participantes ocurrió mediante la saturación de informaciones. Los datos fueron recolectados entre Enero a Marzo de 2012. A técnica analítica seleccionada fue análisis de contenido temático propuesta por Minayo y se produjo a través de tres fases: la pre-análisis, exploración de material y tratamiento de los resultados obtenidos y interpretación. El estudio resultó cuatro manuscritos. El manuscrito 1, que consiste en un estudio de revisión integradora y tuvo como objetivo identificar la contribución de los estudios desarrollados en el ámbito nacional y internacional sobre la percepción de mujeres VIH- positivo acerca de la atención recibida en el prenatal, parto y puerperio. En este estudio, los datos fueron obtenidos a través de búsqueda de artículos en las bases de datos de MEDLINE, LILACS, BDNF y CINAHL siendo seleccionado y analizados 20 artículos. Los resultados de este estudio muestran percepciones positivas y negativas de la atención recibida en el prenatal, parto y puerperio. El manuscrito 2, que tuvo como objetivo: identificar las características sociodemográficas de mujeres VIH-positivo y de sus compañeros, que recibieron atención prenatal, parto y puerperio en un Hospital público de Iquitos, Perú, en el periodo de Enero a Marzo 2012.

Se realizó análisis descriptivo del perfil obtenido, donde los resultados identifican que mayoría das parejas, poseen educación secundaria incompleta, estado civil estable, rentabilidad económica, baja y residen en la capital Iquitos. El manuscrito 3, que tuvo como objetivo : identificar la percepción de mujeres VIH- positivo, sobre la atención recibida en el pre-natal. En este manuscrito los resultados son presentados en tres categorías: La categoría 1- Oferta y realización del test serológico anti-VIH, como parte del cuidado prenatal; categoría 2- Consejería pre y post test en el prenatal; categoría 3- El cuidado profesional para superar dificultades en el prenatal. Los resultados evidencian identificación tardía del diagnóstico de VIH, por falta de pruebas en el establecimiento, resultando inicio tarde de la terapia, aumentando posibilidad de transmisión vertical, así como deficiencias de consejería pre y post test. El manuscrito 4 que tuvo como objetivo: identificar la percepción de mujeres VIH- positivo, sobre la atención recibida en el parto y puerperio. En este manuscrito los resultados también son presentado en cuatro categorías : La categoría 1- Emoción e aprensión en el parto; categoría 2- Inseguridad y falta de confidencialidad en el puerperio; categoría 3- Amamantar o no: orientaciones a las mujeres VIH-positivo en el puerperio; categoría 4- Estrategias y orientaciones sobre los cuidado con las mamas de la mujer VIH-positivo. Los resultados muestran acogimiento insatisfactorio y dificultades del personal de salud para cuidar de mujeres VIH-positivo en el parto y puerperio. A partir de estos resultados, se evidente que es necesario una mayor implicación de los profesionales de la salud, para la atención a la mujeres VIH-positivo, para promover mayor calidad de vida y salud para estas mujeres. Creemos que los resultados de este estudio pueden ayudar a direccionar la mirada de los profesionales que brindan atención a las mujeres con VIH-positivo, en los servicios de salud. Se recomienda evaluar como están siendo seguidos los protocolos recomendado por las políticas públicas peruana de salud, para garantizar a las mujeres VIH- positivo su derecho al acceso a la salud de calidad, humanizada y eficaz, en el prenatal, parto y puerperio, así dar un paso más adelante en la reducción de la transmisión vertical de VIH en los niños.

**Palabras Clave:** VIH/Sida. Enfermería. Atención Prenatal. Parto. Periodo de Postparto. Politicas de Salud.

HERNÁNDEZ, Maria de Jesus. **Perception of HIV-positive women about the care received in the prenatal, partum and puerperium in the light of public policies Peruvian** .2012. 139 p. Thesis (Master's in Nursing) – Nursing Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 2012.

Advisor: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Line of Research: Nursing Care for Women's Health and the New born.

### **ABSTRACT**

This is a qualitative research that aimed identify the perception of women with positive HIV/about the care received in prenatal, partum and puerperium in light of public policies peruvian. The analytical-framework was those Policies, developed in a public maternity in Iquitos, Perú. The place was selected in reason of its experience in the HIV treatment. The participants were 13 HIV-positive women who had their deliveries in the maternity selected for the study, and were hospitalized in rooming unit. The number of participants reached its limit when the information were plenty fulfilled (saturation). The data were collected during january to march of 2012. The analytical technique selected fue análisis of contenido thematic propuesta by Minayo y if produjo through different phases three : the pre-analysis, the exploration of the sources, treatment of the data collected and interpretation. The study resulted in four manuscriptsts. The The manuscript number 1 consist in a integrative review stydy that aimed to identify the contribution of foreigner and national studies about the perception of women with positive HIVabout the care received in prenatal, partum and puerperium. In this study, the data were produced by searching articles in MEDLINE; LILACS; BDENEF and CINAHL data base 20 studies were selected and analized. The second manuscript aimed to identify sociodemographic characteristics of HIV-positive women and their partners, in which one of them received care in prenatal, partum and puerperium in the public health system in Iquitos, Perú during January to march of 2012; Descriptive analysis of the interviewed profiles revealed that most of the couples have less than eleven years of formal education, that they are in a stable relationship, low income and live in the capital, Iquitos.The manuscript number 3 aimed to identify the perception of HIV-positive women about the prenatal care received. In this one, the results were presented in three categories. The category 1- offer and making of the anti-HIV serological

test as prenatal care. The category 2- Pre and postnatal advising. Category 3- Professional care to overcome difficulties in the prenatal. The results highlight the delay in the HIV diagnosis because of the absence of the test, resulting in a late beginning for the therapy, increasing the possibility of vertical transmission of the HIV virus to the child, as well as disabilities in the advising. The manuscript number 4, aimed to identify the perception of HIV-positive women about the partum and puerperium care received. In this manuscript, the results were also presented in four categories. The category number 1- apprehension in the moment of partum; category 2- Insecurity and lack of secrecy in the puerperium; category 3- to breastfeed or not: orientation of HIV-positive women in puerperum and categorie 4- strategies and orientations related to the HIV-positive women breasts. The results highlight unsatisfactory reception and difficulties for the workteam to deal with HIV-positive women during birth and puerperium. In front of these results, perceives the need of greater involvement from the health providers in care of the HIV-positive woman; to promote greater quality of life and health of these woman. This research may contribute to redirect the scope of the health providers who treats the HIV-positive women. Strongly recommended evaluate how the peruan public policies are being followed to assure the right of the HIV-positive women to access a qualified, humanized and effective healthcare in their prenatal, partum and puerperium, and thus give one step more towards the reduction of vertical transmission of HIV in children.

**Keywords:** HIV. Nursing. Prenatal Care. Parturition. Postpartum Period. Health Policy.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
CERITSS	Centro de Referência de Transmissão Sexual e Aids
CEDAW	Convenção de Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ELISA	Ensaio imunoenzimático
ESN	Estratégia Nacional de Prevenção e Controle das DSTs/HIV/Aids
ESN SSR	Estratégias Sanitárias Nacionais de Saúde Sexual e Reprodutiva
GRUPESMUR	Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido
HAART	Terapia antiretroviral altamente ativa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRL	Hospital Regional de Loreto
IFI	Imunofluorescência indireta
INEI	Instituto Nacional de Estatística e Informática
LIA	Imunoblot com antígenos recombinantes
LPV/RTV	Lopinavir/ritonavir
LILACS	Literatura da América Latina e Caribe
MEDLINE	Medical Literature on Line
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDST/HIV/Aids	Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids
PECOS	Programa Especial para o Controle da Aids
PMP	Programa Materno Perinatal
PPF	Programa de Planejamento Familiar
PROCETSS	Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PVVS	<i>Personas vivendo con VIH/Sida</i>

PEN/UFSC	Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
RN	Recém-nascido
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
SIDA	<i>Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida</i>
SIS	Sistema Integrado de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
TV	Transmissão vertical
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WB	<i>Western Blot</i>

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Distribuição dos estudos, segundo o ano de publicação..... **37**



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Características das mulheres HIV-positivo e de seus companheiros que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério, em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo idade, grau de instrução e profissão/ocupação. Iquitos, Peru, 2012. .... 73

**Tabela 2** - Características das mulheres HIV-positivo, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo o tipo de relação conjugal, procedência e opção religiosa. Iquitos, Peru, 2012. .... 74

**Tabela 3** - Características das mulheres HIV- positivo que receberam cuidado pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo o tipo de paridade, número de consultas pré-natais, idade gestacional, tipo de parto, gestação planejada ou gestação aceita e experiência com a amamentação. Iquitos, Peru, 2012..... 75



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>19</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>31</b>
2.1 MANUSCRITO 1: PERCEÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: REVISÃO INTEGRATIVA. ....	31
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>49</b>
3.1 A CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DO PERU: PRINCÍPIOS, DIREITOS FUNDAMENTAIS E RELACIONADOS À SAÚDE.....	49
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO HIV/AIDS: PRINCÍPIOS, CONCEITOS E DIRETRIZES .....	53
3.3 POLÍTICAS NACIONAIS PERUANAS SOBRE O CUIDADO ÀS MULHERES HIV-POSITIVO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PRINCÍPIOS, ESTRATÉGIAS, DIRETRIZES E NORMAS.....	56
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>59</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	59
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	59
<b>4.2.1 Participantes do estudo .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.2 Coleta dos dados.....</b>	<b>62</b>
<b>4.2.3 Análise dos dados .....</b>	<b>63</b>
<b>4.2.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>65</b>
<b>4.2.5 O campo investigativo: entrada, permanência e saída.....</b>	<b>66</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
5.1 MANUSCRITO 2: CUIDADO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PERFIL DE MULHERES HIV-POSITIVO E DE SEUS COMPANHEIROS .....	67
5.2 MANUSCRITO 3: PERCEÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL .....	83

5.3 MANUSCRITO 4: PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PARTO E PUERPÉRIO.....	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>135</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Transcorridas cerca de três décadas do surgimento da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as lutas direcionadas à sua prevenção e tratamento ainda se constituem, neste início do século XXI, em importante desafio para as principais organizações internacionais, como o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids (UNAIDS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Consideradas como as principais promotoras da ação global sobre o HIV/Aids, tais organizações vêm conduzindo, reforçando e apoiando um amplo espectro de ações em todas as partes do mundo, visando a prevenção da transmissão do HIV/Aids, através do desenvolvimento de políticas e pesquisas, com apoio técnico de diversas instituições. As previsões apresentadas por essas organizações atestam que as tendências gerais na transmissão do HIV/Aids, embora com políticas de saúde e avanços favoráveis em alguns países, continuam crescendo, e a doença se faz presente em todo o planeta, atingindo crianças e adultos no mundo inteiro (WHO, 2011).

As estimativas apresentadas pela OMS (2011) mostram que a quantidade de novos casos infectados pelo HIV foi de 2.5 milhões de pessoas, dado considerado relativamente baixo pela organização. Ao todo, 34.2 milhões de pessoas em todo o mundo, ao final do ano de 2011, estavam vivendo com o vírus da aids. Destas, 30,7 milhões são homens e 16,7 milhões são mulheres (UNAIDS/WHO, 2011).

Na América Latina, o número alcança cerca de 1,4 milhão de pessoas que vivem com HIV, e 86 mil foram infectadas pelo vírus em 2011 (WHO, 2011).

No Peru, desde o início da epidemia, no ano de 1983, foram implementadas políticas voltadas ao controle da doença. Mesmo assim, os dados estatísticos do Ministério da Saúde peruano relatam a ocorrência de 26.823 casos de aids e 42.138 pessoas infectadas pelo HIV até 2011. Destas, 77 % são do sexo masculino e 23% do sexo feminino (PERU, 2011).

A cidade de Lima, a capital do Peru, é responsável por 73% das pessoas que vivem com HIV/Aids. Os grupos mais afetados com o HIV/Aids são os homens que fazem sexo com outros homens, os transexuais, os profissionais do sexo e seus clientes, sendo que a prevalência nesta população é de 10, 8%. O modo de transmissão do HIV é de 96% pela via sexual, 2% pela via mãe/filho e 1% pela via

parenteral (PERU, 2011).

A cidade de Iquitos, no ano de 2011, registrou 1001 casos de aids, e 2,423 casos de HIV. A maioria está concentrada entre os jovens e adultos em idade reprodutiva, ou seja, entre 15 e 35 anos (PERU, 2011).

Em relação à razão de casos entre homem/mulher, constata-se, a exemplo de várias partes do mundo, uma importante redistribuição: em 1986 essa razão era de 9:1, sendo que nos anos subsequentes variou significativamente, passando no ano de 2011 para 3:1 (PERU, 2011). Inicialmente a mulher foi considerada como menos exposta ao risco de contrair o HIV por não ter sido reconhecida como grupo de risco, mas a evolução da epidemia revelou o contrário.

Atualmente no Peru, a prevalência em mulheres grávidas vem aumentando e estima-se que de 3 a 5 em cada 1000 gestantes estarão infectadas com o HIV por ano, o que por sua vez implica que nascerão entre 400 a 700 crianças infectadas a cada ano, se não forem adotadas medidas preventivas eficazes (PERU, 2011).

A feminização da aids é um reflexo da situação social e cultural de uma população, que está associada a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. Como resultados, as mulheres na África subsaariana têm probabilidade até três vezes maior de estarem infectadas pelo HIV do que os homens (WHO, 2011). Estudos mostram que a maior parte das mulheres HIV-positivo é infectada por seus parceiros (PERU, 2006; CARVALHO, MARTINS, GALVÃO, 2006). Esse aumento de mulheres infectadas, principalmente em idade reprodutiva, resulta no conseqüente aumento da transmissão materno-infantil do HIV, também conhecida como transmissão vertical (PERU, 2006).

A transmissão vertical pode ocorrer de três maneiras: por disseminação transplacentária, que pode acontecer durante a gestação ou o trabalho de parto, pela exposição do feto ao sangue ou secreções da mãe durante a passagem pelo canal de parto; e através do aleitamento materno (UNAIDS, 2009). Os autores ressaltam que a contaminação da placenta não significa necessariamente a contaminação do bebê, uma vez que é o terceiro trimestre que oferece maior risco de contágio de gestação. Segundo o Ministério de Saúde peruano, a maioria dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto (65% - 75%), pelo contato do bebê com secreções vaginais e sangue durante o parto (ABAD, 2005; PERÚ, 2005; UNAIDS, 2009).

Diante desse contexto, o Ministério de Saúde peruano recomenda que a mãe infectada pelo HIV deve receber tratamento após a 14ª

semana de gestação, dada a sua eficácia na prevenção da transmissão vertical. Além disso, recomenda a substituição da amamentação natural por aleitamento artificial, como uma estratégia para prevenção da transmissão do HIV através do leite materno. Porém, atualmente a OMS (2011) recomenda a amamentação em mulheres HIV-positivo, desde que recebam antirretrovirais durante a amamentação. No Peru, como em outros países, o aleitamento materno é contraindicado. Segundo evidenciam os estudos, a supressão da amamentação natural em mulheres HIV-positivo reduz em até 20% as chances da contaminação da criança por essa via no pós-parto. (PERU, 2005; WHO, 2011).

No âmbito mundial foram e continuam sendo implementadas políticas voltadas à saúde da mulher HIV-positivo, entre as quais se incluem estratégias para prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Atualmente umas das estratégias do plano mundial é eliminar a Transmissão Vertical do HIV, e reduzir pela metade a mortalidade materna relacionada à aids até 2015, com o alcance do acesso universal à prevenção, tratamento profilático e distribuição de leite artificial para as crianças, atenção de qualidade nos serviços de Saúde e apoio ao HIV-positivo (WHO, 2011).

De acordo com o programa Nacional de DST/Aids do Peru, a mulher HIV-positivo, ao longo de sua gestação, deverá ser acompanhada no período pré-natal, parto e puerpério e receber todas estas ações e orientações sobre a doença, e sobre as possíveis alterações e os riscos de repercussão do vírus na sua saúde e do seu bebê (PERU, 2005). Assim, busca chamar a atenção destas para a existência de uma epidemia entre elas e para a percepção de que são vulneráveis e que devem procurar mecanismos para sua proteção e do seu bebê. Refere, ainda, que as mulheres devem ser protagonistas da prevenção e da conquista de acesso à saúde e aos direitos fundamentais para o exercício da cidadania (CUETO, 2005; BATISTA, SILVA, 2007; SCHERER, BORENSTEIN, PADILHA, 2009).

Dessa maneira, o período pré-natal constitui-se num dos mais importantes para reduzir possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o filho. Estudos revelam que a maior parte das mulheres HIV-positivo tomam conhecimento do seu estado sorológico de HIV-positivo no momento da gravidez, no controle do pré-natal (PERU, 2006).

A garantia de realização do teste sorológico anti-HIV em gestantes, portanto, representa a primeira medida de prevenção da transmissão vertical. Sendo seu resultado positivo, a gestante deve receber informações sobre o significado do resultado, receber aconselhamento sobre o diagnóstico, e os tratamentos atuais para reduzir

a taxa de transmissão vertical do HIV durante a gravidez, além do acompanhamento por uma equipe multiprofissional (CASINI et al., 2002; PERÚ, 2005).

Estudo descritivo realizado no período 2005-2006, em que se objetivou investigar o conhecimento das gestantes acerca do teste anti-HIV e identificar as principais causas que motivam essas mulheres a não se submeterem a esse exame de HIV, mostra que a maioria das gestantes não aderiu a esse exame porque não foi solicitado ou porque não foi informada a respeito (MATOS et al., 2009). Dessa forma, o aconselhamento pré e pós-teste torna-se essencial para nortear e sensibilizar o indivíduo quanto à sua real condição, seja o diagnóstico negativo, intensificando as recomendações preventivas, ou positivo, alertando sobre como reduzir os riscos da transmissão. Além de desempenhar papel fundamental na ampliação da testagem sorológica para o HIV, se reafirma como um campo de conhecimento estratégico para a qualidade do diagnóstico e do cuidado à saúde (PERU, 2004).

Dessa mesma forma os cuidados na gestação, no parto e no pós-parto são de vital importância, onde devem ser reforçadas todas as orientações para a redução da transmissão vertical, e tratamento com antirretrovirais. O Ministério de Saúde peruano recomenda a administração de AZT 300 mg via oral, a cada três horas antes da início do parto. A cesariana eletiva é indicada em gestantes com carga viral maior de 1000/ml cópias, a qual deve ser realizada nas 38ª e 39ª semanas, por equipe especializada no cuidado da mulher HIV-positivo (PERU, 2005; 2008).

Os estudos mostram eficácia da redução da transmissão de mãe para filho, na utilização de medicamentos antirretrovirais zidovidina, isoladamente ou em combinação com os outros antirretrovirais, durante a gestação, parto, e nas primeiras 6 semanas de vida do bebê, junto com a interrupção da gravidez por cesariana. Os pesquisadores também enfatizam que o parto cesárea traz benefícios para o bebê, mas, ao mesmo tempo, traz também um risco aumentado para a mãe, uma vez que este tipo de parto está associado com uma perda sanguínea maior, infecções pós-operatórias, endometrites, e taxas mais elevadas de morte materna – isso se deve a que as alterações imunes existentes no organismo da mãe tornam estas mulheres mais susceptíveis a apresentarem complicações (CONNOR et al., 1995; ABAD, 2005).

Profissionais de saúde, e em especial os enfermeiro(s), devem educar as mães, principalmente, as primíparas, e a família sobre os cuidados para prevenir essas infecções e sobre o cuidado ao recém-nascido para a não amamentação. A exclusão da amamentação gera

muitos conflitos pessoais, como psicológicos e físicos, e em decorrência disso as mulheres devem ser orientadas. Estudos referem que as mães, após a infecção pelo HIV, ficam desesperadas, surgem a estranheza, a dor e a tristeza em não poder amamentar (SANTOS, 2004; PADOIN, 2008). O estudo desenvolvido por Machado, Braga e Galvão (2010), com mães com HIV/Aids, revelou problemas com as mamas após o parto, como o ingurgitamento e dores nesse local. Elas informaram ter recebido orientação no pré-natal para não amamentar, mas não houve continuidade do cuidado no pós-parto.

No entanto, mesmo dispondo de tecnologias adequadas, estudos referem que ainda existe uma assistência inadequada nos serviços de saúde prestada pelos profissionais no pré-natal, parto e puerpério (LANA; SILVA, 2010).

O profissional de saúde que presta cuidado às mulheres HIV-positivo deve oferecer suporte emocional, considerar que estas mulheres são como quaisquer outras mulheres, e que, independente do seu estado sorológico, também desejam ser mães. Este fato representa um alento e uma esperança de vida, além da realização como mulher. Dessa forma, a existência de um filho constitui uma espécie de desafio contra a doença: enquanto que o fato de ser mãe HIV-positivo representa a morte, as crianças que estão por vir representam a vida (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

A Constituição Política do Peru contempla direitos à saúde, preconizando que todos têm direito a uma atenção integral à saúde, e que os serviços têm o dever de oferecer uma atenção de qualidade, respeitosa, sem discriminação, garantindo a privacidade da usuária. Todas essas questões exigem maior atenção das políticas de saúde, especialmente as voltadas à saúde da mulher HIV-positivo no pré-natal, parto e puerpério, para assim prevenir a transmissão vertical do HIV/Aids da mãe para o filho (PERU, 1997).

Como enfermeira obstétrica, em minha experiência profissional, atuando em um centro de referência para atendimento de pessoas com HIV/Aids, na cidade de Iquitos, Perú, instituição que atende usuárias do Sistema Integrado de Saúde (SIS), prestei cuidados a pessoas com Doenças Sexualmente Transmissíveis(DSTs) e HIV/Aids, entre elas mulheres HIV-positivo, durante cinco anos. E com base nessa experiência, pude perceber que são pessoas que experimentam diversas situações constrangedoras, como preconceito, sofrimento individual, familiar e medo pelo futuro do bebê que vai nascer. O fato de ser portadora de uma doença letal gera uma diversidade de sentimentos angustiantes, como medo, vergonha, ansiedade e a depressão

(CARVALHO; GLAVÃO, 2008). A maioria dessas mulheres chega aos serviços de saúde com todas essas situações e com frequência não recebem um cuidado com qualidade e eficaz de parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes não estão preparados para prestar o cuidado às mulheres HIV-positivo, ignorando seus direitos como usuárias dos serviços de saúde, ou mesmo como usuárias do SIS, violando as leis e normas estabelecidas pelas políticas peruanas.

Posteriormente, tive a oportunidade de ingressar no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Florianópolis, Brasil. Depois me inseri como membro integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), onde tive a oportunidade de conhecer enfermeiras pesquisadoras que desenvolvem diferentes pesquisas na área da saúde da mulher, e através das discussões e reflexões realizadas no interior do grupo, pude identificar importantes lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas em nossa profissão, bem como socializar experiências vivenciadas no campo de cuidado, para assim melhorar a qualidade do cuidado da população nos serviços de saúde.

Ante ao exposto e em decorrência das reflexões advindas da minha experiência profissional, como enfermeira assistencial prestando cuidado a esse grupo de mulheres, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério à luz das políticas públicas de saúde peruanas?

Neste sentido, no presente estudo, se entende por percepção tudo o que pode ser encontrado na mente, tanto os objetos de nossas experiências (como sensações, sentimentos, paixões ou pensamentos) como para as próprias experiências (com os atos próprios de percepção, pensamento, sentimento ou vontade).

Assim, em busca de respostas para essa questão, estabeleci como objetivo do estudo: Identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, à luz das políticas públicas de saúde peruanas.

Acredito que os resultados deste estudo poderão contribuir para redirecionar o olhar dos enfermeiros e profissionais de saúde de modo geral sobre o cuidado prestado às mulheres HIV-positivo nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, de acordo com o que é preconizado pelas políticas públicas peruanas, a partir da perspectiva e necessidades dessas mulheres.

Dessa forma, espero que o conhecimento produzido possa

oferecer subsídios aos cuidados prestados no controle pré-natal, parto e puerpério, e que seja uma experiência positiva para todos os envolvidos, isto é, para as mulheres HIV-positivo e para os profissionais de saúde que prestam cuidado a essa população específica.



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura é apresentada em forma de manuscrito, em concordância com a Instrução Normativa N° 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como título: “Percepção de mulher HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério: revisão integrativa”. Este manuscrito foi submetido à Revista Paulista de Enfermagem. Este periódico está classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como B2.

### **2.1 MANUSCRITO 1: PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: REVISÃO INTEGRATIVA.**

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO  
CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E  
PUERPÉRIO: REVISÃO INTEGRATIVA<sup>1</sup>**

**PERCEPTION OF HIV-POSITIVE WOMEN CARE ABOUT  
RECEIVED PRENATAL AND PUERPERIUM: INTEGRATIVE  
REVIEW**

**PERCEPCIÓN DE MUJERES VIH-POSITIVO SOBRE LA  
ATENCIÓN RECIBIDO EN EL PRENATAL, PARTO Y  
PUERPÉRIO: REVISIÓN INTEGRADORA**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>2</sup>  
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>3</sup>

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO  
CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E  
PUERPÉRIO: REVISÃO INTEGRATIVA**

**RESUMO:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção das mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados de interesse no período de 2003 a 2012, sendo selecionados e analisados 20 estudos. Os resultados evidenciam percepções positivas e negativas do cuidado recebido. O cuidado recebido pelas mulheres é de extrema importância para a

---

<sup>1</sup> Manuscrito que compõe a dissertação – Percepção de mulheres HIV- positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012, com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Bolsista da CAPES, membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém Nascido (GRUPESMUR). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E- mail: mjhr\_25hotmail.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem, Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, Membro e Líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: gregos@matrix.com.br

promoção de sua saúde e proteção da saúde de seus filhos, bem como direciona para a necessidade de maior envolvimento dos profissionais da saúde acerca do cuidado da mulher HIV-positivo. Conclui-se pela necessidade de realização de novos estudos, no sentido de aprofundar estas questões que podem contribuir na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

**Descritores:** HIV; Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Parto; Período Pós-Parto.

**RESUMEN:** Se trata de una revisión integradora de la literatura con el objetivo de identificar a contribución de los estudios desarrollado en el ámbito nacional y internacional, sobre la percepción de las mujeres VIH-positivo acerca del cuidado recibido en el prenatal, parto y puerperio. La busca de los artículos ocurrió en bases de datos de interés en el período de 2003 a 2012, siendo seleccionados y analizados 20 estudios. Los resultados muestran percepciones positivas y negativas del cuidado recibido. El cuidado recibido por las mujeres es de extrema importancia para promoción de salud y protección de salud de sus hijos, así como dirección para la necesidad de una mayor implicación de los profesionales de salud sobre el cuidado de la mujer VIH-positiva. Se concluye necesidad de realización de nuevos estudios, en el sentido de a profundar estas cuestiones que pueden contribuir en la mejoría de la calidad de vida de estas personas.

**Descriptor:** VIH; Enfermería; Atención Prenatal; Parto; Periodo de Posparto.

**ABSTRACT:** This is an integrative review in order to identify the contribution of studies developed nationally and internationally, about the perception of the positive-HIV pregnant in the care received in antenatal, childbirth and postpartum. The searches of the articles occurred in the databases of interest in the period 2003 to 2012, were selected and analyzed 20 studies. Results showed positive and negative perceptions in the care received. The care provided in these women is of extreme importance for health promotion and health protection of children and the need for greater involvement of professionals in the area of health care on positive-HIV pregnant. We conclude the need for new studies in the deep sense of these issues can contribute to the improvement of quality of life of these people.

**Descriptors:** HIV; Nursing; Prenatal Care; Parturition; Postpartum Period.

## INTRODUÇÃO

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a terminologia empregada para definir uma doença infectocontagiosa, emergente, grave, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Atualmente, a infecção pelo HIV é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, que hoje atinge homens e mulheres igualmente, sendo que as mulheres representam 16.7 milhões da epidemia mundial (WHO, 2011).

Em razão do crescente número de mulheres infectadas em idade fértil, as crianças vêm se constituindo um grupo de risco também crescente para a infecção pelo HIV. Anualmente cerca de 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Segundo estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de aproximadamente 13 mil parturientes infectadas (BRASIL, 2011).

Diante dessa constatação, o Ministério de Saúde brasileiro implementou políticas de atenção integral à saúde da mulher, preconizando o cuidado humanizado desde o pré-natal, parto e puerpério, para prevenir a transmissão vertical (TV) de HIV de mãe a filho (BRASIL, 2002).

Essas mulheres HIV-positivo, ao descobrirem que serão mães, procuram os serviços de saúde onde irão receber cuidados para que a gestação 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 respeitosa e individual (SANTOS, REIS, ALVES, 2010). Destaca-se a necessidade de considerar a condição peculiar do atendimento que deve ser oferecido a este grupo de mulheres. Cabe mencionar que a adequada aplicação das ações de prevenção é prejudicada pela dificuldade de acesso e baixa qualidade do cuidado prestado nesses serviços, e a falta de informação da equipe de saúde sobre a transmissão vertical do HIV, que por sua vez não está preparada para prestar o cuidado de forma que essas mulheres possam se sentir acolhidas e tratadas de modo adequado (SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008).

Trabalhar com as mulheres HIV-positivo torna-se um grande desafio pelas diferentes dimensões que envolvem esta condição, ou seja, biológicas, emocionais, econômicas, sociais, espirituais, culturais e éticas. Toda mulher que se encontra nesta situação deve ser tratada de forma integral e individualizada para que suas expectativas e

necessidades possam ser atendidas adequadamente (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

Diante desse contexto, considerando-se o cuidado recebido por mulheres HIV-positivo no pré-natal, parto e puerpério, emerge a seguinte questão: Qual a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção de mulheres HIV-positiva acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério?

Para obter respostas a essa questão, foi realizado o presente estudo com o objetivo de identificar a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério.

## **MÉTOD**

A revisão integrativa consiste num método de pesquisa que permite reunir conhecimento sobre um determinado tema, realizada de maneira sistemática e ordenada com o objetivo de contribuir para o conhecimento do tema investigado. A revisão deve seguir os mesmos critérios de rigor metodológico de uma pesquisa original, sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Dessa maneira, o leitor pode identificar as reais características dos estudos selecionados, bem como informação relevante para o avanço da enfermagem (GANONG, 1987).

Para tanto, ao realizar a presente revisão integrativa de literatura, foram adotadas as seis etapas indicadas na revisão: 1) seleção da pergunta da pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada (GANONG, 1987).

Então foi selecionada a pergunta de pesquisa da revisão integrativa, sendo definida a seguinte questão: Qual o conhecimento científico produzido em âmbito nacional e internacional sobre a percepção acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério para mulheres HIV-positivo?

Assim, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão e seleção dos artigos: pesquisas publicadas em forma de artigo original, em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês

ou espanhol, que investigaram a percepção da mulher HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, publicadas no período de 2003 a 2012, independentemente do método de pesquisa, e artigos que contivessem seus títulos e/ou resumos na base de dados. O critério de exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem aos critérios de inclusão mencionados.

Para o levantamento dos artigos foi realizada pela Internet a pesquisa nas bases de dados Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Para o levantamento dos artigos nas bases de dados LILACS, BDENF, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): na Biblioteca Virtual de Saúde: gestação, (*pregnancy, gestante*), pós-parto, (*postpartum, posparto*), HIV(VIH), pré-natal (*prenatal care*), parto, pós-parto, (*labor, parto, postpartum, posparto*), percepção (*perception, percepción*). Para a base de dados CINAHL, foram selecionados os seguintes *cinahl headings*: *pregnancy, gestante, postpartum, VIH, prenatal care, labor, puerperium, perception*. Na base de dados MEDLINE, foram selecionadas as seguintes palavras no MeSH Database: *pregnancy, gestante, postpartum, VIH, prénatal care, labor, puerperium, perception*.

Da pesquisa nas bases de dados, foram encontrados 187 artigos. Procedeu-se à leitura minuciosa de cada artigo completo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto e a fim de organizar e tabular os dados, sendo que 20 atenderam aos critérios de inclusão.

Para a organização e tabulação dos dados, as pesquisadoras elaboraram um instrumento de coleta de dados contendo: título, objetivo, descritores, periódico, ano de publicação, país do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo, referencial teórico, sujeito de pesquisa, método de análise, enfoque, além de identificar os principais resultados.

Procedeu-se à análise para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse das investigadoras. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sendo construídas três categorias e subcategorias para análise, especificadas como se segue. Cuidados recebidos no pré-natal: percepção das mulheres HIV-positivo - dentro desta temos duas subcategorias: Percepções positivas do pré-natal, e Percepções negativas do pré-natal. A segunda categoria foi: Cuidado no parto: percepção das mulheres

HIV-positivo; e a terceira categoria, Cuidado no puerpério: percepção das mulheres HIV-positivo.

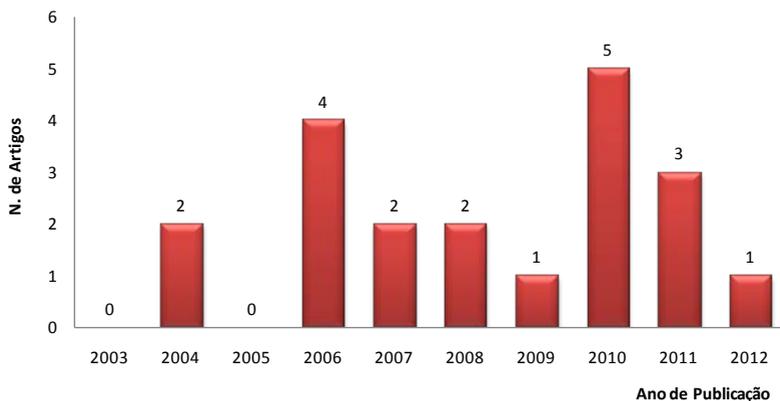
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se constatar que 90% (18) artigos foram publicados em periódicos nacionais e 10% (2) publicados em periódicos internacionais.

Os países de origem dos estudos estavam assim distribuídos: Brasil 90% (18) e Índia 10% (2) dos estudos.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação, conforme explícita pelos periódicos, sendo que 100% (20) foram pesquisas originais.

Em relação aos anos de publicação dos artigos, compreendidos de entre 2003 e 2012, os dados coletados apresentaram as seguintes distribuições, conforme a Figura 1.



**Figura 1** - Distribuição dos estudos, segundo o ano de publicação.

Fonte: Pesquisa direta: artigos originais, 2012.

Na classificação dos estudos, quanto ao contexto em que se realizaram, o ambiente de serviço especializado ou referências para HIV/Aids teve destaque, ao concentrar 14 estudos (70%); hospitais e maternidades com quatro artigos (20%); e serviço de saúde básica e organização não governamental com dois artigos (10%), sendo um estudo para cada ambiente.

Os artigos foram categorizados quanto à natureza metodológica

de estudo, sendo assim distribuídos: 18 (90%) desenvolvidos com abordagem qualitativa e dois (10%) com abordagem quantitativa.

Em relação ao referencial teórico utilizado nos estudos, 45% (9) não especificaram no texto, e/ou não adotaram um referencial teórico; 35% (7) fundamentaram-se nas políticas da atenção integral à mulher; e 20% (4) adotaram a fenomenologia.

Os descritores mais utilizados foram: Pré-natal, Mulher, HIV/Aids, Aleitamento. Na coleta de dados, para avaliar a percepção das mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, foram identificados 17 (85%) estudos que utilizaram entrevistas semiestruturadas, dois estudos (10%) que utilizaram questionários estruturados e um (5%) estudo com grupo focal.

Com relação aos sujeitos de pesquisa dos estudos, houve a participação de 604 mães HIV-positivo, das quais 56.45% (341) eram multigestas; 10.26% (62) eram primigestas; 2.81% (17) eram grandes múltiparas; 2.15% (13) eram nulíparas, e 28.31% (171) das mulheres, sem descrição nos estudos.

### **Cuidado recebido no pré-natal: percepções positivas**

Nos estudos acerca da percepção de mulheres HIV-positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, identificou-se que as mulheres percebem o cuidado como uma expressão de amor e proteção para com seus filhos. Relatam que é valioso o apoio que receberam para a prevenção da doença em seus bebês (PREUSSLER; EIDT, 2007). Referem que na consulta controle pré-natal tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação ao diagnóstico de HIV e, de tomar medidas profiláticas e realizar os tratamentos na tentativa de livrar os bebês de um sofrimento futuro causado pela infecção pelo HIV, evitando também o sentimento de culpa e responsabilidade pela possibilidade de ser a transmissora de uma infecção incurável e sobretudo, não aceita pela sociedade. (MOURA, PRAÇA, 2006; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; MACHADO, BRAGA, GALVÃO, 2010).

Para as mulheres HIV-positivo, os cuidados recebidos no pré-natal tiveram um papel fundamental, uma vez que foram informadas acerca do HIV, e modo de prevenção da transmissão para o bebê, e receberam apoio para a adesão ao tratamento de antirretrovirais, e tiveram a oportunidade de interação com as outras mulheres em condições semelhantes às suas (CARVALHO, PICCININI, 2006; PLÁ, KAISER, FERREIRA, 2007; MACHADO, BRAGA, GALVÃO, 2010). Para as mulheres, sua saúde é colocada em segundo plano sendo

naquele momento seu grande desejo e prioridade proteger e evitar a contaminação do filho que esta sendo gerado, não medindo esforços em seguir todas as recomendações referidas no pré-natal, como não faltar a consultas e aderir ao tratamento de forma correta, para assim evitar que seu filho infecte com o HIV (MOURA, PRAÇA, 2006; PREUSSLER, 2007; ARAÚJO, SILVEIRA, SILVEIRA, 2008; MOURA, KIMURA, PRAÇA, 2008; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; LEAL ROESE, SOUSA, 2012).

O controle pré-natal constitui-se uma experiência de apoio emocional e do aconselhamento às suas demandas, que ajudaram muito na superação das dificuldades que elas nesse momento estavam passando, como o sofrimento, o medo, a angústia, as dúvidas em relação ao filho, ao mesmo tempo que era compromisso materno protegê-lo contra o HIV (PREUSSLER, 2007; ARAÚJO, SILVEIRA, SILVEIRA, 2008).

Nos estudos as percepções de algumas mulheres HIV-positivo que frequentaram todas as consultas de pré-natal ao longo do período, mostraram-se satisfatórias referiram terem se sentido apoiadas por membros da equipe de saúde no pré-natal, além de se interessavam pelo seu bem-estar, sem preconceito, as escutavam, com cumplicidade e com privacidade, o que foi muito valorizado por elas. Além disso, que quando o cuidado pré-natal é prestado pelos mesmos profissionais, elas se sentem com mais segurança e tem confiança para expressar seus problemas, dúvidas e medos durante a gestação (PLÁ, KAISER, FERREIRA, 2007; DARMONT et al., 2010).

### **Cuidado recebido no pré-natal: percepções negativas**

Entre as percepções negativas do pré-natal, destaca-se a falta de informações ou orientações superficiais por parte alguns profissionais de saúde, com relação à importância do teste sorológico anti-HIV. Muitos delas tomaram consciência da solicitação do exame por meio a da leitura da requisição do exame, causando preocupação, no que diz respeito na proteção de seus filhos (DARMONT et al., 2010). Além disso, mulheres expressaram que o impacto do resultado poderia ser menor se soubessem que estariam sendo submetidas ao referido teste (CARNEIRO; COELHO, 2010).

Outras mulheres expressaram que se sentiam perdidas, inconformadas, indignadas e decepcionadas pela frieza demonstrada por alguns profissionais de saúde ao informarem seus resultados do teste de HIV-positivo, vivenciando experiências assustadoras e de desespero, por não receberem orientações sobre os cuidados necessários (MOURA et

al., 2006; BATISTA, SILVA, 2007; LEAL, ROESE, SOUSA, 2012).

Entre as percepções negativas em relação ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde, destacaram-se a falta de acolhimento, de diálogo, de atenção dos profissionais, que se mostram apressados, desatentos e agressivos, demonstrando para algumas mulheres discriminação, por terem muitos filhos, engravidarem e ao mesmo tempo estarem infectadas pelo HIV (PLÁ, KAISER, FERREIRA, 2007; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; DARMON et al., 2010). Além disso, o uso de terminologias eminentemente técnicas dificulta a compreensão das recomendações pelas mulheres, e, por conseguinte, não podendo ser seguidas; e ainda a falta de recursos humanos e a rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde que realizam pré-natal contribuem para a dificuldade de acesso aos serviços (CARNEIRO, COELHO, DARMON et al., 2010).

### **Cuidado recebido no parto: percepções das mulheres HIV-positivo**

Os estudos analisados mostram que as percepções das mulheres HIV-positivo em relação ao cuidado recebido no parto foram traduzidas pelo medo e preocupação da transmissão do HIV para o bebê. Tem receio em relação a transmissibilidade do HIV no parto Especialmente em relação parto, por ele ter que ocorrer na presença do HIV, ter que tomar a zidovudina injetável, e a reação ao tratamento, a possível necessidade de cesariana, e juntamente com temores com relação aos riscos associados à sua própria saúde (ALVARENGA, ALEXANDRA et al., 2006; SILVA, BAZANI, SILVA, 2011). Ainda disso , a duvida em relação a contaminação do bebê vírus e motivo de grandes angustias e o medo da perda do bebê antes mesmo de ele nascer, e ainda o medo quanto à sua própria vida. Algumas mães relataram o apoio e a importância de alguns profissionais de saúde nesse momento de suas vidas, assim mesmo referiram um acolhimento favorável e um ambiente facilitador no momento do parto (CARVALHO, PICCININI, 2006; PLÁ, KAISER, FERREIRA, 2007).

Para outras mães HIV-positivo, as percepções do cuidado recebido no parto caracterizam-se pela falta de humanização, acolhimento insatisfatório, isolamento (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010), pouca relação de diálogos, e distanciamento dos profissionais do ser que está cuidando, vivenciando cuidado inadequado, como a falta de orientações sobre o teste sorológico anti- HIV e de sigilo do diagnóstico na sala de parto, sentindo vergonha associada com tristeza (PICCININI, 2006; PLÁ, KAISER, FERREIRA, 2007; CARVALHO,PREUSSLER, 2011).

Algumas disseram que descobriram seu diagnóstico no momento de parto, sem saber que tipo de teste estava realizando-se, na mesma sala, e sem receber nenhuma orientação prévia do teste, sem preservar o sigilo do diagnóstico, e ainda sem nenhuma privacidade, vivenciando vergonha e tristeza (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010).

### **Cuidado recebido no puerpério: percepções das mulheres HIV-positivo**

No que diz respeito às percepções das mulheres HIV-positivo em relação ao cuidado recebido no puerpério. Elas alegaram ter vivenciado isolamento, insegurança, sofrimentos, vergonha que alguém descobrisse seu diagnóstico de soropositividade, e medo de vivenciar preconceitos, discriminação e indiferença por parte dos que estão a seu redor, como as famílias, companheiros e amigos (VINHA et al., 2004; MOURA, PRAÇA, 2006; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2006; SILVA, ALVARENGA, AYRES, 2006; ALEXANDRE et al., 2006; SURYAVANSHIA et al., 2008).

As mães na sala de alojamento em conjunto, além de vivenciar todas as situações mencionadas anteriormente, ainda tem que enfrentar a experiência a não poder amamentar seu filho. Elas expressaram ter recebido orientações para evitar a amamentação natural após o parto, durante as consultas de pré-natal, especialmente aquelas que já conheciam seu *status* sorológico para o HIV. Algumas referiram que foram informadas somente após o nascimento do bebê (MONTICELLI, SANTOS, ERDMANN, 2007; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; MACHADO, BRAGA, GALVÃO, 2010).

Elas relataram muito sofrimento por não amamentar, pois este ato representa uma forma de interação em que a mãe tem a possibilidade de transmitir carinho, amor, proteção e saúde a seu bebê, sendo esta prática incentivada às mulheres. Entretanto, quando portadoras do HIV, a amamentação torna-se impossibilitada pelo risco adicional oferecido, sentindo a sensação de culpa, (VINHAS et al., 2004; SURYAVANSHIA et al., 2008; ARAÚJO, SILVEIRA, SILVEIRA, 2008; MACHADO, BRAGA, GALVÃO, 2010; CARVALHO, PICCININI, 2006; PADOIN, TERRA, SOUZA, 2011), tristeza, perda de identidade feminina e materna, impotência, inferioridade, dor, discriminação e humilhação. É uma situação penosa e desgastante, por não amamentar seu filho e ainda interromper a lactação através do enfaixamento. Referiram sentirem-se doentes, com mal-estar, revolta, angústia, impotência, sufocamento, desconforto físico, sentimento de inferioridade, violência, dor, sensação de poda, de cerceamento,

discriminação e humilhação (PREUSSLER, EIDT, 2007; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; SURYAVANSHIA et al., 2008; MONTICELLI, SANTOS, ERDMANN, 2007; VINHAS et al., 2004; BATISTA, SILVA, 2007).

A percepção sobre o cuidado recebido em relação às mamas após o parto evidencia a falta de orientações, tendo como consequência a vivência de dor, febre e ingurgitamento mamário (MORENO, REA, FILIPE, 2006). As mães optaram por diferentes estratégias como: bomba, pente, massagem, duchas frias. E algumas falaram que receberam orientações superficiais, que foram indicados medicamentos. (MACHADO, BRAGA, GALVÃO, 2010; CARNEIRO, COELHO, 2010; BATISTA et al., 2011; BAZANI, SILVA, RISSI, 2011).

As mães contaram que, ao estarem impossibilitadas de amamentar, inventavam diversas desculpas, tais como anemia, “estou usando medicamento”, “não tenho leite”, hepatite C, diabetes, medicinas fortes, “não tenho bico” (MORENO, REA, FILIPE, 2006). Essas justificativas, elas atribuíram ao medo do preconceito e discriminação de outras pessoas ao descobrirem seu *status* sorológico para a infecção pelo HIV, por causa da impossibilidade de amamentar (BATISTA, SILVA, 2006; MORENO, REA, FILIPE, 2006; MONTICELLI, SANTOS, ERDMANN, 2008). A maioria das mulheres afirma ter muita vontade de amamentar seus filhos, mais que valia a pena sacrificar-se por seus filhos, para que não se sentissem culpadas depois (BATISTA; SILVA, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa, acerca das percepções da mulher HIV-positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, reafirma a importância do cuidado nestas etapas de suas vidas, marcando profundamente suas histórias de vida, com diferentes percepções e opiniões sobre o cuidado recebido.

A síntese dos estudos analisados permite identificar a produção de um conhecimento científico que evidencia percepções positivas e negativas sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. Tais percepções precisam ser consideradas, já que se constituem em subsídios valiosos para a qualificação do cuidado prestado a essa população específica.

Em relação às percepções positivas do cuidado recebido no pré-natal, as mulheres relataram que foi uma experiência e oportunidade para esclarecer suas dúvidas sobre o diagnóstico e receberem

informações e orientações para a superação de dificuldades do momento que estavam passando, e, dessa maneira, livrar a seus filhos de uma doença incurável e não aceita pela sociedade. Foi também a oportunidade de interação com outras mulheres em condição semelhantes às suas.

Quanto às percepções negativas do cuidado recebido no pré-natal, destacam-se a falta de acolhimento, falta de informações ou orientações superficiais em relação à importância do teste sorológico anti-HIV, e algumas vezes discriminação por terem muitos filhos, por engravidarem e estarem infectadas pelo HIV, como também o uso de terminologias técnicas que dificultam a compreensão e seguimento dos cuidados pelas mulheres.

No que se refere às percepções acerca do cuidado recebido no parto, os estudos analisados destacam igualmente, de um lado, aspectos positivos, como o acolhimento e um ambiente facilitador por parte dos profissionais, dando suporte aos medos e preocupações das mulheres nesse momento. Por outro lado, algumas mulheres apresentam percepções negativas acerca do cuidado recebido no parto, como falta de humanização, acolhimento insatisfatório, isolamento, solidão e ainda falta de aconselhamento do teste a ser realizado na sala de parto, e falta privacidade ao receber seu resultado.

No que diz respeito às percepções do cuidado recebido no puerpério, os estudos revisados trazem, como aspectos negativos, o isolamento, insegurança, sofrimento, vergonha de que alguém descobrisse seu diagnóstico, por medo de preconceitos, discriminação e indiferença por parte dos que estão ao seu redor. A experiência de não poder amamentar seu filho e a interrupção da lactação através do enfaixamento das mamas também são evidenciadas como aspectos negativos, causando sofrimento, tristeza, angústia, perda de identidade feminina e materna, impotência, sentimento de inferioridade, dor, discriminação e humilhação, afetando as dimensões físicas e emocionais das mulheres. Ainda em relação ao cuidado com as mamas após o parto, referem falta de orientações, tendo como consequência dor, febre e ingurgitamento mamário. Impossibilitadas de amamentar, inventam diversas desculpas, por medo do preconceito e discriminação ao descobrirem seu *status* sorológico da infecção pelo HIV. Entre os aspectos positivos, destaca-se a orientação recebida por todas as mulheres sobre a contra-indicação da amamentação como forma de prevenir os riscos adicionais da transmissão vertical mãe/filho através desta prática.

Conclui-se que a síntese do conhecimento produzido acerca do

cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério ratifica a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar o cuidado prestado às mulheres HIV-positivo, bem como direciona para a necessidade de maior envolvimento dos profissionais na área de saúde acerca do cuidado humanizado a mulher HIV-positivo nestes momentos. A realização de novos estudos sobre o cuidado recebido pelas mulheres HIV-positivo no pré-natal, parto e puerpério, em diferentes contextos, é recomendada no sentido de aprofundar estas questões que podem contribuir promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRA, R. et al. HIV-related knowledge, attitudes, perceived benefits, and risks of HIV testing among pregnant women in rural southern India. **AIDS Patient Care STDS**, v. 20, n. 11, p. 803-811, 2006.

ARAÚJO, C.B.; SILVEIRA, C.B.; SILVEIRA, B.C. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 589-594, 2008.

BATISTA, C.B.; SILVA, L.R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Esc Anna Nery R Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 268-275, 2007.

BAZANI, A.C.; SILVA, P.M.; RISSI, M.R.R. Vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. **Sau & Transf Soc.**, v. 2, n. 1, p. 45-55, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto nascer**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim**

**Epidemiológico** - Aids e DST 2010/2011, ano VIII, n. 1, 2011.

Disponível em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_final\\_m\\_pdf\\_26659.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2011.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes.

**Interação Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 345-355, 2006.

CARNEIRO, A.J.S.; COELHO, E.A.C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1217-1226, 2010.

DARMONT, M.Q.R. et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cad Saúde Publica**, v. 26, n. 9, p. 1788-1796, 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 371-376, 2010.

LEAL, A.F.; ROESE, A.; SOUSA, A.S. Medidas de prevención de la transmisión vertical del VIH empleadas por madres de niños seropositivos. **Invest Educ Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 44-54, 2012.

MOURA, E.L.; PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 405-413, 2006.

MORENO, C.C.G.S.; REA, M.F.; FILIPE, E.V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 6, n. 2, p. 199-208, 2006.

MONTICELLI, M.; SANTOS, E.K.A.; ERDMANN, A.L. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV-positivo e para a Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 291-298, 2007.

MACHADO, M.M.T.; BRAGA, M.Q.C.; GALVÃO, M.T.G. Problemas com a mama puerperal revelado por mães soropositivas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 120-125, 2010.

MOURA, E.L.; KIMURA, A.F.; PRAÇA, N.S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do interacionismo simbólico. **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 206-211, 2010.

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

PLÁ, T.O.; KAISER, D.E.; FERREIRA, M.B. Percepção da puerpéra HIV positivo frente ao pré-natal. **Rev HCPA**, v. 27, supl 1, p. 1-292, 2007.

PADOIN, S.M.M.; TERRA, M.G.; SOUZA, I.E.O. Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 13-21, 2011.

SILVA, N.E.K.; ALVARENGA, A.T.; AYRES, J.R.C.M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 474-481, 2006.

SILVA, R.M.O.; ARAÚJO, C.L.F.; PAZ, F.M.T. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 630-636, 2008.

SCHERLER, L.M.; BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. Gestantes/puérperas com HIV/Aids: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 359-365, 2009.

SURYAVANSHIA, N. et al. Repeated pregnancy among women with known HIV status in Pune, India. **AIDS Care**, v. 20, n. 9, p. 1111-1118, 2008.

SANTOS, E.M.; REIS, A.C.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 Saúde**, v. 19, n. 3, p. 257-269, 2010.

VINHAS, D.C.S. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Rev Eletr Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 16-24, 2004.  
Disponível em:  
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/803/914>>.  
Acesso em 15 out. 2011.

WHO-World Health Organization. **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010**. Geneva (Switzerland): WHO, 2011. Disponível em:  
<[http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/global\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/en/index.html)>. Acesso em: 03 abr. 2011.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é uma “construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação” (NEVES; GONÇALVES, 1984, p. 213). Assim, para a construção do referencial teórico desta pesquisa, busquei suporte nas publicações que abordam as políticas públicas peruanas voltadas à saúde de modo geral e à saúde da mulher HIV-positivo no cuidado pré-natal, parto e puerpério.

#### 3.1 A CONSTITUIÇÃO POLÍTICA DO PERU: PRINCÍPIOS, DIREITOS FUNDAMENTAIS E RELACIONADOS À SAÚDE

Os Direitos Humanos foram aprovados pelo estado peruano mediante a Resolução Legislativa nº 13.282, no ano 1959. Foram declarações universais de direitos humanos, devido aos atos de violência cometidos contra a humanidade pelo regime fascista durante a segunda guerra mundial. Esses direitos são considerados inerentes e fundamentais, que todo ser humano possui por ser uma pessoa, e que estão acima de qualquer Estado, tendo como ponto de partida os princípios de liberdade, dignidade e igualdade. Ao mesmo tempo, são: irrenunciáveis, imprescritíveis e únicos (PERU, 1993). Estes direitos humanos universais foram proclamados pela Assembleia Geral das Nações Unidas com a Resolução 217<sup>a</sup> III, e adotados pelo Estado peruano no artigo n. 22 da Constituição Política, onde refere que:

Toda pessoa, como membro da sociedade tem o direito à segurança social, realização pelo esforço nacional e à cooperação internacional, tendo em conta a organização e recursos de cada Estado, a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade (PERU, 1993, p. 22).

O Estado peruano, através da Constituição Política do ano de 1993, declara, no Capítulo I, o direito da pessoa e da sociedade, e no artigo nº. 7 especifica “[...] o direito de cada cidadão de proteger sua saúde, o ambiente familiar e da comunidade, e o dever de apoiar a sua

defesa [...]” (PERU, 1993, p. 2). Ainda, no Capítulo II, enfatiza os direitos sociais e econômicos, dando destaque à proteção do direito à saúde da família e da comunidade nos artigos 9º, 10º e 11º, e reconhecendo o direito universal e progressivo de todos em relação à segurança social, visando à proteção contra as contingências para esclarecer a lei e elevar sua qualidade de vida. Garante o livre acesso aos benefícios de saúde e pensões por meio público, privado ou misto, supervisionando o seu funcionamento eficaz (PERU, 1993).

Portanto, os direitos à saúde podem ser definidos como uma virtude em que os indivíduos e grupos sociais, especialmente a família, devem gozar o mais alto padrão possível de saúde física, mental e social. Esses direitos implicam na disponibilidade e garantia do acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, bem como na intervenção da sociedade para garantir que os vários fatores determinantes da saúde contribuam para a melhoria contínua dos mesmos. Portanto, é dever do Estado garantir o acesso a serviços de saúde que ofereçam tratamento decente, respeitando a cultura das pessoas e fornecendo informações precisas, oportunas e completas sobre cada processo individual e sobre as características do serviço (PERU, 1993).

A Lei Geral de Saúde nº 26.842, de 1997, declara que a proteção da saúde se constitui em interesse público, enfatizando a responsabilidade do Estado para monitorar, prevenir e resolver os problemas de desnutrição, saúde mental da população, saúde ambiental, e os problemas de saúde das pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, mães e idosos em situação de abandono social (PERU, 1997). Os artigos 4º e 5º da lei geral de saúde afirmam que:

[...] toda pessoa tem o direito de ser devidamente informada por parte das autoridades de saúde pública sobre medidas e práticas de saúde mental, saúde reprodutiva, doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, o diagnóstico precoce de doenças e outras ações destinadas a promover estilos de vida saudáveis. No entanto, no caso de se necessitar de tratamento médico ou cirúrgico, que nenhuma pessoa será submetida a eles sem o seu consentimento ou da pessoa designada por lei a dar, se for o caso, ou será impedido de fazê-lo, exceto para intervenções de emergência. (PERU, 1997, p. 3).

Desse mesmo modo, os direitos à saúde também incluem o

acesso contínuo aos cuidados de saúde, trazendo os serviços de saúde a todos os peruanos, especialmente os mais pobres, incluindo a assistência de pessoal especializado, com os equipamentos e medicamentos necessários para garantir os cuidados de qualidade a que cada pessoa tem direito. Nesse particular, o Estado peruano promulgou a Lei n. 29.344, onde estabelece o quadro regulamentar de seguro de saúde universal para garantir o direito pleno e progressivo de todas as pessoas à seguridade social em saúde, de modo a permitir o acesso a um conjunto de ações de saúde, incluindo a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação (PERU, 2009).

Nos últimos anos tem havido importantes avanços em relação ao direito à saúde e, de modo especial, no que se refere ao direito à saúde das mulheres. Os direitos humanos das mulheres têm enfrentado um processo de desenvolvimento para chegarem a ser reconhecidos e protegidos pelo direito internacional e por uma legislação nacional específica. Note-se que muito do que foi alcançado hoje se deu graças aos esforços de ativismo feminista em todo o mundo, desde os anos de 1960, para que seus direitos sejam reconhecidos e melhorar qualidade de vida das mulheres. Vale lembrar que, por um longo tempo, as mulheres foram consideradas subordinadas aos homens, onde o principal papel atribuído às mesmas, pela sociedade era o de serem mães (PERU, 2009). No entanto, esta estrada foi construída ao longo de várias décadas, mesmo assim ainda há mulheres vivendo em situações de desigualdade em diferentes aspectos de suas vidas. A violação dos direitos humanos das mulheres é visível em várias áreas da saúde, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Assim, foram proclamados direitos universais na Convenção de Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), adotada pelo Estado peruano no ano 1982, que enfatiza, no artigo n.º. 12 de sua Constituição, que o Estado elimina todo tipo de discriminação contra a mulher no domínio dos cuidados de saúde, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso aos serviços de saúde, incluindo aquele relacionado ao planejamento familiar, como também garantir à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, parto e puerpério, proporcionando assistência gratuita quando necessário (PERU, 1993; CLADEM, 2007).

O Peru foi um dos países que participou da IV Conferência Mundial realizada em Pequim em 1995, reconhecendo o direito das mulheres dentro do mais alto padrão de saúde física e mental, onde se observou a necessidade de assegurar às mulheres e crianças o acesso universal aos serviços de saúde, e que sejam adequados, acessíveis e de

qualidade (PERU, 1995). Assim, a atenção integral à saúde das mulheres inclui um conjunto de serviços que devem estar disponíveis para todas as mulheres, e que seja um serviço digno, respeitoso, personalizado, garantindo a privacidade e confidencialidade do usuário.

Desse modo, o Estado peruano adotou todos estes direitos universais, para que a mulher pudesse ter uma atenção de saúde sem discriminação e gozar plenamente da atenção em saúde a que tem direito como pessoa. Para isso, implementou vários programas que foram responsáveis pela melhoria da saúde das mulheres: Programa Materno Perinatal (PMP), Programa de Planejamento Familiar (PPF) e Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids (PCDST/HIV/Aids), de modo que as mulheres que frequentam esses serviços possam receber uma atenção com respeito, humanizada, de qualidade, ao mesmo tempo em que recebam informações necessárias nestes serviços. Assim, a Constituição Política Peruana refere, no artigo 150°, que todos os usuários têm direito:

- a) Ao respeito à sua personalidade, dignidade e privacidade;
- b) À reserva de informações necessárias sobre o tratamento médico e histórico médico, salvo o disposto em lei;
- c) A não ser submetido, sem o seu consentimento, a exame, tratamento ou exposição;
- d) A não ser discriminado por causa de qualquer doença ou condição que os afetaria;
- e) A informação precisa, oportuna e abrangente sobre as características do serviço, as condições econômicas de entrega e outros termos e condições de serviço;
- f) A informação completa em termos compreensíveis e continuando o seu processo, incluindo diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento, bem como os riscos, contraindicações, precauções e advertências para os medicamentos que são prescritos e administrados;
- g) A ser comunicado sobre tudo que precisa para que possa dar um consentimento informado antes da aplicação de qualquer procedimento ou tratamento, e recusá-lo. (PERU, 1993, p. 5).

O Estado peruano declarou expressamente, em várias declarações públicas, o compromisso de melhor e maior atenção à saúde da

população peruana, e particularmente o seu compromisso com a saúde reprodutiva e planejamento familiar. Por isso, a saúde reprodutiva é um direito fundamental que o Estado antecipa e reconhece. Dentro destas políticas se encontram as políticas relacionadas com o HIV/Aids, para assim controlar a prevenção da epidemia no Peru.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO HIV/AIDS: PRINCÍPIOS, CONCEITOS E DIRETRIZES

Desde o primeiro caso de aids diagnosticado no Peru, no ano 1983, levou quase três anos para a criação da Primeira Comissão Multissetorial de luta contra a aids. Em 1989, foi criado o Programa Especial para o Controle da Aids (PECOS), pela Resolução Ministerial nº 235-96-SA/DM do Manual de Normas e procedimentos para o controle das doenças sexualmente transmissíveis DST/HIV/Aids, foi a primeira tentativa de implementar uma política coerente para enfrentar a pandemia, e mudando o nome do PECOS, para Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PROCETSS).

Atualmente, com o nome de Centro de Referência de Transmissão Sexual e Aids (CERITSS), tem como principais objetivos o controle de DST/HIV/Aids, a priorização do trabalho em cenários de maior risco e as intervenções de maior impacto e melhor desempenho e controle de custos das DST como estratégia básica para a prevenção HIV/Aids, tendo a responsabilidade de lutar de forma compartilhada com o Estado e a sociedade civil contra as DSTs/HIV/Aids (PERU, 1996).

Esse programa delineou políticas e princípios básicos, que mais tarde foram adotados pela Lei nº 26.626, promulgada no mesmo ano. Essa lei instruiu o Ministério da Saúde na elaboração de um Plano Nacional de Combate ao HIV/Aids e às DSTs, e apresenta um plano chamado CONTRASIDA, que deveria ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o fim de coordenar e facilitar a implementação de estratégias nacionais para o controle do HIV/Aids e DSTs, para promover a cooperação técnica e econômica nacional e estrangeira para prevenção, controle do cuidado do HIV/Aids e DSTs, além de propor alterações legislativas para facilitar e assegurar o manejo adequado do HIV/Aids e das doenças sexualmente transmissíveis no país (PERU, 1996).

A Lei nº 26.626, mencionada anteriormente, estabeleceu os

princípios que regem o plano de luta, destacando-se, entre eles, o artigo 7º da Constituição Política, no qual se reconhece que todas as pessoas com HIV/Aids têm direito à assistência integral de saúde de todas as instalações de saúde onde tenham participação direta ou indireta. Essa norma promove, em particular: os direitos à autonomia e ao teste para o diagnóstico, direito à privacidade, direito ao trabalho e o direito à atenção integral à saúde. No ano 2004 a Lei nº 26.626 foi ampliada e modificada pela Lei nº 28.243. Esta lei declarou como de necessidade nacional e interesse público a luta contra a infecção pelo HIV/Aids, ratificando a realização dos testes de diagnóstico para o HIV como voluntária e com aconselhamento prévio.

Mas esta lei também modifica a voluntariedade do teste do HIV em gestantes e enfatiza que:

Às gestantes, para protegerem a vida e a saúde do nascituro, e quando há risco previsível de contágio ou infecção, e para prevenir medidas adequadas ou tratamentos, é obrigatório o teste de HIV incluindo o aconselhamento prévio (PERU, 2004, p. 5).

A existência desta lei ainda é discutível porque vai de encontro aos princípios da autonomia e do direito à informação, ao tentar forçar as gestantes a realizarem o teste sorológico anti-HIV/Aids. Essa disposição é altamente questionável, porque implica um declínio na ordem jurídica interna. Assim, a existência de uma disposição que a realização do teste pode levar a ignorar todo o processo de informação e aconselhamento, que são vitais para criar condições de respeito e proteção dos direitos básicos das pessoas que são submetidas a testes (PERU, 1996; 2004).

Por outro lado, ao modificar-se o artigo 7º da Lei nº 26.626/96 sobre a atenção integral de saúde das pessoas HIV/Aids, ele refere que:

- Cuidados para pessoas vivendo com HIV/Aids (PVVS) devem responder de maneira integral a seus componentes biológico, psicológico e espiritual compreendendo processo de sua família e da sociedade.

- Qualquer pessoa que esteja vivendo com HIV e aids, têm o direito de receber atenção integral de saúde contínua e permanente por parte do estado, através de todas as unidades de saúde em caso

requer (PERU, 2004, p.12).

Portanto, essa lei estabelece atenção integral à saúde das pessoas e em especial à saúde da mulher HIV-positivo, envolvendo ações de prevenção, monitoramento, aconselhamento, pré e pós-diagnóstico, reabilitação e reinserção social, e ao mesmo tempo uma atenção hospitalar, domiciliar e fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento adequado ou insumos necessários para o tratamento farmacológico das pessoas vivendo com HIV/Sida (PVVS), e com prioridade para as mulheres HIV-positivo, e as pessoas em situação de vulnerabilidade e pobreza extremas (PERU, 2004).

Em 1999, mediante Resolução Ministerial nº 081-99-SA/DM36, foi implementado o primeiro Guia Nacional para Atenção Integral para os Pacientes HIV/Aids. Este guia nacional foi ampliado no ano 2006, ratificando e estabelecendo a avaliação e monitoramento das PVVS. Entre elas estão as mulheres com HIV/Aids, incluindo o exame físico para testes laboratoriais e tratamento antirretroviral, mediante esquema. Esse guia tem como objetivo estabelecer as indicações para iniciar a terapêutica antirretroviral em pacientes com HIV, o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral, os testes para medir a carga viral, CD4, e finalmente o regime de tratamento antirretroviral (PERU, 2006).

Da mesma forma, foi implementada a Norma Técnica de Atención de Conselhamento DSTs/HIV/Aids através da Resolução Ministerial nº 125-2004/MINSA. Essa norma tem como objetivo reduzir o impacto psicossocial das mulheres com HIV/Aids, através da criação de serviços para a prática de aconselhamento em HIV/Aids, deste modo promover o diagnóstico precoce do HIV/Aids, prestar apoio psicossocial, realizar educação em saúde, dar suporte e tratamento em tempo oportuno. Essa norma estabelece as seguintes recomendações: (PERU, 2004).

- O tempo de duração de aconselhamento é recomendado de 30 a 45 minutos e só será realizado em uma abordagem individual, com estrita confidencialidade e em espaço adequado;
- O serviço de aconselhamento em HIV/Aids é um serviço gratuito prestado por profissionais de saúde, capacitados e treinados nas questões de DST e HIV/Aids, que é fornecido principalmente em todo o processo de teste e diagnóstico;

- No aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis deve incluir os 4Cs: Aconselhamento, gerenciamento de contatos, Cumprimento de tratamento e preservativos: deve ser apropriado, fazer a demonstração e entrega. É importante que o conselheiro forneça informações (especialmente no que diz respeito à exposição a riscos) tendo em conta que as DSTs são facilitadoras do HIV/Aids devendo o oferecer o teste de ELISA para HIV, a fim de realizar o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV (PERU, 2004, p. 4).

O Ministério de Saúde do Perú também implementou diretrizes, normas e guias para a prevenção e redução da transmissão mãe-filho do HIV/Aids, e que ao mesmo tempo sejam implementados nos cuidados das gestantes com HIV/Aids no controle pré-natal, parto e puerpério.

### 3.3 POLÍTICAS NACIONAIS PERUANAS SOBRE O CUIDADO ÀS MULHERES HIV-POSITIVO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PRINCÍPIOS, ESTRATÉGIAS, DIRETRIZES E NORMAS

Desde o início das atividades nacionais na luta contra o HIV/Aids/DSTs, foram estabelecidas linhas estratégicas pelo Ministério de Saúde peruano, entre as quais foram implementados o PMP e o PROCETSS, atualmente conhecido como CERITSS. Esses programas foram criados com o objetivo de reduzir a transmissão materna e perinatal do HIV/Aids, em mulheres grávidas, e outras infecções sexualmente transmissíveis. Dessa maneira, o Ministério de Saúde implementou as primeiras diretrizes diferenciadas para cada uma das doenças. Entre elas foi emitida a Diretiva nº 001-99 PMP-PROCETSS, que tinha como objetivo a redução da transmissão vertical do HIV e o manejo das mulheres HIV-positivo (PERU, 1999).

Tais diretrizes permaneceram em vigor até 2005, quando foram estabelecidas as Normas Técnicas relativas à prevenção da transmissão mãe-filho do HIV/Aids, NT-nº024-2005-MINSA/DGSP-v01, que abordam o gerenciamento de mudanças profiláticas da gestante para a prevenção da transmissão mãe-filho do HIV/Aids, com a introdução de

TARV no país. Esta nova norma especifica o protocolo de manejo no tratamento de gestantes HIV-positivo, indicações para cesárias nas gestantes como forma de parto e a suspensão do aleitamento materno e entrega de leite industrializado até os 6 meses de idade das crianças (PERU, 2005).

No ano 2004, foi publicada a Lei nº 28.243, que altera a Lei nº 26.626/96 dispensando o consentimento assinado da mãe para o teste de HIV, e foi determinado o aconselhamento pré e pós-teste de HIV/Aids como obrigatório. Da mesma forma, a Resolução nº 725-2005, do Ministério de Saúde de Peru, emitiu o padrão do Sistema Integrado de Saúde (SIS), incluindo custos e desembolsos em relação à transmissão mãe-filho do HIV, o que garante a sustentabilidade econômica para a população de baixa renda. Também incluiu antirretrovirais para a profilaxia e substitutos do leite materno até 6 meses (PERU, 2004; 2005).

Além disso, as Estratégias Sanitárias Nacionais de Saúde Sexual e Reprodutiva (ESN SSR) e a Estratégia Nacional de Prevenção e Controle das DSTs/HIV/Aids (ESN DSTs/HIV/Aids) realizam esforços conjuntos para a reduzir a Transmissão Vertical do HIV. Porém o Ministério de Saúde, através da Resolução Ministerial nº 668-2004, aprovou um Guia Nacional para o atendimento integral da Saúde Sexual e Reprodutiva, que afirma que a ESNSSR é responsável pelo cuidado pré-natal, que deve ser realizado mensalmente até a 32ª semana de gestação, e de forma quinzenal da 33ª até 36ª semana, e semanalmente da 37ª semana até o parto. A gestante deve receber pelo menos seis consultas pré-natais. Além disso, deve ser feita uma série de testes diagnósticos: exames de sangue como hemoglobina, grupo sanguíneo e fator Rh; glicemia, o RPR para sífilis; e ELISA para o HIV. Testes de HIV e RPR devem ser repetidos entre a 33ª e a 35ª semanas de gestação, para descartar a possibilidade de que a mãe tenha estado em um período de janela no tempo dos primeiros testes ou haja se infectado durante a gravidez (PERU, 2004).

Desse modo, os cuidados às gestantes HIV-positivo estão determinados por duas normas. A Norma de 2005, que tem como objetivo específico a prevenção da transmissão vertical (mãe-filho) do HIV, e a Norma Técnica de 2008, que amplia e modifica a Norma de 2005, e foi aprovada pela Resolução Ministerial – NTS 064-2008/MINSA, com a finalidade de reduzir a transmissão vertical mãe-filho do HIV/Aids e da sífilis congênita, mediante a detecção precoce de ambas as infecções durante o período da gravidez, parto e puerpério. Inclui também a administração oportuna de profilaxia ou tratamento de

acordo os cenários correspondentes à mãe com HIV/Aids e seu filho. A norma garante a gratuidade de todos os testes de HIV em mulheres grávidas, puérperas e recém-nascidos expostos ao HIV. Ao mesmo tempo, o teste para HIV deve ser feito na primeira consulta de pré-natal e deve ser realizado por toda gestante com estado desconhecido que vai ao estabelecimento de saúde em condição da gravidez, parto ou puerpério, ou as que são capturadas em atividades extramuros (PERU, 2005; 2008).

A Norma 2008 estabelece ainda que, se o resultado for reativo ao HIV, deve-se obter outra amostra de sangue para testes de confirmação e testes CD4 e de carga viral. Nos casos em que o teste rápido apresente resultado reativo, deve ser feito um teste de ELISA antes do teste confirmatório. Os testes confirmatórios são o Western Blots (WB), a imunofluorescência indireta e Immunoblot com antígenos recombinantes. A norma também estabelece que todas as mulheres grávidas diagnosticadas no pré-natal devem receber AZT, lamivudina (3TC) e lopinavir/ritonavir da 14<sup>a</sup> semana até o parto, salvo em caso de diagnóstico tardio (37 semanas em diante). Após, deve usar monoterapia AZT. Segundo a norma, a gestante diagnosticada pela primeira vez no período de parto deve receber profilaxia com um regime complexo de AZT, 3TC e NVP desde aquele momento, independentemente de dilatação cervical até uma semana após o parto. As duas normas técnicas estabelecem que o acompanhamento ao recém-nascido exposto ao HIV é obrigatório e que cada unidade de saúde deve estabelecer mecanismos para seu cumprimento (PERU, 2005; 2008).

Ambas as normas, requerem que toda mãe HIV-positivo deve receber aconselhamento sobre as formas de transmissão vertical de HIV/Aids. Toda mãe HIV-positivo deve suspender o aleitamento materno e o estabelecimento de saúde deve garantir o fornecimento gratuito de leite industrializado por 6 meses. A prova de reação em cadeia da polimerase deve ser realizada dentro de 6 meses de vida, como avaliação intercalar do estado de seropositividade da criança, em 18 meses. Deve ser feito o teste ELISA para se obter um diagnóstico mais definitivo. As duas normas técnicas estipulam que o acompanhamento ao recém-nascido exposto ao HIV é obrigatório e que cada unidade de saúde deve estabelecer mecanismos para cumprimento (PERU, 2005; 2008). Assim, as estratégias do sistema de saúde constituem-se em elementos-chave para a prevenção da transmissão vertical mãe-filho do HIV/Aids. Essas diretivas, normas e guias devem ser colocados em prática nos cuidados prestados às mulheres com HIV/Aids no pré-natal, parto e puerpério.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é um método aplicado para o estudo da história, dos valores e atitudes num espaço de relações, das representações das crenças, das vivências, sentem e pensam. Nesse sentido, é um estudo de conhecimento de uma realidade na qual não cabe a quantificação, por se tratar de um universo de questões subjetivas. Para Gil (2008), a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

A opção por um estudo do tipo exploratório-descritivo foi adotada, por permitir ampliar o conhecimento sobre determinado assunto e descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade. Para Minayo (2010), a fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais. De acordo com Gil (2008), as pesquisas exploratórias visam desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos pesquisáveis para estudos posteriores, além de lançarem novas luzes a problemas recorrentes da realidade social, vistos em novos ângulos focalizados na pesquisa.

No que se refere ao tipo descritivo, segundo Minayo (2010), a sua fundamentação foi baseada na necessidade de se explorar e descrever o problema e a situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços. De acordo com Gil (2008), tem como objetivo primordial descrever características de grupos, conhecer processos e levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população específica.

### 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004), a escolha do espaço físico da

pesquisa (local do estudo) é compreendida como o local onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa. Dessa maneira, optamos por desenvolver a pesquisa numa unidade de alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Regional de Loreto (HRL), Dr. Felipe Santos Arriola Iglesias, na cidade de Iquitos, Peru.

O Peru, politicamente está dividido em 24 Departamentos e uma Província constitucional. Os Departamentos, por sua vez, são divididos em províncias e estas em distritos. A cidade de Iquitos é a capital da Província de Maynas, do Departamento de Loreto, e se encontra situada na selva nordeste do Peru. É a maior cidade da Amazônia peruana e está localizada na margem esquerda do Rio Amazonas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI), que conduz os sistemas estatísticos nacionais e de informática no Peru, a cidade de Iquitos é a 6<sup>o</sup> cidade metropolitana do país, com 452,757 habitantes, em área de 368,9 km<sup>2</sup> (PERU, 2011). Representa aproximadamente 29% do território nacional, e possui fronteiras internacionais com o Brasil, Colômbia e Equador. A cidade de Iquitos expande-se em quatro distritos da Província de Maynas, compostos pelos Distritos de Iquitos, Belén, Punchana e San Juan.

O referido Hospital Regional de Loreto está localizado no Distrito de Punchana, em funcionamento desde 23 de junho de 1985, e possui 380 leitos ativos. O hospital oferece atendimento em várias especialidades, e entre elas estão: clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, odontologia, oncologia, trauma, neurologia, pneumologia, psiquiatria, psicologia, urologia, doenças infecciosas, medicina física e reabilitação, gastroenterologia, geriatria, endocrinologia, dermatologia, pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia.

No primeiro andar se encontra a Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, que está subdividida em três salas: uma sala de ginecologia para atenção a gestantes de alto risco, tendo como responsável um médico ginecologista; e duas salas de obstetrícia para controle pré-natal, para gestantes de baixo risco, tendo como responsáveis duas enfermeiras obstétricas.

A área da maternidade ocupa o terceiro andar do prédio do hospital, e é constituída pelos setores: hospitalização, unidade neonatal, unidade de internação perinatal, centro obstétrico e alojamento em conjunto.

O Centro Obstétrico está constituído pelas seguintes salas: cinco salas de pré-parto, contando com um leito por sala, duas salas de parto,

uma sala de observação puerperal com 10 leitos, uma sala de limpeza, uma sala de estar da enfermeira obstétrica, uma sala de descanso para as enfermeiras e uma de Sistema Informativo Perinatal, onde são internadas todas as gestantes de alto e baixo risco. O hospital atende em média de 7 a 8 partos diários.

A unidade de alojamento conjunto está dividida em uma sala para puérperas de baixo risco e alto risco, contando 43 leitos para o alojamento de baixo risco e 41 leitos para alojamento em conjunto de alto risco, sendo de três a seis camas por quarto. O tempo de internação, nas puérperas de parto vaginal de baixo risco é de um dia, e no caso de puérperas de alto risco submetidas à cesariana é de três dias de internação. No alojamento conjunto o acesso dos pais é livre e em período integral. Também é disponibilizado o horário de visitas que pode incluir os irmãos, os avós maternos e paternos, amigos, ou as pessoas significativas da preferência dos pais, com duração de três horas por dia, e que acontece das 14 às 17 horas.

Quanto à escolha do local para desenvolvimento da pesquisa, esta se deu por ser um estabelecimento público estatal que atende exclusivamente usuárias do Sistema Integrado de Saúde, e é referência para pessoas com HIV/Aids na cidade. As mulheres grávidas são transferidas do Centro de Saúde para o hospital quando são diagnosticadas HIV- positivo, acompanhadas pelo pessoal de saúde. A contra referência do paciente é feita hospital para o Centro de Saúde de origem.

O setor da maternidade possui 31 enfermeiras obstétricas e seis enfermeiras, oito estagiários de enfermagem, seis médicos obstetras, quatro estudantes de medicina, três médicos pediatras, e 35 técnicos de enfermagem, além de profissionais dos setores de cozinha, limpeza, lavanderia, portaria, entre outros.

#### **4.2.1 Participantes do estudo**

As participantes deste estudo foram 13 mulheres HIV-positivo, que tiveram seus partos na maternidade e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto. A escolha dessas participantes se deu em função de que, na metodologia qualitativa, os participantes do estudo são pessoas com determinadas características sociais e culturais, pertencentes a determinados grupos, que agregam crenças, valores e significados próprios ao grupo a que pertencem, e o número total de

mulheres HIV-positivo foi estabelecido durante a coleta de dados, respeitando os princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa (TURANO, 2003; MINAYO, 2010).

Os critérios em inclusão foram: mulheres HIV-positivo que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo, e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto, no puerpério imediato, independentemente o tipo de parto. Foram excluídas as mulheres HIV-positivo com infecção puerperal, mulheres que expressarem o desejo de não participar do estudo e as mulheres sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas. Ressaltando que as que não quisessem participar do estudo não teriam qualquer prejuízo.

A identificação dos possíveis participantes do estudo ocorreu no alojamento em conjunto da maternidade, através de visitas esporádicas e contato telefônico com a enfermeira de plantão. O convite para as mulheres HIV-positivo se deu em contato pessoal onde foi explicado sobre os objetivos do estudo, a importância da participação na pesquisa. Ao concordarem em participar do estudo, foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A caracterização dos participantes deste estudo será apresentada nesta dissertação, no quinto capítulo, em forma de artigo científico específico, pois pareceu de fundamental importância debruçar-me sobre esse objeto, para um entendimento mais aprofundado sobre quem eram estas pessoas fizeram os cuidados no hospital público.

#### **4.2.2 Coleta dos dados**

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2012, através de entrevista semiestruturada, conduzida por meio de um roteiro (Apêndice B). Segundo Gil (2008), a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. Além disso, foram feitas consultas nos prontuários das mulheres HIV-positivo atendidas no hospital.

Segundo Minayo (2010), o roteiro semiestruturado deve desdobrar os vários indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem abranger as informações esperadas. Dessa maneira, o roteiro de entrevista foi composto por perguntas que contemplam os seguintes temas: dados sociodemográficos, dados obstétricos, percepção

do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, informações sobre o diagnóstico de HIV/Aids, orientações e rotinas recebidas no cuidado pré-natal, parto ou puerpério, relacionamento com a equipe de saúde no cuidado recebido.

A entrevista com as mulheres HIV-positivo foi realizada nas primeiras 24 a 72 horas do puerpério, de forma individual, quando foi apresentado o objetivo do estudo e esclarecidos todos os aspectos éticos determinados na Resolução n°. 196/96 Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). As entrevistas foram realizadas em uma sala de reunião de enfermeiras, com o objetivo de manter a privacidade e livre de ruídos, evitando constrangimento da entrevistada, facilitando a conversação. Segundo recomendações de Lefrève e Lefrève (2005), no que se refere ao local da realização da entrevista, este deve ser escolhido e preparado de forma a oferecer privacidade, tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado, não devendo ter barulhos, como conversas de outras pessoas, ou outros ruídos ambientais que possam comprometer a qualidade da entrevista. As entrevistas foram gravadas por meio de áudio, com consentimentos dos informantes envolvidos no estudo, e transcritas na íntegra e conferidas, facilitando o processo de interpretação. Todas as transcrições foram feitas pela pesquisadora.

O número de participantes foi determinado pela saturação de dados. Segundo Turano (2003), a amostragem por saturação ocorre quando, após a coleta de informações com certo número de participantes, as novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo.

#### **4.2.3 Análise dos dados**

Para o desenvolvimento da análise de dados desta pesquisa, realizou-se a análise de conteúdo temático proposta por Minayo (2010). A autora refere que a proposta da análise temática:

[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 2010, p. 316).

Segundo Minayo (2010), as técnicas de análise temática organizam-se em torno de três fases:

A **pré-análise** – Esta fase consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciados da pesquisa; reformulando-os frente aos dados coletados; e na definição de temas que orientem a interpretação final (MINAYO, 2010). Pode ser composta pelas seguintes tarefas:

*Leitura flutuante* do conjunto das comunicações, que consiste em tomar contato exaustivo com os dados, deixando-se impregnar por seu conteúdo. A dinâmica das teorias relacionadas ao tema tornará a leitura mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

*Constituição do corpus*, que consiste na organização dos dados de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contemple todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (que os documentos analisados devam ser adequados ao objetivo do trabalho). Segundo Minayo (2010, p. 316):

[...] nessa fase pré-analítica, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

**Exploração do material** – Consiste essencialmente numa operação classificatória que busca alcançar um núcleo da compreensão do texto, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado. Definindo categorias e sub- categorias do estudo foram definidas a partir das falas dos sujeitos das entrevistas. Dessa forma permitiram uma aproximação com os objetivos do estudo, com o referencial teórico metodológico adotado.

**Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** – Nesta fase os resultados brutos são submetidos a uma análise que propõe interferências e realiza interpretação, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

#### 4.2.4 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido obedecendo a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a qual preconiza diretrizes que respeitem os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Tais princípios, foram observados e respeitados incondicionalmente durante todo o processo do estudo.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado sob o Parecer n°. 2431/11 (Anexo A). Da mesma forma, o projeto recebeu autorização da Direção do Hospital de Iquitos, Peru, onde ocorreu a investigação (Anexo B).

Nesse sentido, e em consonância com o princípio de respeito à dignidade humana, todas as participantes da pesquisa receberam individualmente todas as orientações referentes ao desenvolvimento do estudo, e após devidamente informadas foram convidadas e consultadas a participar do mesmo, dando-se oportunidade para lerem e fazerem as perguntas que desejassem. Também foram garantidos: a liberdade para desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo; o anonimato das mesmas, utilizando-se nomes fictícios na apresentação e socialização dos resultados, o acesso aos resultados através da disponibilização, quando solicitada, e ao final do estudo. As que manifestaram desejo de participar voluntariamente receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), para que assinassem, sendo que uma cópia ficou em seu poder, e a outra, com a pesquisadora principal.

Observando os princípios de beneficência e justiça, foi assegurado a todas as participantes que a pesquisa não traria riscos ou danos à sua vida, integridade, ou à sua saúde dela e de seu filho.

Como garantia de assegurar a privacidade das participantes, as mesmas foram nomeadas pela letra “M” seguida de números (de 1 a 13). E todas as informações coletadas foram mantidas anonimato e confidencialidade e ficaram armazenadas sob a responsabilidade da pesquisa por um período de cinco anos. Os resultados serão divulgados através de apresentações em eventos e publicados em periódicos indexados..

#### **4.2. 5 O campo investigativo: entrada, permanência e saída**

Entrar no campo de investigação não foi propriamente uma tarefa difícil, já que trabalhei com as pessoas com HIV/Aids, com as quais tive experiência nos cuidados, em especial com mulheres HIV-positivo. O desafio era estar como pesquisadora, fazer as perguntas, alcançar o objetivo do estudo.

Com relação à equipe de saúde, as enfermeiras e médicos ofereceram todas as facilidades para desenvolver o estudo.

Outro fator interessante foi que as mulheres HIV-positivo, quando fazia o primeiro contato, se mostravam disponíveis para participar do estudo sem nenhuma rejeição. Porém, todas se apresentaram temerosas de que seus diagnósticos fossem descobertos pelas famílias, mas, à medida que íamos interagindo e nos aproximando, os receios foram sendo deixados de lado.

No decorrer de três meses de trabalho, foram feitas visitas ao alojamento conjunto, retornos para entrevistas, retornos no momento da alta hospitalar e reconfirmação dos dados. Cada entrevista durou cerca de quarenta minutos a uma hora. Cabe ressaltar que todas as incursões ao campo geraram algum tipo de aproveitamento ao estudo.

A saída do campo se deu de forma gradual, à medida que os dados foram se saturando, o que aconteceu concomitantemente com o prazo estipulado para o término da coleta de dados. Mesmo durante o processo de elaboração e análise dos resultados, mantive contato com os informantes, sempre que tive necessidade de aprofundar dados, e esses retornos eram feitos através de telefone.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões são apresentados sob a forma de três manuscritos, seguindo a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011.

O manuscrito 2 foi intitulado “Cuidado no pré-natal, parto e puerpério: perfil de mulheres HIV-positivo e de seus companheiros”, e pretende ser submetido a uma Revista peruana de Enfermagem .

O manuscrito 3 foi intitulado “*Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal*”, e pretende ser submetido à Revista Latino-americana de Enfermagem, periódico classificado como A1 pela CAPES, para a área de enfermagem.

O manuscrito 4, intitulado “*Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério*”, será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), periódico classificado como A2 pela CAPES, para a área de enfermagem.

### 5.1 MANUSCRITO 2: CUIDADO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PERFIL DE MULHERES HIV-POSITIVO E DE SEUS COMPANHEIROS

**CUIDADO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PERFIL  
DE MULHERES HIV-POSITIVO E DE SEUS  
COMPANHEIROS<sup>1</sup>**

**ATENCIÓN EN EL PRÉ-NATAL, PARTO Y PUERPERIO:  
PERFIL DE MUJERES VIH-POSITIVO Y DE SUS  
COMPAÑEROS**

**PRENATAL, LABOUR AND PUERPERIUM CARE: PROFILE  
OF HIV-POSITIVE WOMEN AND THEIR COMPANIONS**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>2</sup>  
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>3</sup>

**CUIDADO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO: PERFIL  
DE MULHERES HIV-POSITIVO E DE SEUS COMPANHEIROS**

**RESUMO:** Estudo exploratório-descritivo, com objetivo de identificar as características sociodemográficas de mulheres HIV-positivo e de seus companheiros, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2012, através de entrevista semiestruturada e prontuários. Realizou-se análise descritiva do perfil obtido. Os resultados mostram que a maioria dos casais possui ensino médio incompleto, relacionamento estável, rentabilidade econômica baixa e reside na capital de Iquitos. A maioria das mulheres é múltipara com gestação não planejada. Conclui-se que as pessoas que receberam

---

<sup>1</sup> Manuscrito que compõe a dissertação - Percepção de mulheres HIV-positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012, com apoio financeiro da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Endereço: Capitão Romualdo de Barros, n. 358 Carvoeira, Florianópolis/SC. CEP:88040-600. E mail: mjhr\_25@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro e Líder do GRUPESMUR /Pen/UFSC. Endereço: Rua Presidente Coutinho, 264, Centro, Florianópolis, SC, CEP: 8815-230 E-mail: [gregos@matrix.com.br](mailto:gregos@matrix.com.br)

os cuidados na rede pública têm uma rentabilidade econômica instável, sendo todas usuárias do Sistema Integrado Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV; Saúde da Mulher; Características da População; Cuidado Pré-Natal. Parto. Período Pós-Parto.

**RESUMEN:** Estudio exploratorio descriptivo, con el objetivo de identificar las características socio demográficas de mujeres VIH-positivo y de sus compañeros, que recibieron atención prenatal, parto y puerperio en un hospital público de Iquitos, Perú. A recolección de datos fue realizado en el periodo Enero a Marzo de 2012, a través de entrevista semiestructurada y historias Clínicas. Se realizó análisis descriptivo del perfil obtenido. Los resultados identifican que mayoría de las parejas, poseen educación secundaria incompleta, estado civil estables, rentabilidad económica, baja y reside en la capital Iquitos. La mayoría de las mujeres es múltipara, con gestación no planificado. Se concluye que las personas que recibieron la atención en el hospital público tienen una rentabilidad económica inestable, siendo todos usuarios del Sistema Integral Salud .

**PALABRAS CHAVE:** VIH; Salud de la Mujer; Características de la Población; Cuidado Prenatal; Parto; Periodo Posparto.

**ABSTRACT:** This is an exploratory-descriptive study, with the objective of identify the sociodemographic characteristics of HIV-positive women and their companions, who received prenatal care, childbirth and postpartum in a public hospital in Iquitos, Perú. Data collection was conducted from January to March 2012, through semi-structured interviews and medical records. We did a descriptive analysis of the profile obtained. The results show that most couples have incomplete secondary education, stable relationship, low economic profitability and live in Iquitos. Most women are multiparous with unplanned pregnancy. We concluded that people who received care in public hospital have an unstable economic profitability, and all are users of the Integrated Health .

**KEYWORDS:** HIV; Woman's Health; Characteristics of the population; Prenatal Care; Childbirth; Postpartum Period.

## INTRODUÇÃO

No início da epidemia da aids, o grupo populacional mais atingido era o de homem homo e bissexuais, mas, à medida que o tempo

foi evoluindo, a epidemia tomou outra trajetória no que se refere ao seu perfil, caracterizando-se como presente entre as mulheres, aumentando rapidamente entre os heterossexuais casados, com parceiros únicos, sendo a relação sexual a principal via de transmissão do HIV para essas mulheres. (CARNEIRO; COELHO, 2010).

As mulheres, principalmente com relacionamento estável, acreditavam estar livres da infecção de HIV/Aids, por não pertencerem a determinados grupos de risco, categoria muito utilizada no início da epidemia (PREUSSLER, 2007). Essa realidade fez com que as mulheres se descuidassem da prevenção, aumentando rapidamente o crescimento da epidemia entre as mesmas (SPINDOLA, 2007).

Atualmente o HIV/Aids atinge homens e mulheres, igualmente, sendo que as mulheres representam 52% da epidemia mundial e a aids ocupa o lugar da principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 15 a 44 anos, em todo o mundo (WHO, 2011).

Alguns estudos evidenciam que as mulheres são mais vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e, principalmente, à infecção pelo HIV. Se deve as condições biológicas, referentes às características específicas dos órgãos sexuais femininos (CARVALHO; PICCININI, 2008). O Ministério de Saúde peruano, para o combate à aids, tem procurado chamar a atenção sobre a existência da doença entre as mulheres, para a percepção de que são mais vulneráveis, e de que devem ser elas as protagonistas da prevenção e da conquista de acesso à saúde e dos direitos fundamentais para o exercício da cidadania (BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

É importante que as mulheres tenham adequada percepção dos riscos do HIV, que reconheçam as informações que recebem sobre prevenção ao HIV/Aids e às DST, pois isso certamente ajudará na mudança de comportamento. Essa mudança se dá em direção ao autocuidado, incorporando, absorvendo informações e metabolizando-as na forma de redução de comportamento de risco, e assim para que elas possam se reconhecer como alguém que também deve ser preservada e protegida do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (CARVALHO; PICCININI, 2008).

Considerando o contexto atual da epidemia e a necessidade de implementar cada vez mais cuidados direcionados a partir das suas necessidades, é importante conhecer as características destas mulheres e de seus companheiros que procuram os serviços de saúde. Dessa maneira o objetivo deste estudo foi identificar as características sociodemográficas da mulher HIV-positivo e de seus companheiros, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da

rede pública de Iquitos, Peru.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quanti-qualitativa, que integrou um projeto de maior abrangência, com vistas a analisar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério, à luz das políticas públicas de saúde peruanas. A amostra foi constituída por 13 mulheres HIV-positiva e seus companheiros, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério numa maternidade publicam de um hospital de Iquitos no Peru, entre os meses de janeiro a março 2012.

O hospital presta cuidado a crianças e adultos com sorologia positiva para o HIV, no acompanhamento ambulatorial e tratamento daquelas que têm aids, o que inclui as mulheres no pré-natal, parto e puerpério.

Os dados foram obtidos a partir dos prontuários que continham os registros dos atendimentos prestados e entrevistas semiestruturadas com as puerpéras HIV-positivo internadas em alojamento em conjunto. O roteiro contempla aspectos relacionados à idade, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, preferências religiosas, renda familiar, profissão, ocupação, bem como dos dados obstétricos (número de gestações, número de consultas pré-natal, idade gestacional, método contraceptivo, número de partos, gestação planejada, gestação aceita, número e idade dos filhos).

Para o tratamento dos dados foi realizada a análise descritiva. Ainda que a maior parte da análise descritiva resulte em descrições numéricas, o relato nesta pesquisa está considerando também alguns depoimentos ilustrativos, que se constituem em aspectos analíticos considerados relevantes. A relação dos dados numéricos e textuais, obtidos das entrevistas e prontuários, possibilitou uma análise de texto que faz uma inter-relação entre os dados quantitativos e qualitativos (BAUER, 2004; MINAYO, 2010).

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 2.431/11. Desta mesma forma recebeu autorização do hospital de Iquitos, Peru. Os participantes receberam individualmente todas as orientações referentes ao estudo, incluindo seus objetivos, riscos e benefícios, e após devidamente esclarecidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados evidenciam que a faixa etária das 13 mulheres HIV-positivo, que optaram por seus cuidados do pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Perú, variou de 16 a 30 anos de idade, sendo a maioria com idade de 20 a 30 anos, representando expressiva proporção de mulheres jovens e em idade fértil, ou seja, mulheres em plena idade reprodutiva. Todas referiram que foram infectadas por seus parceiros. Esse dado corrobora com outros estudos brasileiros e internacionais (CARVALHO, MARTINS, GALVÃO, 2006; PERU, 2006; WHO, 2010). A convivência com o parceiro leva a mulher a confiar que está invulnerável à infecção pelo HIV/Aids, pois acredita na fidelidade de seu parceiro. Elas sentem-se, então, seguras e confiantes em relação ao companheiro e se expõem ao risco de contrair a infecção (PERU, 2006). No que corresponde a seus companheiros, constatou-se que a maioria tinha de 24 a 29 anos, e os demais, entre 30 e 45 anos, o que caracteriza uma população de casais constituídos de adultos jovens (Tabela 1).

**Tabela 1-** Características das mulheres HIV-positivo e de seus companheiros que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério, em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo idade, grau de instrução e profissão/ocupação. Iquitos, Peru, 2012.

<b>Características</b>	<b>Homem*</b> <b>n=13</b>	<b>Mulher**</b> <b>n=13</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
< 18	0	1
18 a 30	9	12
31 a 45	4	0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	1	0
Ensino fundamental incompleto	0	2
Ensino médio completo	1	3
Ensino médio incompleto	9	8
Ensino superior completo	2	0
<b>Profissão/ ocupação</b>		
Estudante	1	0
Dona de casa	0	8
Empregada doméstica	0	2
Vendedor(a)	3	2
Funcionário de empresas privada	2	0
Profissional autônomo - nível técnico	3	0
Funcionário público - nível superior	2	0
Autônomo	2	1

\* A média de idade dos homens é de 29.85 com um desvio padrão de 6.04

\*\*A média de idade das mulheres é de 25.08, com um desvio padrão de 4.57

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Iquitos, Peru, 2012.

De acordo com os dados de escolaridade, apresentados na Tabela1, a maioria das mulheres HIV-positivo possuía ensino médio incompleto, sendo que nenhuma tinha ensino superior. Com relação aos seus companheiros, a maioria também possuía ensino médio incompleto e dois concluíram ensino superior e estavam trabalhando na área em que se formaram. Os dados mostram que a maioria dos casais, apesar de serem alfabetizados, um nível de instrução educacional baixo. Este nível de escolaridade impede a apropriação de conhecimento e informações do indivíduo sobre sua saúde e modos de cuidar dela (ESTEVEZ, 2000).

No que se refere à atuação profissional, incluíam-se: técnico administrativo, técnico de enfermagem, vendedores, donas de casas e empregadas domésticas, entre autônomos vinculados a empresas

privadas ou públicas e um estudante de ensino médio, que estava no processo de conclusão dos estudos. Destaca-se neste estudo grande contingente de “donas de casa”. Esse dado mostra concordância com outros estudos realizados no Brasil (GRABRIEL; BARBOSA, VIANNA, 2005). No que diz respeito ao trabalho, a lei peruana garante ao trabalhador o direito de não declarar ser portador de HIV-positivo (PERU, 2004).

**Tabela 2** - Características das mulheres HIV-positivo, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo o tipo de relação conjugal, procedência e opção religiosa. Iquitos, Peru, 2012.

<b>Estado civil</b>	<b>n= 13</b>
União estável	10
Casada	1
Separada	1
Solteira	1
<b>Procedência</b>	
Iquitos	6
Requena	5
Outras cidades	2
<b>Opção Religiosa</b>	
Católica (praticante ou não)	8
Evangélica	3
Testemunha de Jeová	1
Não tem religião específica	1

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Iquitos, Peru, 2012.

Com relação ao estado civil dos participantes, de acordo com a Tabela 2, dos 13 casais que receberam cuidados na rede pública, 10 declararam união estável, estando juntos na mesma casa mais de 8 meses. Quanto à procedência, os dados mostram que a maioria dos casais era da capital de Iquitos e da cidade vizinha de Requena, que se encontra a 157 km da capital. Os casais optaram pelos cuidados neste hospital, por ser referência dos cuidados às pacientes HIV-positivo e também porque tinham experiências do cuidado em gestações anteriores nesse hospital.

A religião predominante entre os participantes foi a católica. Três eram evangélicos, um casal era Testemunha de Jeová, e outro não frequentava nenhuma religião. As pessoas, quando apresentam doenças

socialmente graves ou incuráveis, procuram refúgio na religião (VINHA et al., 2004). Ainda, se a doença é percebida como sinônimo de morte e há preocupação com a solidão ou estigmatização e com a perda de controle, pode dar origem a interesses espirituais e à busca de apoio religioso (FARIA; SEIDL, 2005).

**Tabela 3** - Características das mulheres HIV- positivo que receberam cuidado pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, segundo o tipo de paridade, número de consultas pré-natais, idade gestacional, tipo de parto, gestação planejada ou gestação aceita e experiência com a amamentação. Iquitos, Peru, 2012.

<b>Paridade</b>	<b>n= 13</b>
Múltipara	8
Primípara	3
Grande múltipara	2
<b>Número de consultas pré-natais</b>	
1 a 6	8
7 a 10	4
sem pré-natal	1
<b>Idade gestacional</b>	
37 a 38 semanas	10
39 a 40 semanas	2
34 semanas	1
<b>Tipo de parto</b>	
Parto cesárea	12
Parto vaginal	1
<b>Gestação planejada</b>	
Não	9
Sim	4
<b>Gestação aceita</b>	
Pelos casais	12
Só pela mãe	1
<b>Experiência com amamentação</b>	
Sim	9
Não	4

Fonte: Pesquisa direta: próprios autores. Iquitos, Peru, 2012.

Quanto à paridade das mulheres HIV-positivo, a Tabela 3 mostra que a maioria era múltipara, ou seja, vivenciaram mais de duas gestações. Três declararam serem primíparas, ou seja, estavam vivenciando a primeira gravidez, e duas eram grandes múltiparas, com mais de cinco filhos. As idades dos filhos variaram de 1 a 11 anos. Das

13 mulheres do estudo, duas vivenciaram duas vezes uma gestação após o diagnóstico de HIV. E seis mães referem estar convivendo com HIV-positivo faz 4 anos e quatro mães referem faz dois anos e três mães faz um ano e todas referem que estão com tratamentos antirretrovirais. Todas informaram que o diagnóstico de HIV-positivo foi feito no controle pré-natal, conforme se mostra no relato a seguir:

*Fui ao hospital fazer meu controle pré-natal [...] Ali foi onde minha vida mudou muito [...] Foi quando me interei sobre meu diagnóstico de HIV-positivo. [M2]*

Esses dados estão de acordo com estudos encontrados no Brasil, que afirmam que a maioria das mulheres HIV-positivo toma conhecimento do seu estado sorológico de HIV-positivo na gravidez, durante o controle pré-natal (VINHAS et al., 2004).

Dessa maneira, o período pré-natal constitui-se num dos mais importantes para reduzir possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o filho. A garantia de realização do teste sorológico anti-HIV em gestantes, portanto, representa a primeira medida de prevenção da transmissão vertical. Sendo seu resultado positivo, a gestante deve receber informações sobre o significado do resultado, receber aconselhamento sobre o diagnóstico, e os tratamentos atuais para reduzir a taxa de transmissão durante a gravidez, e ter garantia de confidencialidade do resultado (PERU, 2006).

Com relação ao número de consultas pré-natais, a Tabela 3 mostra que sete mulheres realizaram de 1 a 6 controles pré-natais, cumprindo com a agenda recomendada, sendo que uma da mulher não realizou controle pré-natal, mesmo ciente de que era HIV-positivo. Segundo o Ministério da Saúde peruano, a gestante deve receber pelo menos seis consultas pré-natais, para se considerar controlada (PERU, 2004). A maioria das participantes iniciou os cuidados entre 7 a 22 semanas de gestação, sendo atendidas pela Enfermeira Obstetra. O Ministério da Saúde peruano recomenda iniciar os cuidados pré-natais precocemente, para monitorar a evolução da gestação e dessa maneira reduzir a transmissão vertical da mãe para o filho, bem como refere que a gestante deve realizar mensalmente até a 32ª semana de gestação, e de forma quinzenal, da 33ª até a 36ª semana, e semanalmente da 37ª semana até o parto (PERU, 2004).

No que se refere à idade gestacional e tipo do parto, a Tabela 3 mostra que a maioria das mulheres vivenciou seu parto quanto tinha de

37 a 39 semanas de gestação, sendo que uma da mulher teve seu parto com 34 semanas de gestação. Quanto ao tipo de parto, quase todas as mulheres tiveram parto cesárea por indicação médica, sendo a maioria programada na semana de gestação, conforme recomendação do Ministério de Saúde. Uma das mulheres teve parto vaginal prematuro, domiciliar, atendido por uma parteira sem nenhuma prevenção da transmissão de HIV/Aids. O Ministério da Saúde peruano refere que toda gestante HIV-positivo deve receber atenção no contexto hospitalar, devendo ser realizada por equipe especializada no cuidado HIV, para seguir todos os procedimentos profiláticos, a fim de prevenir a transmissão vertical do HIV de mãe a filho, e ainda mais sendo prematuro (PERU, 2008).

No que se refere à gestação planejada e aceita, a maioria dos casais afirmou que a gravidez não foi planejada, mas, ao transcorrer a gravidez, os casais foram aceitando, conforme os depoimentos a seguir:

*Minha gestação não foi planejada, eu usava camisinha às vezes sim, às vezes não [...] Então fiquei grávida, mas foi uma gestação aceita pelos dois [...] [M3]*

*Esta terceira gestação não foi planejada. Eu estava com injeção e deixei de usar por dois meses e fiquei grávida. Depois falei com meu marido e decidimos ter o bebê. [M7]*

Entretanto, houve aqueles casos em que a gravidez só foi aceita pelas mães, conforme evidenciamos:

*A gravidez só foi aceita por mim, meu marido não aceitou minha gestação, porque não queria ter um filho doente (HIV). Eu tomei chá para tirar meu bebê, não consegui. Então decidi ter meu bebê. [...] Quando estava com 6 meses de gestação, ele (o marido) foi embora, eu fiquei sozinha. [M8]*

Na maioria dos casos, a gravidez surge com a falta de informação ou orientação e precaução por parte dos casais, resultando na falta de adoção ou uso inadequado de métodos contraceptivos, culminando com a gravidez não planejada. Como mostram os resultados, a maioria das gestações não foi planejada, e algumas não foram planejadas e nem aceitas pelo pai, levando à separação dos casais. Esse dado revela que,

em Iquitos, Perú, a realidade é semelhante a outras cidades do Brasil (VINHAS et al., 2004).

Estudos também mostram que a gestação na situação de soropositividade poderia gerar instabilidade na relação entre o casal, levando em muitos casos à separação temporária ou definitiva, dados que são corroborados neste estudo (CARVALHO; PICCININI, 2008). Atualmente, o fato de a mulher ser HIV-positivo não é impedimento para que ela possa vivenciar a satisfação da maternidade. Não entanto devem ser oferecidos, antes da gravidez, aconselhamento e uma reflexão abrangente, em que poderiam ser abordados sua condição clínica e o tratamento, os riscos da transmissão vertical, o desejo da maternidade, bem como sua condição psicológica e socioeconômica (PREUSSLER, 2007). Essas orientações devem atender aos métodos de anticoncepção, uma vez que a gravidez não planejada acarreta maiores problemas sociais, físicos e emocionais (VINHAS et al., 2004). Vale lembrar também que os métodos como os preservativos femininos ou masculinos, além de servirem como métodos contraceptivos, previnem a reinfestação e de outras DSTs (PERU, 2005).

No que diz respeito à experiência com a amamentação, a maioria das mulheres entrevistadas tinha experiência anterior, ou seja, por já terem filhos antes da descoberta da infecção de HIV, tinham passado pela experiência de amamentar. Outras, em razão de ser a primeira gestação, não tinham tido a experiência de amamentar, e isso as deixou muito tristes, conforme mostram os relatos a seguir:

*Eu fiquei muito triste ao não poder amamentar agora. Os meus dois filhos anteriores eu amamentei até 1 ano e eu queria fazer o mesmo com este bebê, mas não posso. Eu sinto muita tristeza por mim e pelo meu bebê. (M6)*

*Eu queria tanto experimentar pela primeira vez, dar leite de peito a meu bebê [...] Senti muita tristeza. A verdade eu sinto que meu bebê não é minha filha, porque eu acho que dar leite de peito ao bebê, as mães sentem que são verdadeiras mães, porque por meio disso as mães demonstram amor para elas. (M9)*

Como mostram outras pesquisas realizadas com mulheres HIV-positivo, todas as mulheres, tendo experiência ou não de amamentação, referem possuir vontade intensa de praticarem o aleitamento materno

para seus filhos (VINHAS et al., 2004). Para as participantes deste estudo não foi diferente. A amamentação natural é reconhecida pela sociedade como fundamental para o desenvolvimento e saúde da criança, e promove vínculo afetivo entre a mãe e filho, dentre outras vantagens que oferece. Nas situações das mulheres HIV-positivo, até o momento, em muitos países, como no Brasil e Peru, por exemplo, o aleitamento materno está contraindicado (PERU, 2008). Então, diante da impossibilidade de amamentar, a mulher reage sentindo-se mal, desconfortável, triste, sendo a tristeza é uma reação normal ao infortúnio (BATISTA; SILVA, 2007). Nesse contexto cultural, a mulher sente que perde, em parte, o papel de mãe e, conseqüentemente, o de mulher, sendo esta perda desencadeadora de sentimentos de tristeza e muitas reações emocionais (VINHAS et al., 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, que teve como objetivo identificar as características sociodemográficas de mulheres HIV-positivo e de seus companheiros, que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, pode-se concluir que a população estudada apresenta como principais características: eram casais adultos jovens, em sua maioria com ensino médio incompleto, sendo a maior parte das mulheres donas de casa.

Evidencia-se uma tendência dos casais a manterem um relacionamento estável, o que fortalece o processo gestacional das mulheres HIV-positivo para que a mesma se sinta confortada, apoiada, em condições de realizar os cuidados da gestação, o que leva inclusive alguns casais. Quanto à paridade das mulheres HIV-positivo, a maioria era múltipara. A maternidade é reforçada pelo papel social que representa, bem como a inserção feminina na sociedade, e o sonho de serem mães, evidenciado independentemente do *status* sorológico de HIV. Ressalta-se também que todas as mulheres foram diagnosticadas com HIV-positivo no controle pré-natal, constituindo-se dessa forma o pré-natal como uma das estratégias mais eficazes para prevenir a transmissão vertical.

No que diz respeito ao planejamento da gestação, a maioria não tinha sido planejada, ocasionando instabilidade na relação dos casais. É essencial a discussão do sexo mais seguro nos casais, especialmente se são portadores do vírus dessa infecção, para manter reduzida a carga viral de ambos, e evitar uma gestação não planejada e nem desejada. Por

outro lado, cabe destacar que a maioria das mulheres HIV-positivo estudadas possuía experiência anterior com a amamentação, mas, diante da impossibilidade de amamentar, vivenciou sentimentos de tristeza e diferentes reações emocionais.

Percebe-se, portanto que os casais que receberam os cuidados na rede pública têm uma rentabilidade econômica instável. De forma geral, acredita-se que os resultados do presente estudo contribuem para a caracterização sociodemográfica de mulheres HIV-positivo e de seus acompanhantes que receberam cuidados no pré-natal, parto e puerpério em um hospital da rede pública de Iquitos, Peru, e trazem subsídios valiosos em relação à características dessas pessoas, desta forma conhecer e melhorar o cuidado a partir das necessidades dessa população específica.

## REFERÊNCIAS

BAUER, M.V. Análise de conteúdo clássica. In: BAUER, M.; GASPEL, G. **Pesquisa qualitativa com contexto, imagem e som: um manual prático**. 4<sup>a</sup>. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 189-215.

BATISTA, C.B.; SILVA, L.R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 268-275, 2007.

BORENSTEIN, M.S.; PADILHA, M.I. Gestantes/puérperas com hiv/aids: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 359-365, 2009.

CARNEIRO, A.J.S.; COELHO, E.C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, suppl. 1, p. 1216-1226, 2010.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, pp. 1889-1898.

CARVALHO, C.M.L.; MARTINS, L.F.A.; GALVÃO, M.T.G.  
Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção. **Nursing** (São Paulo), v. 8, n. 100, p. 1010-1015, set. 2006.

ESTEVES, T.M.B. **Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical.** 130fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2000.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

GABRIEL, R.; BARBOSA, D.A.; VIANNA, L.A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - município de São Paulo. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 509-513. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PERÚ. Constitución Políticas de Salud. **Ley N° 28243, de 31 de mayo de 2004a.** Ley que amplía y modifica la ley n° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual. Disponível em:  
<[http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH\\_SIDA/nomas\\_vih\\_sida/le\\_y\\_28243.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH_SIDA/nomas_vih_sida/le_y_28243.pdf)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial N° 668-2004b.** Aprueba guía nacional para el atendimento integral da salud sexual y reproductiva. Lima: MS, junio, 2004. Disponível em:  
<<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Guias%20N>

acionales%20de%20Atencion%20Integral%20de%20la%20SSR.pdf>.  
Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 536-2005-MINSA**. Norma Técnica de Salud N. 032 – MINSA /DGSP- V01: Norma Técnica de Planificación Familiar Planificación . Disponível em : <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/101\\_NTPLANFAM.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/101_NTPLANFAM.pdf)>  
Acesso em : 8 jun 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MINSA). **Diminuir a transmissão vertical do HIV**. Lima (Perú): MINSA, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 336-2008-MINSA**. Norma Técnica de Salud N. 064- 2008/MINSA-DGSP: Norma técnica de salud para la profilaxis da transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis congénita. Disponível em:  
<<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB-VIH/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Norma%20T%C3%A9cnica%202008.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2010.

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

SPINDOLA, T.; BANIC, M.. Ser mãe portadora do HIV: análise compreensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 1/2, p. 101-110, 1998.

VINHAS, D.C.S. et al. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 16-24, 2004. Disponível em:  
<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf/f2\\_amamenta.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f2_amamenta.pdf)>.  
Acesso em: 8 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010**. Geneva (Switzerland): WHO, 2011.

5.2 MANUSCRITO 3: PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL<sup>1</sup>**

**PERCEPTION OF HIV-POSITIVE WOMEN ABOUT THE CARE RECEIVED PRENATAL**

**PERCEPCIÓN DE MUJERES VIH-POSITIVO ACERCA DEL CUIDADO RECIBIDO EN EL PRENATAL**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>2</sup>  
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>3</sup>

**PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL**

**Resumo:** Estudo qualitativo, tipo exploratório-descritivo, com objetivo identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado

<sup>1</sup> Manuscrito que compõe a dissertação – Percepção de mulheres HIV-positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012, com apoio financeiro da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Enfermeira obstetra, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Bolsista da CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR). Endereço: Capitão Romualdo de Barros, n.358.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro e Líder do GRUPESMUR do Pen/UFSC. Endereço: Rua Presidente Coutinho, 264, Centro, Florianópolis, SC, CEP: 8815-230 E-mail: [regos@matrix.com.br](mailto:regos@matrix.com.br)

recebido no pré-natal, desenvolvido numa maternidade de Iquitos, Peru, no período de janeiro a março de 2012. A coleta de dados foi realizada com 13 mulheres que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo, e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto, através de entrevista semiestruturada e prontuários. A técnica analítica foi a análise de conteúdo da qual emergiram as categorias: Oferta do teste de HIV; Aconselhamento pré e pós-teste; Rede de apoio profissional; e Percepção sobre o cuidado recebido. Os resultados evidenciam retardamento do diagnóstico de HIV por falta do teste no estabelecimento, resultando início tardio da terapia, aumentando a possibilidade de transmissão vertical, bem como deficiências no aconselhamento. Conclui-se pela necessidade de maior preparo e envolvimento dos profissionais na oferta de aconselhamento e melhor preparo dos serviços de saúde quanto ao abastecimento de insumos, para que o cuidado seja prestado com qualidade e eficácia.

**Descritores:** HIV; Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Saúde da Mulher.

**Abstract:** Qualitative study, descriptive-exploratory, aimed to identify the perception of HIV-positive women about the care received during the prenatal, developed in a maternity in Iquitos, Perú, during January to March of 2012. Data collection was conducted with 13 women who had their deliveries in the maternity selected for the study, and were hospitalized in rooming unit, through semi-structured interviews and medical records. The analytical framework was the content analysis which emerged the following categories: HIV-test offer; Advising pre and post-test; Professional support network; and perception about the care received. The results highlight delay in the HIV diagnosis caused by the lack of the test in the institution, resulting in a late beginning for the therapy, raising the possibility of vertical transmission, as well as disabilities in the advising. Conclusions are towards the need of a greater prepare and involvement of the health providers in their offer of advising and greater prepare in the supply of inputs in order to the give a care with quality and efficacy.

**Keywords:** HIV; Nursing; Prenatal Care; Women's Health.

**Resumen:** Estudio cualitativo, de tipo exploratorio - descriptivo, con objetivo de identificar la percepción de mujeres VIH- positivo, sobre la atención recibida en el prenatal, desarrollado en una maternidad Iquitos, Perú, entre Enero a Marzo de 2012. La recolección de datos fue realizado con 13 mujeres que tuvieron sus partos en la maternidad seleccionada para el estudio y se encontraban internadas en la unidad de

alojamiento en conjunto, a través de entrevistas semiestructuradas y historias clínicas. La técnica analítica fue análisis de contenido que surgieron las categorías: Oferta del teste de VIH; Consejería pre y post test; Red de apoyo profesional; percepción sobre el cuidado recibido. Los resultados evidencian la identificación tardía del diagnóstico de VIH, por falta de pruebas en el establecimiento, resultando inicio tarde de la terapia, aumentando posibilidad de transmisión vertical, así como deficiencias de consejería. Se concluye con la necesidad de mayor preparo y involucramiento de profesionales en la oferta de consejería y mejor preparado de los servicios de salud en el abastecimiento de insumos, para que el cuidado sea realizado con calidad y eficacia.

**Descriptor:** VIH; Enfermería; Atención Prenatal; Salud de la Mujer.

## INTRODUÇÃO

O aumento no número de mulheres com aids trouxe como consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PERU, 2006). Atualmente no mundo, de 200 milhões de mulheres que engravidam a cada ano, 2,5 milhões são HIV-positivo. Estima-se que 53% das gestantes vivendo com HIV tenham recebido medicamento antirretrovirais para reduzir o risco da transmissão do HIV a seus bebês em 2009 (WHO, 2011).

No mundo, que 3,4 milhões de crianças menores de 15 anos vivam com HIV/Aids, tendo a maioria contraído a infecção através de sua mãe HIV-positivo durante a gravidez, parto e a amamentação (WHO, 2011).

Diante dessa realidade, no âmbito mundial foram e continuam sendo implementadas políticas voltadas à saúde da mulher HIV-positivo, entre as quais se incluem estratégias de cuidados para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Entre essas estratégias está o cuidado pré-natal (WHO, 2005).

O cuidado pré-natal adequado contribui para a redução da transmissão do HIV de mãe a filho, recomendando-se que os serviços de saúde ofereçam o teste anti-HIV, acompanhado de aconselhamento; e, uma vez informadas acerca do diagnóstico, possam prevenir a transmissão para seu filho, com o apoio para a adesão ao tratamento de antirretrovirais. No entanto a realidade mostra uma assistência ainda muito deficiente, em que as mulheres atendidas não recebem informações apropriadas nem apoio dos profissionais que as assistem (MOURA; PRAÇA, 2006).

Todas essas questões exigem maior atenção das políticas de saúde, especialmente o voltado à saúde da mulher HIV-positivo no pré-natal. Nessa perspectiva, o presente estudo emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal? Em busca de respostas para essa questão optamos por desenvolver o presente estudo, que tem como objetivo: identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal numa maternidade pública Regional Peruana de Referência.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam contribuir para melhorar o cuidado prestado pelos profissionais às mulheres HIV-positivo nos serviços de pré-natal, de acordo com o que é preconizado pelas políticas públicas peruana.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida em números (GIL, 2008).

A opção por um estudo do tipo exploratório-descritivo foi adotada, por permitir ampliar o conhecimento sobre determinado assunto e descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade (MINAYO, 2010).

### **Local e contexto da pesquisa**

O estudo foi realizado em uma unidade de alojamento conjunto de uma maternidade de um hospital público, localizado em Iquitos, Perú, que é referência para gestantes HIV-positivo e atende exclusivamente usuárias do sistema integrado de saúde.

A maternidade ocupa o terceiro andar do prédio do hospital, onde fica a sala de alojamento em conjunto, que está dividido em puerperas de baixo risco e alto risco, contando no total com 84 leitos, sendo de três a seis camas por quarto. O horário de visitas, por dia, com duração de três horas, acontece das 14 às 17 horas. Os plantões são de 6 horas durante o dia e de 12 horas durante o período noturno.

### **Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram 13 mulheres HIV-positivo

que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo, e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto e o convite às possíveis participantes ocorreu através de visitas pessoais da pesquisadora, na maternidade selecionada. O número de participantes foi determinado pela saturação de dados, que ocorre quando, após a coletar informações com certo número de participantes, as novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo (TURANO, 2003).

Os critérios de inclusão foram: mulheres HIV-positivo que tiveram seus partos e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto da maternidade e que desejavam participar do estudo. Foram excluídas as mulheres HIV-positivo que expressassem o desejo de não participar do estudo e as mulheres sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas. Ressaltando que as que não quisessem participar do estudo não teriam qualquer prejuízo.

### **Coleta de dados**

A coleta dos dados ocorreu através de entrevista semiestruturada e consulta aos prontuários. As entrevistas foram realizadas visando à obtenção de dados de interesse para o estudo. Para as entrevistas utilizou-se um roteiro dividido em duas partes. Na parte I onde constavam dados sociodemográficos (dados de identificação da mulher e do parceiro, dados obstétricos). A parte II do roteiro era composta por perguntas sobre as experiências vivenciadas nos cuidados pré-natais, orientação sobre HIV/Aids, relacionamento com a equipe de saúde no cuidado recebido. As mulheres permitiram a gravação de seus depoimentos referentes a essas questões.

### **Análise de dados**

Para guiar a análise dos dados, elegemos a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), que organiza-se em torno de três fases. A pré-análise - *leitura flutuante*, que consiste em tomar contato exaustivo dos dados. A *Constituição do corpus*, com: exaustividade; representatividade; homogeneidade; pertinência. A Exploração do material – que o levantamento das expressões ou palavras em função das quais o conteúdo que será organizado. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – que consiste na análise e interpretação das categorias, segundo o referencial teórico ou novas teorias interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

### Aspectos éticos

Assegurando os preceitos éticos, a pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos termos de Resolução CNS196/96, tendo o projeto sido aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº. 2431/11. Desta mesma forma recebeu autorização do hospital de Iquitos, Peru. As mulheres receberam todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, utilizou-se a letra “M”, e, seguida de número (1 a 13).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise estrutural dos dados, emergiram os seguintes temas: oferta e realização do teste sorológico anti-HIV como parte do cuidado pré-natal; aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal; o cuidado Profissional para superar dificuldades no pré-natal. Este serão apresentados a seguir.

### Oferta e realização do teste sorológico anti-HIV como parte do cuidado pré-natal

Uma das ações consolidadas no cuidado pré-natal é a oferta do teste anti-HIV para as gestantes, tendo em vista a real possibilidade de prevenção da transmissão vertical da mãe para o filho. De acordo com o Ministério de Saúde peruano, o teste para HIV deve ser ofertado na primeira visita no pré-natal (PERU, 2004), para que haja tempo de hábil para realizar o tratamento com antirretrovirais e prevenir a transmissão vertical do HIV. Neste estudo a maioria das mulheres entrevistadas mencionou que foi ofertado e realizado teste anti-HIV, na primeira consulta, como é preconizada e feita no pré-natal, exceto para duas mulheres, a quem não foi ofertado nem realizado nas primeiras consultas pré-natal, por falta de teste anti- HIV no serviço, conforme as falas a seguir:

*A enfermeira, na primeira consulta do pré-natal, disse que seria feita análise de hemoglobina, urina, e outras provas, mas sobre a prova de HIV, ela (enfermeira) disse que não tinha a prova nesse momento, que no próximo controle faria a prova [...] eu voltei no próximo mês, voltei no outro mês, e nada. Ainda não tinha a prova (anti-HIV) na unidade de saúde. Só foi solicitada quando já tinha quase nove meses de gestação [...]. [M3]*

*No pré-natal foi solicitado sim, a prova de HIV, mas ela (enfermeira) falou que não seria feita nesse momento, porque não tinha a prova no estabelecimento. Foi realizada na 10ª consulta pré-natal, e saiu positiva. Foi muito difícil mesmo [...] [M5]*

As falas revelam que para algumas mulheres não foi ofertado nem realizado o teste anti-HIV precocemente, por falta de insumos de teste anti-HIV no serviço de saúde, impedindo-as de realizá-lo oportunamente. De acordo com o Ministério de Saúde peruano, todos os estabelecimentos de saúde devem garantir o fornecimento dos insumos do teste de HIV para as mulheres grávidas que realizam o controle pré-natal (PERU, 2008).

Estudo feito com abordagem qualitativa, com mulheres grávidas, refere que o cuidado pré-natal foi considerado uma excelente oportunidade para a realização do teste anti-HIV, o conhecimento da condição sorológica e o início precoce do tratamento (SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008). Dessa forma, o teste anti-HIV, para a maioria das gestantes, representa a possibilidade de proteger o filho do HIV, além de fazer parte da construção do papel materno a partir de um cuidado concreto com a saúde do bebê.

Estudo de Nashimoto (2005) mostrou que a implementação de medidas preventivas tem importância na prevenção da transmissão de mãe a filho com redução quase de 40% no risco de essa transmissão comparada sem utilização de medidas preventivas. Desta forma uma das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV é o teste do HIV, dessa maneira os estabelecimentos devem estar equipados para realizar oferecimento dos testes confiáveis e sem custo as mulheres grávidas, bem como contar com laboratórios equipados para monitorar parâmetros sanguíneos relacionados à infecção pelo HIV.

## **Aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal**

### ***Aconselhamento pré-teste***

Apesar de não ser o único teste inserido no cuidado pré-natal, este traz desafios, pois deve ser precedido de aconselhamento e possui protocolo nacionalmente estabelecido que deve ser seguido pelos estabelecimento de saúde (PERU, 2004).

O aconselhamento pré-teste deve ser realizado antes do teste anti-HIV, incluindo o consentimento livre e esclarecido, e pode ser

trabalhado em situações individuais e/ou em grupos. Nesse sentido, os profissionais que realizam o aconselhamento pré-teste devem estabelecer um diálogo visando conhecer a realidade existencial da pessoa que aconselham, e dessa forma estabelecer um ambiente harmônico e receptivo, valorizando o conhecimento e as opiniões das pessoas, neste caso das mulheres HIV-positivo (PRAÇA; BARRANCOS, 2007). Verificou-se que, das 13 participantes, seis relataram haver recebido informação que julgaram satisfatória no aconselhamento. E sete alegaram não ter recebido explicação ou esclarecimento satisfatório, conforme relatos a seguir:

*No controle pré-natal, a enfermeira disse: “A senhora vai fazer uns exames, e a prova de HIV.”. Logo me perguntou: “A senhora quer fazer a prova?”. Eu falei que sim. Assinei um documento e tiraram sangue de meu dedinho. Não explicaram nada não. Tudo foi muito rápido e depois falaram para aguardar o resultado [...].*  
[M5]

*Não explicaram detalhadamente não. Quando estava tirando o sangue de meu dedinho, a enfermeira disse que a prova que estava fazendo era a prova de HIV, e que aguardaria uns minutos para meu resultado, mais nada, só isso [...].*  
[M10]

Percebeu-se que a maioria das mulheres não recebeu um aconselhamento adequado, como deveria ser feito no aconselhamento pré-teste, recomendado e defendido enfaticamente pelo Ministério da Saúde peruano, que reconhece a necessidade de garantir e respeitar o direito da mulher à informação ou orientação, para que exerça escolhas conscientes no que diz respeito ao seu corpo e à saúde, e bem-estar de seu filho. (PERU, 2006).

De acordo com o Ministério da saúde peruana, a qualidade do intercâmbio a que se propõe o aconselhamento permitirá ao profissional de saúde estimar a possibilidade de haver (ou ter havido) para a mulher, ou seu parceiro, identificarem situações de risco de infecção pelo HIV e outras DST, e contribuir com a reflexão e tomada de decisão para realizar-se o teste, preparando-a para a recepção do diagnóstico de HIV-positivo ou para a adoção das medidas de prevenção desta infecção (PERU, 2004; MIRANDA, BARROSO, 2007).

Estudo refere que ainda existem muitos obstáculos no estabelecimento de saúde para a implantação do aconselhamento, principalmente no que se referem aos profissionais da saúde. Destacam-se, as dificuldades apontadas pelos conselheiros dos serviços de saúde, como a falta de tempo disponível para a quantidade de conteúdo, o receio de não passar informações que eles julgam indispensáveis ao cliente e a baixa valorização da atividade (ARAÚJO; CAMARGO, 2004).

### ***Aconselhamento pós-teste***

O Ministério da Saúde peruano preconiza que o profissional de saúde, ao revelar o diagnóstico do HIV, deve realizar o aconselhamento. Esta é uma medida importante após a realização do teste (PERU, 2004). Sendo seu resultado positivo, a gestante deve receber informações e o profissional deve discutir com gestante sobre o significado do resultado e os tratamentos atuais para reduzir a taxa de transmissão durante a gravidez, e dar garantia de confidencialidade do resultado (PRAÇA; BARRANCOS, 2007). Algumas das mulheres consideraram que as informações recebidas foram adequadas e julgaram satisfação do aconselhamento pós-teste. Como podemos observar na seguinte fala:

*Bom, a enfermeira antes de entregar-me o resultado falou comigo sobre o HIV [...] perguntou o que faria se o resultado desse positivo. Depois ela entregou o resultado positivo[...] ainda explicou sobre o tratamento, sobre o bebê não poder tomar leite de peito, não lembro mais [...] ela [enfermeira] explicou bem diretinho. E deixou a gente bastante tranquila [...]*  
[M9]

Esses depoimentos mostram que, do ponto de vista de aconselhamento pós-teste, existe uma preocupação de alguns profissionais de saúde em oferecer informações e orientações ao revelarem o diagnóstico de HIV-positivo às mulheres, que com certeza ajudaram a amenizar a ansiedade e esclarecer dúvidas sobre o HIV. De acordo com o Ministério da Saúde o profissional de saúde, ao revelar o diagnóstico do HIV, especialmente quando o resultado é positivo, deve oferecer apoio emocional e orientações que ajudem a amenizar a ansiedade e esclarecer as dúvidas das pacientes (PERU, 2004), pois dessa maneira ajudam no enfrentamento do resultado positivo, e

disponibilizam-se para colaborar com a usuária, sempre que necessário (ARAÚJO; VIERA; ARAÚJO, 2009). Isso, entretanto, não ocorreu com todas as mulheres do presente estudo, ao serem revelados seus diagnósticos, conforme ilustram as falas a seguir:

*Então eu entrei para receber meu resultado de HIV, e ela [enfermeira] disse direto: “O resultado do seu teste HIV é positivo.”. Eu fiquei quieta, não falei nada, só fiquei calada, olhando o resultado. Depois ela disse que deveria fazer já meu tratamento, para que meu bebê não saia com a doença. Só foi isso, não explicou mais nada, [...]. [M8]*

*Então tiraram sangue de meu dedinho, fiquei esperando no consultório. Depois veio um médico e falou com a enfermeira. Depois o médico disse que vamos tirar outra prova porque o resultado não saiu bem. Logo disse que tirariam outra prova porque não estavam seguros quanto ao resultado [...] na terceira prova ela [enfermeira] disse: “A senhora, sua prova de HIV deu positivo.”, e depois disse alguma coisa de que HIV é um vírus, que causa a aids. Não explicaram detalhadamente. Deixaram a gente muito preocupada e que passaria para o meu bebê [...]. [M13]*

Evidencia-se, pelas falas de algumas mulheres, a falta de habilidade de certos profissionais para realizar aconselhamento pós-teste frente ao diagnóstico HIV-positivo, ocasionando falta de informações ou informações superficiais, contrariando o que é recomendado enfaticamente pelo Ministério da Saúde peruano como direito das mulheres e dever profissional (PERU, 2004).

O profissional de saúde deve informar sobre o resultado do teste para a gestante com aconselhamento prévio e de qualidade, já que a gestante estará passando por uma situação de novo diagnóstico, a qual poderá influenciar muito em sua vida e seu bebê. Importante considerar também que a gestante poderá ficar deprimida pela impossibilidade de cura da infecção e pelas mudanças na sua vida: não amamentar, problemas familiares. Por outro lado, porque, como usuária do serviço de saúde, tem direito de ser informada.

## O cuidado Profissional para superar dificuldades no pré-natal

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que já trabalham com a demanda de cuidados de mulheres HIV-positivo, têm a oportunidade ímpar de manter um contato direto com a intimidade da vida das mulheres HIV-positivo, que, além de enfrentar o diagnóstico, sofrem muito pela falta de amparo familiar. Estudos mostram que é muito importante o apoio profissional, além de atendimentos à saúde, é importante o apoio psicológico ajustado às necessidades individuais (ARAÚJO; SILVEIRA; SILVEIRA, 2008).

Tais resultados são corroborados no presente estudo, uma vez que as mulheres identificam a importância do cuidado do profissional de saúde, para o enfrentamento de dificuldades trazidas pelo diagnóstico HIV-positivo, conforme depoimentos a seguir:

*Durante o controle pré-natal elas (enfermeiras) sempre estavam perguntando como eu estava e também como estava em casa. Eu tinha problemas com meu marido, ele sempre estava falando que eu tenho a culpa de tudo.. Então ela solicitou a presença de meu marido. Falou com os dois de pois ele cambio comigo [...]. Elas estão lá para receber a gente numa boa. [M4]*

*Depois de meu resultado positivo, eu fiquei bem deprimida, só pensei em morrer, tinha problema com minha família de meu marido fui discriminada por tudo eles. Deixei de ir a meu controle pré-natal, então a enfermeira, foi procurar-me em casa. Ela (enfermeira) me ajudou a enfrentar essa situação muito difícil com minha família. Estou muito agradecida com ela (enfermeira), me ajudou muito quando eu mais necessitava. [M12]*

Podemos perceber a necessidade de se dispensar um cuidado especial a estas mulheres, frente aos inúmeros desafios desencadeados a partir da concretude do HIV. Estudo referem que são muitas as dificuldades enfrentadas por essas mulheres HIV- positivo, durante a convivência com a doença, e estes têm repercussões em sua qualidade de vida. Sentimentos como medo, vergonha, humilhação, preocupação e receio de adoecer o abandono de pessoas de seu convívio, ou seja, as pessoas, que nesse momento tão difícil de enfrentar, deveriam estar ao

seu lado, ajudando-as a vencer ao invés de negar-se apóia-laS (CARVALHO; GALVAO, 2008).

Ao viver com HIV as mulheres ainda deparam-se com situações de discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Diante desse panorama, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a qualidade de vida pode ser comprometida (GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004). Nesse sentido, o profissional de saúde que realiza os cuidados pré-natais, cumpre um papel importante porque é um momento privilegiado para se discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher. Indiscutivelmente ajuda muito a superar as dificuldades desencadeadas pelo diagnóstico HIV-positivo (PERU, 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo sobre percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal evidenciam entraves à realização de um cuidado pré-natal de qualidade para a mulher HIV-positivo que geram dificuldades precoces de diagnóstico. Essas dificuldades incluem identificação tardia do diagnóstico de HIV no pré-natal, por falta de teste sorológico anti-HIV nos estabelecimentos de saúde, resultando no início tardio da terapia, o que aumenta as chances de infecção do concepto, e gera comprometimento da qualidade de cuidado prestada no pré-natal.

Destaca-se também que a maioria das mulheres refere não ter recebido orientações ou informações satisfatórias sobre o teste e sobre o HIV/Aids, como deveria ser feito no aconselhamento pré e pós- teste, indicado em protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde peruano. Nesse sentido, faz-se necessário rever como estão sendo seguidos estes protocolos, para realizar um adequado cuidado no pré-natal.

Verifica-se nas falas das mulheres, que o apoio dos profissionais de saúde é fundamental, para superar desafios desencadeados a partir da concretude do HIV/Aids.

Torna-se necessário que as unidades de saúde estejam preparadas tanto no que se refere ao abastecimento de insumos de teste de HIV, como também quanto a ter pessoal de saúde capacitado e sensibilizado. Consideramos que estas capacitações devam ser de forma permanente e atualizada, envolvendo todos os gestores e profissionais que prestam cuidado às mulheres HIV-positivo no pré-natal. Conclui-se que, desse modo, será possível garantir às mulheres HIV-positivo seu direito ao

acesso à saúde de qualidade, humanizado e eficaz, tal como está recomendado nos protocolos do Ministério da Saúde peruano, e, assim, dar mais um passo em frente na redução da transmissão vertical de HIV a crianças.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.L.F.; CAMARGO, J.K.R. **Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.

ARAÚJO, M.A.L. et al. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 61, n. 5, p. 589-594, 2008.

ARAÚJO, M.A.L.; VIEIRA, N.F.C.; ARAÚJO, C.L.F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 268-281, 2009.

CARVALHO, C.M.L.; GALVAO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 90-97, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a15.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MOURA, E.L.; PRAÇA, N.S. Transmissão vertical do HIV:

expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 405-413, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Oscites, 2010.

NASHIMOTO, T.M.I.; ROZMAN, M.A. Transmissão Materno – infnatil do vírus da imunodeficiência Humana .Avaliação de medidas de controle no município de Santos. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 51, p. 54-60, 2005.

PERÚ. Ministério da Salud. **Diminuir a transmissão vertical do HIV**. Lima (PE): MINSA, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 668/2004a**. Aprueba Guía Nacional para el atendimento integral da Salud Sexual y Reproductiva. Disponível em:  
<<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Guias%20nacionales%20de%20Atencion%20Integral%20de%20la%20SSR.pdf>> . Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 125/2004b/MINSA (PE)**. Prueba a Norma Técnica de Atención de Consejería ITS/HIV/SIDA. Disponível em:  
<[http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/DESP/Normatividad\\_ITS\\_VIH/RM\\_125-2004MINSA.pdf](http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/DESP/Normatividad_ITS_VIH/RM_125-2004MINSA.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 336-2008-MINSA (PE)**. Norma Técnica de Salud n. 064/2008/MINSA-DGSP: Norma técnica de salud para la profilaxis da transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis congénita. Disponível em:  
<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB-VIH/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Norma%20T%C3%A9cnica%202008.pdf>>.. Acesso em: 15 mar. 2011.

GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MACHADO, J.M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/aids através do HAT-Qol. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 430-437, 2004.

PRAÇA, N.S.; BARRANCOS, J.T.G. Teste anti-HIV e aconselhamento no pré-natal: percepção de puérperas. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 106-116, 2007.

SILVA, R. M. O.; ARAÚJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 630-6, dez. 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452008000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WHORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010**. Geneva: WHO, 2011.

5.3 MANUSCRITO 4: PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PARTO E PUERPÉRIO

## **PERCEÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PARTO E PUERPÉRIO<sup>1</sup>**

### **PERCEPTION OF HIV-POSITIVE WOMEN ABOUT THE CARE RECEIVED IN CHILD-BIRTH AND PUERPERIUM**

### **PERCEPCIÓN DE MUJERES VIH-POSITIVO SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PARTO Y PUERPERIO**

Maria de Jesus Hernández Rodriguez<sup>2</sup>  
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>3</sup>

## **PERCEÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PARTO E PUERPÉRIO**

**RESUMO:** Estudo qualitativo, tipo exploratório-descritivo, com objetivo de identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério, desenvolvido numa maternidade de Iquitos, Peru, no período de janeiro a março de 2012. A coleta de dados foi realizada com 13 mulheres HIV-positivo, que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto, através de entrevista semiestruturada e prontuários. A técnica analítica foi a análise de conteúdo, da qual emergiram as categorias: apreensão no parto; insegurança e falta de sigilo no puerpério; amamentar ou não; orientações no puerpério, estratégias e orientações acerca dos cuidados com as mamas. Os resultados evidenciam acolhimento insatisfatório e dificuldades do pessoal de saúde para cuidar das mulheres. É fundamental que a equipe que presta o cuidado à mulher esteja

<sup>1</sup> Manuscrito que compõe a dissertação – Percepção de mulheres HIV-positivo sobre o cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012, com apoio financeiro da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

<sup>2</sup> Enfermeira Obstétrica, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Bolsista da CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) do PEN/UFSC. E-mail: mjhr\_25hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC); Membro e Líder do GRUPESMUR do PEN/UFSC. Florianópolis/SC, Brasil. E-mail: gregos@matrix.com.br

preparada e disponível para apoiá-la, transmitindo confiança, e que seja reforçada a necessidade de uma comunicação apropriada para promover maior qualidade de vida e de saúde para essas mulheres.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV; Enfermagem; Cuidado; Parto. Período Pós-parto. Políticas da Saúde.

**ABSTRACT:** It is a qualitative study, exploratory and descriptive, aiming to identify the perception of HIV-positive women about the care received during the labor and puerperium, developed in a maternity in the city of Iquitos, in Perú, from January to March 2012. Data collection was conducted with 13 HIV-positive women who had their deliveries in the maternity selected for the study and were hospitalized in rooming unit, through semi-structured interviews and medical record. The analytical technique was by content analysis, from which emerged the categories: stress in childbirth; insecurity and lack of confidence in the puerperium; breastfeed or not: postpartum guidelines, strategies and guidance about the care with breasts. Results show unsatisfactory welcome and difficulties of health team to take care of women. It is essential that the team that provides care to the woman be prepared and available to support her, conveying confidence and to reinforce the need for proper communication to promote better quality of life and health for these women.

**KEYWORDS:** HIV. Nursing. Care. Childbirth. Postpartum Period. Health Policies.

**RESUMEN:** Estudio cualitativo, de tipo exploratorio - descriptivo, con objetivo identificar la percepción de mujeres VIH- positivo, sobre la atención recibida en el parto y puerperio desarrolló una maternidad Iquitos, Perú, entre Enero a Marzo de 2012. La recolección de datos fue con 13 mujeres VIH- positivo, que tuvieron sus partos en la maternidad seleccionada para el estudio y se encontraban internadas en unidad de alojamiento en conjunto, a través de entrevistas semiestructuradas y historia clínica. La técnica analítica fue análisis de contenido de la cual surgieron las categorías: aprensión en el parto; inseguridad y falta de confidencialidad en el puerperio, amamantar o no: orientaciones en el puerperio; estrategias y orientaciones sobre los cuidados con las mamas. Los resultados muestran acogimiento insatisfactorio y dificultades del personal de salud para cuidar de mujeres. Es fundamental que el equipo que atiende a la mujeres estén preparados y disponibles para apoyarla, transmitiendo confianza y reforzar una adecuada comunicación para promover una mejor calidad de vida y de

salud de estas mujeres.

**PALABRAS CHAVE:** VIH; Enfermería; Cuidado; Parto; Período Posparto. Políticas de Salud.

## INTRODUÇÃO

No início dos anos de 1990 a frequência de casos de aids entre mulheres cresceu consideravelmente quando a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de contágio. Essa situação provocou aumento considerável de crianças, com o HIV, devido ao fato de que muitas das mulheres infectadas com o HIV encontram-se em idade reprodutiva (PERÚ, 2006). Atualmente a quase totalidade de casos de HIV/Aids em menores de 15 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV (WHO, 2011).

Segundo estudo realizado em 2007, o momento do parto representa o maior risco de transmissão vertical do HIV (65%), quando a mãe é portadora. A infecção pelo HIV/Aids intraútero representa 35% dos riscos, enquanto que o aleitamento materno oferece risco adicional entre 7 e 22 % (ARAÚJO; NOGUEIRA, 2007).

A prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids é realizada através do acompanhamento do cuidado pré-natal regular, com a administração de antirretrovirais (ARVs), realização de exames de contagem de linfócitos TCD4 e carga viral, e cuidados relativos ao parto e ao pós-parto. Embora recentemente a Organização Mundial da Saúde recomende a amamentação em mulheres HIV-positivo, desde que recebam antirretrovirais durante a amamentação em vários países o aleitamento materno continua sendo contra-indicado, e a puérpera logo após o parto ingere medicamentos para suspender a lactação (WHO, 2011). Segundo o Ministério da Saúde peruano, quando adotadas todas as medidas preventivas necessárias, as probabilidades de transmissão são de 0 a 2%, enquanto que, na ausência de tratamento, as chances sobem para 20% (GONÇALVES, PICCININI, 2008; PERU, 2008).

Dessa forma, a mulher com HIV-positivo deverá receber cuidados especializados no período gestacional, e especialmente no momento do parto e no puerpério, e ser orientada sobre a doença, sobre o risco de repercussão do vírus na sua saúde e na do seu bebê, e sobre tudo sobre o uso precoce de medidas profiláticas para o recém-nascido, logo após o parto, para minimizar a transmissão vertical do HIV (PERU, 2008).

Estudos mostram que as mulheres HIV-positivo no momento do parto vivenciam medo, preocupação com a transmissão do HIV para o bebê e medo da perda do bebê antes mesmo de ele nascer (CARVALHO; PICCININI, 2006). Além disso, as mulheres HIV-positivo passam pelas experiências de não amamentar seu filho, onde poderão enfrentar diferentes problemas, principalmente de ordem física, emocional, e psicológica no período do puerpério (SANTOS, 2004).

Diante do exposto e em decorrência da experiência junto a esse grupo de mulheres HIV-positivo, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério? Em busca de respostas para essa questão optamos por desenvolver o presente estudo, que tem como objetivo: identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério numa maternidade pública de referência peruana.

Diante dessas reflexões, acreditamos que os resultados deste estudo possibilitarão aos serviços de saúde uma avaliação sobre as estratégias destas políticas de saúde que vêm sendo adotadas no cuidado das mulheres HIV-positivo no parto e puerpério, a partir da percepção dessas mulheres.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudo**

Este é um estudo exploratório-descritivo, desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é um método aplicado para o estudo dos valores e atitudes num espaço de relações, das crenças, das percepções e das opiniões a respeito de como os sujeitos vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

As pesquisas exploratórias visam desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias com vistas à formulação de problemas mais precisos pesquisáveis para estudos posteriores, e lançarem novas luzes a problemas recorrentes da realidade social (GIL, 2008).

No que se refere ao tipo descritivo, o estudo foi baseado na necessidade de se explorar e descrever o problema e a situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos sobre os problemas existentes para os indivíduos (MINAYO, 2010).

### **Local e Contexto da Pesquisa**

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de alojamento conjunto de uma maternidade de um hospital público na cidade de

Iquitos, Peru, referência para atendimento de gestantes HIV-positivo. A maternidade ocupa o terceiro andar do prédio do hospital, sendo que o centro obstétrico conta com cinco salas de pré-parto, duas salas de parto e uma sala de observação puerperal, que está composta por 12 leitos. Em média, são realizados oito partos por dia, e o número de mulheres HIV-positivo atendidas é de três, mensalmente. A unidade de alojamento conjunto conta com 84 leitos e está dividida em puérperas de baixo risco e alto risco.

### **Participantes da pesquisa**

As participantes da pesquisa foram 13 mulheres HIV-positivo que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo, e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto. O número de participantes definiu-se mediante a saturação das informações, ou seja, a repetição dos dados, além de responder às inquietações e aos objetivos do estudo (TURANO, 2003).

O critério em inclusão foram mulheres HIV-positivo que tiveram seus partos e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto e que desejavam participar do estudo. Foram excluídas as mulheres HIV-positivo que expressarem o desejo de não participar do estudo e as mulheres sem condições clínicas (físicas, mentais ou emocionais) adequadas para serem abordadas. Ressaltando que as que não queriam participar do estudo não teriam qualquer prejuízo.

### **Coleta de dados**

Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e prontuários. A entrevista é uma conversa com o objetivo de obtenção dos dados que interessam ao investigador (GIL, 2008). Na entrevista foram incluídas as seguintes informações: dados sociodemográficos e percepção das mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério, cujas respostas foram gravadas e posteriormente transcritas, com prévia autorização das mulheres entrevistadas. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2012.

### **Análise dos dados**

Para guiar a análise dos dados elegemos a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2010). A técnica de análise temática organiza-se em torno de três fases: A pré-análise - que consiste em tomar contato exaustivo dos dados, deixando-se impregnar por seu conteúdo e organização do mesmo; Exploração do material - que é a compreensão do texto, buscando categorias, que são expressões ou

palavras em função das quais o conteúdo será organizado; e o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação- onde os resultados brutos são submetidos à análise, que propõe interferências e realiza interpretação, inter-relacionando-as com o referencial teórico ou novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

### **Aspectos éticos**

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado pelo Protocolo n° 2431/11. Os participantes receberam todas as informações referentes à investigação, e os que aceitaram participar formalizaram a decisão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantimos o sigilo e o anonimato das participantes, identificando-as por letras (M) seguidas de números [1 a 13].

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise temática dos dados, foram identificadas quatro categorias: Apreensão no momento do parto; Insegurança e falta de sigilo no puerpério; Amamentar ou não: orientações às mulheres HIV-positivo no puerpério; e Estratégias com o cuidado com as mamas em mulheres HIV-positivo.

### **Emoção no momento do parto**

O momento do parto de uma mulher é geralmente caracterizado por uma fase de expectativas, muita emoção, medo, e, quando acompanhado pelo HIV/Aids, essa apreensão tende a potencializar-se. Estudos mostram que as mulheres HIV-positivo vivenciam, no momento do parto, medos e preocupação de transmitir a infecção para o filho, e pelo parto ter que ocorrer na presença do HIV/Aids (CARVALHO, PICCININI, 2006; GONÇALVES, PICCININI, 2008). De acordo pelo Ministério de Saúde peruana, a maioria dos casos da infecção pelo HIV/Aids ocorre durante o trabalho de parto e parto propriamente dito (PERU, 2008). Neste estudo não foi diferente, as participantes relataram medo, angústia pela cirurgia, e ao mesmo tempo preocupação de transmitir a infecção ao filho. Verificou-se, também, o quanto é importante o acompanhamento do profissional para oferecer suporte

para ajudar a minimizar essas angústias nesse momento singular de sua vida:

*Então fui encaminhada, para a cirurgia e o doutor perguntou: “A senhora sabe por que vamos fazer a cesárea?”. Eu respondi que sim, mas ele explicou: “Vamos fazer cesárea porque a senhora é HIV-positivo. A cirurgia é para prevenir que seu bebê saia com a doença. Agora vão colocar a anestesia, fique tranquila tudo vai sair bem”. Essas palavras que ele falou foram muito importantes para mim, porque eu estava muito nervosa, sentindo medo pelo bebê, medo pela cirurgia. [M6]*

Nota-se no depoimento acima que o processo do parto dessas mulheres HIV-positivo tende ser uma experiência pautada de tensão, insegurança pela possibilidade da transmissão vertical do HIV para ao filho e, sobretudo, pelo sofrimento, que exige acolhimento e cuidado por parte dos profissionais de saúde (PERU, 2008). Estudos referem que o tipo de vínculo estabelecido com os profissionais de saúde no serviço fará diferença em relação à compreensão da HIV/Aids, proporcionando maior aceitação e tranquilização por parte do paciente, neste caso com a mulher HIV-positivo (MINGUINI; CAMPOS, 2010). Nesse sentido, a qualidade da comunicação da equipe de saúde com as mulheres HIV-positivo no momento do parto é de extrema importância, para oferecer apoio psicológico e diminuir medos, ansiedade, nessa etapa peculiar de sua vida.

Porém muitas vezes as mulheres HIV-positivo encontram acolhimento insatisfatório e pouca qualidade da comunicação de parte do profissional de saúde nos serviços. Estudo demonstrou falta de compromisso de alguns profissionais de saúde para assistir a essa população, referente à questão de preconceito moral e à ética que envolve o cuidado das mulheres HIV-positivo (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010). Nesse contexto, situação semelhante foi relatada pelas mulheres HIV-positivo nesta pesquisa, como mostra o depoimento:

*Quando estava dentro da sala, o médico disse: “A senhora já não deveria estar tendo mais filhos, porque você já sabe que é HIV-positivo”. [M2]*

*Na cirurgia o médico, diante de todos, disse em*

*voz alta: “Por que estes tipos de mulheres com aids ficam grávidas, não deveriam aceitar [...] infectam muitas crianças [...]”. Os médicos deveriam ser mais humanos, sensíveis, colocar-se no lugar das pessoas que estão com essa doença (HIV). Tudo o que o médico falou me fez sentir culpada o tempo todo, como se eu não queria o meu bebê. Se eu tivesse conhecimento que estava com a doença (HIV) antes de engravidar, não teria ficado grávida, porque eu não gostaria de trazer um bebê com essa doença ao mundo (chorou). Só me internei no último mês de gestação.[M5]*

Com esses depoimentos, percebe-se que nem todos os profissionais de saúde parecem estar preparados para prestar o cuidado de qualidade na sala parto às mulheres HIV-positivo, além de que estas passam angústias no momento do parto ou por diferentes situações sob o signo da aids. Soma-se a falta de sensibilidade moral e ética de alguns profissionais de saúde nos serviços. Porém, contrariando as leis sobre o direito à saúde, onde se manifesta que os serviços têm o dever de oferecer uma atenção de qualidade, respeitosa, sem discriminação, garantindo a privacidade da usuária (PERU, 2008).

No entanto, é fundamental que seja reforçada a importância da qualidade do cuidado e da comunicação dos profissionais de saúde com mulheres HIV-positivo, uma vez que uma conduta ética deve primar pelo respeito ao outro e às suas escolhas (ROSA; ZORDAN; TIAGO, 2008). A reação negativa por parte dos profissionais de saúde quanto à gravidez no contexto de HIV- positivo pode interferir no bem-estar dessas mulheres, assim como despertar sentimentos de culpa por ficarem grávidas estando com HIV-positivo (PAIVA; GALVÃO, 2004). O profissional deve considerar que esta mulher é como qualquer outra mulher, e que, independente do seu estado sorológico, deseja ser mãe. Porém, nas ações em saúde destinadas a mulheres HIV-positivo, o desejo reprodutivo nem sempre é considerado, torna-se uma barreira para a sua realização pelos mesmos profissionais de saúde (MINGUINI; CAMPOS, 2010).

De acordo com estudo realizado com mulheres HIV-positivo, no Nordeste do Brasil, muitas mulheres tiveram esse desejo interrompido, pois o HIV/Aids foi a razão para esterilização após o parto em mais da metade das mulheres HIV-positivo. Nesse caso, a recomendação

profissional foi um fator decisivo para essa situação (OLIVEIRA et al., 2007). Resultados semelhantes ao presente estudo indicam que a maioria das mulheres foram submetidas à laqueadura tubária e o profissional foi fator decisivo para suas decisões, como pode-se observar na fala a seguir:

*Eu fiz também a laqueadura, eles (enfermeiras, médico) falavam que deveria fazer porque quando se tem essa doença não é para ter mais filhos, porque meu bebê poderia nascer com a doença [...]. Assim, que tanto que elas falavam, decidi fazer, mas eu não queria mesmo. Meu marido não assinou a folha de consentimento. Então eu pensei que não seria feito a laqueadura. Só me inteirei quando fizeram assinar um caderno onde estavam todas as mulheres que fizeram a laqueadura. Eu fiquei calada [...] Meu marido ficou muito bravo comigo, que para fazer, já estava feito. [M13]*

Os depoimentos revelam rejeição dos profissionais de saúde à gravidez no contexto do HIV/Aids, enfatizando os riscos da transmissão vertical, na forma de objeção à gravidez e incitação a se esterilizar, sem menção às possibilidades de profilaxia e às condições que diminuiriam tais riscos do HIV/Aids. Conforme recomendações do Ministério de Saúde peruano, a distribuição de medicamentos profiláticos e de leite artificial para as crianças são abrangidas pelas normas nacionais e internacionais, e estão contribuindo significativamente para o declínio da infecção nas crianças atingidas pelo HIV (PERU, 2008). O Ministério de Saúde peruano também recomenda que o procedimento da laqueadura deva ser realizado com prévio aconselhamento e consentimento informado e assinado pelos casais (PERU, 2005). Nota-se neste estudo que esta recomendação não correspondeu aos dados obtidos

Entretanto as mulheres HIV-positivo devem ter seus direitos reprodutivos respeitados, garantidos, incluindo a possibilidade de uma gestação com as menores chances de vir a ter um filho soropositivo, pois, apesar da aids, seus desejos sexuais, sua afetividade e o desejo pela maternidade estão presentes (OLIVEIRA et al., 2007).

Porém faz-se necessário estabelecer capacitações acerca do direito reprodutivo das mulheres HIV-positivo, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para realizarem o cuidado de forma que se estabeleça uma comunicação de qualidade com a mulher HIV-

positivo nos serviços de saúde. Essa comunicação, realizada da forma adequada e eficaz, pode levar a uma consciência na tomada de decisões em relação às possibilidades de gestação e à prevenção da transmissão vertical do HIV (BARBOSA; KNAUTH, 2003).

### **Insegurança e falta de sigilo no puerpério**

A prática profissional de cuidar das mulheres HIV-positivo, neste estudo, mostra-nos dificuldades, desencadeadas pelas circunstâncias de vulnerabilidade individual, familiar e social, por ser o HIV/Aids uma patologia impregnada de preconceito e discriminação, o que se coloca como um dos grandes desafios a serem vencidos no atual contexto da epidemia.

Embora conhecidos os inúmeros avanços tecnológicos em relação ao tratamento da HIV/Aids, percebe-se que ainda estamos longe de ser uma patologia aceita socialmente e que permita às pessoas soropositivas revelarem seu estado com tranquilidade às pessoas que se encontram ao seu redor (LANA; LIMA, 2010). No presente estudo, as mulheres HIV-positivo referem medo de revelarem seu *status* sorológico, que as acompanha também na internação no alojamento em conjunto, manifestando ao profissional situação de sigilo quanto ao diagnóstico:

*No puerpério, eu estava muito insegura, morrendo de medo que alguém falasse com minha família sobre meu diagnóstico [...] Eu solicitei para a enfermeira e o médico que não falassem nada quando eles estivessem no meu quarto [...]. Foram dias de muito medo mesmo. [M7]*

Evidencia-se que as mulheres HIV-positivo sentem-se inseguras e com medo no alojamento conjunto sobre a revelação do diagnóstico aos familiares. O temor perseguiu estas mulheres HIV-positivo o tempo todo no alojamento conjunto, por parte dos que estavam ao seu redor. Estudos referem que as mulheres ocultam seu diagnóstico devido ao medo de serem estigmatizadas, rejeitadas, ou seja, serem vítimas do preconceito (CARVALHO; GALVÃO, 2008). Outros estudos relatam que as mães referem medo da reação dos familiares quanto à sua condição de HIV, sendo poucas as situações em que as mulheres/mães compartilham com todos os seus familiares seu *status* sorológico (SANTOS, 2004; PREUSSLER, EIDT, 2007).

Vale lembrar que o estatuto de pessoas com HIV/Aids estabelece que o diagnóstico de HIV-positivo não pode ser revelado a ninguém sem

sua autorização. Desse modo, o profissional de saúde deve respeitar estes direitos (PERU, 2008). Entretanto evidenciamos, neste estudo, situações opostas quanto ao sigilo do diagnóstico no alojamento em conjunto, como nos mostra a fala:

*Na unidade de puerpério eu disse para os profissionais que minha irmã não sabia sobre meu diagnóstico de HIV/Aids. Quando estava pelos dois dias no hospital, falaram para ela (irmã), um profissional, que eu era soropositiva [...] ela ficou desesperada, pensava que eu ia morrer [...] Agora eu estou com medo que ela fale para toda minha família sobre meu resultado. [M8]*

A todo ser humano deve ser garantida a preservação de seus direitos, de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento dos nascimentos e de ter a informação adequada, assim como o direito de gozar do saúde sexual e reprodutiva e também inclui o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência. , no caso particular de mulheres HIV-positivo, essa condição não deve ser diferente. Tais situações inadequadas não devem permear os cuidados nos serviços de saúde. Especialmente dentro das unidades de alojamento em conjunto, onde as mulheres HIV-positivo requerem um cuidado especial, já que estão passando por diferentes situações, de adaptações de um novo ciclo de suas vidas e a um novo papel social, especialmente por ocasião do primeiro bebê. Além de sentimentos, medos, sofrimentos e expectativas a respeito do HIV/Aids.

### **Amamentar ou não: orientações às mulheres HIV-positivo no puerpério**

Embora a Organização Mundial da Saúde, recentemente esteja recomendando a amamentação em mulheres HIV-positivo, a prática de amamentação em mulheres HIV-positivo é contraindicada pelo Ministério de Saúde peruano e Brasileiro, por considerar os riscos adicionais de contaminação, e a transmissão através do aleitamento materno representar um risco adicional de contágio para a criança, sendo responsável por 15 a 30% dos casos de transmissão de mãe para filho (PERU, 2008; WHO, 2011).

Dessa forma, as mulheres HIV-positivo devem ser orientadas pelos profissionais de saúde, desde a concepção, sobre os riscos de

infecção pelo aleitamento materno, nos serviços de saúde. Nas falas apresentadas pela maioria das mulheres HIV-positivo entrevistadas neste estudo, percebe-se que as mesmas receberam orientações para evitar a amamentação natural após o parto, durante as consultas no pré-natal e nas unidades de puerpério. As falas a seguir ilustram tal situação:

*Depois no dia seguinte da cesária, a enfermeira falou que não poderia dar o leite de peito a meu nenê, porque poderia passar a doença, que só poderia alimentar com leite em pó.[M10]*

*No pré-natal e agora no puerpério as enfermeiras disseram que meu bebê não pode ser amamentado no peito, porque o meu leite está contaminado (HIV) [...]. [M13]*

Pelo observado na fala das mulheres HIV-positivo, estas foram informadas adequadamente sobre a contraindicação do aleitamento materno diante do HIV. Apesar de se conhecerem todos os benefícios proporcionados pela amamentação, as mulheres HIV-positivo devem ser orientadas a não amamentar e substituí-la por leites artificiais, em virtude dos riscos reais de contaminação da criança pelo uso do aleitamento materno.

No entanto a suspensão da amamentação gera conflitos, sofrimentos psicológicos na vida destas mulheres HIV-positivo. Estudos com mães soropositivas referem que o sofrimento pode ser motivado por a mãe ter a experiência anterior de amamentar naturalmente; e veiculam o lema de que o aleitamento materno é o melhor remédio para a saúde do filho (SANTOS, 2004). Ante essas situações, como se pode perceber pelos depoimentos:

*[...] eu fiquei muito triste em não poder dar o leite de peito para meu bebê. Meus outros dois filhos eu amamentei, e a ele não posso [...] eu me sentia muito triste, dor no coração. O pessoal de saúde disse que não posso amamentar, pela doença, mas não disse nesse momento nenhuma palavra que pudesse aliviar a tristeza, a dor no coração, na alma, que nós sentimos [...], deveriam dar um pouquinho mais de atenção. [M3]*

A maioria das mulheres/mães HIV-positivo, diante da

impossibilidade de amamentar, revela sensação de tristeza, dor em ter que se resignar a não oferecer o peito ao seu filho, e, reclama a falta de suporte emocional por parte dos profissionais de saúde que se encontram na unidade de alojamento conjunto. ‘

É necessário que o profissional de saúde, e em especial a enfermeira, resgate a verdadeira essência desse cuidado, para possibilitar maior amorosidade entre os seres humanos e, com isso, desvelar um mundo com mais valor, valor este presente nos preceitos necessários para se viver em comunidade; é preciso que exista a solidariedade, qualidade essencial para se perceber as necessidades do outro, principalmente, nos pacientes com HIV/Aids (PINHEIRO, 2005).

### **Estratégias e orientações quanto aos cuidados com as mamas da mulher HIV-positivo**

O Ministério de Saúde peruano e brasileiro recomendam que a mulher HIV-positivo deva ter sua lactação inibida logo após o parto. Tal iniciativa pode ser facilitada mediante a utilização de métodos farmacológicos combinados com métodos mecânicos, como fazer a compressão das mamas (enfaixamento ou uso de sutiã com boa sustentação), de forma cuidadosa, para não gerar desconforto e aumentar o mal-estar, e a extração de leite suficiente para manter as mamas confortáveis e sadias, e o uso de analgésicos em caso de dor (PERU, 2008).

Dessa forma, como estratégias preventivas, as mulheres HIV-positivo devem receber orientações nos serviços de saúde, a fim de evitar uma produção excessiva de leite nas mamas. Algumas mulheres de nosso estudo relataram terem sido orientadas para utilizar procedimentos capazes de prevenir problemas com as mamas, conforme se menciona:

*O médico me receitou um medicamento para as mamas não incharem. Eu tomei e não tive problemas nas mamas[...] [M1]*

*Falou que deveria fazer massagem nos peitos, para que não fique inchado [...]. [M9]*

*A enfermeira falou que colocaria um sutiã apertado, para que as mamas não inchassem. Sobre o enfaixamento, elas (enfermeiras) não falaram sobre isso. [M11]*

Conforme relatado pela maioria das mulheres HIV-positivo

entrevistadas neste estudo, elas receberam orientações sobre como prevenir o ingurgitamento mamário. Relataram que utilizaram fármacos inibidores da lactação, massagem e orientação para uso de sutiãs apertados. Como podemos observar também nos depoimentos, a orientação para o uso da técnica de enfaixamento das mamas no puerpério não é comumente utilizada pelos profissionais de saúde na unidade de alojamento conjunto e foi substituída pelos sutiãs apertados.

Nesse particular, vale mencionar que, em alguns estudos realizados, as mulheres HIV-positivo demonstraram repúdio em relação à técnica de enfaixamento das mamas adotada pelo Ministério de Saúde, referindo sensações físicas como sentir-se doente e diferente, submetida e estas técnicas. Do ponto de vista psicológico, demonstraram sentimentos de impotência, angústia, revolta, perda de identidade feminina e materna, perda simbólica das mamas, sufocamento, dor, tristeza, discriminação e humilhação (SANTOS, 2004; PINHEIRO et al., 2005). Dessa forma, estudos sugerem que a mãe faça opção por essa técnica, mas o procedimento deve receber acompanhamento posterior por parte do profissional de saúde, para assim aliviar qualquer desconforto nas mães HIV-positivo (MACHADO; BRAGA, 2010).

As orientações e acompanhamento no puerpério são de extrema importância para as mães HIV-positivo, já que depois do nascimento do filho ocorre na circulação sanguínea da mulher um aumento da concentração dos hormônios como a ocitocina e prolactina, responsáveis pela descida e produção de leite na glândula mamária. Quando não há sucção e fluxo dessa secreção láctea, as mamas ficam inchadas e congestionadas. Na mulher HIV-positivo estas situações podem ainda mais agravadas quando se contraindica a amamentação, ocasionando muitas vezes problemas nas mamas (PERU, 2008). Entretanto algumas mães HIV-positivo manifestaram que não receberam orientações e relataram situações de dor nas mamas:

*Não explicaram essa parte sobre amamentação. Nos dois dias que estava internada (puerpério) minhas mamas incharam, estavam como uma pedra e sentia muita dor, febre. Tomei um comprimido para secar a leite. [M13]*

No entanto, como se pode observar ainda há falta de informações quanto aos cuidados das mamas. É preciso que estas mulheres/mães HIV-positivo sejam devidamente orientadas nos serviços de saúde. Quando há suspensão precoce da amamentação após o parto, muitas

mulheres, especialmente mulheres HIV-positivo, apresentam problemas nas mamas, como ingurgitamento mamário, conhecido comumente como peito empedrado, caracterizado pelo acúmulo de leite em toda a glândula mamária durante a descida do leite, verificado de dois a três dias após o parto (PERU, 2008).

O acesso às ações de aconselhamento nos serviços de saúde é um direito de toda gestante, parturiente e puérpera. Consequentemente, é dever de todo profissional de saúde facilitá-lo, e dos gestores possibilitarem as necessárias condições para integrá-lo na rotina dos cuidados às mulheres HIV-positivo nos serviços de saúde. Esta ação pode ser alcançada com capacitações permanentes e adequação de recursos humanos (BARROSO; GALVÃO, 2007).

O Ministério de Saúde peruano também recomenda que as mães HIV-positivo sejam orientadas ou informadas sobre o suprimento do leite artificial, a forma de como preparar a fórmula infantil e outros alimentos, e como oferecê-los à criança, para que desse modo se minimizem os riscos de contaminação e erros durante a preparação do leite artificial.

*A enfermeira disse que antes de dar mamadeira ao nenê deveria colocar-lhe primeiro em água quente, para evitar doença ao bebê, que o leite em pó daríamos cada duas horas. [M4]*

*A enfermeira disse que o leite em pó o hospital nos daria até os seis meses de vida do bebê, e que deveria deixar a mamadeira uns minutos em água quente, e que antes de preparar a leite deveria lavar primeiro minha mãos com água para prevenir alguma doença a meu bebê. [M12]*

O aconselhamento sobre a alimentação infantil e a orientação de como preparar as fórmulas infantis são de extrema importância para as mulheres HIV-positivo, para assim evitar contaminação de outras doenças nas crianças. O Ministério de Saúde peruano emitiu o padrão do Sistema Integrado de Saúde (SIS), incluindo custos e desembolsos em relação à transmissão mãe-filho do HIV. Deste modo, define que cada estabelecimento de saúde deva garantir o fornecimento gratuito de leite industrializado até os seis meses de idade das crianças e o acompanhamento é obrigatório de cada unidade de saúde (PERU, 2008). Assim, as estratégias do sistema de saúde constituem-se em elementos-chave para a prevenção da transmissão vertical mãe-filho do HIV/Aids.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das percepções de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério evidencia, em seus resultados, acolhimento insatisfatório e dificuldades do pessoal de saúde para cuidar das mulheres HIV-positivo.

Sendo assim, através das percepções das mulheres HIV-positivo sobre o cuidado recebido trabalho de parto, verificou-se que nem todos os profissionais de saúde parecem estar preparados para prestar esse cuidado com qualidade na sala parto, além de que estas passam por diferentes situações. Soma-se a falta de sensibilidade moral e da ética do cuidado de alguns profissionais no serviço. Vivenciando-se uma experiência pautada na tensão, e insegurança pela possibilidade da transmissão vertical do HIV para ao filho. Nesse sentido, a qualidade da comunicação da equipe de saúde no momento do parto é de extrema importância, para diminuir medos e ansiedades nesta etapa peculiar de sua vida.

Percebe-se, também, rejeição dos profissionais de saúde à gravidez no contexto do HIV/aids, enfatizando os riscos da transmissão vertical, na forma de objeção à gravidez e incitação a se esterilizar, sem mencionar as possibilidades de profilaxia e as condições que diminuiriam os riscos do HIV/Aids, como é recomendado pelas normas e diretrizes do Ministério de Saúde peruano.

Evidencia-se que as mulheres HIV-positivo se sentem inseguras e com medo no alojamento em conjunto sobre a revelação do diagnóstico por parte dos que estavam ao seu redor. O estatuto de pessoas com HIV/Aids estabelece que o diagnóstico de HIV-positivo não pode ser revelado a nenhuma pessoa sem a sua autorização. Entretanto as mulheres HIV-positivo denunciaram falhas quanto ao sigilo do diagnóstico na unidade de alojamento conjunto.

As mulheres HIV-positivo referem que receberam orientações para evitar a amamentação natural após o parto. Porém verificou-se que ainda há falta de orientação quanto aos cuidados com as mamas de mulheres HIV-positivo. A exclusão da amamentação e a falta de orientações sobre os cuidados com as mamas gera ainda conflitos, sofrimentos psicológicos e físicos nas vidas destas mulheres. Faz-se necessário que as mulheres HIV-positivo, durante sua permanência na unidade de alojamento conjunto, recebam os cuidados de suporte emocional por parte da equipe de saúde, e em especial da enfermeira, com a qual mantêm maior contato, sendo necessário resgatar a verdadeira essência desse cuidado, para possibilitar maior amorosidade

entre os seres humanos, principalmente, nas mulheres HIV-positivo.

Por fim, é necessário que sejam reforçadas a qualidade do cuidado e da comunicação dos profissionais de saúde com mulheres HIV-positivo, e uma conduta ética no cuidado devendo-se primar pelo respeito ao outro. Acredita-se que esses reforços poderão oferecer um cuidado com maior qualidade e a promoção de saúde nas mulheres HIV-positivo, e que as políticas de saúde sejam cumpridas plenamente nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.M.; NOGUEIRA, L.T. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 396-399, 2007.

BARROSO, L.M.M.; GALVÃO, M.T.G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde e puérperas com HIV/AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 463-469, 2007.

BARBOSA, R.M.; KNAUTH, D.R. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, suppl. 2, p. S365-S376, 2003.

CUETO, M. El rastro del SIDA en el Perú. **Hist. Ciênc. Saúde - Manquinhos**, v. 9, suppl., p. 17-40, 2002.

CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 345-355, 2006.

CARVALHO, L.C. M.; GALVÃO, G.M.T. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.1, p. 90-97, 2008.

CARVALHO, C. M. L.; MARTINS, L. F. A.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção. **Nursing** (São Paulo), v. 8, n. 100, p. 1010-1015, set. 2006.

GONÇALVES, T.R.; PICCININI, C.A. Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê. **Psicol. Teor. e Pesq.**, v. 24, n. 4, p. 459-470, 2008.

GALVÃO, M.T.G.; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 371-376, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LANA, F.F.C.; LIMA, S.A. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 587-594, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Oscites, 2010.

MINGUINI, M.S.; CAMPOS, V.M.L. **A comunicação como elemento estratégico no contexto da soropositividade para o HIV**. 2008. 87 fl. Monografia (Enfermagem) Centro Universitário de Araraquara, Araraquara, 2010.

MORENO, C.C.G.S.; REA, M.F.; FILIPE, E.V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saúde Materno Infant.**, v. 6, n. 2, p. 199-208, 2006.

MACHADO, T.M.M.; BRAGA, C.M.Q.; GALVÃO, G.M.T. Problemas com a mama puerperal revelado por mães soropositivas. **Rev. Esc.**

**Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 120-125, 2010.

PERU. Ministério da Salud. **Diminuir a transmissão vertical do HIV**. Lima (Peru): MINSA, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 536-2005-MINSA (PE)**. Norma Técnica de Salud n. 032/2005/MINSA-DGSP-V.01: Norma técnica de salud para planificación familiar. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-NormaTecnica-Planificacion-Familiar.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 336-2008-MINSA (PE)**. Norma Técnica de Salud n. 064/2008/MINSA-DGSP: Norma técnica de salud para la profilaxis da transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis congénita. Disponível em: <<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB-VIH/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Norma%20T%C3%A9cnica%202008.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

OLIVEIRA, F. et al. HIV positive women in Northeast Brazil: tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. **AIDS Care**, v. 19, n. 10, p. 1258-1265, 2007.

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

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

PINHEIRO, P.N.C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 4,

p. 569-75, jul-ago. 2005.

ROSA A.C.M.; ZORDAN, D.; TIAGO, M.C.S. **Profissionais de saúde e as representações sobre o cuidar e o morrer de pacientes soropositivos.**2008. 70 fl. Monografia (Enfermagem) Centro Universitário de Araraquara, Araraquara, 2008.

SANTOS, E.K.A. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar:** a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. 2004. 347 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2003

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010.** Geneva: WHO, 2011.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada por inquietações e reflexões advindas da minha experiência profissional, como enfermeira assistencial, tendo como foco de atenção gestantes, parturientes e puérperas portadoras de HIV/Aids, procurei, através deste estudo, aproximar-me da percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. Para tal empreendimento, busquei suporte teórico nas políticas públicas do Perú, país de minha origem, direcionadas à saúde da mulher no contexto do HIV/Aids, visto que tais políticas primam, acima de tudo, pela adoção de um modelo de cuidado de qualidade nos serviços de saúde. Deste empreendimento, resultou a presente dissertação, cujas considerações finais passo a apresentar neste capítulo.

Visando a alcançar o objetivo do estudo, aproximei-me de 13 mulheres HIV-positivo, que tiveram seus partos na maternidade selecionada para o estudo e encontravam-se internadas na unidade de alojamento conjunto no período de janeiro a março de 2012, constituindo-se, estas, os sujeitos significativos que compuseram o universo estudado. Desta aproximação, viabilizada por meio de encontros nutridos pelo diálogo, pela ética e respeito mútuos, obtive através de entrevistas e consultas aos prontuários, informações e descrições expressas pelas mesmas, que foram submetidas à análise temática de conteúdo.

A análise temática do conjunto dos dados obtidos, configurados sob a forma de categorias, permitiu-me identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério. Em relação à percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, emergiram quatro categorias: categoria 1 – Oferta e realização do teste sorológico anti-HIV como parte do cuidado pré-natal; categoria 2 – Aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal; categoria 3 – Rede de apoio profissional sobre os tratamentos antirretrovirais e categoria 4 – Percepção das mulheres sobre o cuidado profissional recebido. Os resultados evidenciam a identificação tardia do diagnóstico de HIV por falta do teste no estabelecimento, resultando no início tardio da terapia, aumentando a possibilidade de transmissão vertical do HIV/Aids ao filho, bem como deficiências no aconselhamento pré e pós-teste. A rede de apoio profissional, que também foi um elemento contemplado para oferecer suporte para a adesão à quimio profilaxia. Nesse sentido, o apoio dos profissionais de saúde mostra-se fundamental e ajuda as mulheres a superarem desafios

desencadeados a partir da concretude do HIV/Aids.

No que diz respeito à percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no parto e puerpério, foram identificadas 4 categorias: categoria 1 – Apreensão no momento do parto; categoria 2 – Insegurança e falta de sigilo no puerpério; categoria 3 – Amamentar ou não: orientações às mulheres HIV-positivo no puerpério; categoria 4 – Estratégias e orientações quanto aos cuidados com as mamas da mulher HIV-positivo. Os resultados evidenciam acolhimento insatisfatório e dificuldades do pessoal de saúde para cuidar das mulheres HIV-positivo no parto e puerpério.

É possível identificar que em relação ao cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva das mulheres que compuseram o universo estudado, existem dificuldades por parte dos profissionais de saúde em oferecer um cuidado de qualidade e humanizado indicados por protocolos nacionais e internacionais.

Diante desses resultados, fica evidente que é necessário maior envolvimento dos profissionais de saúde em relação ao cuidado da mulher HIV-positivo, para promover maior qualidade de vida e de saúde para essas mulheres.

Acredito que os resultados deste estudo possam contribuir para redirecionar o olhar dos profissionais de saúde que prestam cuidado às mulheres HIV-positivo nos serviços de saúde, bem como ampliar o olhar dos gestores e formuladores de políticas públicas acerca da importância de avaliarem de como vêm sendo implementadas tais políticas, na perspectiva de quem recebe o cuidado.

Por fim, considero importante recomendar novos estudos, a partir de outras perspectivas teóricas e metodológicas, a fim de aprofundar a avaliação de como estão sendo seguidos os protocolos recomendados pelas políticas públicas de saúde peruanas, para garantir às mulheres HIV-positivo seu direito ao acesso à saúde de qualidade, humanizado e eficaz, no pré-natal, parto e puerpério, e assim dar mais um passo em direção da redução da transmissão vertical de HIV a crianças.

## REFERÊNCIAS

ABAD, D. M. VIH/SIDA en gestantes. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol.**, v. 1. 31, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_3\\_05/gin05305.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_3_05/gin05305.htm)>. Acesso em: 13 mar. 2011.

BATISTA, C. B.; SILVA, L. R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 268-75, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a13.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 out. 1996.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da aids entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 90-7, 2008.

CARVALHO, C. M. L.; MARTINS, L. F. A.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção. **Nursing** (São Paulo), v. 8, n. 100, p. 1010-5, set. 2006.

CASINI, S. et al. Guia de control prenatal: embarazo normal. **Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda**, v. 21, n. 2, p. 51-62, 2002.

CONNOR, R. I.; et al. Vpr is required for efficient replication of human immunodeficiency virus type-1 in mononuclear phagocytes. **Virology**, v. 206, n. 2, p. 935-44, 1995.

CLADEM-PERÚ. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer. **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**. Lima (Perú): CLADEM, 2007. Disponível em: <<http://www.onu.org.pe/upload/documentos/CLADEM-Convenci%C3%B3n-25a%C3%B1os.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

CUETO, M. El rastro del SIDA en el Perú. **Hist. Ciênc. Saúde - Manquinhos**, v. 9, supl., p. 17-40, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LANA, F. C. F.; SILVA LIMA, A. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.4, p. 587-594, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26701959201>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

MATOS, S. D. et al. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, p. 122-130, abr. /jun. 2009.

MACHADO, M. M. T.; BRAGA, M. Q. C.; GALVAO, M. T. G. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 120-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a17v44n1.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210- 229.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. M. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-518, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PERU. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Sendo Nacional de la Población Peruano**. 2011. Disponível em: <<http://www.inei.gov.pe/perucifrasHTM/infdem/cuadro.asp?cod=11223&name=po11&ext=gif>>. Acesso em: 29 ago.2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. Oficina Geral de Epidemiologia. Situação do HIV/Aids no Peru. **Boletín Epidemiológico Mensual**, dez. 2011. Disponível em: <http://www.dge.gov.pe/boletines/2012/22.pdf> >. Acesso em: 15 mar 2012.

\_\_\_\_\_. Dirección Regional de Salud (Diresa). **Informe de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA**. 2010. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/guestf099df39/la-epidemia-de-vih-en-cifrasloreto>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Constitución Políticas de salud. **Ley N° 29344, de 30 de marzo de 2009a**. Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de

Aseguramiento Universal em Salud - DECRETO SUPREMO N° 008-2010-AS. Disponível em:  
<<http://www.teleley.com/normas/abril10/416633.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Movimientos de mujeres y feministas en Perú**. Lima (Perú), 2009b. Disponível em:  
<[http://www.redperuanas.net/sites/default/files/INFORME%20P..\[1\].pdf](http://www.redperuanas.net/sites/default/files/INFORME%20P..[1].pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 336-2008-MINSA**. Norma Técnica de Salud N. 064- 2008/MINSA-DGSP: Norma técnica de salud para la profilaxis da transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis congénita. Disponível em:  
<<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB-VIH/VIH/VIH3/Capacitaci%C3%B3n/Norma%20T%C3%A9cnica%202008.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio da Salud. **Diminuir a transmissão vertical do HIV**. Lima (Perú): MINSA, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial N**. Amplia a Guía Nacional de Atención integral de la persona viviendo con VIH/Sida (PVVIH/S). Lima: MINSA, 2006b. Disponível em:  
<<http://www.care.org.pe/Websites/FondoMundial/materiales/TB-VIH/VIH/VIH4/Gu%C3%ADa%20Nacional%20Atenci%C3%B3n%20Integral.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud . **Resolución Ministerial n° 084-2005-MINSA/DGSPV**. Aprueba a NT N° 024-2005MINSA /DGSP- V- 01: Norma técnica para la prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) del VIH. Lima (Perú): MINSA, 2005a. Disponível em:  
<<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../Norma%20Técnica%2>>. Acesso em: 15 mar 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial N° 725-2005/MINSA**. Ampliam y aprueba Tarifas de Seguro Integral de Saúde (SIS). Lima (Perú): El Peruano (Normas Legales), 2005b. p. 301166. Disponível em: <<http://www.sis.gob.pe/Portal/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Constitución Políticas de salud. **Ley N° 28243, de 31 de mayo de 2004a**. Ley que amplía y modifica la ley n° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual. Disponível em: <[http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH\\_SIDA/nomas\\_vih\\_sida/le\\_y\\_28243.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH_SIDA/nomas_vih_sida/le_y_28243.pdf)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Saúde **Resolución Ministerial N° 125-2004/MINSA**. Aprueba a Norma Técnica de Atención de Conselhamento DTSS/HIV/Aids, Lima: MINSA, 2004b. Disponível em: <[http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/DESP/Normatividad ITS\\_VIH/RM\\_125-2004MINSA.pdf](http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/DESP/Normatividad ITS_VIH/RM_125-2004MINSA.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud **Resolución Ministerial N° 668-2004**. Aprueba Guia Nacional para el atendimento integral da Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA, 2004c. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Guias%20Nacionales%20de%20Atencion%20Integral%20de%20la%20SSR.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud. **Directiva Conjunta N° 001-99-CRED-PROCETSS**. Programa de Crecimento y Desarrollo-PROCETSS: Disminución de la Transmisión Vertical del VIH y alimentación de hijo de madre que vive con VIH. Lima (Perú): MINSA, 1999.

\_\_\_\_\_. Constitución Políticas de salud. **Ley N° 26842, de 15 de julio de 1997**. Ley geral de salud. Lima (Perú), 20 de julio de 1997. Disponível em: <<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>>.

Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Constituição Políticas de salud **Ley N° 26626, de 19 de junio de 1996a**. Contrasida. Disponível em:  
<[http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH\\_SIDA/nomas\\_vih\\_sida/le\\_y\\_26626.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/VIH_SIDA/nomas_vih_sida/le_y_26626.pdf)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud **Resolución Ministerial 235-96-SA/DM**. Aprueba El instrumento normativo Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ITS y Sida en el Peru. Lima: MINSA, 1996b. Disponível em:  
<<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MANUALES%20%20YGUIAS/Directiva%20PARA%20DISMINUIR%20LA%20TRANSMISION%20VERTICAL%20DEL%20VIHSIDA.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Constitución política del Perú**. Lima (Perú): Congreso Nacional, 1993. Disponível em:  
<[http://www.ana.gob.pe/media/38692/constitucion\\_del\\_peru.pdf](http://www.ana.gob.pe/media/38692/constitucion_del_peru.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SANTOS, E. K. A. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar**: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. 2004. 347 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SCHERER, L. M.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 359-65, abr-jun. 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-

enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa**: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas as saúde e humanas. 2. ed. Petropolis: Vozes, 2003.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; WHO - World Health Organization. **Aids epidemic update**. Geneva (Switzerland): WHO, 2009. 100p. Disponível em: <[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700\\_epi\\_update\\_2009\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010**. Geneva: WHO, 2011.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada **“Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, à luz das políticas públicas de saúde peruanas”**, que fará parte da **Dissertação de Mestrado** que será conduzida pela mestrandia **Maria de Jesus Hernández Rodriguez** (pesquisadora principal) e orientada pela Professora Doutora e Enfermeira **Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos** (pesquisadora responsável).

Estou ciente de que participarei de uma pesquisa que pretende identificar a percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério, à luz das políticas públicas de saúde peruanas, com mulheres internadas na unidade da Maternidade do Hospital Regional de Loreto destinada ao atendimento desta população específica. Os resultados dessa pesquisa servirão para a identificação da percepção do cuidado recebido, sob a ótica de quem as vivencia, contribuindo com a comunidade científica com o intuito de poder futuramente planejar um cuidado congruente às necessidades desta parcela da sociedade, dentro dos preceitos de humanização, integralidade e cidadania a que todo ser humano tem direito.

Estou consciente que a pesquisadora coletará dados através de entrevistas gravadas, e que a mesma utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa, eles ficarão armazenados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

Estou ciente que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a minha pessoa. Sei que os dados obtidos poderão ser gravados por meio de áudio e transcritos, assim mesmo será publicados por meio periódicos, mas meu nome não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo a minha pessoa. Também estou ciente de que poderei deixar de participar, em qualquer momento, se assim o desejar.

Estou ciente que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora principal é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Caso eu concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em meu poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones da pesquisadora principal Mestranda Maria de Jesus Hernández Rodriguez: (65) 25-3050 e 965612228 ou pelo email da mesma [mjhr\\_25@hotmail.com](mailto:mjhr_25@hotmail.com), ou da Prof<sup>a</sup>. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos no Departamento de Enfermagem da UFSC - Brasil, no período de 8:30 às 18:00 horas ou pelos telefones: (048) 9969-0135 e 3721-9480.

Iquitos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

-----  
Assinatura da mulher

-----  
Documento de Identidade

## APÊNDICE B - Roteiro Guia Semi-Estruturado de Entrevista

**Entrevista número:**

**Pseudônimo:**

**Data:**

**Local:**

**Duração da entrevista:**

### I. Dados de identificação:

1. Nome:.....
2. Idade:.....
3. Estado civil:  Solteira;  Casada;  Divorciada;  Viúva;
4. Naturalidade/Procedência:.....
5. Grau de escolaridade: .....
6. Crença religiosa: .....
7. Renda familiar:  Menor que 3 salários mínimos;  De 3 a 6 salários mínimos;  Mais de 6 salários mínimos;
9. Profissão/ocupação: .....
10. Telefone: (....) ..... (....) ..... E-mail:.....

### II. Dados de identificação do companheiro

1. Nome:.....
2. Idade: .....
3. Estado civil:  Solteira;  Casada;  Divorciada;  Viúva;
4. Naturalidade/Procedência: .....
5. Grau de escolaridade: .....
6. Crença religiosa:.....
7. Renda familiar:  Menor que 3 salários mínimos;  De 3 a 6 salários mínimos;  Mais de 6 salários mínimos;
8. Profissão/ocupação:.....
9. Telefone: (....) ..... (....) ..... E-mail:.....

### III. Dados obstétricos

1. Gesta: ... Para:.... Aborto:..... Número de consultas pré-natal:...
2. Idade Gestação:..... Metodo contraceptivo:
3. Se mais de um parto: tipo de parto; Local de nascimento ;  
Experiência anterior com a amamentação:
4. Gestação planejada
5. Gestação aceita:.....
6. Número e idade dos filhos: .....

**IV. Experiências vivenciadas nos cuidados pré-natal, parto e puerpério.**

1. Conte sobre suas experiências vivenciadas, no cuidado controle pré-natal:
2. Conte sobre suas experiências vivenciadas, no cuidado no momento do parto:
3. Conte sobre suas experiências vivenciadas, no cuidado no puerpério imediato:

**V. Informações sobre o diagnóstico do HIV/Aids.**

4. Como e quando você soube sobre seu diagnóstico HIV-positivo? Quem lhe informou?

**VI. Orientações e rotinas recebidas no cuidado pré-natal, parto ou puerpério**

5. Você recebeu alguma orientação sobre HIV/Aids
6. Quem forneceu as orientações? Quais foram?

**VII. Relacionamento com a equipe de saúde no cuidado recebido**

7. Fale como você se sentiu em relação à forma como os profissionais de saúde, lhe trataram durante o cuidado pré-natal, parto e puerpério?
8. Seu parceiro ou algum familiar participou de seus controles médicos, se não, alguma uma vez o pessoal de saúde solicitou?

**VIII. Perguntas finalizadoras**

9. Em geral, como você descreveria os cuidados neste hospital? Tem algo acrescentar, comentários ou sugestões.

**ANEXOS**



## ANEXO A - Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

Certificado

<https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado....>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 2431

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584/CEP-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitê no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

**APROVADO**

PROFESSOR: 2431 FR: 484173

PERCEPÇÃO DE MULHERES HIV-POSITIVO ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPERIO  
TÍTULO: A LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PERJUANAS

AUTOR: Evanquella Kolzas Alherino dos Santos, Maria de Jesus Hernandez Rodriguez

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2011.

  
Coordenador do CEP/UFSC  
Prof. Washington Pereira de Souza  
Coordenador do CEP/UFSC



## ANEXO B - Carta de Autorización da pesquisa do Hospital Regional de Loreto - Perú



**DR. WILFREDO MARTÍN CASAPÍA MORALES**  
Director General del Hospital Regional de Loreto  
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"

Declaro para los debidos fines y efectos legales que, objetivando atender las exigencias para la obtención de parecer del comité de ética en investigación con seres Humanos, como representante legal de la institución, tome conocimiento del proyecto de Investigación titular: "Percepción de mujeres VIH-positivo acerca del cuidado recibido en el pré natal, parto puerperio", y cumpliré los términos de la Resolución CNS196/96 y sus complementarias, y como esta institución tiene condición para el desenvolvimiento de este proyecto de investigación autorizo su ejecución en los términos propuestos.

Iquitos, 15 de noviembre de 2011



Dirección Regional de Salud - Loreto  
HOSPITAL REGIONAL DE CUORETO  
"Felipe Arriola Iglesias"

**Wilfredo Martín Casapia Morales**  
Director General  
CAMP N° 34295 / 32111

AV. 28 DE JULIO S/N (PUNTO MANA) IQUITOS-PERÚ

Teléfonos:	* Dirección General	25-2733 - Anexo 203	* Secret. de Dir. Regional	25-2732 - Anexo 205
	* Dirección Adjunta	25-2747 - Anexo 201	* Central Telefónica	25-1962
	* Dirección Administr.	25-2742 - Anexo 202		25-2066
Correos:	* Dirección	: <a href="mailto:direccion@hospitalregionalde Loreto ash.pe">direccion@hospitalregionalde Loreto ash.pe</a>		
	* Secretaría de Dirección	: <a href="mailto:secretaria@hospitalregionalde Loreto ash.pe">secretaria@hospitalregionalde Loreto ash.pe</a>		
Perú web:		: <a href="http://www.hospitalregionalde Loreto ash.pe">www.hospitalregionalde Loreto ash.pe</a>		