

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

JOHN WESLEY MOTA BRUM

**O DESAFIO FRENTE ÀS CONTINGÊNCIAS DA DIMENSÃO PSICOSSOCIAL:  
CUIDANDO DA GESTANTE HIV POSITIVO**

RIO DE JANEIRO  
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JOHN WESLEY MOTA BRUM

**O DESAFIO FRENTE ÀS CONTINGÊNCIAS DA DIMENSÃO PSICOSSOCIAL:  
CUIDANDO DA GESTANTE HIV POSITIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite

RIO DE JANEIRO  
2013

B 893d Brum, John Wesley Mota  
O desafio frente às contingências da dimensão psicossocial: cuidando da gestante HIV positivo /John Wesley Mota Brum. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2013.  
113 f.,:31cm  
Orientador: Joséte Luiza Leite  
Dissertação (mestrado) – UFRJ, EEAN, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
Referências bibliográficas: f. 246-254  
1. Cuidados de Enfermagem. 2. Modelos Teóricos. 3. Gestantes. 4. HIV. 5. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Dissertação.  
I. Leite, Joséte Luzia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título

CDD 610.73

**JOHN WESLEY MOTA BRUM**

**O DESAFIO FRENTE ÀS CONTINGÊNCIAS DA DIMENSÃO PSICOSSOCIAL:  
CUIDANDO DA GESTANTE HIV POSITIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

APROVADA POR:

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite – EEAN/UFRJ

---

1<sup>a</sup> examinadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia dos Santos Claro Fuly – EEAAC/UFF

---

2<sup>a</sup> examinadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia de Carvalho Dantas – EEAAC/UFF

---

1<sup>o</sup> Suplente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição Samu Pezzi – IFF/FIOCRUZ

---

2<sup>o</sup> Suplente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Gefé da Rosa Mesquita – EEAN/UFRJ

Dedico esta dissertação a todos aqueles que permitiram ser cuidados por mim, que deram acesso às minhas mãos e ao meu coração.

São vocês que dão sentido à escolha que fiz: ser Enfermeiro.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer à minha esposa, **Katharine**, por ser minha melhor amiga. Sua paciência extrapolou os limites da normalidade diante dos estresses deste trabalho. Meu amor é teu, e sempre será!

Aos meus pais, **John e Penha**, por serem os maiores investidores da minha vida. Entendo e sou grato a cada proibição na minha infância. "Filho, você tem que estudar, senão você não vai ser ninguém!". Sou alguém graças a vocês. Seus corações estão dentro do meu!

Às minhas irmãs, **Gabrielli, Susan e Stefany**, por serem geradoras das minhas maiores gargalhadas. Ficaremos velhos rindo da cara do outro.

À minha (gigante) família, por serem exímios auxiliadores em tudo que fiz e faço. Eu amo vocês além da conta!

À família que ganhei depois que casei. Sou abençoado por vocês fazerem parte da minha vida. Aprendi a amar e respeitá-los. Contem comigo!

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> **Joséte Luzia Leite**, que foi a primeira enfermeira a acreditar e investir no meu potencial. Palavras não são suficientes para descrever o que a senhora é. O vínculo orientando-orientadora transcende o profissional. És admirável!

Aos membros da **Coordenação de Pós-graduação** da Escola de Enfermagem Anna Nery, por serem flexíveis às diversas dificuldades que enfrentei nesse período.

Aos doutores **Marcos Tosoli, Patrícia Fuly, Maria Samu e Claudia Dantas**. Suas críticas foram muito bem vindas. Obrigado pelas opiniões sinceras. Acredito que me tornei um pesquisador melhor depois que conheci vocês.

Aos funcionários **Jorge Anselmo e Sonia Xavier**, por serem extremamente solícitos às necessidades que apresentei devido à distância. Obrigado mesmo!

Aos meus amigos, **Raymund e Paula Moraes**, os maranhenses mais bonitos de todos! Não há como esquecer o que vocês fizeram por mim. Serei grato a vida toda. Um "hen-hein" para vocês!

Ao **Ministério Geração Eleita** e à **Comunidade Evangélica de Honório Gurgel**. Como é bom saber que tenho irmãos que oram por mim.

À **Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação**, por ser flexível e sensível às necessidades que apresentei neste tempo.

Aos colegas de profissão com quem já trabalhei e trabalho. O nosso suor, ainda que não valorizado o suficiente, faz e sempre fará diferença na vida daqueles que carecem do nosso cuidado.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa. Obrigado por abrirem espaço em meio ao plantão agitado para contribuir com suas experiências.

Ao **meu Deus, meu Senhor!** Essa dissertação é mais uma prova do Teu amor e cuidado. Eu sou Teu!

## RESUMO

BRUM, J.W.M. **O desafio frente às contingências da dimensão psicossocial: cuidando da gestante HIV positivo.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. 112 p.

A gravidez traz consigo diversas expectativas, sejam elas positivas ou negativas. Traz também uma carga de fragilidade que acompanha a mulher devido à preocupação com a vida do futuro filho. O impacto que a infecção pelo HIV causa neste processo gera sentimentos de suspense e culpa na gestante, pela possibilidade de infecção do feto. Além disto, o estigma que acompanha o HIV/Aids desde sua descoberta, por mais que seja combatido, ainda possui um caráter excludente e associado à promiscuidade. O enfermeiro, como um profissional responsável por cuidar de pessoas olhando todas as dimensões que as envolvem, desenvolve dentro da sua rotina de trabalho, intervenções que são específicas para esta clientela. Dentro deste assunto, os objetivos deste estudo foram: analisar como é realizado o cuidado de enfermagem dentro do contexto da soropositividade e construir um modelo de cuidado de enfermagem à gestante HIV positivo, tendo como objeto o cuidado sob ótica de enfermeiros. Como referencial teórico, foi utilizado a teoria da complexidade de Edgar Morin, e como recurso metodológico, a Teoria Fundamentada nos Dados. O projeto teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ e do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob o parecer 195.210. Participaram desta pesquisa oito enfermeiros da enfermaria de gestantes da última instituição citada, que cederam seus depoimentos orais através de entrevistas individuais e semi estruturadas. A coleta e análise dos dados ocorreu simultaneamente, levando a construção de categorias e subcategorias através da codificação, que após refinamento levou a construção do modelo paradigmático, cujo fenômeno central foi: o desafio frente às contingências da dimensão psicossocial: cuidando da gestante HIV positivo.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem. Modelos teóricos. Gestantes. HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

## ABSTRACT

BRUM, J.W.M. **The challenge facing the contingencies of the psychosocial dimension: caring for HIV-positive pregnant women.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. 112 p.

Pregnancy brings with it many expectations, whether positive or negative. Also brings a load of fragility that accompanies the woman due to concern about the child's future life. The impact that HIV infection causes in this process generates suspense and feelings of guilt during pregnancy by the possibility of infection of the fetus. Moreover the stigma attached to HIV / AIDS since its discovery though it may be countered still has an exclusive nature and associated with promiscuity. The nurse as a professional responsible for caring for people looking all dimensions that involve develops within your work routine interventions that are specific to this clientele. Within this topic, the objectives of this study were to analyze how nursing care is performed within the context of soropositivity and build a model of nursing care to HIV positive pregnant women, having as object the care of nurses in perspective. The theoretical complexity theory Edgar Morin, and as a methodological tool, the Grounded Theory was used. The project was approved in the School of Nursing Anna Nery / UFRJ and Pedro Ernesto University Hospital in the opinion 195.210 Research Ethics Committee. Eight nurses participated in this research ward of pregnant last mentioned institution, who gave his oral evidence through individual interviews and semi-structured. The collection and analysis occurred simultaneously, leading to construction of categories and subcategories through coding, that after refinement led to construction of the paradigmatic model, which was central phenomenon: the challenge facing the contingencies of the psychosocial dimension: caring of HIV positive pregnant women.

**Keywords:** Nursing Care. Models. Pregnant Women. HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome.



## RESUMEN

BRUM, J.W.M. **El desafío delante de las contingências de la dimensión psicosocial: cuidando de las mujeres positivas VIH embarazadas.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. 112 p.

El embarazo trae muchas expectativas, ya sean positivos o negativos. También trae una carga de fragilidad opaco acompaña a la mujer debido a la preocupación acerca de la vida futura del niño. El impacto que la infección por el VIH causa en este proceso gêneros sentimientos de suspense y los culpa la gestante, por la posibilidad de infección del feto. Además, el estigma asociado al VIH/SIDA from su descubrimiento, aunque combatido pueda ser, aun tiene un carácter excluyente y asociado con la promiscuidad. El enfermero, como un profesional responsável por el cuidado a las personas en sus dimensiones todas, desarrolla dentro de su trabajo de rutina intervenciones opaco filho específicas para esta clientela. Dentro de este tema, los objetivos de este estudio fueron: analizar cómo se realiza el cuidado de enfermería en el contexto de la seropositividad y construir un modelo de cuidado de enfermería para las mujeres VIH positivas embarazadas, teniendo como objeto el cuidado bajo la optica de enfermeros los. La teoría de la complejidad de Edgar Morin fue utilizada como referencial teórico y como herramienta metodológica se utilizó la Teoría Fundamentada los Los Datos. El proyecto fue aprobado los el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery / UFRJ y del Hospital Universitário Pedro Ernesto bajo la aprobación numero 195.210. Ocho enfermeros de la sala de las gestantes de la ultima institución mencionada han participado en esta investigación, Ellos dieron sus testimonios um traves de entrevistas individuales y semi-estructuradas. La recolección y análisis de los datos ocurrieron simultáneamente, llevando a la construcción de categorías y subcategorias a través de la codificación, opaco después del refinamiento llevaron al del modelo paradigmático, cuyo fenómeno fue central: el desafío delante de las contingências de la dimensión psicosocial: cuidando de las mujeres VIH positivas embarazadas.

**Palabras-clave:** Atención de enfermería. Modelos teóricos. Mujeres embarazadas. VIH. Síndrome da Inmunodeficiencia Adquirida.

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 01</b> – O processo de codificação na TFD	43
<b>Figura 02</b> – Fluxo do cuidado de enfermagem prestado à gestante HIV positivo	66
<b>Figura 03</b> – Fluxo do cuidado de enfermagem passando pelas contingências	67
<b>Figura 04</b> – Modelo Paradigmático	70

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 01</b> – Codificação da categoria I / subcategoria I	49
<b>Quadro 02</b> – Codificação da categoria I / subcategoria II	51
<b>Quadro 03</b> – Codificação da categoria II / subcategoria I	53
<b>Quadro 04</b> – Codificação da categoria II / subcategoria II	55
<b>Quadro 05</b> – Codificação da categoria III / subcategoria I	58
<b>Quadro 06</b> – Codificação da categoria III / subcategoria II	60
<b>Quadro 07</b> – Codificação da categoria IV	63

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>14</b>
1.1 A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	16
1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO.....	21
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
2.1 O HIV NO BRASIL.....	25
2.2 ASPECTOS PATOLÓGICOS DO HIV.....	29
2.3 A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL DA AIDS.....	32
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>35</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>5 ANÁLISE DE DADOS: OS CAMINHOS QUE LEVARAM A CONSTRUÇÃO.....</b>	<b>45</b>
5.1 CATEGORIA I: O ENFERMEIRO LIDANDO COM A DESCOBERTA DO DIAGNÓSTICO.....	46
5.1.1 Subcategoria I: O enfermeiro atuando individualmente diante da descoberta do diagnóstico.....	47
5.1.2 Subcategoria II: O enfermeiro atuando em equipe diante da descoberta do diagnóstico.....	50
5.2 CATEGORIA II: O ENFERMEIRO LIDANDO COM O SIGILO.....	51
5.2.1 Subcategoria I: O enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com os outros pacientes.....	52
5.2.2 Subcategoria II: O enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com os familiares.....	54
5.3 CATEGORIA III: O ENFERMEIRO LIDANDO COM O PRECONCEITO.....	56

5.3.1 Subcategoria I: O enfermeiro lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo frente ao preconceito.....	57
5.3.3 Subcategoria II: Os sentimentos do enfermeiro que cuida de gestantes HIV positivo frente ao preconceito.....	59
5.4 CATEGORIA IV: A visão ambígua nos cuidados de enfermagem às gestantes HIV positivo.....	62
5.5 O MODELO.....	64
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>79</b>
<b>APENDICE A.....</b>	<b>81</b>
<b>APENDICE B.....</b>	<b>82</b>
<b>APENDICE C.....</b>	<b>83</b>
<b>APENDICE D.....</b>	<b>103</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A realização do curso de mestrado dá continuidade aos estudos desenvolvidos durante a graduação de Enfermagem. No decorrer destes estudos, tive a oportunidade de ser bolsista de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), momento onde comecei a ter um maior interesse pela pesquisa. Tendo como orientadora a Professora Doutora Joséte Luzia Leite, passei a conhecer melhor o desenvolvimento de estudos científicos e a linha de pesquisa voltada ao cuidado de pessoas com HIV/AIDS.

Fui inserido como colaborador do Projeto “Análise Sistemática do Cuidado de Pessoas com HIV/AIDS: A Construção de um Modelo Nacional”, e assumi uns dos subprojetos ligados à temática citada. Como estava cursando o quarto período da graduação, onde uns dos horizontes é a saúde materna, assumi o subprojeto voltado às gestantes.

Ainda apresentando um pouco de insegurança acerca da temática que havia me inserido, deparei-me com o Programa Curricular Interdepartamental VI, um tripé que possui uma disciplina voltada à clientela portadora de doenças crônicas. Durante o curso da mesma pude estagiar em um Centro de Testagem e Aconselhamento, onde pela primeira vez tive contato com portadores do HIV. Com este ocorrido, interessei-me com mais intensidade pela atuação do enfermeiro com clientes soropositivos, o que me impulsionou a seguir com os estudos nesta área.

Ao desenvolver o subprojeto, intitulei-o de “A Construção de um Modelo de Cuidado para Gestantes HIV Positivas”. Teve como objeto de estudo “o cuidado a gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana sob a ótica de enfermeiros”. Seus sujeitos foram enfermeiros que haviam cuidado ou que cuidavam de gestantes portadoras do HIV, e o cenário do estudo foi o Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA). Para legalizar a pesquisa, enviei-a para o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/HESFA), o qual foi aprovado sob o protocolo de número 009/2010.

Durante a coleta de dados percebi que o cenário selecionado só atendia gestantes de baixo risco, devido ao porte da instituição. Realizada a sorologia, diante de um resultado positivo, essa gestante era encaminhada a outra instituição de maior porte, o que fez com que os caminhos do subprojeto se voltassem para o atendimento apenas inicial da gestante soropositiva.

O modelo de cuidado foi construído a partir dos depoimentos dos enfermeiros atuantes da unidade de saúde tendo como recurso metodológico para análise das entrevistas a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e como referencial teórico o pensamento filosófico de Edgar Morin acerca da complexidade.

Como resultado, o modelo apresentou os cuidados e intervenções que o enfermeiro deve ser capaz de fazer diante da notícia de um resultado positivo e quais as orientações que são cabíveis antes de encaminhar a gestante para a realização do pré-natal de alto risco em outra instituição. Durante a coleta de dados deste subprojeto, os enfermeiros relataram que a gestação é um momento em que a mulher está fragilizada e sensível, e que ouvir um resultado positivo é o que ela menos deseja.

Dentro da construção do modelo de cuidado, uma das intervenções descritas foi a orientação acerca do preconceito que eventualmente possa surgir, seja dos vínculos afetivos ou dos profissionais, esclarecendo que isso ocorre por falta de informação. Em uma das entrevistas, uma enfermeira relatou o preconceito por parte dos profissionais dentro da sala de parto, mostrando que esta orientação é para fortalecê-la quanto a sua condição, para que a mesma não se sinta rebaixada diante de atitudes discriminatórias.

Tendo ouvido informações nas falas de enfermeiros acerca da fragilidade da gestante e do eventual preconceito que esta pode sofrer, me interessei em aprofundar na realidade do cuidado a esta clientela. O estudo trouxe uma abertura a fim de que o modelo de cuidado continue a ser construído, pois como o objeto do estudo foi “o cuidado”, é inerente que o modelo não seja algo fechado, e sim algo que é construído ao longo da assistência de enfermagem. Este raciocínio é baseado no livro “Sistemas de Cuidados de Enfermagem” de Alacoque Erdmann (1996), onde os sistemas de cuidado são colocados como sistemas abertos a mudanças a partir da realidade vivida pelos enfermeiros no campo de trabalho.

*“(...) o sistema de cuidados de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado enquanto conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida configurado ora por pequenos atos / momentos e ora como atividade básica da profissão de enfermagem, ora como um misto de atividades de saúde e ora como encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais (...)” (ERDMANN, 1996, p. 38)*

Com o propósito de criar um modelo de cuidado, concomitantemente surgiu a necessidade de clarear a idéia de que sistematizar não significa criar um padrão de

intervenções fixas a serem seguidas, mas sim modelos adaptáveis às circunstâncias que os enfermeiros são expostos. O modelo criado simplifica as ações que são atualmente sistematizadas, e as deixa em aberto caso surja uma necessidade proveniente da realidade da assistência prestada aos portadores do HIV.

### 1.3 A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

Quando uma mulher se descobre grávida, há uma euforia desta e da família por este momento. A gravidez, que traz consigo alegrias e expectativas, também carrega um apanhado de dúvidas e de conceitos errôneos, e isto pode afetar negativamente a gestante e o processo gestacional (RICCI, 2008). O papel do enfermeiro dentro deste contexto é de orientar sobre os cuidados que a gestante deve tomar para que tenha uma gravidez de sucesso, acompanhar o processo gestacional e desmistificar os conceitos populares que são equivocados.

Todavia, ao mesmo tempo em que a notícia da gravidez é algo excitante, a notícia de uma soropositividade pode ser desestimulante e desesperadora. De acordo com Moura & Praça (2006) a descoberta de que se está infectado pelo HIV para uma gestante é uma experiência dolorosa, pois além de lidar com o diagnóstico, a mulher deve lidar com o fato de que há possibilidade do seu futuro filho ser infectado pelo vírus causador da aids.

No artigo “Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva”, publicado pelas autoras acima, há a exposição das falas de diversas gestantes acerca da preocupação com o que pode ocorrer com o seu bebê. Uma das falas é sobre o um complexo de culpa pelo fato da criança nascer e já ter que tomar medicamentos, tirar sangue e ser “furada” diversas vezes para fazer os exames laboratoriais.

O impacto do HIV para a gestante traz para esta mulher um peso de suspense e culpa: saber que o seu filho tem o risco de ser HIV positivo pela vida inteira, e saber que este diagnóstico pode ser causado a partir da transmissão dela para a criança. Além disto, o HIV traz o impacto de considerar uma gestação como de alto risco. A integração do HIV no sistema imune, e como a reação do nosso corpo a este parasita está relacionada ao curso da infecção dão subsídios para o entendimento da gravidade da situação em que a gestante se encontra (SMELTZER *et al*, 2012).

O HIV faz parte de um grupo viral chamado de retrovírus, que carrega seu material genético na forma de ácido ribonucléico (RNA). É constituído basicamente por um núcleo



contendo RNA circundado por um envelope composto por glicoproteínas. Ao entrar na nossa corrente sanguínea, o HIV penetra nas células-alvo através da difusão da membrana destas células com a membrana do envelope viral (SMELTZER *et al*, 2012).

A principal célula-alvo são os linfócitos T CD4<sup>+</sup>, que vão sendo destruídos ao longo da infecção. Porém, primeiramente, a infecção é caracterizada por uma intensa replicação viral e disseminação do vírus por todo organismo, havendo também o período de janela imunológica. Este é o tempo na qual uma pessoa infectada pelo HIV apresenta resultados negativos no teste de anticorpo para o vírus no sangue.

A partir do momento em que podem ser identificados anticorpos para o HIV no sangue, significa que o vírus está estabelecido no organismo. Neste, os níveis de replicação viral se elevam juntamente com a destruição das células T CD4<sup>+</sup>, resultando em altos níveis sorológicos de HIV e uma queda na contagem de células T CD4<sup>+</sup>, que tem seu valor normal entre 500 e 1500 células/mm<sup>3</sup> de sangue (SMELTZER *et al*, 2012).

Como as células T são responsáveis pela defesa do nosso organismo, ser infectado pelo HIV pode incapacitar o nosso sistema imunológico. Além disto, a condição de portador do vírus pode evoluir para a Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS), considerada um grave estado de imunossupressão. A aids é uma doença que suprime a imunidade celular e predispõe o indivíduo a infecções oportunistas e processos malignos (RICCI *et al*, 2008, p. 504).

Pelo fato da gestante estar nesta condição, há um maior risco de adquirir doenças que podem afetar não só ela, mas também o feto. A circulação materna está conectada a circulação fetal, ou seja, tudo aquilo que infecta a gestante pode infectar o bebê, o que justifica toda a preocupação acerca do percurso da gravidez.

Quando uma mulher infectada pelo HIV engravida corre risco de sofrer um parto prematuro, ruptura de membranas amnióticas, hemorragia durante ou após o parto, infecção pós-parto, má cicatrização da ferida cirúrgica e infecções do trato urinário. Enquanto o feto e o recém-nascido correm o risco de nascer pré-termo, com baixo peso e infecção (RICCI, 2008, p. 505).

Outro aspecto a ser considerado é o fato de que o diagnóstico de “HIV positivo” traz o peso do preconceito, que ainda é existente. Em 1987, a Assembléia Mundial de Saúde com o apoio da Organização das Nações Unidas (OMS) transformou o dia 1º de dezembro como o

Dia Mundial de Luta contra a Aids, com o intuito de reforçar a solidariedade com as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS. No Brasil, a data foi adotada a partir de 1988.

Em 1999, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de DST/AIDS, que em seu contexto expôs o combate às condutas preconceituosas e à discriminação contra pessoas portadoras do HIV. Este, ainda reforçou o princípio de igualdade que o Sistema Único de Saúde (SUS) propõe, expondo a importância do atendimento de forma igualitária e sem preconceitos. Até os dias de hoje, as diretrizes e princípios desta política estão em vigor, o que não exclui a continuidade do combate ao preconceito. Prova disto são as últimas campanhas lançadas pelo Ministério da Saúde, que tem como foco o fim da discriminação das pessoas infectadas pelo HIV.

No dia 1º de dezembro de 2010, o antepenúltimo Dia Mundial de Luta contra a aids, o Ministério da Saúde introduziu uma campanha com o tema “O preconceito como aspecto de vulnerabilidade ao HIV/AIDS”. Esta com a intenção de conscientizar os profissionais de saúde e a população de que viver com o preconceito é pior do que viver com o vírus. Nos folders distribuídos havia imagens de pessoas HIV positivas que escolheram mostrar-se nos folhetos para mostrar que elas são iguais a qualquer pessoa (Anexo A).

Na campanha de 2011, o tema abordado seguiu a mesma linha da anterior, focando o aspecto do preconceito. A idéia é estimular a reflexão sobre a impressão errônea de que a aids pode afetar qualquer pessoa, e de que todos somos vulneráveis a contrair o HIV. O slogan utilizado foi: “A aids não tem preconceito. Previna-se” (Anexo B).

Contudo, o combate a discriminação não exclui a possibilidade de sofrer o preconceito. As gestantes, apesar de priorizarem as possíveis intercorrências que podem afetar a qualidade de vida do feto, também se preocupam com a imagem que podem passar aos familiares e a sociedade ao compartilhar o fato de que é infectada pelo HIV.

A estigmatização da aids acompanhou o aparecimento dos primeiros casos nos anos 80, não só pela associação a grupos populacionais, como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, mas também pela imagem amedrontadora de uma doença fatal construída com o apoio da mídia. Como consequência desse estigma, a discriminação ocorre nos espaços públicos de uma forma hostil e excludente. O preconceito estabelecido inicialmente através da associação da aids com a homossexualidade, prostituição e desvio sexual ainda é hoje um ponto atuante do processo de estigmatização (GARCIA & KOYAMA, 2008).

No artigo “Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005” as autoras utilizaram um questionário com perguntas que abordavam comportamentos associados ao preconceito e à discriminação pelo HIV/Aids. Dentre as perguntas feitas durante a utilização deste instrumento havia algumas acerca da obrigatoriedade da realização do teste de sorologia para infecção pelo HIV.

O resultado mostra que pessoas responderam “sim” para a obrigatoriedade do teste sorológico para admissão em empregos, para entrar nas Forças Armadas, para a entrada de estrangeiros no país, e para profissionais do sexo. Além disso, uma parcela dos entrevistados respondeu que não deixaria seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da aids.

Partindo destes pontos, a problemática começa a se desvelar. A mulher enquanto gestante vive um momento de fragilidade que é inerente à própria gestação, contudo, a mulher que é gestante e é HIV positivo vive uma fragilidade ainda maior pelo universo que ela adentra ao possuir este vírus. A fragilidade da gestação é somada à fragilidade do contexto social de estigma e discriminação, à fragilidade do fato de que seu futuro filho pode ser infectado pelo HIV, juntamente com a fragilidade que o seu sistema imunológico pode sofrer.

A gestante que é HIV positivo passa por uma gama de situações que a gestante que não é HIV positivo desconhece. A tensão e a atenção são redobradas, não só sob a ótica da gestante, mas também do profissional, e por isso, tenho em mente que a assistência prestada pela enfermagem a esta clientela seja diferenciada.

A Constituição Federal (1988) diz em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, todavia, confunde-se o “acesso igualitário às ações” com a assistência igual entre todos.

Paim (2009) diz que em situações de desigualdades, como no acesso a saúde, atender igualmente os desiguais faz com que a desigualdade permaneça existindo, logo, o correto quando nos deparamos com alguém que passa por uma desigualdade, seria tratar este alguém de forma desigual.

Como dito anteriormente, a gestante HIV positivo vive numa realidade que não é igual a das gestantes soronegativas, e, a palavra “acesso” não significa apenas a porta de entrada de uma instituição de saúde, mas sim um alcance a todas as intervenções que o sistema de saúde

pode oferecer. Se na Constituição Federal diz que o acesso deve ser “igualitário às ações”, é cabível que se deve tratar das gestantes de forma igual, e aquelas que vivem uma desigualdade na sua realidade, tratá-las de acordo com sua desigualdade, que no caso deste estudo é a infecção pelo HIV. Logo, o tratamento a gestante HIV positivo é diferenciado para que haja um cuidado sem desigualdades.

De acordo com o manual de bolso “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes” algumas especificidades devem ser consideradas na atenção a saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV e aids, pois o diagnóstico da infecção vem acompanhado de mudanças na sexualidade, do medo de infectar parceiros ou ser rejeitado por estes, e de mudanças físicas, como a lipodistrofia (BRASIL, 2010a).

*“Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os usuários sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2010a).*

Como o próprio Ministério da Saúde coloca que os profissionais devem atentar para as especificidades dos usuários do sistema, é fato que a assistência prestada à gestante soropositiva também possui a sua especificidade. E, coerentemente ao caminho que as considerações anteriores engendraram, aprofundo-me na dimensão psicossocial do HIV.

Em uma pesquisa de Castanha *et al* (2006) buscou-se as representações sociais da aids para portadores do HIV, resultando em categorias onde uma delas refere-se aos aspectos psicossociais que envolvem os soropositivos. Nota-se que há uma autopercepção negativa nesta população, onde por muitas vezes se veem como castigados devido a um mau comportamento.

Dentre as consequências psicoafetivas apresentadas a que possui maior frequência é o preconceito. Há diversos relatos de discriminação, onde o afastamento da família, a proibição de tocar no sobrinho, e até mesmo a obrigação de usar luvas dentro de casa são citados pelas autoras. De acordo com Castanha *et al* (2006) o preconceito influencia na percepção da doença e na forma como os outros se comportam frente a pessoa infectada, gerando sofrimento para quem possui o diagnóstico.

Frases dos entrevistados na pesquisa revelam ao mesmo tempo um sofrimento pela “degradação social que a aids causa” e pelo preconceito velado, onde há um cuidado exagerado e sentimento de pena para com os soropositivos. A gestante que se encontra nessa situação possui a necessidade de manter-se firme no contexto de tornar-se mãe, há a “necessidade de reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis” (CASTANHA *et al*, 2006). E, o enfermeiro, como agente do cuidado tem grande papel nesta manutenção.

Nesta linha de pensamento, o objeto do estudo é **o cuidado a gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana sob a ótica de enfermeiros**. E temos como questão norteadora deste projeto: Como o enfermeiro cuida da gestante que vive dentro da realidade da soropositividade?

Para responder esta questão, os seguintes objetivos foram traçados:

- Analisar como é realizado o cuidado de enfermagem dentro do contexto da soropositividade acerca da dimensão psicossocial;
- Construir um modelo de cuidado de enfermagem à gestante HIV positivo.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

Há uma grande quantidade de riscos para as gestantes, para o feto e o neonato quando esta é HIV positivo. As complicações que podem instalar-se durante a gravidez de uma mulher HIV positivo, e que podem ocorrer ao bebê trazem uma preocupação quanto à atuação da enfermagem. Se há uma visão do enfermeiro como um profissional que preza pelo cuidado, nada mais coerente do que conhecer o modo como atuam dentro da realidade hospitalar com esta clientela.

Dados epidemiológicos mostram um aumento do número de casos de aids entre mulheres, tendo como principal via de infecção a transmissão heterossexual. A razão entre sexo, que em meados de 1983 era de 40 homens portadores da síndrome para uma mulher portadora, mudou de tal forma, que em 2002, para cada 15 homens com aids, existiam 10 mulheres com a síndrome, mantendo-se nesta proporção até o ano de 2009 (BRASIL, 2010b). E, conseqüentemente, ao haver uma elevação do número de casos entre mulheres, pode ocorrer um aumento de casos entre grávidas. Além disso, estudos mostram que quase a totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade, ocorreram por transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2009).

Considerar a população de grávidas é de suma importância, dentre outros motivos, por causa da possibilidade de transmissão vertical para as crianças (CARDOSO *et al*, 2007). Com isto, esta pesquisa justifica-se pelo aumento do número de casos de aids entre mulheres, e pelos riscos que a soropositividade traz ao momento de gestação. Os cuidados realizados pelos enfermeiros diante deste contexto precisam ser descritos, não só pelas complicações que uma gestação de alto risco carrega, mas também por ser um propósito em que mais de uma vida está em jogo.

Ao continuar a construção do modelo de cuidado para esta população, conseqüentemente haverá um aumento dos relatos de intervenções que ocorrem na prática assistencial. Isto contribui para que haja uma evolução do cuidado de enfermagem no que tange as pessoas HIV positivas, elevando o padrão da prática e do profissional de enfermagem através da elaboração de condutas que emergem da própria prática.

Ao realizar buscas na Biblioteca Virtual de Saúde, ficou perceptível a grande quantidade de publicações voltadas para a temática do cuidado de enfermagem. Foram encontrados diversos artigos com muitas vertentes diferenciadas, todavia, quando esta busca era voltada à gestante infectada pelo HIV, os resultados mostraram que há uma quantidade reduzida de estudos.

Utilizando os descritores de assunto padronizados do DeCS nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF, significantes resultados relacionados com a temática deste estudo foram obtidos, porém grande parte não abrangia a temática da infecção pelo HIV. Foram levadas em consideração as publicações nos idiomas inglês, espanhol e português.

Usando os descritores “gestantes”, “aids” e “enfermagem” num primeiro momento, a busca revelou nestas bases de dados nenhuma publicação em periódicos indexados. Posteriormente, para uma maior fidedignidade desta busca, utilizei apenas os descritores “gestantes” e “aids” obtendo 150 resultados. Como é considerável a utilização do descritor “enfermagem” para a busca de publicações pertinentes à área, fiz a seguinte associação através dos operadores booleanos: “gestantes” e “assistência de enfermagem” ou “enfermagem” ou “cuidados de enfermagem”, tendo como resultado 13 publicações.

Destes 163 artigos, foram considerados os artigos que apresentavam pelo menos o resumo da publicação gratuitamente, e que tinham em sua temática o assunto HIV/Aids. Excluindo as duplicatas, restaram a partir desta seleção 32 artigos, e fazendo a leitura do resumo destes percebi que apesar de fazerem referência ao cuidado de enfermagem prestado

às gestantes HIV positivas, nenhum o fez a partir da ótica dos enfermeiros que cuidam destas gestantes. Conclui então que há uma lacuna de conhecimento dentro desta temática.

De acordo com Creswell (2010), após apresentar o problema e de examinar a literatura sobre ele, o pesquisador deve identificar as deficiências encontradas nesta literatura. A lacuna encontrada mostra uma deficiência na literatura acerca da temática proposta por este estudo, o que dá respaldo para que esta dissertação contribua com a expansão do conhecimento da enfermagem.

Espera-se contribuir para a melhoria da assistência a este grupo de usuárias do sistema de saúde, para fornecer um atendimento de qualidade desde o diagnóstico da soropositividade. A necessidade de construção de um modelo a partir da realidade relatada pelos enfermeiros fica evidente diante dos fatos expostos. Também há a intenção de estimular a pesquisa na área de cuidado a pessoas com HIV/AIDS, e fortalecer a o núcleo de pesquisa GESPEen, no âmbito da modelagem do cuidado e do gerenciamento do cuidado de Enfermagem.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em 1980, o vírus da imunodeficiência, antes desconhecido, “mostrou as caras”. O primeiro caso foi de um paciente internado em um Hospital Universitário da Califórnia que sofria de uma infecção por *Candida albicans* em seu tubo digestivo associada a uma queda de glóbulos brancos. O paciente foi tratado com os medicamentos que combatiam a infecção, teve alta, e após pouco tempo foi internado novamente com um quadro de pneumonia, evoluindo a óbito.

Este foi o primeiro dos inúmeros casos que surgiram na década de 80 nos Estados Unidos. O surgimento de outros casos semelhantes associados à imunossupressão levou os cientistas a questionarem se estavam diante de um novo vírus. Nesta época, todos os pacientes que foram internados com este quadro eram homossexuais, o que levou a doença a ser chamada de Gay Related Immuno Deficiency – GRID (Deficiência Imunológica Relacionada à Homossexualidade), provocando uma revolta na comunidade gay por relacionarem a doença ao nome que usavam para serem identificados (LEITE, 2011).

O surgimento de casos em pessoas que recebiam transfusão de sangue, os hemofílicos, foi o ponto que fez com que parassem de associar a infecção com a homossexualidade. Em 1982, o nome da patogenia foi modificado para Acquired Immuno Deficiency Syndrome – AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Uma reviravolta na saúde começou a acontecer devido à falta de conhecimento de como o vírus era transmitido. Médicos não queriam atender pacientes com quadro de imunossupressão, enfermeiros só se aproximavam dos pacientes se estivessem com capote estéril, luvas e máscara, e os pacientes ficavam isolados em ambientes diferenciados (LEITE, 2011).

Em 1983, o vírus foi isolado e constataram que a sua estrutura era diferente de qualquer outra já estudada, levando a conclusão de que se deparavam com um novo patógeno. Devido a discussões entre cientistas acerca desta estrutura, o vírus foi chamado de HTLV3 (Human T Lymphotropic Virus) e LAV (Vírus da Linfadenopatia) durante um tempo, porém, em 1986 passou a ser chamado de HIV (Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana), forma que é chamada até os dias atuais.

Além dos homossexuais e hemofílicos, outros dois grupos foram incluídos dentro da perspectiva preconceituosa que a sociedade criou: os haitianos e os usuários de drogas



injetáveis (UDI). A descoberta das vias de transmissão do vírus fez com que o foco da doença fosse retirado destas populações e colocado sobre cada cabeça da sociedade, mostrando que qualquer indivíduo está sujeito a contaminação pelo HIV.

## 2.1 O HIV NO BRASIL

Embora haja a publicação de um caso de AIDS em 1980 nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, Leite (2011) afirma que a doença só foi “oficializada” no Brasil em 1982 no estado de São Paulo, a partir da notificação de sete pacientes homo e bissexuais. No Rio de Janeiro, o primeiro caso ocorreu no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em 1983.

Porém, antes destas notificações, já havia notícias sobre uma nova peste que estava matando em outros países. A infecção, que teve seus primeiros casos em homossexuais com alto poder aquisitivo, foi associada também à população mais abastada. No Brasil, a infecção tornou-se uma epidemia, sofrendo transformações em seu perfil epidemiológico.

Pode-se dizer que a epidemia de aids é dividida em três fases, considerando o espaço de tempo. A primeira ocorreu no início das notificações dos casos da síndrome, na década de 80, sendo o maior número notificado nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Para Barcellos & Bastos (1996), as grandes metrópoles nacionais desempenham um papel de centro de convergência e difusão da aids, e a partir deste centros que a aids alcançou outras populações, caracterizando a segunda fase da epidemia.

Vistos como pólos difusores secundários, as cidades de médio porte, no início dos anos 90, tiveram sua taxa de prevalência aumentada pelo fato de haver uma interligação com as grandes metrópoles, conjuntamente com o aumento do número de casos entre os usuários de drogas injetáveis e entre heterossexuais. A terceira e última fase caracteriza-se pela expansão da infecção pelas cidades de pequeno porte, ou seja, uma migração do vírus para o interior do Brasil, associada a um aumento da transmissão heterossexual com aumento da incidência no sexo feminino (JUNIOR *et al*, 2004).

Devido às grandes desigualdades que o Brasil possui, o HIV mostrou aos defensores da idéia dos gays como população mais suscetível ao vírus, que a infecção pode ocorrer em qualquer pessoa independente de raça, credo e opção sexual. A transmissão, que era

masculina e homossexual, passou a sofrer transformações como interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização (BRITO *et al*, 2001).

A interiorização, já citada anteriormente, começou a ocorrer quando o vírus começou a se espalhar das grandes cidades para as cidades de médio e pequeno porte. Houve uma expansão da epidemia das regiões Sudeste e Sul para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, tendo mantido seus altos índices de prevalência nas Sudeste e Sul até os dias atuais (BRASIL, 2010b). Todavia, até o ano 2000 a taxa de incidência de infecção pelo HIV evoluiu em todo país, e as regiões que foram o “berço” da infecção mostraram os menores índices e a tendência a estabilização.

Atualmente, esta estabilidade no aparecimento de casos novos tem se mostrado em todo o Brasil, pois desde 2000 a taxa de incidência não teve mudanças consideráveis. Considerando o total de casos notificados, e comparando ao ano de 2000 temos em uma diferença máxima de 3,2% em 2002, que teve uma taxa de incidência de 21,7% contra os 18,5% do ano 2000. Nos anos subseqüentes, houve um decréscimo, chegando a 18,5% em 2006, e a partir de 2007 leves subidas nas taxas, chegando a 20,1% em 2009 (BRASIL, 2010b).

Quanto à heterossexualização e à feminização, o padrão epidemiológico passou por transformações drásticas, revelando a mobilização e mudança de comportamento no sentido de práticas sexuais seguras pela população homossexual e bissexual. Como o segmento populacional constituído por homens que fazem sexo com homens foi o mais atingido no início da epidemia, logicamente, a incidência dos casos seria maior entre estes. Em 1984, 71% dos casos notificados eram de homossexuais e bissexuais do sexo masculino, taxa que decresceu ao longo dos anos, chegando a 16% no ano 2000 (BRITO *et al*, 2001).

Atualmente, a via de transmissão heterossexual tem sido a principal via de caracterização da epidemia. A porcentagem de casos notificados passou de 6,6 em 1988, para 39,2 em 1998 entre os heterossexuais. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2010, a taxa de incidência no ano de 2009 para a transmissão heterossexual em homens foi de 43,5%, mostrando uma grande expressão desta via de transmissão, enquanto que a taxa entre homo e bissexuais foi de 27,8%, uma taxa bem menor comparada a de transmissão por via heterossexual.

A feminização também é bem caracterizada por estas taxas: no ano de 2009, 96,8% dos casos notificados em mulheres foram por via de transmissão heterossexual. E o aumento

de casos entre mulheres é comprovado pela razão de sexos ao longo dos anos: em 1986 a razão era de 14,8 casos em homens para cada um caso em mulheres, e em 2002 a taxa chegou a 1,5 casos em homens para cada um caso em mulheres, taxa esta que teve a mínima mudança de 1,6:1 no ano de 2009 (BRASIL, 2010b). Estes achados epidemiológicos ratificam a justificativa deste estudo, provando a importância da assistência à clientela feminina nos dias de hoje no que diz respeito à infecção pelo HIV.

Quanto ao acontecimento da pauperização dos casos de aids, a epidemiologia também se faz presente, utilizando-se do nível de escolaridade dos indivíduos. Os casos notificados até 1982 eram compostos de pessoas com nível superior ou médio; em 1985, o percentual desta população chegou a 76%, enquanto os 24% restantes equivaliam à população analfabeta ou que possuía quatro anos do ensino fundamental. O aumento dos casos em pessoas com situação sócio-econômica desfavorecida começou a acontecer em progressão, chegando a 74% no ano 2000, incluso nesta taxa os analfabetos, os com ensino fundamental incompleto ou completo (BRITO *et al*, 2001) .

A partir do ano 2000, os casos começaram a crescer dentro da faixa de escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, que equivale ao ensino médio completo: foi de 16,3% em 2000 para 31,3% em 2010, mostrando que não só as camadas desfavorecidas economicamente que sofrem atualmente com a infecção pelo HIV. Mas, isto não exclui os índices da população com menos de 8 anos de estudo, que teve em 2010 uma taxa de 34,9%, que é reduzida frente a grandeza que possuía no ano 2000, porém, não menos importante, pois mostra a necessidade ainda existente de educação em saúde das populações carentes (BRASIL, 2010b).

Estes fatos e números remetem as fases que o Brasil viveu dentro da divisão histórica do comportamento da aids no Brasil; e, coloco o verbo “viver” no passado, pois ultimamente tem se considerado uma quarta e atual fase da epidemia de aids: a fase de cronificação da síndrome. Com o surgimento de fármacos mais potentes, e a descoberta dos benefícios da associação destes (considerando o tipo de ação que possuem), os pacientes que não possuíam uma grande expectativa de sobrevivência tiveram suas chances aumentadas (LEITE, 2011).

Houve uma diminuição das infecções oportunistas e do número de óbitos pela doença: o coeficiente de mortalidade, que era de 7,6 em 1997, chegou a 6,2 em 2009 (BRASIL, 2010b). Porém, aquilo que é esperança para a população afetada pelo vírus precisa também ser vista com olhos de preocupação. Com a cronificação da doença, considera-se que mais pessoas estão vivendo com o vírus, e conseqüentemente há uma maior exposição da

população ao HIV. O advento do “coquetel”, por mais que seja um revigorante para os que não vêem uma solução para a doença, também pode ser uma desculpa para o abandono do uso de preservativos (LEITE, 2011).

Além disso, deve-se considerar também, que os medicamentos podem gerar vírus resistentes, e isto é um desestimulante para os cientistas que tem investido dinheiro e tempo na elaboração de vacinas contra o HIV (LEITE, 2011). Estes fatos reforçam ainda mais a necessidade de uma assistência qualificada para a clientela HIV positivo, e para o investimento na área de prevenção em saúde.

Quanto às gestantes, os dados epidemiológicos mostram que ainda existe uma taxa considerável de infecção pelo HIV neste grupo. No ano de 2009 foram identificados 6.104 casos em gestantes, tendo um coeficiente de detecção de 2,1 em cada 1.000 nascidos vivos, o que mostra um pequeno aumento comparado à taxa do ano anterior, que foi de 5.903 casos com um coeficiente de 2,0. (BRASIL, 2010b).

Por mais que a diferença entre as taxas seja pequena, isso não descarta a possibilidade deste número sofrer um aumento preocupante. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2010, as maiores taxas de infecção pelo HIV em gestantes estão concentradas na faixa etária de 20 a 29 anos, ou seja, uma taxa que ainda possui um tempo considerável de fertilidade, o que reforça ainda mais a necessidade de compreender como os enfermeiros tem atuado diante deste quadro.

Em sua publicação mais atual acerca dos dados epidemiológicos, a Secretaria de Vigilância em Saúde expõe os dados notificados até dezembro de 2012 e analisados até dezembro de 2011. De acordo com o boletim a taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2011 correspondeu a 2,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que no período de 2002 a 2011, observou-se no Brasil aumento de 43,8% na taxa de detecção de HIV em gestantes. A faixa etária de gestantes infectadas se mantém entre os 20 e 29 anos, com prevalência de 50,5%. A escolaridade da maioria destas está entre o ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, com prevalência de 26,9% e 14,7% respectivamente (BRASIL, 2012).

## 2.2 ASPECTOS PATOLÓGICOS DO HIV

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pertence, de acordo com a classificação biológica, a família *Lentiviridae*, o que caracteriza sua lentidão no processo de infecção até a sua manifestação. É um retrovírus, e por isso seu material genético é feito de RNA; além disso, o HIV carrega a enzima transcriptase reversa, que faz o papel inverso das enzimas responsáveis pela transcrição.

A transcrição é o fenômeno em que é construído o RNA mensageiro a partir do ácido desoxirribonucléico (DNA), logo, a transcriptase reversa faz a construção de um “pedaço de DNA” a partir da estrutura do RNA viral. A transcriptase produz este feixe de nucleotídeos a partir da estrutura do vírus e acopla esta estrutura no DNA da pessoa infectada. Por isso, a busca pela cura da aids tem sido de tanto ardor, pelo fato da molécula que infecta o homem estar acoplada a estrutura genética que sempre está sofrendo multiplicações.

Não só por isto que a busca pela total retirada do HIV do organismo humano tem sido árdua, isto também ocorre pelo fato do HIV ter um tropismo por células de defesa. Nosso sistema imune é composto por células de atividade específica (imunidade adquirida) e células de atividade não-específica (imunidade inata). As células de atividade específica compõem o grupo chamado de linfócitos, que são divididos em linfócitos T e linfócitos B, e o grupo de linfócitos T são divididos em linfócitos T auxiliares, linfócitos T citotóxicos e células T supressoras.

As células auxiliares são as mais prevalentes dentro deste grupo, e possuem este nome por auxiliarem nas funções do sistema imune, atuando como reguladoras destas funções através da produção de linfocinas. Quando não há a produção destas proteínas, o sistema imune fica praticamente inerte. São, então, estas as células que são atacadas pelo HIV, e conseqüentemente, a infecção por este vírus leva a uma falta de proteção contra outros patógenos (MARTA, BEHRING, SILVA, 2011).

As células citotóxicas são aquelas que possuem a capacidade de atacar e destruir micro-organismos invasores, juntamente com células do nosso próprio corpo que estão infectadas; e, as células supressoras possuem a função de controlar a resposta imune para que ela não seja exacerbada. Ambas também são atacadas pelo HIV.

Levando todas estas informações em consideração, é entendível que a infecção pelo HIV gera linfopenia profunda, diminuição da resposta aos antígenos, perda da ativação das

células T e B, redução da capacidade funcional dos macrófagos (fagocitose e quimiotaxia), e conseqüentemente a maior suscetibilidade a patógenos e neoplasias (MARTA, BEHRING, SILVA, 2011).

Após ter se instalado no organismo humano, existe um processo infeccioso de longo prazo que é iniciado. Primeiramente ocorre um rápido declínio transitório da contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> devido a um pico de viremia, ocorrendo assim um quadro gripal ou outras manifestações como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo, ulcerações mucocutâneas de mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos (BRASIL, 2009).

Estes sintomas geralmente se manifestam durante 14 dias e desaparecem, por isso o diagnóstico nesta fase é de difícil realização. Além disto, esta fase, chamada de fase aguda, ocorre depois de 5 a 30 dias após a entrada do vírus no organismo, ou seja, um período de tempo que abrange a janela imunológica (considerada em média 30 dias).

Após o abafamento desta fase, o indivíduo entra em fase assintomática, onde os sintomas são mínimos ou inexistentes, alguns chegam a desenvolver uma linfadenopatia persistente e indolor. Nesta fase a sorologia para o HIV é positiva e a contagem de T CD4<sup>+</sup> está em declínio ou estável, e pode durar de meses a anos (BRASIL, 2009).

Após esse período, a próxima fase é a sintomática inicial, onde as primeiras infecções oportunistas começam a manifestar-se. Estas infecções são conhecidas como ARC (Complexo Relacionado à Aids) e se apresentam através do diagnóstico de candidíase oral; testes de hipersensibilidade negativos; e a presença de mais de um dos seguintes sinais e sintomas por mais de 1 mês sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso superior a 10% . Nesta fase há uma elevação da viremia e uma queda acentuada da contagem de linfócitos T CD4<sup>+</sup> (BRASIL, 2009).

A próxima e última fase é a da imunossupressão severa, diagnosticada como aids, onde a contagem de linfócitos CD4 + chega a menos que 500 células/mm<sup>3</sup>. Começam a acontecer infecções por microorganismos usualmente não patogênicos, mostrando uma maior gravidade da infecção pelo HIV. As principais doenças são citomegalovirose, herpes simples, tuberculose, pneumonias, salmonelose, pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmose, toxoplasmose, criptosporidiose, além de neoplasias como doença de Hodgkin, câncer anal, pulmonar, hepático, cutâneo e de células germinativas testiculares (BRASIL, 2009).

O tratamento para toda esta gama de infecções tem sido um desafio para a saúde. Diversos medicamentos tem sido desenvolvidos para um prolongamento da fase assintomática, onde há um estabilidade da contagem de células de defesa. A associação de inibidores da transcriptase reversa e de inibidores da protease tem sido atualmente a melhor opção farmacológica para os portadores do vírus (MARTA & BEHRING, 2011).

Dentro desta realidade está o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, onde há inicialmente a recomendação da realização do teste anti-HIV com consentimento, e aconselhamento pré e pós-teste para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. É uma das recomendações que fez com que as notificações de casos de aids tomassem uma proporção mais próxima da realidade e que houvesse uma necessidade de desenvolvimento de um protocolo a ser seguido.

Segundo o manual técnico “Gestação de Alto Risco” (2012), existem diversos aspectos a serem considerados no atendimento a gestante portadora do HIV, e entre eles está a resposta emocional ao diagnóstico e a história social. Além disso, há o enfoque no exame físico completo, devido à possibilidade de comorbidades assintomáticas associadas. Neste manual há também orientações acerca de quais exames a gestante precisará realizar e a periodicidade destes.

O manejo da medicação antirretroviral é colocado de forma detalhada, mostrando como o tratamento proposto é criterioso, sendo baseado na contagem de linfócitos TCD4<sup>+</sup>, na carga viral e na presença de patologias associadas. As orientações sobre definição da via do parto, o uso da medicação durante o trabalho de parto e a administração de zidovudina para o recém-nascido são seguidos pelos profissionais que atuam na área materno-infantil conforme o publicado.

Dentro de toda essa mistura de múltiplas doenças, preconceitos, medicamentos e protocolos, insere-se uma mulher prestes a ter o desejo realizado de gerar uma vida. A gestante encontra-se em uma dimensão que a faz ser considerada uma preocupação para o nível de qualidade de saúde no Brasil. A condição de estar grávida e de ser portadora do HIV traz um olhar de interesse para o que tem sido implementado a esta clientela dentro do processo de enfermagem.

### 2.3 A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL DA AIDS

*“... o que parece ficar claro é que, a despeito desses avanços, dentre eles os antiretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, persevera a triste constatação de que a epidemia ainda é soberana e que a relação do conviver com o HIV e a AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe” (ALMEIDA & LABRONICI, 2007).*

O surgimento de um vírus que mata, dentro de uma sociedade que já havia “experimentado” os temores provocados pela sífilis e a tuberculose justifica toda a dinâmica social que se desenrolou desde o primeiro caso de óbito por aids. Ao mesmo tempo em que os cientistas buscavam descobrir qual era o novo causador da morte, a população criava, dentro do seu universo limitado pelos “achismos” e rumores, idéias acerca do que poderia causar este grande mal. E, isto foi um ponto chave para ainda hoje vermos os vestígios das más colocações e interpretações.

A aids, que é causada por um vírus que não possui tropismo por pessoas consideradas promíscuas, foi associada a grupos considerados discriminados e marginalizados, como os gays, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e haitianos, além das prostitutas. O entendimento criado pela população fazia com que aqueles diagnosticados como portadores do HIV se sentissem culpados e merecedores de tal diagnóstico, já que não pertenciam ao grupo que possuía o comportamento moralmente e socialmente aceitável.

Com a descoberta da principal via de transmissão, que é a sexual, obviamente a aids cresceu no quesito de “doença dos vulgares”. E por mais que atualmente, haja uma mudança no padrão dos infectados (que passou dos homossexuais para os heterossexuais), e haja uma conscientização da população acerca da possibilidade de sobrevida mesmo após o diagnóstico, ainda sofrem os portadores do vírus devido aos próprios resquícios deixados pela construção social/preconceituosa da síndrome.

Goffman *apud* Almeida & Labronici (2007) coloca que o estigma traz um sentimento de diferenciação para quem sofre o preconceito, afastando e impedindo a pessoa de perceber suas qualidades, sendo tratada não mais como humana, mas sim como uma pessoa com chance e vida limitadas. Isto mostra que além do isolamento da sociedade, a pessoa portadora do vírus pode se sentir limitada para continuar a viver devido ao julgamento imposto por alguns.



No artigo “A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral” suas autoras expõem discursos de portadores do vírus onde facilmente percebe-se o grande peso que o preconceito acerca da aids gerou na humanidade. Há relatos de que o sofrimento causado pelo diagnóstico transcende o aumento do risco de morte, alcançando o preconceito e discriminação, colocando estes últimos como principais causadores deste sofrimento.

Há também discursos que revelam a dificuldade de se relacionar amorosamente com outras pessoas, seja pelo medo de contaminar o companheiro ou por achar que pode ser causa de sofrimento para o outro. Outros ainda colocam-se com o discurso de que foram castigados por gostar de homens e se relacionarem com tais. Além disso, a publicação traz como informação preciosa as palavras de portadores da aids que possuem medo de falar de sua condição: não expõem aos profissionais de saúde devido ao medo do que irão pensar. Traz ainda um relato em que houve uma mudança da “água para o vinho” do comportamento de uma profissional ao saber que a pessoa era HIV positivo.

Diante destes pontos, a pesquisa se engrandece no que diz respeito a dimensão psicossocial da aids, pois percebe-se que há ainda uma grande raiz histórica envolvendo os dias atuais. A gestante nesta condição precisa de suporte para enfrentar todos estes estigmas, e de profissionais que entendam esta dimensão e a tomem por base para realizar o cuidado que é pertinente a tal quadro.

De acordo com Gonçalves & Piccinini (2007) a maternidade para mulheres não-portadoras do vírus é socialmente vista como algo bom, sendo até estimulada pelas pessoas que convivem com estas mulheres, diferentemente da mulher portadora do HIV/Aids, que é socialmente encarada como inseqüente e cruel por expor a criança ao risco de infectar-se. E isso se torna mais dramático quando o momento da descoberta do diagnóstico coincide com o momento da gestação. Mulheres diagnosticadas como portadoras de HIV/Aids durante uma gestação possuem a tendência de desenvolverem sinais de depressão e desordens somáticas, causando um impacto psicológico intenso num período que deveria ser de tranquilidade.

A partir disto, surgem os segredos: quando as gestantes não revelam o quadro para a família ou ao cônjuge, na maioria dos casos por temer uma represália. Algumas gestantes passam por todo o processo de forma solitária, não só quando escondem o diagnóstico dos familiares, mas também quando expõem a verdade e há um afastamento dos pais e parentes por não apoiarem a situação. Segundo Gonçalves & Piccinini (2007), dentro da dimensão de

portadora do HIV/Aids, a gestante passa por relações de perda, abandono e abuso com as figuras da família.

Além disso algumas gestantes questionam sobre a própria capacidade de cuidar do seu futuro filho, já que questões sobre a não amamentação e sobre o prognóstico da infecção pelo HIV surgem de forma repentina após a descoberta do diagnóstico. O fato da aids ser ainda considerada uma doença sem cura faz com as gestantes acreditem em um mau prognóstico, levando a pensamentos negativos de uma futura incapacidade de cuidar do seu filho devido a piora do seu próprio quadro.

Carvalho & Piccinini (2006) publicaram em seu artigo “Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes” uma categorização feita a partir da análise de entrevistas feitas com gestantes HIV positivo. Trazem que após o resultado positivo, algumas não conseguiram assimilar a realidade de suas vidas à realidade da infecção, mostrando dificuldades em aceitar tal notícia. Dentre os sentimentos expostos no artigo estão o medo de infecção do bebê, medo da morte do bebê, o medo da própria morte e de não ver o crescimento do filho. Existem relatos onde são colocados questões acerca da duração da própria vida da mulher após o parto e de quanto tempo ela teria para curtir a vida próximo ao filho.

Em um relato de experiência publicado por Ribeiro & Diaz (2001), a gestante estudada, no momento da descoberta do diagnóstico, apresentou vontade de suicídio associado a um quadro de depressão, isolando-se dos familiares. E mesmo com a orientação da equipe de saúde acerca dos cuidados que ela deveria tomar a partir daquele momento, ela ainda se mostrou resistente ao tratamento. A interação do enfermeiro com a paciente que vive dentro deste contexto possui sua importância; o profissional deve ser capaz de lidar com estas diversas questões de forma que a gestante faça adesão ao que é proposto e orientado.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do modelo de cuidado tomo como referencial teórico o pensamento filosófico de Edgar Morin acerca da complexidade. Diferentemente do que parece, a complexidade não está relacionada ao que é de difícil entendimento, mas sim com algo que abrange muitos elementos ou partes que tem coerência entre si. Lembro-me do primeiro contato que tive com o livro “Introdução ao Pensamento Complexo”, um misto de empolgação e temor. A leitura inicialmente desconexa a meu ver, tornou-se a cada dia mais coerente com as respostas que buscava, acompanhando-me até esta dissertação.

O pensamento complexo emergiu dos questionamentos de Morin acerca da simplificação e reducionismo que ocorrem nas ciências; estes, vistos como uma cegueira que envolve a sociedade. O filósofo diz que “vivemos sobre o império dos princípios de disjunção, de redução e abstração” (MORIN, 2003), chamando isto de paradigma da simplificação.

Simplificar seria como uma limitação do pensamento, e não uma facilitação, como é geralmente interpretada. O simples carrega o significado de prático, rápido e livre de dubiedade, todavia, a partir destes conceitos, a “cegueira” citada por Morin começa ser esclarecida, pois, ao mesmo tempo em que a simplificação carrega estes significados, a limitação imposta por este paradigma passa despercebida pelas mentes pensantes. Isto quer dizer que o simples não funciona como ideal se há uma busca pelo conhecimento de algo, pois os conhecimentos são interligados por natureza e interligáveis por nossa atitude de pensar.

“... o conhecimento científico foi durante muito tempo e permanece ainda frequentemente concebido como tendo por missão dissipar a aparente complexidade dos fenômenos a fim de revelar a ordem simples a que obedecem” (MORIN, 2003). Este trecho exprime claramente o que o pensamento complexo refuta: a imagem de que as ciências existem com o intuito de trazer clareza através da simplicidade. A visão geral de que é necessário clarificar as idéias para entendê-las não deixa de ser válida por causa da complexidade, mas, há uma onda de aversão ao complexo devido à grande abrangência que o mesmo pode alcançar ou até mesmo pelo peso que a própria palavra “complexidade” carrega.

A partir destas proposições, não posso afirmar que ao buscar o conhecimento de algo alcançarei o patamar único dentro do conhecimento deste algo, pois assim estaria indo contra ao pensamento complexo; estaria sendo limitador e reducionista, agindo como um “cego”.

Morin (2003), sendo mais crítico aos “que não enxergam”, cita o conceito de “inteligência cega”, um destruidor de conjuntos e totalidades que isola os objetos daquilo que os relacionam – uma frase dura ao pensamento simplificador.

A idéia de não-simplificação não finda apenas com estes. O conceito de sistema aberto oferece respaldo ao que quero expor nesta pesquisa. Sistemas abertos podem ser considerados organizações que estão dispostas a mudanças. Quando se tem um pensamento organizado sobre um determinado assunto, há a tendência de que este permaneça fixo, já que a fuga do desconhecido é algo que está ligado aos sistemas já organizados. Todavia, o pensamento fixo é considerado um sistema fechado, que não está disponível para ser modificado; e é isto que a teoria da complexidade combate, pois um pensamento que não está suscetível a modificações é considerado mutilador. Mutilador porque bloqueia o surgimento de novas idéias a partir de um pensamento existente, dificultando a evolução do conhecimento acerca de um assunto.

*“Qualquer grande instituição burocratizada – a ciência – qualquer corpo de princípios, resiste ao menor questionamento, rejeita com violência e despreza como não-científico tudo que não corresponde ao modelo”. (MORIN, 2003, p. 76).*

Um pensamento aberto, disponível, suscetível é aquele que é moldado diante de cada incerteza que surge dentro de um sistema organizado. O incerto e o duvidoso tornam-se meios de expansão do sistema organizado ao invés de serem vistos como obstáculos do sistema. O desprezo pelo novo seria um desperdício da possibilidade de evolução de um sistema.

Morin também discorre acerca da diferença entre racionalidade e racionalização. A racionalidade estaria vinculada ao sistema aberto, ou seja, não esgota um pensamento a uma dimensão única, mas busca o diálogo entre o já construído com o que o desconstrói. A racionalização seria o contrário, seria o vínculo do sistema fechado. Racionalização é o encerramento de um pensamento desprezando qualquer desvio que este possa sofrer.

*“O homem tem dois tipos de delírio. Um evidentemente é muito visível, é o da incoerência absoluta, das onomatopéias, das palavras pronunciadas ao acaso. O outro é muito menos visível, é o delírio da coerência absoluta. Contra este segundo delírio, o refúgio, está na racionalidade autocrítica e no recurso a experiência”. (MORIN, 2003, p. 105).*

Defendendo o pensamento de Morin, penso que devemos fugir do segundo delírio quando estamos construindo o conhecimento científico, e nos refugiar nas incertezas que

possam surgir, pois elas são um canal para a melhoria de um constructo. A racionalização é extremamente limitadora, o que me faz pensar que devemos ser, a partir do momento que nos colocamos como cientistas, seres racionais que buscam a racionalidade e combatem a racionalização. Até porque seria incoerente considerarmos que aquilo que conhecemos é finito. Um conhecimento leva ao outro, um está interligado ao outro.

Morin (2003) diz que “um processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produziu”, ou seja, aquilo que construímos como conhecimento é ao mesmo tempo uma causa para que outro conhecimento seja construído. Isto faz com que o pensamento complexo neste projeto seja uma ferramenta para melhor compreensão do que foi exposto nas considerações iniciais acerca da modelagem do cuidado. Ao criar um padrão de cuidado há o risco de que pensem que é um padrão rígido a ser seguido; e, o pensamento complexo desvirtua esse conceito.

Morin (2003) descreve a complexidade como um tecido de heterogeneidades inseparavelmente associadas, e como um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo.

*“... a complexidade coincide com uma parte da incerteza, quer mantendo-se nos limites do nosso entendimento quer inscrita nos fenômenos. Mas a complexidade não se reduz à incerteza, é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados” (MORIN, 2003, p. 52).*

A partir de todas as proposições expostas, entende-se que o pensar complexo não é aquele que determina algo fixo, mas sim aquele que está aberto à incerteza. Pensar complexamente não é dificultar um raciocínio, é, na verdade, não enxergar o já construído como único. É pensar que a partir de novas descobertas pode haver uma associação da novidade ao já estabelecido.

*“A simplificação seleciona o que apresenta finalidades (...). A complexificação procura ter em conta o máximo de dados e de informações concretas; procura reconhecer e computar o variado, o variável, o ambíguo, o aleatório, o incerto (...)” (ERDMANN, 1996, p. 28).*

Lidar com o incerto proporciona aos enfermeiros a construção de novas intervenções, porém, é natural esquivar-se daquilo que é desconhecido, daquilo que ultrapassa os limites da ciência. Ao fugir destas situações, perde-se a oportunidade de formar novas idéias.

Erdmann (1996) disserta acerca do pensamento complexo expondo-o como pensamento lateral. Pensar de forma lateral seria seguir pelo caminho que não é usual, ou seja, é abrir espaços para novas idéias, descobertas sem preocupação com as situações que possam surgir. O pensar lateral traz uma idéia de agregação de novos cuidados aos já criados.

Então, para a construção de um modelo de cuidado, esta filosofia se faz válida, já que a intenção em construí-lo não é torná-lo inflexível, e sim adaptável. Partir de depoimentos de enfermeiros para construir um padrão, não quer dizer que este padrão é imutável, e sim que é um ponto de partida para elevação do cuidado de enfermagem. Ao pensar de forma lateral, o enfermeiro aproveita as vivências que passa para tornar o sistema de cuidado mais completo.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste projeto faz-se necessário detalhar o percurso metodológico que foi percorrido até o dado momento, descrevendo o tipo de pesquisa, os sujeitos desta, o cenário, o instrumento para coleta de dados, a análise dos dados e as questões ético-legais relacionadas.

Trata-se de um estudo de cunho descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, baseada em depoimentos de enfermeiros que acompanham ou já acompanharam gestantes HIV positivo. Polit & Beck (2011) expõem que pesquisador quando realiza uma pesquisa descritiva, deve ter a capacidade de observar, contar, descrever e classificar. Já a exploração, busca o mesmo que a descrição, porém investiga os fatores que estão relacionados ao que foi descoberto.

Inicialmente houve uma aproximação do cenário do estudo para que houvesse interação do pesquisador com os possíveis participantes da pesquisa. Nesta etapa, pretendeu-se entender como funciona o trabalho dos enfermeiros no local e tentar estabelecer um vínculo com os mesmos. Além disso, esta aproximação informou aos enfermeiros qual o tipo de atuação que teria no local. O cenário é uma enfermaria do Hospital Universitário Pedro Ernesto no setor de maternidade, onde são internadas gestantes com diversos diagnósticos, inclusive portadoras do HIV. O hospital, por ser universitário, possui diversas áreas de atenção, inclusive setores de atenção primária, secundária e terciária às gestantes.

Na enfermaria selecionada, são admitidas gestantes que possuem qualquer quadro patológico que possa prejudicar a sua saúde e a do bebê, e que precisam de um acompanhamento em regime de internação.

Tal cenário foi escolhido diante da busca de um local onde houvesse atuação direta do enfermeiro à clientela soropositiva e gestante. A internação hospitalar, num nível de baixa e média complexidade, soou como a melhor escolha, já que seria um local onde a enfermagem atua 24 horas com o paciente, lidando com situações não apenas clínicas, já que o paciente está, na maioria dos casos, acordado e orientado.

Foram realizadas entrevistas com enfermeiros atuantes no setor do hospital, utilizando como critério de inclusão ser enfermeiro atuante no cenário no mínimo um ano, e ter cuidado de gestantes portadoras do HIV. Inicialmente, não estabeleci um número exato de sujeitos, já que se esperava a saturação dos dados que seriam coletados. A entrevista (Apêndice 1) esteve

sujeita a modificações na sua estrutura durante a realização da coleta. Os dados obtidos foram gravados em MP3 player, o que levou a uma maior fidedignidade das respostas, já que estas tem as palavras próprias do entrevistado.

O projeto, inicialmente, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil sob o parecer 195.210 (Anexo C). Os enfermeiros que concordaram em participar do estudo foram orientados sobre o Consentimento Livre e Esclarecido que rege a ética nas pesquisas com seres humanos – Resolução 196/96, e foram informados que o estudo está dentro deste conforme. Após os esclarecimentos iniciais, os profissionais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), elaborado pelo pesquisador, contendo os objetivos do mesmo, o papel do pesquisador, a segurança do anonimato e o direito de desistirem de participar em qualquer momento durante a entrevista.

Todo o percurso foi baseado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, que a chamaram de “Grounded Theory”. A TFD busca compreender o que ocorre nos ambientes de pesquisa, como se comportam os participantes deste ambiente, e estudar a forma como eles explicam seus enunciados e ações compreendendo analiticamente cada um deles (CHARMAZ, 2009).

De acordo com Polit & Beck (2011), a finalidade principal da Teoria Fundamentada nos Dados é gerar explicações abrangentes dos fenômenos, fundamentando-se na realidade, ou seja, todas as informações futuramente relatadas estarão ligadas as experiências dos enfermeiros. O produto da análise a partir deste método é um modelo conceitual ou teórico que explica um padrão de comportamento, preocupando-se mais com a geração de categorias, propriedades e hipóteses do que em testá-las.

Segundo Leite *et al* (2009), o método visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que um contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um entendimento das ações. Há a extração de significados das experiências/vivências dos entrevistados, o que possibilita a construção de modelo a partir da realidade vivida, e não do embasamento em conceitos do pesquisador.

Trata-se de um método que tem como objetivo elaborar um constructo teórico a partir de dados coletados, através de análise qualitativa destes, agregando ou relacionando esta nova concepção a outras já existentes, trazendo novas perspectivas à área do que foi estudado.



Inicialmente, o pesquisador utiliza os dados da entrevista para a descoberta de códigos. A codificação ocorre linha a linha da transcrição da entrevista, onde cada frase do entrevistado tem um valor gerado; estes códigos indicam áreas a serem investigadas e aprofundadas nas próximas coletas de dados, já que o processo de coleta na TFD é simultâneo à análise dos dados (CHARMAZ, 2009).

A TFD não parte de teorias já existentes, mas sim, fundamenta-se a partir dos dados coletados da própria cena social, sem a pretensão de refutar ou provar os seus achados, mas sim, acrescentar perspectivas para entendimento do objeto estudado (LEITE *et al*, 2009).

Como o processo é simultâneo, iniciei a coleta de dados entrevistando os enfermeiros um a um, e a partir do coletado, iniciei as transcrições e a codificação linha a linha. Neste momento, alguns códigos já se mostraram mais evidentes, porém como ainda não havia ocorrido a saturação dos dados não pude formar nenhuma categoria.

Realizei mais entrevistas, onde os códigos começaram a se relacionar e achei um espaço para iniciar a categorização e a análise dos dados. Com seis entrevistas, a provável saturação dos dados e a aparente sensação de que poderia encontrar algo novo na fala de outros entrevistados, realizei mais duas entrevistas, que serviram como confirmação da saturação e enriquecimento dos dados. Todos os oito enfermeiros entrevistados eram do sexo feminino, possuíam mais de um ano de atuação na enfermagem e já tinham cuidado de gestantes HIV positivo. Alguns possuíam experiência em outras áreas da saúde, como saúde mental e psiquiatria, emergência, porém, todas atuavam há um tempo considerável no âmbito da saúde da gestante.

O processo de análise na TFD possui várias fases: transcrições das gravações, realização das leituras e codificação, análise dos dados propriamente dita e a delimitação da teoria. A codificação se refere à atribuição de nomes que descrevem os elementos identificados. É importante ressaltar que a criatividade se manifesta na habilidade do pesquisador para nomear as categorias, fazer questionamentos estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realístico a partir do grande volume de dados (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) discorrem que a análise denota um direcionamento livre e criativo com movimentos do pesquisador para frente e para trás, com a utilização de técnicas analíticas e em resposta à tarefa analítica que se apresenta. Segundo Leite *et al* (2008), o método é circular, permitindo ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras

direções, reveladas pelos próprios dados coletados. As codificações são elaboradas de forma sequencial, seguindo os seguintes passos: codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e codificação para processo (Figura 1).

A codificação aberta proporciona a identificação dos fenômenos presentes no campo de coleta. Pois esta fase envolve exame detalhado de dados, frase por frase, palavra por palavra. Serão utilizados vários códigos, tantos quantos necessários, para caracterizar melhor os dados (Apêndice 3). A partir de então serão iniciadas a categorização.

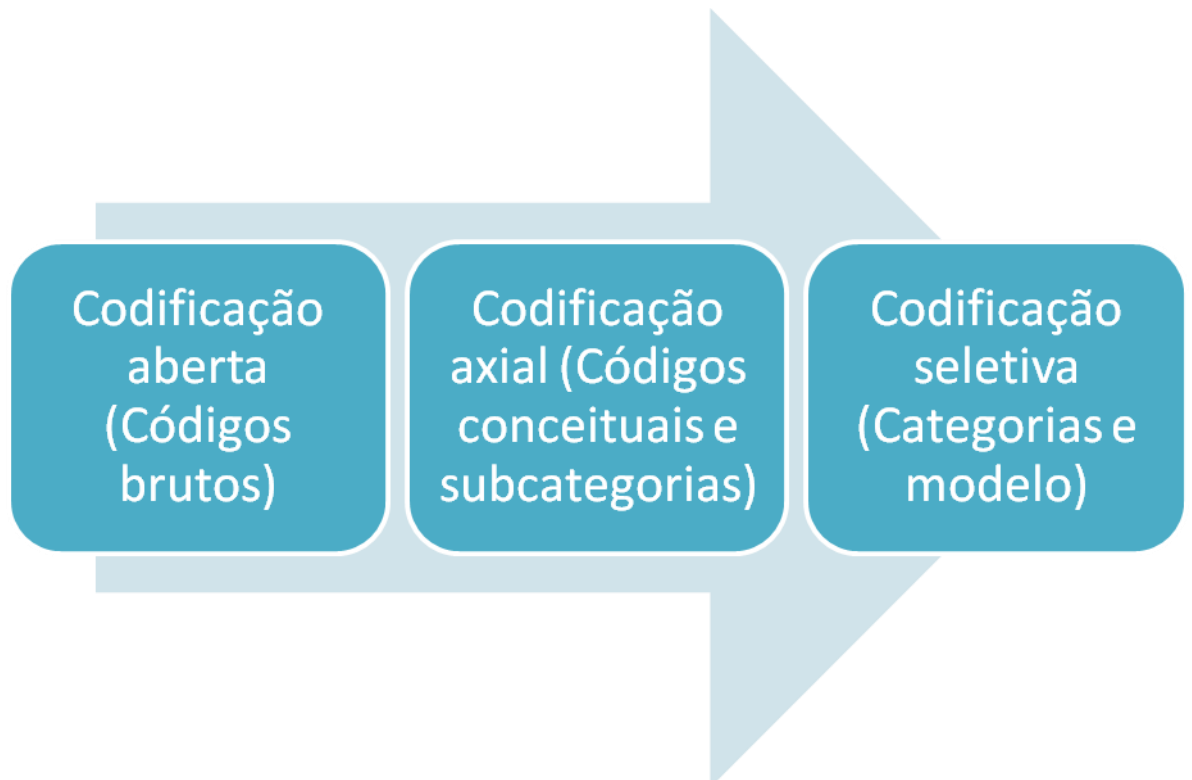
Nesta fase, é necessário que o pesquisador possua um comportamento de analisar os mínimos detalhes, tentando entender profundamente o que foi dito pelo entrevistado, e qual o real significado das palavras verbalizadas. Strauss e Corbin (2008) trazem como orientação nesta fase de codificação, diversas ferramentas analíticas que auxiliam no desenvolvimento dos códigos conceituais. O uso do questionamento, a análise palavra por palavra, a técnica flip-flop são características únicas da TFD, o que faz com que a análise passe a ser extremamente minuciosa. Cabe ressaltar que estas ferramentas são extremamente importantes para a validade dos dados, e que o uso destas não ocorre apenas na codificação aberta, mas durante todo o processo de análise da TFD.

Posteriormente, os códigos iniciais são agrupados por afinidade e mais uma vez os fenômenos que se apresentam na codificação aberta, depois, na codificação axial serão agrupados em categorias, através de uma organização mais detalhada, fazendo surgir categorias mais gerais que perpassam todas as entrevistas (Apêndice 4). A meta é desenvolver sistematicamente as categorias e relacioná-las. Os principais questionamentos que surgirão nesta fase possibilitarão o retorno à coleta de dados para poder refinar melhor as inquietações apresentadas durante a fase de codificação.

As relações entre as categorias definem melhor a categoria central que representarão o fenômeno identificado no objeto de estudo, através da codificação seletiva. Este passo mostrará a relação da categoria central com as secundárias e todas, ao mesmo tempo, apresentarão um entrelaçamento que definirá o conceito acerca do fenômeno produzido. Desta forma, é o processo de integração e de refinamento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito exploratório central.

Strauss e Corbin (2008) referem-se ainda a codificação para processo, visto que o processo representa a natureza dinâmica e evolutiva da ação/interação. Pode ser a linha organizadora ou a categoria central da teoria, ou pode assumir um papel de menor destaque.

Para finalizar o método, há a elaboração do modelo condicional/consequencial, que é um mecanismo analítico para ajudar o pesquisador a acompanhar a interação de condições/consequências e ações/interações subsequentes e a traçar linhas de conectividade. Nesta fase, é importante que se ajuntem as informações micro e macro, para que consequentemente elas entrem na estrutura do modelo. As condições macro são as mais abrangentes, onde são identificados os fenômenos mais brutos e claros de se visualizar. As condições micro são derivadas da macro, e é onde os fenômenos mais específicos, e às vezes individuais são visualizados (STRAUSS & CORBIN, 2008).



**Figura 1: O processo de codificação da TFD**

Nesse processo, está inserida também a redação de memorandos, característica da TFD. Os memorandos são anotações do pesquisador onde o mesmo escreve suas interpretações acerca dos códigos gerados inicialmente. Os memorandos ajudam o pesquisador a agrupar os códigos gerados linha a linha, condensando-os em um só código. Desta forma, auxiliam na geração de categorias, pois mostram a conexão que existe entre cada

código gerado e vincula a coleta com a análise, dando maior fidedignidade à construção do modelo teórico.

Espera-se assim, que a descrição processual das práticas em saúde produza uma elaboração teórica, pois de acordo com Strauss e Corbin (2009) a TFD é utilizada quando o propósito de investigação é a elaboração de novos entendimentos e/ou expressões de um fenômeno. Dessa forma, classificam-no como método de construção teórica embasada nos próprios dados. Segundo Charmaz (2009) os métodos fundamentam-se em diretrizes sistemáticas, mesmo que flexíveis, objetivando coletar e analisar os dados, promovendo a construção da teoria (COSTA *et al*, 2013).

## 5 ANÁLISE DE DADOS: OS CAMINHOS QUE LEVARAM A CONSTRUÇÃO

Os objetivos da pesquisa, citados no primeiro capítulo, começam a mostrar indícios de que estão sendo alcançados. A descrição das vivências e experiências dos entrevistados e a análise de como é realizado o cuidado de enfermagem dentro do contexto das gestantes HIV positivo ocorreram e estão ocorrendo de maneira integrada e são colocados neste capítulo de também de forma integrada.

Como exposto no capítulo anterior, a análise de dados ocorre simultaneamente à coleta de dados. A construção do modelo começou a partir da primeira entrevista, onde buscou-se entender o significado de cada frase dita pelo entrevistado, gerando códigos que se integraram a outros das demais entrevistas. Todavia, antes de expor as categorias formadas, acredito ser útil descrever o que é um modelo, pois este também o objetivo desta pesquisa.

De acordo com McEwen e Wills (2009) os modelos são representações esquemáticas de alguma realidade, sendo de grande valia para ilustrar os processos pelos quais os resultados são gerados. As autoras ainda colocam que os modelos representam o mundo real com o uso de símbolos, afirmando que ao utilizá-los, o pesquisador deve ser capaz de explicar o que ocorreu, prever o que acontecerá e interpretar o que está acontecendo.

O modelo é uma estrutura que simplifica o entendimento de questões de uma realidade, dando sentido aos fatos que ocorrem dentro desta. No caso da enfermagem, leva-se em consideração a realidade vivida dentro do ambiente de trabalho, pois para uma profissão, o modelo é um constructo daquilo que a mesma poderia ou deveria ser. Isto porque o modelo nunca é a realidade em si, mas sim uma representação da realidade (RIEHL & ROY apud SILVA & GRAVETO, 2008). São a partir destas representações que as categorias começaram a criar forma.

O modelo, como já exposto na fundamentação teórica, não tem a intenção de "engessar" o cuidado de enfermagem; conseqüentemente, as categorias geradas na análise dos dados também não possuem esta característica, já que os mesmos estão interligados. De acordo com Erdmann *et al* (2007) a pesquisa na TFD ocorre de forma contínua, onde tem sua continuidade no momento em que são definidas as categorias de análise que constituem os componentes do modelo. Para as autoras as "categorias são organizadas e articuladas para formulação e integração do modelo teórico explicativo do fenômeno em questão".

Concordando com o pensamento complexo de Morin, e baseado na publicação de Erdmann *et al* (2007), entende-se e ratifica-se que um modelo não pode ser visto como algo estanque, e sim como um norteador para as ações do enfermeiro. E partindo destas colocações que apresento as categorias formadas: o enfermeiro lidando com a descoberta do diagnóstico, o enfermeiro lidando com o sigilo, o enfermeiro lidando com o preconceito e a visão ambígua nos cuidados de enfermagem às gestantes HIV positivo.

A primeira categoria tem como subcategorias o enfermeiro atuando individualmente diante da descoberta do diagnóstico, e o enfermeiro atuando em equipe diante da descoberta do diagnóstico. A segunda categoria tem como subcategorias o enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com outras gestantes, e o enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com os familiares. A terceira categoria tem as seguintes: o enfermeiro lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo frente ao preconceito, e os sentimentos do enfermeiro que cuida de gestantes HIV positivo frente ao preconceito.

A última surgiu apenas como categoria de maneira isolada, não apresentando subcategorias. A seguir estão explanados todos os assuntos citados:

## 5.1 CATEGORIA I: O ENFERMEIRO LIDANDO COM A DESCOBERTA DO DIAGNÓSTICO

A forma mais comum de descoberta do diagnóstico positivo para HIV/AIDS é durante a fase aguda de alguma manifestação patológica oportunista. A descoberta durante a gestação não é tão comum, mesmo através da oferta de realização do exame durante o pré-natal. Cardoso, Marcon e Waidmani (2008) expõem que mais da metade dos diagnosticados como portadores do vírus tomam conhecimento de sua situação após serem atendidos em serviço especializado com algum sinal, sintoma ou doença indicativa de imunodeficiência. Esta informação, serve como indicador para a questão da prevenção, revelando que há uma comportamento de não procurar atendimento com fins preventivos.

Tomar conhecimento deste diagnóstico desencadeia um misto de sentimentos negativos, dentre estes os sentimentos de culpa e tristeza. Ao imaginar uma gestante recebendo esta notícia, naturalmente achamos que esta seria uma situação muito pior, contudo, este achado transcende o limite do imaginário quando os enfermeiros entrevistados fazem esta colocação a partir do que observam no seu dia a dia de trabalho.

*"Cuidar de uma gestante [...] eu acho que é diferencial de outras áreas de atuação do enfermeiro, porque eu acho que com a gestante a responsabilidade é maior. Porque está cuidando de duas vidas [...] Então você tem que ter um olhar pros dois lados, não só pra gestante em si, mas pensar no binômio ali, o tempo todo. Qualquer alteração no quadro, a sua visão tem que ser voltada pros dois, então eu acho que é um pouco mais delicado. [...] quando a gestante é HIV positiva, é bem mais complicado ainda porque além de envolver duas vidas ali, tem essa doença que é bem delicada de você ter que lidar com ela. Tem os fatores psicológicos da gestante, a aceitação em a doença, então é bem difícil sim". (Enfermeiro 2)*

*"[...] é uma fase muito especial na vida da mulher [...] elas ficam muito afetadas no emocional [...]". (Enfermeiro 3)*

Tais declarações de quem atua há um tempo considerável com gestantes evidenciam que a gestação é um momento delicado não apenas para a gestante, mas também para o profissional que atua neste momento. O emocional que a gestante carrega pela própria condição de gestante acaba sendo um fator a considerar quando é dada a notícia da soropositividade. E, o enfermeiro, que acaba sendo também um dos que se fragilizam com a situação, precisa estar preparado para lidar com a descoberta do diagnóstico.

### **5.1.1 Subcategoria I: O enfermeiro atuando individualmente diante da descoberta do diagnóstico**

Após a codificação axial, ficou clara a subcategorização da atuação do enfermeiro diante da notícia do diagnóstico e o diferencial desta atuação quando a gestante já conhece a sua condição (Quadro 1). Os relatos mostraram que diversas gestantes descobrem que são soropositivas quando estão internadas, o que faz com que a abordagem seja difícil. A descoberta tardia do diagnóstico, além de trazer maiores riscos de infecção do bebê, traz ainda uma necessidade de intervenção do enfermeiro, que deve explicar os riscos da condição em que a mulher acaba de descobrir que está inserida.

*"Teve uma gestante que ficou sabendo do HIV na gestação, então foi muito complicado, quando ela teve a notícia [...] o mundo caiu. [...] A gestante caiu em prantos, teve toda uma história, primeiro porque ela descobriu que tinha HIV, segundo porque ela tava grávida e tinha a questão de passar isso pro filho, terceiro, o marido traiu, então foi uma situação assim, que fica marcado porque geralmente quando eles chegam aqui eles já sabem o diagnóstico". (Enfermeiro 8)*

O resultado não é esperado naquele momento, e isso acaba revelando a importância da realização do pré-natal o mais próximo possível da data da descoberta da gravidez. Ao descobrir precocemente a soropositividade, o enfermeiro pode orientar sobre os baixos índices de crianças que nascem livres do vírus devido ao uso precoce da medicação, além de preparar a gestante sobre os riscos e cuidados que devem ser tomados antes de encaminhá-la para um serviço de pré-natal de alto risco.

*"eu já peguei pacientes que foram descobrir durante o teste rápido [...] é bem complicado o susto que ela leva. Pacientes que não foram acompanhadas no pré-natal, então a criança ali também não houve nenhuma prevenção, então foi bem triste. [...] as outras que já chegavam sabendo e tudo, do tratamento e tudo, da medicação que ia ser administrada[...] então é mais fácil quando a pessoa já conhece. Quando ela descobre aqui na maternidade é mais complicado".* (Enfermeiro 2)

*"[...] quando elas chegam pra gente, se elas descobriram a sorologia na gestação, no período do pré-natal, elas descobriram bem lá atrás, então elas vêm naquele processo de aceitação, elas já vem mais calminhas, menos tensas [...] o momento mais dramático é quando elas recebem o resultado, quando elas chegam aqui pra gente e já sabem o resultado, elas vem menos agressivas".* (Enfermeiro 4)

Apesar de ser considerado mais complicado, os enfermeiros entrevistados trouxeram informações pertinentes para intervir diante de uma situação deste tipo. De acordo com os dados colhidos, as orientações devidas são feitas no momento do diagnóstico, não com o intuito de oferecer o máximo de informação possível, mas sim de aliviar a ansiedade que a tensão que o momento impõe.

*"[...] falei pra ela se cuidar, tratar, que infelizmente ela não poderia amamentar e tudo, mas que seria o melhor. Falei coisas desse tipo, relacionadas a amamentação, relacionadas ao tratamento depois, que era só ela passar a se cuidar dali pra frente".* (Enfermeiro 2)

*"[...] eu lembro de uma gestante que não conseguia compreender a importância, ela já chegou aqui em trabalho de parto e a gente teve que entrar com o AZT injetável, e ela não tava entendendo a importância daquela medicação naquele momento, então a gente orientou, ela tava mais preocupada com o parto do que com a administração do AZT, então eu tive que conversar com ela, deixar ela menos ansiosa, pra ela compreender a importância que aquilo teria pro bebê dela".* (Enfermeiro 1)



**Quadro 1 - Codificação da categoria I / subcategoria I**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparando a dificuldade de lidar com a gestante HIV positivo que descobrem o diagnóstico na gestação com as que descobrem o diagnóstico antes da gestação</li> <li>- Orientando a gestante HIV positivo sobre os cuidados com si mesma</li> <li>- Orientando a gestante HIV positivo sobre os cuidados durante e após o parto</li> <li>- Importando-se com o emocional da gestante HIV positivo</li> <li>- Encorajando a gestante HIV positivo a manter o tratamento</li> <li>- Trabalhando diante de uma situação delicada/difícil</li> </ul>	<b>Atuando individualmente diante da descoberta do diagnóstico</b>	<b>Lidando com a descoberta do diagnóstico</b>

A orientação a gestante HIV positivo sobre os aspectos que envolvem seu diagnóstico é feita mesma quando ela já está orientada, ou já teve outra gestação. O enfermeiro, como agente do cuidado, preza pela saúde de seu paciente, e a repetição de orientações não é vista como um incômodo, mas sim como uma precaução, onde é enfatizado a importância de seguir as recomendações que estão sendo feitas. O que é visto como repetição, na verdade é continuidade.

*"[...] a gente sabe que é feito um trabalho todo bacana desde lá no pré-natal, de orientação, das que podem amamentar, das que não podem amamentar com relação a como que é feito. Mas, mesmo assim a gente fala aqui e a gente se depara ainda com pessoas que não entendem o seu diagnóstico. Apesar de tudo que a gente fala, tem que continuar falando aqui, mesmo sabendo que elas passaram sete, seis meses ouvindo a mesma história, a gente tem que continuar repetindo aqui [...] até o momento da alta a gente tem que continuar repetindo a mesma linguagem. Mas a gente consegue que elas entendam, que elas foram abençoadas [...]"*. (Enfermeiro 4)

O enfermeiro como profissional que tem em sua formação, disciplinas que dão base para cuidar de forma holística, preocupa-se também com as intervenções que vão além dos

procedimentos invasivos. O encorajamento juntamente com as orientações do que será necessário mudar futuramente na vida da mulher são de grande valia para a continuidade do tratamento desta.

*"[...] "papoterapia" que a gente fala, porque a gente acha que cuidado de enfermagem é só prático, é dar injeção, passar sonda; é também sentar mesmo e conversar [...]. Então chega uma hora que o enfermeiro tem que sentar, conversar, saber ouvir, eu costumo fazer esse tipo de coisa, enfermeiro tá sempre correndo, um monte de coisa pra fazer, pouca gente pra trabalhar, e você acaba sendo meio mecânico, chega ali, faz o que tem que fazer e vai embora. Aqui a gente tem tempo de fazer essa assistência, tem como conversar, tem tempo pra parar, então eu acho que a gente tem que fazer sim, a gente tem condições de dar mais uma coisa, além da parte técnica, em si. [...] o que costumo dizer é o que está feito, está feito, seu bebê já está aí, você não vai voltar atrás, não é por isso que você vai ter um bebê doente, eu dou todas as orientações, se você fizer tudo direitinho, a maioria das crianças não ficam com o HIV positivo, a gente fala bem assim, em termos que elas consigam entender. [...] eu sempre enfatizo isso, se você fizer a coisa como deve ser feita, seu filho não vai ser portador do vírus, e eu acho que ajuda bastante, você tá sempre enfatizando isso, porque eu acho que o grande receio delas não é nem estar com o vírus, mas é a criança, o recém nascido". (Enfermeiro 8)*

### **5.1.2 Subcategoria II: O enfermeiro atuando em equipe diante da descoberta do diagnóstico**

Outro aspecto levantado de maneira clara foi a comunicação da equipe de enfermagem com outros profissionais diante do resultado de soropositividade para a gestante, principalmente os profissionais de psicologia e medicina (Quadro 2). Ao liberarem o resultado do exame de sorologia para o HIV, diante do resultado positivo para a gestante que desconhece o tal, o enfermeiro aciona o psicólogo e o médico para que a notícia seja dada a paciente de forma conjunta.

*"[...] a gente tem aqui a psicologia, sempre disponível, muito presente aqui na maternidade, a gente chama a psicologia e a gente acaba intervindo junto". (Enfermeiro 8)*

*"[...] não é só uma pessoa, porque a gente aqui tem uma equipe enorme de psicólogos, e nesse caso foi a psicóloga que atuou nessa situação que eu vi. Uma paciente que ficou muito chocada quando ela recebeu o diagnóstico, e acaba chocando a equipe toda, porque você vê o sofrimento da pessoa que não estava esperando aquilo e fica todo mundo afetado". (Enfermeiro 1)*

A atuação em conjunto com outro profissional dá maior suporte à pessoa que recebe o diagnóstico, pois por ser um momento de choque para o paciente, pode existir alguma

demanda que o outro profissional poderá suprir caso não seja da alçada do enfermeiro. Além disso, como citado pelo entrevistado: "todo mundo fica afetado". O suporte de um profissional ao outro também é válido, pois um trabalhador pode ajudar o outro diante de alguma instabilidade emocional que a notícia possa causar.

**Quadro 2 - Codificação da categoria I / subcategoria II**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
- Atuando dentro da equipe multiprofissional - Envolvendo-se/afetando-se emocionalmente com a condição da gestante HIV positivo	<b>Atuando em equipe diante da descoberta do diagnóstico</b>	<b>Lidando com a descoberta do diagnóstico</b>

## 5.2 CATEGORIA II: O ENFERMEIRO LIDANDO COM O SIGILO

A segunda categoria que surgiu a partir da codificação preconizada neste estudo foi acerca do sigilo que o diagnóstico da sorologia para o HIV impõe, devido ao fato de que é considerado anti ético a revelação do diagnóstico a qualquer outra pessoas que não seja o paciente diagnosticado.

Os serviços de testagem e aconselhamento implantados por iniciativa do ministério público, tem como uns dos princípios o sigilo, a confidencialidade e o anonimato. E consecutivamente, estes princípios também devem ser levados em consideração não apenas nos centros de testagem, mas também em qualquer instituição que realize o exame sorológico.

De acordo com o manual do Ministério da Saúde intitulado "Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV", o profissional de saúde deve deixar claro para o paciente que qualquer relato da vida íntima, bem como os resultados dos exames serão guardados da exposição e somente serão revelados ao próprio. Somente pessoas que trabalham diretamente na assistência poderão saber do diagnóstico; e, caso haja qualquer "vazamento" de informações, o profissional responsável pode sofrer penalidades.

Dentro do local de coleta de dados, diversos aspectos são levantados diariamente, pelo fato de que são admitidas no setor diversas gestantes HIV positivo, e cada enfermaria possui 3 leitos, onde as gestantes, com diversos diagnósticos diferentes, são internadas. Naturalmente, as questões sobre o que está acontecendo com a paciente são lançadas sobre a equipe de enfermagem, seja dos familiares, seja das colegas de quarto. E os enfermeiros, que estão lidando diretamente a todo momento com a clientela, lança mão de estratégias para que o direito de sigilo da paciente não seja desrespeitado.

*"[...] a gente na hora de anotar no prontuário, de anotar na lista que fica fixa no posto, a gente não põe HIV [...] porque aquela lista pode cair, alguém pode pegar e a pessoa ficar exposta, um maqueiro, uma pessoa da limpeza pode ver e comentar [...] tem esse cuidado ético". (Enfermeiro 7)*

Levando em consideração todo este cuidado que deve ser tomado pelos profissionais de saúde em relação às informações sigilosas, que apresento as duas subcategorias formadas.

### **5.2.1 Subcategoria I: O enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com os outros pacientes**

O surgimento desta subcategoria ocorreu devido ao fato de que dentro das enfermarias as pacientes questionam uma a outra e também aos enfermeiros sobre qual razão da internação delas (Quadro 3). Elas observam a movimentação da equipe, a administração de medicamentos e até mesmo tentam descobrir se a patologia da colega de quarto é contagiosa ou não.

*"tem todo um cuidado de não comentar (sobre o HIV) na frente de outras pacientes, a gente tem todo um cuidado com elas no sentido de não expor". (Enfermeiro 4)*

*"[...] procuro ao máximo não expor essa gestante, eu geralmente quando tenho que orientar com relação a algum cuidado, eu sempre chamo em um lugar reservado, eu nunca falo dentro da enfermaria, porque a grande maioria tem essa questão de não querer que ninguém saiba [...]. (Enfermeiro 8)*

**Quadro 3 - Codificação da categoria II / subcategoria I**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupando-se com a exposição do estado de sorologia da gestante HIV positivo</li> <li>- Utilizando a criatividade para não expor o estado de sorologia da gestante HIV positivo</li> <li>- Dificuldade para manter o sigilo dentro do ambiente hospitalar</li> </ul>	<b>Lidando com o sigilo do estado de sorologia e com outros pacientes</b>	<b>Lidando com o sigilo</b>

Soratto e Zaccaron (2010) trazem em seu artigo também esta preocupação da equipe de enfermagem em manter os sigilo do diagnóstico. Em um dos relatos publicados, uma técnica de enfermagem passa por um dilema ético, tendo, às vezes que não pronunciar o nome da doença alegando que as pessoas podem ser discriminadas. O sigilo, então, está intimamente ligado ao estigma que há em "ser HIV positivo".

*"[...] aí algumas falam, outras não, então você tem que perguntar mesmo, porque elas ficam caladas, ainda mais porque às vezes você tá perguntando e tem outras em volta e acabam escutando, e elas ficam preocupadas das outras saberem [...]".*  
(Enfermeiro 3)

O enfermeiro diante desta situação não leva em consideração apenas o direito legal de confidencialidade do diagnóstico que a gestante tem, mas também o medo que esta possui de ser discriminada em uma fase em que ela está frágil emocionalmente. Por mais que não haja qualquer preconceito da parte do profissional, que olha a doença como outra qualquer, o diferencial de cuidar da gestante HIV positivo é notável a partir do momento em que o enfermeiro toma medidas para "preservar a imagem da paciente".

*"[...] uma vez eu fiz de diferente com uma gestante HIV em relação a medicação que ela tomava, que ela não queria que desse lá, na frente das outras pacientes, ela todo horário vinha até o posto pra tomar. Uma outra situação que (...) ela arrancou os rótulos, o remédio ficou com ela, mas ela arrancou os rótulos [...]".* (Enfermeiro 6)

O relato desta enfermeira, mostra a criação de uma forma de evitar que o sigilo do diagnóstico seja quebrado, mesmo que de maneira indireta. Ver uma pessoa tomar uma medicação, necessariamente não revela que a pessoa é HIV positivo, no entanto, por se importar com a necessidade apresentada pela paciente de esconder qualquer indício do seu diagnóstico, o enfermeiro se dispôs a transformar o momento da administração dos medicamentos, fazendo com que o remédio fosse dado dentro do posto e não na frente das outras pacientes.

Alguns colocariam este enfermeiro num pedestal dizendo o quão "bonzinho" ele é, outros diriam que ele estaria se rendendo aos mimos da paciente, contudo o feito deste profissional aumentou a gama de cuidados que podem ser prestados ao cliente HIV positivo. Isto é uma intervenção de enfermagem, um meio criativo de cuidar, de prezar pelas demandas que o paciente traz.

### **5.2.2 Subcategoria II: O enfermeiro lidando com o sigilo do estado de sorologia e com os familiares**

Dentro do contexto do sigilo, surge esta outra subcategoria, que revela ainda mais as dificuldades que os enfermeiros passam diante da confidencialidade e as atitudes que tomam frente as demandas surgidas no dia a dia do trabalho (Quadro 4). Situações constrangedoras, onde até mesmo o relato de "ter que inventar uma mentira" foi colocado como uma estratégia para desviar a necessidade do familiar em saber o que está acontecendo com a paciente.

*"A sogra de uma vinha aí, ela desconfiava, queria sempre saber, e a gestante dizia: "pelo amor de Deus! Não fala!". E ela vinha no posto e falava assim pra gente: "vem cá, fulana tá internada aqui por quê? A pressão dela não já tá boa? O quê que mais que ela tem?". Ela desconfiava de alguma coisa, eu acho que até de HIV, mas ela não sabia, e aí era um drama. A gestante ficava até passando mal, quando chegava perto da visita, com medo que as pessoas soubessem da patologia dela".*  
(Enfermeiro 6)

O Código de Ética de Enfermagem, em seu artigo 82, diz que é dever da equipe de enfermagem manter segredo sobre fato sigiloso que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional. Diante de situações como a exposta acima, onde um familiar questiona sobre o diagnóstico da paciente, espontaneamente acharíamos que por ser um familiar, o mais correto seria a revelação do quadro, até mesmo para que haja um suporte a mais para a

gestante. Entretanto, o achado revelado nos códigos gerados, mostra que até mesmo para os familiares, inclusive o cônjuge, o diagnóstico não é compartilhado.

O enfermeiro diante desta situação, também tem respaldo pelo Código de Ética a manter tais informações em sigilo. O artigo 81 diz que o profissional pode abster-se de revelar informações sigilosas a entidades ou pessoas que não estejam obrigadas ao sigilo. O enfermeiro, concordando ou não com a postura da gestante, não pode interferir na escolha da paciente, pois além de ir contra o direito da paciente, fere a confiança interpessoal que o trabalho de enfermagem preconiza.

**Quadro 4 - Codificação da categoria II / subcategoria II**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantendo o sigilo do estado de sorologia da gestante HIV positivo perante os familiares</li> <li>- Lidando com os limites que o sigilo impõe</li> <li>- Enfrentando situações adversas perante os familiares</li> </ul>	<p><b>Lidando com o sigilo do diagnóstico e com os familiares</b></p>	<p><b>Lidando com o sigilo</b></p>

*"Quando é gestante HIV positivo, a maior dificuldade que eu tenho, é em lidar com o familiar da gestante. Pelo que eu percebi aqui, a grande maioria dessas gestantes não quer que a família saiba". (Enfermeiro 8)*

*"[...] normalmente ela esconde dos familiares e nós temos que manter esse sigilo, não pode entrar em contato com a família e comunicar que ela é HIV, só se ela autorizar [...]. (Enfermeiro 5)*

No primeiro relato pode-se perceber que lidar com os familiares é a maior dificuldade apresentada pelo enfermeiro; dificuldade esta caracterizada pela postura de imparcialidade que se deve manter numa situação delicada como esta. Manter a firmeza ética no momento em que os parentes questionam sobre o resultado da sorologia para HIV é um papel árduo por

haver uma insistência e preocupação as pessoas que a cercam (SORATTO & ZACCARON, 2010).

*"Muitas chegam aqui falando: "olha! Meu marido não sabe" ou "minha sogra não sabe, minha mãe não sabe" e a gente tem todo esse cuidado. Claro passa pela nossa cabeça como ser humano: "como assim o marido não sabe?" A gente tem a opinião pessoal, ele deveria saber ou não deveria saber? Mas, a gente respeita, a gente tem um envolvimento bacana de respeito mesmo". (Enfermeiro 4)*

*"[...] ela não quer contar pra mãe, pro pai, pra sogra ou até pra outros parentes, eu até nem digo nada, mas, pro parceiro, eu oriento é que ela fale [...] senão a cadeia não para. Eu digo: "olha fulana, seu esposo não sabe, mas eu acho que você deveria conversar com ele, pra ele fazer um teste também, porque se ele tiver também o vírus, ele deve se cuidar, se tratar. Eu acho que pro parceiro, eu me meto, né?". (Enfermeiro 6)*

Observa-se que a atitude do enfermeiro em prezar pela prevenção não é abafada devido a existência do sigilo. A orientação dada pelo enfermeiro à gestante, enfatizando a importância da realização do exame sorológico do parceiro, por mais que soe como uma intromissão e por mais que tenha um aspecto de subjetividade, não fere o direito de confidencialidade da gestante.

O profissional de enfermagem orienta à gestante sobre relevância em revelar o diagnóstico à pessoa ou às pessoas que mantém vínculo afetivo e sexual. É colocado em questão, a problemática que existe na propagação do vírus e não no fato de que seria um absurdo esconder a verdade para o cônjuge. A subjetividade, que no relato deste enfermeiro foi desencadeador de uma orientação, é moderado pelo profissional, para que não passe ao paciente a impressão que a orientação é uma ordem ou uma vontade de quem está orientando.

### 5.3 CATEGORIA III: O ENFERMEIRO LIDANDO COM O PRECONCEITO

A terceira e última categoria formada está baseada nos relatos dos enfermeiros acerca do preconceito, já exposto anteriormente com um dos fatores que incomoda a gestante HIV positivo, e que está indiretamente conectado às outras duas categorias já expostas. O impacto da descoberta do diagnóstico e o sigilo tem partes relacionadas com o estigma que existe ao redor da aids. O impacto do diagnóstico e o medo de outros descobrirem sobre o estado de sorologia não seriam tão grandiosos se a infecção pelo HIV fosse socialmente aceita como qualquer outra infecção.



Dentro do contexto da internação hospitalar, o estigma, o preconceito e a segregação, por mais que sejam combatidos pelo Ministério da Saúde, ainda existem como fatores influenciadores do cuidado prestado. Os enfermeiros, que também possuem sentimentos acerca do preconceito, precisam lidar durante sua jornada de trabalho, com os sentimentos da gestante HIV positivo com profissionalismo, abstendo-se dos próprios medos para cuidar dos medos de outrem.

A análise das entrevistas mostrou que as intervenções que o enfermeiro realiza dentro da esfera do preconceito estão relacionadas ao sentimentos da gestante HIV positivo que não reconhece o seu estado de sorologia. Muitas tentam esconder o seu diagnóstico por não aceitar estar infectada, outras não gostam de falar muito sobre o assunto por vergonha de possuir o vírus, algumas culpam outros por estarem nesta situação. Estes sentimentos, citados e descritos pelos enfermeiros entrevistados, após serem codificados levaram a construção de dois códigos conceituais, que estão expostos na subcategoria a seguir.

### **5.3.1 Subcategoria I: O enfermeiro lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo frente ao preconceito**

Segundo Gonçalves e Piccinini (2007), estar grávida na presença da infecção pelo HIV/Aids exige um trabalho de redefinição subjetiva por parte da mulher, pois ela precisa se reconhecer como mãe e como portadora do HIV/Aids, além de entender todas as consequências que esta condição implica. A gestante quando não consegue visualizar-se como mãe e portadora do vírus apresenta dificuldade para aderir o tratamento e as orientações, assim como estabelecer um vínculo de confiança com o enfermeiro. Devido a isto, muitas negam o seu estado e escondem-se atrás do medo de serem discriminadas.

*"A gente [...] nota que no fundo, no fundo, eu não sei se é o preconceito com ela mesmo, ou se é o medo de ser discriminada, eu acho que talvez seja isso, medo de ser discriminada pela amiga (companheira de quarto)". (Enfermeiro 6)*

*"[...] quando você faz a entrevista inicial, você já vai já sabendo qual é o diagnóstico e elas não falam, tem até uma parte da entrevista que a gente pergunta se tem doença sexualmente transmissível, aí algumas falam outras não, então você tem que perguntar mesmo, porque elas ficam caladas, ainda mais porque às vezes você tá perguntando e tem outras em volta e acabam escutando, e elas ficam preocupadas das outras saberem e aí ter uma forma de preconceito. Eu sinto que elas tentam evitar falar que têm, mas com o tempo elas ganham confiança na abordagem e falam, falam da medicação e tudo, mas não falam como contraiu a*

*doença, só se você abordar muito e tem que ter jeito pra conversar". (Enfermeiro 3)*

Dentro desta realidade de não aceitação do quadro pela gestante HIV positivo, a abordagem diferenciada é colocada como um artifício para conseguir as informações que a paciente não gosta de revelar. O "jeito para conversar" na verdade, é uma maneira de abordar diferenciada, onde o enfermeiro tenta não passar para a gestante a gravidade da situação, não como uma forma de desvalorizar o risco clínico que envolve a gravidez de risco, mas sim com a intenção de tranquilizá-la.

O enfermeiro, ao fazer a admissão da gestante na enfermaria, a questiona em diversos assuntos, onde um deles é se a mesma possui alguma doença sexualmente transmissível. Como neste momento ainda não há um vínculo da paciente com o profissional, a abordagem deste assunto, que para a gestante poder ser delicado, é feita de uma maneira onde o profissional se porta como imparcial, falando até mesmo sobre pontos positivos do tratamento e sobre bons resultados já observados: "E como eu [...] acho que eu também tenho medo da patologia, eu procuro [...] tentar não passar isso pra ela, porque hoje você tem medicação, tratamento [...]" (Enfermeiro 6).

Muitas gestantes possuem a sensação de rejeição, não por não ter a uma atenção devida, mas porque a preocupação dos profissionais com a transmissão vertical acaba sendo maior do que a preocupação com os seus sentimentos. O emocional da mulher acaba não sendo o foco do tratamento. Os sentimentos de culpa, medo da morte, de ser a responsável pela infecção do filho são experimentados pela gestante, mas não são devidamente abordados pelos profissionais (GONÇALVES & PICCININI, 2007).

#### **Quadro 5 - Codificação da categoria III / subcategoria I**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lidando com a gestante HIV positivo que não aceita/assume o seu estado de sorologia</li> <li>- Lidando com os sentimentos negativos da gestante HIV positivo</li> </ul>	<p><b>Lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo frente ao preconceito</b></p>	<p><b>Lidando com o preconceito</b></p>

O enfermeiro frente a estes sentimentos, desenvolve até mesmo, um vínculo afetivo com algumas gestantes, vínculo este que é visto positivamente por criar um sentimento maior de empatia para a realização dos cuidados, e negativamente por gerar, às vezes, sentimento de frustração quando algum caso não alcança uma resolução positiva.

*"E como sempre eu me envolvo e até eu acho que por um lado isso é ruim pra gente, é bom pra quem a gente tá atendendo, porque se a gente se envolve a gente consegue se colocar no lugar da pessoa e dar uma melhor assistência [...] eu cuidei de uma gestante HIV positivo aqui, que a gente se fala por telefone até hoje, então ela virou, assim, minha amiga, por telefone, e ela conta coisas pra mim da vida pessoal dela, da casa dela, do marido dela, dos medos dela [...]". (Enfermeiro 6)*

Sadala e Marques (2006) expõem em sua publicação "Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil: a perspectiva de profissionais" como houve uma mudança no comportamento dos profissionais frente ao paciente HIV positivo. As atitudes discriminatórias de antigamente sofreram um processo de mudança, passando pela persistência do preconceito, e chegando finalmente ao envolvimento e empatia.

Os profissionais, atualmente, mesmo diante da existência do preconceito por parte de alguns profissionais, lutam pela necessidade de superar esta barreira, mostrando a importância de desenvolver uma relação de confiança e respeito com o paciente. Contudo, mesmo diante desta luta, os sentimentos de cada profissional acabam influenciando o cuidado prestado, levando a uma atitude discriminatória sem que haja uma percepção desta.

### **5.3.2 Subcategoria II: Os sentimentos do enfermeiro que cuida de gestantes HIV positivo frente ao preconceito**

A segunda e última subcategoria mergulha nos sentimentos do enfermeiro que cuida da gestante HIV positivo, isso porque esta mostra como o enfermeiro se porta diante de atitudes preconceituosas de outros profissionais e de sensações internas, que podem ser vistas como excessos (Quadro 6).

Alguns profissionais relataram que os seus sentimentos frente ao estigma mudaram com o tempo de atuação: que inicialmente existia uma ignorância e que atualmente existe uma tolerância. Contudo, os enfermeiros relatam que ainda precisam lidar durante a jornada de trabalho com profissionais que se mantêm na fase da ignorância, esquivando-se até da realização de procedimentos invasivos.

*"[...] eu lembro que iniciei a trabalhar na maternidade, foi quando eu passei a ter mais esse contato, eu tinha um certo receio, às vezes até por ignorância nossa, a gente comece a lidar com algo novo assim, depois você acaba acostumando, e também tem pacientes que parecem saber mais que a gente, já chegam aqui bem preparadas com a patologia que ela tem". (Enfermeiro 2)*

**Quadro 6 - Codificação da categoria III / subcategoria II**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
- Lidando com o preconceito dentro do ambiente de trabalho - Enfatizando o uso de equipamentos de proteção individual diante de procedimentos invasivos	<b>Os sentimentos do enfermeiro que cuida de gestantes HIV positivo frente ao preconceito</b>	<b>Lidando com o preconceito</b>

Na publicação de Alves, Padilha e Mancia (2004) foram entrevistados profissionais de enfermagem que atuam dentro do universo do HIV/Aids, e, ao responderem sobre o aspectos relacionados ao preconceito, relataram que o mesmo vem principalmente de colegas de trabalho. Segundo o artigo, o preconceito ser aplicado a si mesmo, ao outro, ao amigo, ao familiar, ao companheiro do outro, com também a quem cuida do outro. É neste universo que enfermeiro se encaixa, onde o estigma atinge os dois lados: o da gestante e o próprio. Permanecer neste universo pode gerar em alguns momento, excessos frente à qualquer tipo de exposição ao vírus. O risco de contaminar-se pode gerar nos profissionais sentimentos de temor acerca da possibilidade de fazer parte de um universo discriminado.

Os enfermeiros entrevistados trouxeram o relato de que utilizam equipamentos de proteção individual em excesso quando realizam procedimentos invasivos em gestantes HIV positivo, relatando que alguns profissionais se esquivam por medo de contrair a doença ou por preconceito. Todavia, o uso de duas luvas para realizar uma punção venosa poderia ser considerado uma forma de preconceito se não utilizada em qualquer outro paciente.

*"Pra mim todas são iguais, ou todas tem o HIV, ou todas não têm não tem muita diferença, entendeu? Os mesmos cuidados que eu tomo de precaução com uma, eu*

*tomo com a outra. Porque pra mim todos os pacientes são possíveis portadores, né?". (Enfermeiro 7)*

*"[...] eu acho que os cuidados mesmo, de transmissão que já vem implícito na gente, a gente já fica já, tem que puncionar uma veia, você já vai ter todos os cuidados como se fosse uma outra mesmo, mas você parece que aquilo já vai com mais ênfase, entendeu? Mais cuidados de transmissão mesmo". (Enfermeiro 3)*

A preocupação de puncionar uma veia periférica de uma gestante HIV positiva traz preocupações para o enfermeiro que vão além dos riscos que a paciente pode sofrer com o procedimento. A flebite, o risco de infecção, a possibilidade de não instalar o cateter na primeira tentativa são ofuscados pela possibilidade de ser infectado pelo HIV. Os sentimentos do enfermeiro acabam falando mais alto nos momentos em que estão diretamente sob o risco de infecção. Por mais que externamente, o profissional mantenha a postura, internamente, existe uma ênfase que ultrapassa o alívio que as duas luvas de procedimento podem gerar.

Formozo e Oliveira (2009) expõem em sua publicação os sentimentos de profissionais de enfermagem frente a exposição/transmissão da infecção pelo HIV/Aids, evidenciando que há um diferencial no uso dos equipamentos de proteção individual diante de um paciente HIV positivo. As autoras entrevistaram 40 profissionais de enfermagem, e alguns relatos se assemelham aos desta subcategoria.

Os entrevistados mencionaram a importância do uso de óculos e luvas de procedimento para descartar materiais biológicos, no entanto, destacaram que a precaução, ao se tratar de um cliente sabidamente HIV positivo, é redobrada, utilizando equipamentos de proteção que não são usualmente utilizados no caso de materiais de outros pacientes. Isto é colocado como uma forma de preconceito que assume a faceta de auto-proteção.

A necessidade de utilização dos equipamentos de proteção individual foi colocada pelos enfermeiros que cuidam de gestantes HIV positivo, mostrando que há uma preocupação de infectar-se com o HIV, todavia, o relato de que as precauções são tomadas considerando que todas as gestantes são potencialmente soropositivas para o vírus, soa como uma preocupação maior quando a exposição é ao HIV, evidenciando que a cautela é maior quando se trata deste quadro.

Isso pode não se refletir para a gestante HIV positivo diretamente, mas, dentro do cuidado de enfermagem prestado isso pode gerar algum desconforto por parte do profissional que cuida. Não porque seja uma atitude discriminatória, mas que pode ser tornar

discriminatória a partir do momento em que o medo de ser infectado ultrapassa a importância da realização de um determinado procedimento.

Dentro disto, ratifico que aquilo que o enfermeiro sente pode afetar o cuidado de enfermagem, e que o cuidado de enfermagem está diretamente ligado às sensações e emoções do profissional.

Dentro desta dinâmica, foi exposto por todos os enfermeiros entrevistados que há um diferencial no cuidado com a gestante HIV positivo. Em parte, foi descrito como uma abordagem diferenciada. Todavia, ao mesmo tempo em que era falado acerca deste diferencial, surgiam expressões relacionadas ao tratamento igual, sem discriminação. Estas expressões que levaram a formação da categoria a seguir.

#### 5.4 CATEGORIA IV: A visão ambígua nos cuidados de enfermagem às gestantes HIV positivo

Quando questionados acerca do que é cuidar de uma gestante HIV positivo, todos os enfermeiros trouxeram uma visão acerca de um diferencial. A responsabilidade dupla, às vezes colocada como tripla, foi o relato da maioria dos entrevistados. Cuidar do binômio mulher-criança ao mesmo tempo, acrescidos de uma infecção viral que danifica o sistema imunológico traz consigo intervenções particulares, que não são vistas em outras esferas do cuidado de enfermagem.

As nuances que envolvem o cuidado de enfermagem à gestante HIV positivo possuem suas peculiaridades, que já foram expostas nas categorias anteriores, todavia, nesta subcategoria as particularidades entram em uma visão ambígua, devido aos relatos dos próprios enfermeiros que discursaram acerca de um diferencial.

*"Eu não vou dizer que é igual cuidar das outras, quem diz que é igual, tá mentindo. Porque realmente é uma doença específica, a paciente em si, já tem aquele estigma, ela já se sente assim, como se diz, deslocada das outras porque as pessoas já tem ainda um preconceito". (Enfermeiro 3)*

*"Você olha ela com um cuidado maior, às vezes pensando naquilo que ela tá passando, que às vezes é bem maior do que uma paciente do lado está passando, mas, diferença no modo de cuidar eu acho que não". (Enfermeiro 2)*

*"O que muda assim no cuidado, não é nem diferencial, é a atenção, tem que dar mais atenção a ela [...]. Mas eu acho que diferencial não tem não". (Enfermeiro 5)*

Os excertos retirados das entrevistas exemplificam a visão ambígua que surgiu após a codificação, porém, após analisá-lo com tolerância, percebi o porquê de sua existência e sua relação com o preconceito. Acredito que qualquer enfermeiro traz sua subjetividade em sua bagagem de experiência; e as visões que apontam para horizontes diferentes são devido ao próprio modo de enxergar o cuidado de enfermagem prestado à gestante HIV positivo.

No primeiro, há a afirmação de que o cuidado prestado é diferenciado, e em seguida ele justifica esta afirmativa devido às especificidades que a infecção pelo HIV/Aids carrega. Nos dois últimos relatos, há a afirmação de que não há diferença no cuidado prestado a gestante HIV positivo. Analisando as afirmativas, e relendo as entrevistas, percebo que os enfermeiros que disseram que não há diferencial no cuidado também mencionam diversas intervenções particulares à esta clientela, soando como um paradoxo.

Contudo, numa tentativa de entender profundamente o que os enfermeiros queriam dizer com estas afirmativas que notei a visão ambígua. Quando é dito que não há diferencial no cuidado, na verdade, apesar de soar como um paradoxo, entendo que é uma opinião baseada na própria visão que o enfermeiro tem acerca do que é o cuidado de enfermagem.

Para os que dizem que dizem que o cuidado é igual, há a influência de uma visão mecanicista, onde o cuidado é apenas a realização de procedimentos, e onde não é visualizado as diversas nuances que a gestante HIV positivo possui. Para os que dizem que há um diferencial no cuidado, há uma visão mais abrangente, onde o cuidado vai além de procedimentos técnicos. Isto mostra como a visão pessoal do que realmente pode ser feito para a gestante HIV positivo pode ser limitada para alguns.

#### **Quadro 7 - Codificação da categoria IV**

<b>Códigos conceituais</b>	<b>Categoria</b>
- Cuidando de forma diferenciada da gestante HIV positivo - Tratando todas as gestantes de forma igual	<b>A visão ambígua nos cuidados de enfermagem às gestantes HIV positivo</b>

Todos os enfermeiros entrevistados trouxeram em seu discurso elementos que são específicos para a clientela gestante HIV positivo, porém, a visão de alguns acerca do que é o cuidado em si fizeram com que mostrasse o cuidado de enfermagem como algo igual para

todos os pacientes, esquecendo das particularidades de cada um. Revela-se, então, que a visão particular influencia nas intervenções realizadas para com a clientela HIV positivo.

A influência do modelo biomédico deixou seus vestígios na enfermagem, que tem sua prática voltada no cuidado aos seres humanos como um todo. Segundo Cianciarullo (2001), com a evolução da enfermagem, o foco no cuidado holístico fez com que houvesse um afastamento do paradigma biomédico, determinando a ênfase no cuidado integral da pessoa e não da doença.

Percebe-se pela fala dos entrevistados que há ainda um resquício do modelo biomédico dentro do cuidado de enfermagem, onde o tratamento à gestante HIV positivo é momentaneamente considerado igual a qualquer outro tratamento por alguns enfermeiros.

Nisto, percebe-se que o foco do cuidado de enfermagem não está apenas na gestante, mas também no enfermeiro: o diferencial do cuidado existe não só pela gama de situações e sentimentos que a gestante vivencia, mas também devido aos sentimentos e vivências do enfermeiro que cuida da gestante HIV positivo.

O que quero deixar claro é que o tratar diferenciadamente não é uma posição em que o enfermeiro privilegia ou coloca a gestante HIV positivo acima da HIV negativo, mas sim a trata diferenciadamente devido às suas próprias peculiaridades. Considerar um cuidado de enfermagem como diferenciado não o coloca num padrão acima, mas sim igualitário, pois atende as necessidades específicas da paciente.

Finalizando aqui a exposição das categorias formadas, seguindo o caminho que a metodologia preconiza, e a intenção de construir um modelo de cuidado, passeio agora pelos pensamentos que levaram ao modelo formado.

## 5.5 O MODELO

Como exposto anteriormente, o modelo é uma representação esquemática da realidade que simplifica o entendimento de questões desta realidade. A construção deste, parte de um processo dinâmico, o que também caracteriza o modelo como dinâmico. A representação não é algo fixo, mas que mostra a fluidez dos fenômenos em questão, isto baseando-se na construção do modelo condicional/consequencial descrito por Strauss e Corbin (2008) e já citado no capítulo referente ao método.



Cabe ressaltar que o modelo aqui exposto não é algo criado à parte através de um pensamento isolado, mas sim uma consequência de toda a análise realizada. Por mais que haja subjetividade em todo o processo da pesquisa, a utilização da metodologia faz com que haja fidedignidade nos dados analisados, e conseqüentemente na conclusão da pesquisa.

Todo o caminho percorrido, baseado no modelo condicional/consequencial, levou-me a refletir e elaborar uma representação gráfica do cuidado prestado por enfermeiros às gestantes HIV positivo dentro do contexto da dimensão psicossocial. Partindo das subcategorias e categorias formadas, observo que o cuidado prestado à gestante HIV positivo é diferenciado, não pela presença de medicações antirretrovirais, mas pelo olhar diferenciado que o enfermeiro precisa assumir. Este olhar, que carrega obviamente a subjetividade de cada profissional, pode ser visto como uma discriminação.

Por não conhecer profundamente os sentimentos dos enfermeiros entrevistados, não posso afirmar em qual ponto este olhar assume uma posição discriminatória, mas dentro da análise detalhada dos dados, posso afirmar que o preconceito, o sigilo e a descoberta do diagnóstico mexem com os sentimentos daqueles que cuidam, sendo praticamente impossível ser "insensível" diante das situações que enfrentam no dia a dia do trabalho.

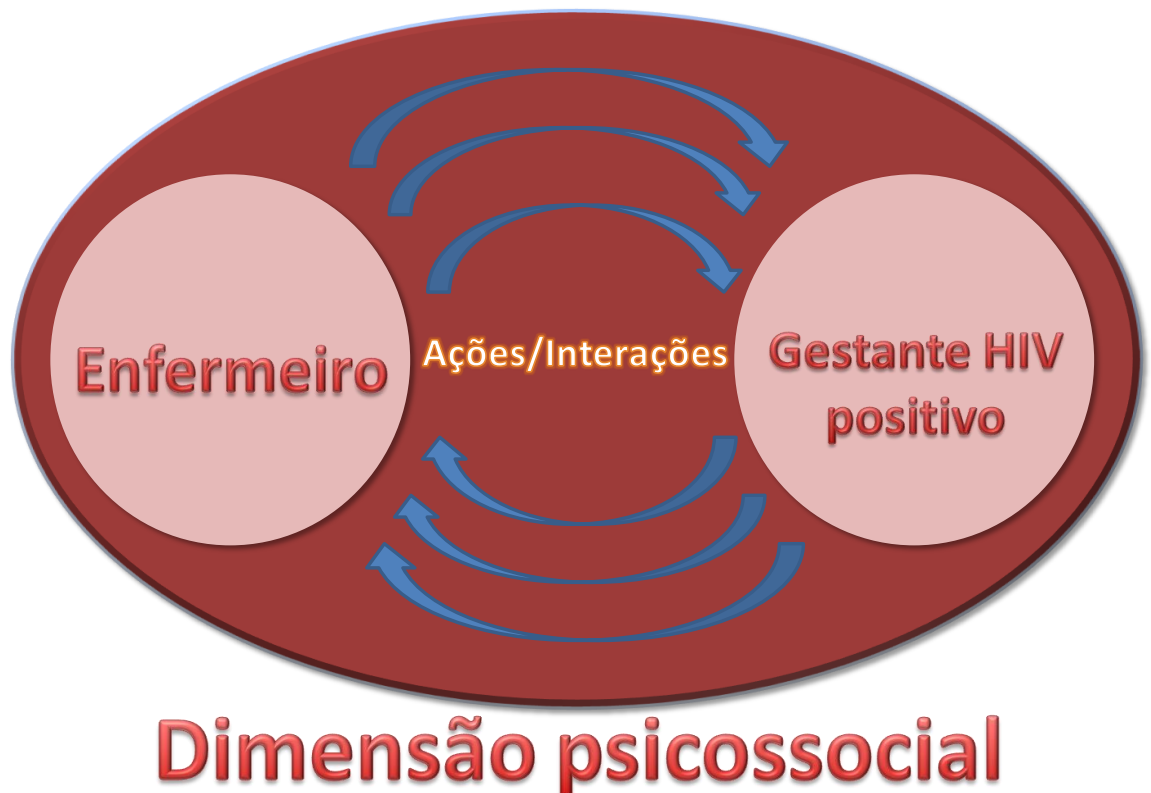
Parte do cuidado de enfermagem prestado à gestante HIV positivo assume particularidades que são inerentes ao processo de cuidar e inevitáveis frente aos sentimentos e peculiaridades que a clientela apresenta. Alguns cuidados de enfermagem viram rotina, seja pela presença de protocolos e manuais, seja pela própria repetição de tarefas, todavia, não posso afirmar que haja um padrão quando o cuidado de enfermagem envolve os dilemas psicossociais que a gestante infectada pelo HIV/Aids vivencia.

Um dos sentimentos colocados por um dos enfermeiros entrevistados acerca da dificuldade de estabelecer um padrão foi "não existe uma rotina para lidar com o sigilo", mostrando que mesmo diante de orientações, leis e normas, as nuances ligadas às situações vivenciadas pelos enfermeiros dentro da dimensão psicossocial não são passíveis de padronização. Este pensamento é sustentado pelo referencial teórico, principalmente quanto aos ruídos.

As diversas situações (que não possuem um padrão) enfrentadas durante a jornada de trabalho dos enfermeiros podem ser consideradas os ruídos dentro do modelo consequencial, ou seja, todos os fatos que trazem uma diferenciação na forma de cuidar. Strauss e Corbin (2008) trazem o conceito de contingências, que se aproxima bastante do conceito de ruído: as

contingências são fatos inesperados ou não planejados que exigem uma resposta de ação/interacional para lidar com eles. Logo, as contingências, fazem parte do modelo, contudo, colocadas com ruídos.

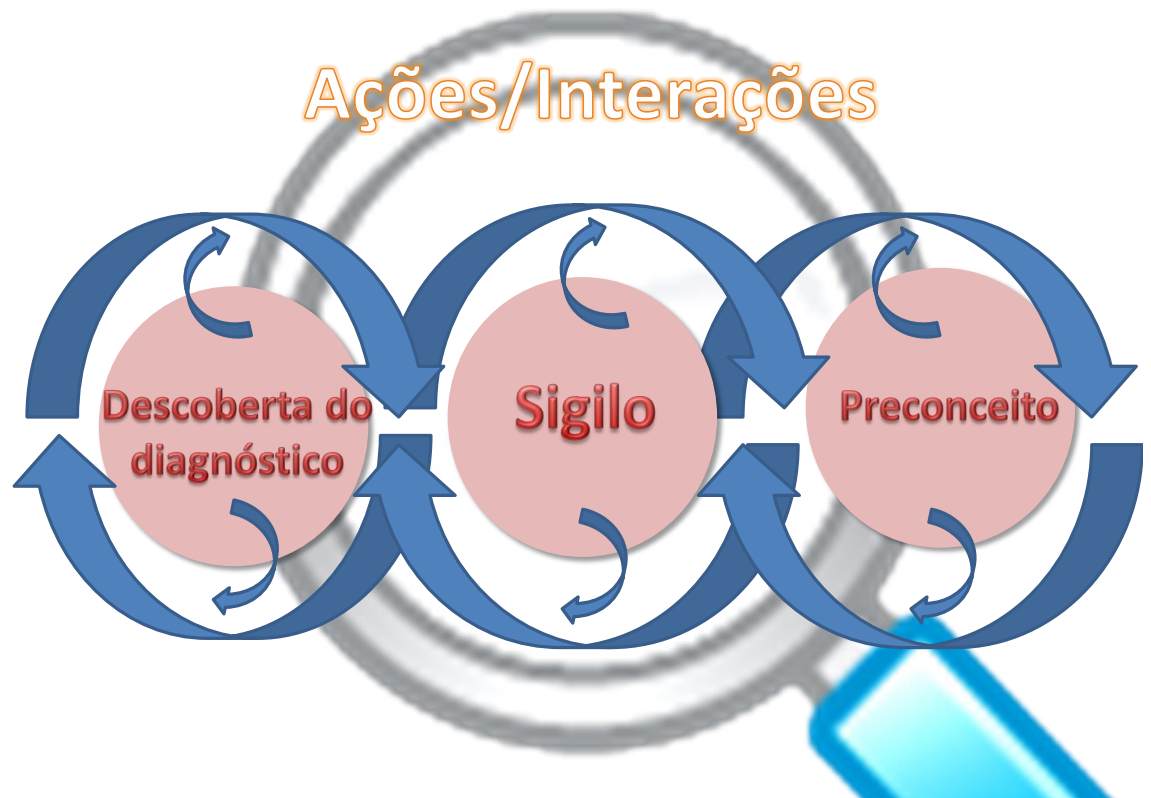
Ressalto que os ruídos, dentro do modelo, fazem parte de uma condição micro, que está associada às ações/interações que existem dentro da dimensão psicossocial. Partindo, então, do macro, está o cuidado de enfermagem, que são as ações/intervenções prestadas à gestante HIV positivo pelo enfermeiro, que estão interligadas num fluxo bidirecional entre o profissional e a paciente (Figura 2).



**Figura 2: Fluxo do cuidado de enfermagem prestado à gestante HIV positivo**

Este fluxo entre as esferas do enfermeiro e da gestante HIV positivo mostra que o cuidado de enfermagem está intimamente conectado à condição do paciente, e que as ações do

enfermeiro possuem conexão com as particularidades da clientela. Dentro deste fluxo encontra-se outra representação esquemática, que ocorre dentro das ações/interações (Figura 3), onde a lupa representa uma amplificação destas, mostrando que há uma influência dos ruídos no fluxo do cuidado de enfermagem



**Figura 3: Fluxo do cuidado de enfermagem passando pelas contingências**

Este modelo mostra que os ruídos partem de áreas que existem dentro da própria dimensão psicossocial, e que estão intimamente ligadas aos cuidados de enfermagem à gestante HIV positivo. Estes ruídos influenciam a intervenção do enfermeiro, caracterizando o cuidado como diferenciado. Todas as setas apresentam um continuidade para representar a continuidade do fenômeno, mostrando que este ocorre de forma contínua.

A partir da construção do modelo, ocorre a emersão da categoria central, sendo o modelo um facilitador para que o pesquisador a visualize. Dentro de toda explanação feita, observo que o enfermeiro que atua dentro da dimensão psicossocial do HIV/Aids precisa ter abertura para responder às contingências que ocorrem na realidade da gestante. Um postura

"lateral", ou seja, de não gerar uma ação frente à uma contingência pode fazer com que o profissional não respeite a individualidade do paciente, e conseqüentemente "engessando" o cuidado de enfermagem.

Dentro de todos estes assuntos, e interconectando as categorias, acredito que a categoria central possa ser expressada da seguinte forma: "O desafio frente às contingências da dimensão psicossocial: cuidando da gestante HIV positivo". Lidar com as particularidades da gestante HIV positivo é colocado com o um desafio, pois o enfermeiro precisa enfrentar-se todos os dias, lidando com os próprios sentimentos diante das nuances que envolvem a dimensão psicossocial.

Assim, concluo que existe um diferencial nas ações/intervenções de enfermeiros que cuidam de gestante HIV positivo, que estão intimamente ligados aos sentimentos apresentados pelas gestantes e aos sentimentos que o enfermeiro possui. Contudo, tais sentimentos não partem apenas do emocional dos atores do modelo, mas sofrem influência dos fatores que existem dentro da dimensão psicossocial.

Levando em consideração os elementos necessários para a elaboração do modelo paradigmático expostos na obra de Strauss e Corbin (2008), finalizo este capítulo expondo cada um destes elementos e suas relações com as categorias. Como contexto temos o próprio cuidado de enfermagem prestado à clientela HIV positivo e a visão que cada enfermeiro tem do que é o cuidado de enfermagem, que traz um dimensão diferenciada ao profissional. No contexto estão as condições, condicionando indiretamente às ações/intervenções.

As condições causais estão intimamente ligadas às situações vividas por estes enfermeiros, onde o lidar com a descoberta do diagnóstico, com o sigilo e com o preconceito são fatores desencadeantes de ações, sendo estes mesmos as condições. Constituem os elementos que influenciam e possibilitam o surgimento do fenômeno. As ações/interações são as respostas às questões das condições causais, que representam o que as pessoas fazem diante das condições causais.

Estas ações levam ao fenômeno central, que já foi exposto anteriormente, seguindo um fluxo concêntrico de interdependência, do nível macro para o micro. Cabe ressaltar que no modelo paradigmático estão presentes as condições intervenientes, que foram expostas na figura anterior, sendo representada pelos ruídos surgidos dentro das condições causais. As intervenientes são aqueles que alteram o impacto das condições causais, surgindo das

contingências. Como último componente do modelo estão as consequências, que são as respostas ou expectativas positivas ou negativas da ação/interação frente a um fenômeno.

Dentro deste contexto surge a representação gráfica do modelo de cuidado à gestante HIV positivo. Esta representação gráfica (Figura 4) resume e simplifica todo o processo do cuidado de enfermagem à gestante HIV positivo estudado nesta pesquisa. Diante da realidade que está inserida a gestante HIV positivo, está o enfermeiro, profissional responsável por cuidar desta cliente que tem suas ações pautadas na teoria e prática apreendidos durante a graduação de enfermagem. Todavia, o cuidado apreendido passa por diversas transformações a partir das condições causais relacionadas as especificidades do cliente.

O cuidado de enfermagem passa por modificações e adaptações para que seja garantida a qualidade do serviço e respeitada as diversidades apresentadas pela clientela, finalmente caracterizando um desafio a ser vivido dia após dia dentro do ambiente de trabalho. Enquanto houver a existência do estigma e enfermeiros dispostos a cuidar com qualidade, o desafio permanecerá como um estímulo para gerar novas intervenções por parte da enfermagem.

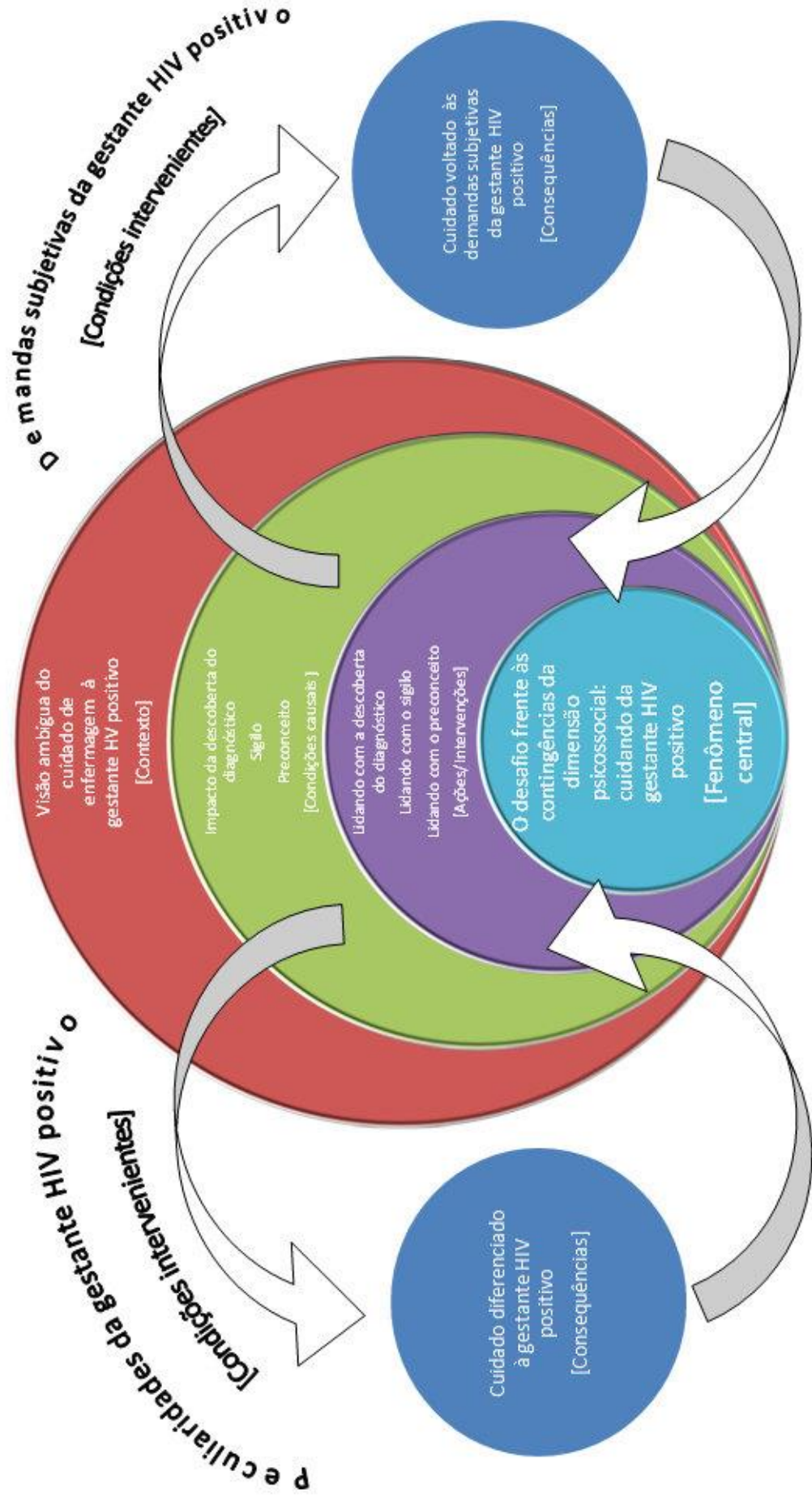


Figura 4: Modelo paradigmático

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro de toda uma realidade de estigma e discriminação que envolve a clientela HIV positivo, está inserido o profissional de enfermagem, e esta pesquisa revelou a importância de sua participação diante dos dilemas vividos pela gestante. O cuidado de enfermagem, no que tange a dimensão do HIV/Aids, ultrapassa os limites técnicos e as orientações de manuais e protocolos para além dos sentimentos da clientela envolvida.

A partir de um metodologia rígida, ouvir e analisar cada frase dita pelos enfermeiros nas entrevistas, me fez adentrar nesta realidade. O surgimento dos códigos conceituais e a construção das categorias nos levaram a categoria central, que clarifica o fenômeno principal. Compreendo, agora, que os dilemas não são apenas vividos pela gestante, mas também pelo profissional, que precisa, por diversas vezes, abster-se de sua opinião moral e abafar as suas emoções para que a gestante se sinta confortável dentro da dinâmica do cuidado de enfermagem.

Além disso, percebe-se mais claramente que os contratempos que surgem no dia a dia do trabalho de enfermagem precisam ser aceitos pelos profissionais, para que haja igualdade no atendimento. Os ruídos, que geralmente fogem do habitual e não permitem que haja uma padronização de intervenções, permanecerão acontecendo de forma contínua enquanto houver a subjetividade do cliente. Cada um carrega uma carga diferenciada, e estas trazem demandas diferenciadas para o cuidado.

Finalizo esta dissertação entendendo melhor o processo de trabalho do enfermeiros que cuidam de gestante HIV positivo, refletindo sobre como a enfermagem possui características ímpares na sua atuação. Penso que o modelo e as esferas encontradas dentro da dimensão psicossocial não estão esgotadas, que as ações/intervenções manter-se-ão num fluxo inesgotável.

Logo, mais uma vez, ratifica-se que o modelo paradigmático construído é um acréscimo à gama de conhecimento do cuidado de enfermagem, nunca um padrão estático. O surgimento de novas categorias dentro da realidade da enfermagem, ou até mesmo de novas intervenções são favoráveis ao modelo, para que o mesmo seja enriquecido com situações emergentes da própria realidade. As interações não deixarão de ocorrer a partir do momento em que será finalizado este estudo. Elas manter-se-ão em um fluxo constante, cabendo a nós,

enfermeiros, a busca pelo aprimoramento através de um pensamento aberto para recebê-las com boas vindas.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONICI, L.M. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 263-276, 2007.
- ALVES, I.C.; PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. **A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de HIV/AIDS.** *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.12, p. 133-139, 2004.
- BARCELLOS, C.; BASTOS, F.I. **Redes Sociais e Difusão da Aids no Brasil.** *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.121, n.1, 1996.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 03/06/12.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia da Vigilância Epidemiológica.** 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.
- \_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política nacional de DST/aids.** 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 90 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 172 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico DST AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. INSS 1517-1159
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico DST AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. INSS 1517-1159
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV .** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- BRITO, A.M. et al. **Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v.34, n. 2, p. 207-217, 2001.
- CARDOSO, A.J.C. *et al.* **Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.41, supl. 2, p. 101-108, 2007.
- CARDOSO, A.L.; MARCON, S.S.; WAIDMANI, M.A.P. **O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/AIDS e sua família.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 326-332, 2008.
- CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. **Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes.** Revista Interação em Psicologia, Curitiba, v.10, n.2, p. 345-355, 2006.
- CASTANHA, A.R. et al. **Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais.** Psico, Porto Alegre, v.37, n.1, p.47-56, 2006.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.; MELLEIRO, M.; ANABUKI, M. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.
- COSTA, M.C.M.D.R. *et al.* **Teoria Fundamentada nos Dados em pesquisas na saúde da mulher: estudo bibliométrico.** Revista Enfermagem UFPE, Recife, v.7, p. 4153-4160, 2013.
- CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.
- ERDMANN, A.L. **Sistemas de cuidados de enfermagem.** Série Teses em Enfermagem. Pelotas: Editora Universitária / UFPel, 1996.
- ERDMANN, A.L. *et al.* **Construindo um modelo de sistema de cuidados.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v.20, n.2, p. 180-185, 2007.
- FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D.C. **Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v.22, n.4, p.392-398, 2009.

GARCIA, S.; KOYAMA, M.A.H. **Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.42, supl. 1, p. 72-83, 2008.

GONÇALVES, T.R.; PICININI, C.A. **Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS**. Psicologia USP, São Paulo, v.18, n.3, p. 113-142, 2007.

JUNIOR, P.R.B.S. *et al.* **Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinel Parturiente, Brasil, 2002**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.38, n.6, p. 764-762, 2004.

LEITE, Janete L. Uma “Balzaquiana” Perigosa: A Emergência da AIDS no Mundo e no Brasil. In: LEITE, Joséte L.; LEITE, Janete L. (Orgs.). **AIDS: entre o biomédico e o social, pontos de partida e horizontes de chegada**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2011. p. 17-66.

LEITE, J.L. *et al.* **Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem**. Revista Latino-Americana Enfermagem, São Paulo, v.17, n.4, 2009.

MARTA, C.B.; BEHRING, L.P.B. O Programa Nacional de Aids e os Antirretrovirais: Uma Trajetória de Conquistas. In: LEITE, Joséte L.; LEITE, Janete L. (Orgs.). **AIDS: entre o biomédico e o social, pontos de partida e horizontes de chegada**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2011. p. 79-88.

MARTA, C.B.; BEHRING, L.P.B.; SILVA, L.J. O Corpo Humano e as Doenças Oportunistas Associadas à Aids. In: LEITE, Joséte L.; LEITE, Janete L. (Orgs.). **AIDS: entre o biomédico e o social, pontos de partida e horizontes de chegada**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2011. p. 105-118.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Coleção Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

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

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 715 p.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. **Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.11, 2006.

SILVA, M.A.; GRAVETO, J. **Modelo conceptual versus "modelo oculto" para a (na) prática da enfermagem**. Revista Pensar Enfermagem, Lisboa, v.12, n.2, p. 67-70, 2008.

SMELTZER, S.C *et al.* **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SORATTO, M.T.; ZACCARON, R.C. **Dilemas éticos enfrentados pela equipe de enfermagem no programa de DST/HIV/AIDS**. Revista Bioethikos, São Camilo, v.4, n.3, p. 332-336, 2010.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

## ANEXO A

**DUAS DESTAS PESSOAS  
VIVEM COM AIDS. E PODEM  
NÃO SER QUEM VOCÊ PENSA.**

**A aids não tem preconceito.  
Você também não deve ter.**

Estas pessoas tiveram coragem de se expor aqui para mostrar que, apesar de conviverem com o vírus, não são diferentes de você. Faça como elas: entre nesta luta contra o preconceito e lembre-se de usar sempre camisinha.

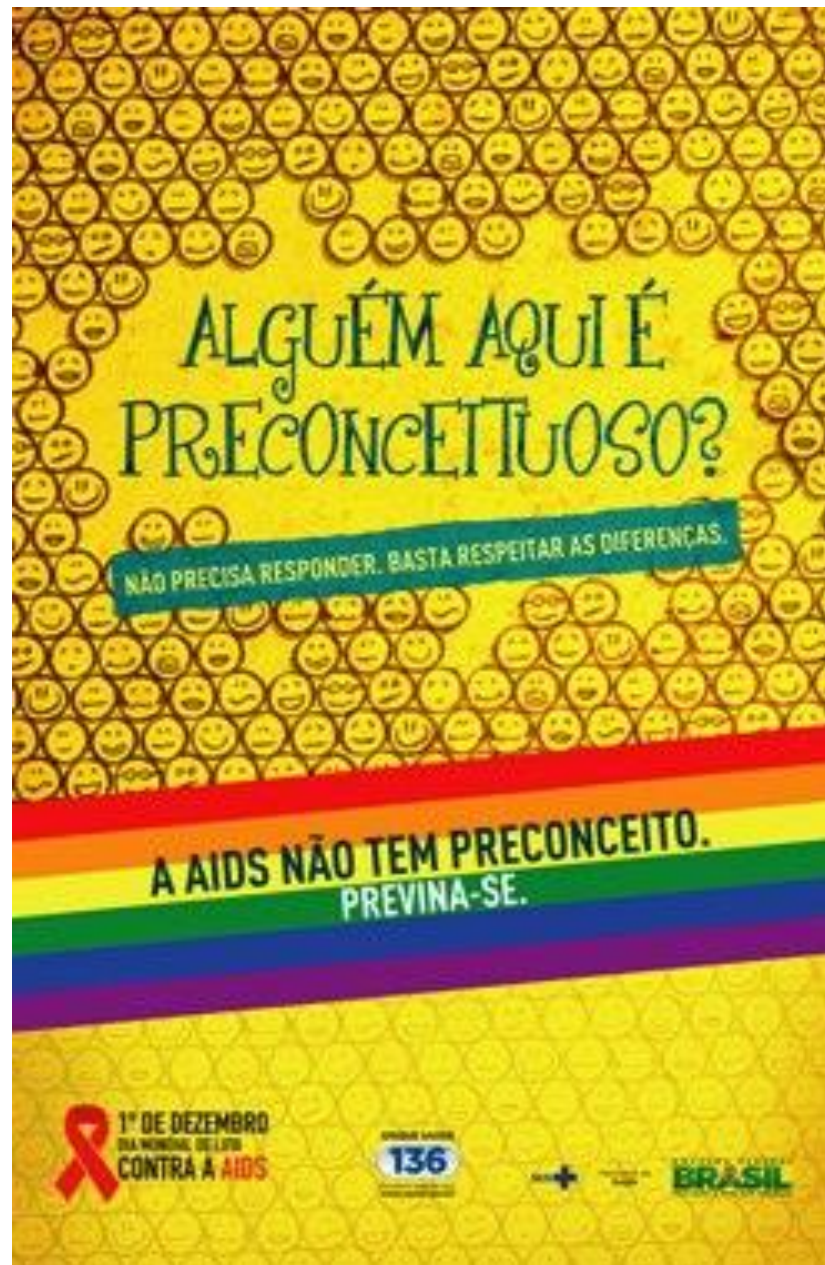
[www.todoscontraopreconceito.com.br](http://www.todoscontraopreconceito.com.br)

SUS + Ministério da Saúde  
BRASIL  
UM PAÍS DE TODOS  
GOVERNO FEDERAL

© 2010

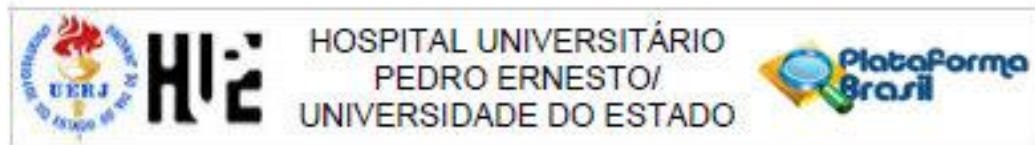
Anexo A: Um dos cartazes de divulgação da campanha “O preconceito como aspecto de vulnerabilidade ao HIV/AIDS”, lançada em dezembro de 2010.

## ANEXO B



Anexo B: Um dos cartazes de divulgação da última campanha do Ministério da saúde contra a aids, lançada em dezembro de 2011.

## ANEXO C - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A atuação do Enfermeiro no contexto das gestantes HIV positivo: a construção de um modelo de cuidado

**Pesquisador:** John Wesley Mota Brum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09879312.0.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 195.210

**Data da Relatoria:** 07/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Adequado

**Objetivo da Pesquisa:**

Condizente

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estruturados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto atende as normas de boas práticas em pesquisas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados de forma clara e objetiva

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado

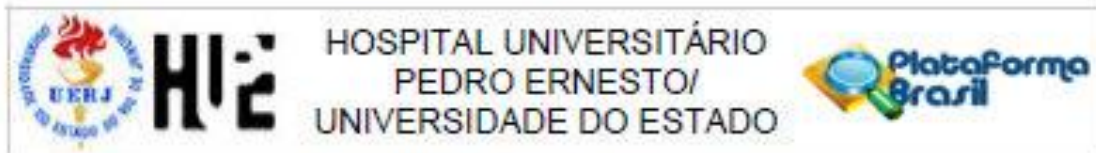
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo  
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a Inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
3. O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 07 de Fevereiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**WILLE OIGMAN**  
 (Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo  
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2668-8253 Fax: (21)2664-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



## APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA ENFERMAGEM

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite

Pesquisador: John Wesley Mota Brum

Roteiro da Entrevista

### **Primeiro momento:**

[Já com o gravador ligado]

Agradecer ao depoente

Solicitar autorização para utilização da entrevista na pesquisa

Garantir sigilo (anonimato do sujeito)

Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido

### **Segundo momento:**

Solicitar ao entrevistado que fale sobre as questões abaixo:

1. O que é para você cuidar de uma gestante?
2. O que é para você cuidar de uma gestante HIV positivo?
3. Como você lida com os aspectos psicológicos e sociais que envolvem a gestante HIV positivo?

### **Terceiro momento:**

Agradecer pelas contribuições e realização da entrevista.

Agendar dia para validação/correção da entrevista transcrita

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: A atuação do Enfermeiro no contexto das gestantes HIV positivo: a construção de um modelo de cuidado**, que tem como **objetivos**: descrever as vivências/experiências de enfermeiros que acompanham ou já acompanharam gestantes HIV positivo; analisar como é realizado o cuidado de enfermagem dentro do contexto da soropositividade acerca da dimensão psicossocial; e construir um modelo de cuidado à gestante HIV positivo. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A pesquisa terá duração de 8 meses, com o término previsto para julho de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi estruturada. A entrevista será gravada em MP3 player para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem no que tange o cuidado a clientela HIV positiva.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Joséte Luzia Leite  
Pesquisador Principal (EEAN/UFRJ)  
Cel:(21) 88530428  
e-mail:joluzia@gmail.com

---

John Wesley Mota Brum  
Mestrando  
Cel: (98) 91034311  
e-mail: brumwesley@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (EEAN/HESFA): Tel: (21) 22938148/ramal 228  
Hospital Universitário Pedro Ernesto / UERJ: Tel: (21) 28688389

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE C - Codificação aberta

Códigos	Enfermeiro 1
<p>1.1 Cuidando de uma situação diferenciada</p> <p>1.2 Cuidando da mulher em um momento especial</p> <p>1.3 Cuidando de um paciente que possui diversos fatores específicos</p> <p>1.4 Cuidando do emocional da gestante</p> <p>1.5 Questionando o significado da gestação especificamente para aquela mulher</p> <p>1.6 Cuidando mediante influências</p> <p>1.7 Associando o momento que a gestante vive ao cuidado prestado</p> <p>1.8 Prestando assistência especial à gestante</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>É cuidar de uma gestante é uma situação diferenciada, porque a gente cuida da mulher num momento especial da vida dela. Então envolve diversos fatores diferentes de se cuidar de um paciente que não está num momento de gestação. Quais são esses fatores pra você?</p> <p>Muitos fatores, fatores emocionais, o quê que essa gestação significa pra ela, na vida dela, ela acaba acarretando nas patologias que ela venha a apresentar, e a experiência que ela tá passando, influencia muito no nosso cuidado, de conhecer aquela gestante, de conhecer o momento da vida dela e tentar associar isso ao cuidado da patologia que ela apresenta e fazer uma assistência especial voltada a ela.</p>
<p>1.9 Considerando o ponto de vista da gestante</p> <p>1.10 Lidando com gestantes bem resolvidas quanto ao diagnóstico</p> <p>1.11 Lidando com gestantes que descobrem o diagnóstico</p> <p>1.12 Lidando com a diferença ou não da gestante ser HIV positivo</p> <p>1.13 Lidando com gestantes assustadas pelo diagnóstico</p> <p>1.14 Considerando o diferencial na assistência</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>Olha, pra mim depende muito de como essa gestante vê o HIV positivo pra ela, porque tem pacientes que chegam aqui muito bem resolvidas e outras que descobrem aqui o HIV positivo, então pra mim eu não vejo diferença na gestante ser HIV positivo em relação ao cuidado. Mas em relação a elas sim existe sim, existem pacientes que chegam assustadas, outras com resultado antigo, então vai depender de cada uma. Só pelo HIV positivo eu não vejo um diferencial na assistência.</p>
<p>1.15 Comunicando-se com o marido</p> <p>1.16 Lidando com situações constrangedoras</p> <p>1.17 Lidando com o desconhecimento do diagnóstico pelo marido</p> <p>1.18 Lidando com as alterações emocionais da gestante</p>	<p>Teve alguma situação que você teve que lidar... Já.. Uma paciente que descobriu aqui que era HIV positivo, ela ficou muito assustada, a gente teve que comunicar ao marido dela, o marido dela veio aqui no hospital, foi uma situação muito chata, e ninguém sabia se ele já sabia do diagnóstico dela ou dele então teve que se fazer uma investigação nele também, e ela ficou muito afetada com o resultado do HIV positivo.</p> <p>E nesses casos que vocês não sabem se o marido tem, como vocês lidam, não pode contar, você conta? Como você lida com isso, com o sigilo do diagnóstico?</p>
<p>1.19 Solicitando a presença do companheiro</p>	<p>Bom essa parte, assim, a gente não tem a conduta de informar esse resultado ao companheiro dela, isso é mais uma questão que a equipe médica faz, eles solicitam a presença do companheiro pra... mas a gente como enfermeiro a gente não toma essa iniciativa de chamar familiar, essa parte não fica com a gente aqui.</p>
<p>1.20 Lidando com aspectos considerados difíceis</p>	<p>E como é que você lida com esses aspectos psicológicos e sociais que envolvem a gestante que é HIV positivo? Tem o preconceito, assim, como é que você lida com esse aspecto psicológico e social? Tem... É muito difícil, muito difícil essa parte,</p>

<p>1.21 Orientando a gestante a não amamentação</p> <p>1.22 Considerando a não amamentação como um dos momentos mais difíceis</p> <p>1.23 Considerando o possível sentimento de rejeição</p> <p>1.24 Considerando o possível questionamento de outras puérperas</p> <p>1.25 Considerando o enfaixamento das mamas como um possível impacto psicológico para a gestante</p> <p>1.26 Considerando a necessidade de realização de estudos sociais e epidemiológicos</p> <p>1.27 Considerando o entendimento da sociedade sobre o HIV</p> <p>1.28 Lidando com gestante que possuem aspectos sociais importantes</p> <p>1.29 Relacionando o tempo de diagnóstico com a resposta da gestante à internação</p> <p>1.30 Lidando com a gestante que não compreende a importância do tratamento</p> <p>1.31 Atuando no trabalho de parto</p> <p>1.32 Administrando medicações intraparto</p> <p>1.33 Orientando a gestante sobre o uso da medicação</p> <p>1.35 Lidando com a preocupação da gestante</p> <p>1.36 Aliviando a ansiedade da gestante</p> <p>1.37 Enfatizando a importância do medicamento para o bebê</p> <p>1.38 Trabalhando em equipe na descoberta do diagnóstico</p> <p>1.39 Atuando juntamente com psicólogos</p> <p>1.40 Lidando com o impacto do diagnóstico</p> <p>1.41 Lidando com o sofrimento alheio</p> <p>1.42 Afetando-se pelo sofrimento alheio</p>	<p>porque a gente tem que orientá-las que elas não vão poder amamentar, eu acho que essa é uma das situações mais difíceis pra elas porque elas podem vir a se sentir diferentes quando estiverem lá no alojamento junto com outras mulheres que estejam amamentando, talvez essas mulheres perguntem a elas porque que elas não estão amamentando, porque que elas estão com as mamas enfaixadas, então esse é um aspecto que eu acho que pode afetar o lado psicológico da gestante. E o social assim, a gente acaba recebendo dados, que eu acho até interessante de se fazer um estudo depois, de saber qual comunidade essa gestante está, como que a comunidade vê o HIV, se sabe como é a transmissão, eu vejo assim, como uma necessidade de saúde pública mesmo, nesse caso. Geralmente são gestantes solteiras, que tem a vida bastante complicada, geralmente, não são todas. Então elas vêm com esse aspecto social importante, isso a maioria delas têm. Mas o lado psicológico, é como eu te falei, depende de quando ela recebeu esse diagnóstico se foi a muito tempo, a pouco tempo, mas a questão social é cada uma tem uma história geralmente bem complicada.</p> <p>Você lembra de alguma intervenção que você tenha que ter tomado aqui na enfermaria, com relação ao HIV na gestante, você teve que intervir, conversar, orientar?</p> <p>Sim, sim... eu lembro de uma gestante que não conseguia compreender a importância, ela já chegou aqui em trabalho de parto e a gente teve que entrar com o AZT injetável, e ela não tava entendendo a importância daquela medicação naquele momento, então a gente orientou, ela tava mais preocupada com o parto do que com a administração do AZT, então eu tive que conversar com ela, deixar ela menos ansiosa, pra ela compreender a importância que aquilo teria pro bebê dela.</p> <p>E com relação a esse impacto do diagnóstico, já teve alguma intervenção da sua parte, dela descobrir aqui e você ter que explicar pra ela?</p> <p>Diretamente não. Mas eu já ouvi, que não é só uma pessoa porque a gente aqui tem uma equipe enorme de psicólogos, e nesse caso foi a psicóloga que atuou nessa situação que eu vi. Que foi uma paciente que ficou muito chocada quando ela recebeu o diagnóstico e acaba chocando a equipe toda, porque você vê o sofrimento da pessoa que não estava esperando aquilo e fica todo mundo afetado. Mas não fui eu que agi diretamente nesse caso.</p> <p>A gente pode tentar aprofundar mais quanto à sua postura frente a algum desequilíbrio, porque na verdade, assim, você diz pra mim que aspecto psicológico é muito difícil, o quê pro enfermeiro é mais difícil? Você acha que é mais difícil cuidar da gestante HIV positivo por causa da parte</p>
---	---

<p>1.43 Considerando a aceitação do diagnóstico pela gestante</p> <p>1.44 Exemplificando com situações em que o HIV não foi um fator desencadeante de preocupação</p> <p>1.45 Deparando-se com situações que necessitam de uma atenção especial.</p> <p>1.46 Considerando a particularidade de cada gestante</p> <p>1.47 Preparando-se para falar sobre o diagnóstico</p> <p>1.48 Preocupando-se com o entendimento da gestante sobre a situação</p> <p>1.49 Preocupando-se com a prevenção</p> <p>1.50 Preocupando-se com a adesão ao tratamento</p> <p>1.51 Entendendo as reais necessidades da gestante</p> <p>1.52 Lidando com necessidades diferentes</p> <p>1.53 Preocupando-se em estar apto para receber o pior</p> <p>1.54 Lidando com pacientes que descobrem o diagnóstico</p> <p>1.55 Lidando com pacientes que são afetadas emocionalmente pelo diagnóstico</p> <p>1.56 Considerando que a descoberta recente é mais complicada</p>	<p>psicológica dela?</p> <p>Depende da gestante, só o resultado de HIV positivo não vai me trazer uma gestante com problema de ansiedade e depressão ou alguma coisa assim, eu já recebi um amenina aqui que era HIV positivo e tava super bem resolvida e não influenciou pra gente esse caso, ela era casada tinha uma família, totalmente estável emocionalmente, não influenciou pra ela ser HIV positivo. Mas a gente quando vê que isso vem no diagnóstico da gestante, a gente já se prepara. Mas a gente às vezes encontra uma situação que precisa de uma atenção especial, às vezes não, depende de cada um.</p> <p>Essa preparação que vocês falam, como vocês se preparam? Como é essa preparação?</p> <p>A gente se prepara que a gente fala, é a visão que a gente tem do HIV positivo, mas que às vezes não é a visão que aquela gestante tem do HIV positivo, a gente fica preocupado lógico, se ela entende o que é aquilo, se ela tá se prevenindo, se outras pessoas da comunidade dela pode estar havendo essa transmissão, se ela tá fazendo uso regular de medicação, a gente se preocupa com tudo isso, é uma paciente que a gente já tem esse olhar. Mas depois que a gente conhece a paciente que a gente vai ver quais são as reais necessidades dela, que mesmo com esse diagnóstico HIV positivo, elas são diferentes, têm necessidades diferentes. Mas eu acho que a gente tem que estar apto pra receber o pior dos casos, e às vezes a gente recebe, que é aquela paciente que acabou de descobrir, que não sabe o que fazer, não sabe pra onde ir e aí fica difícil. Aí sim, essa paciente HIV positivo de descoberta recente é a mais complicada.</p>
--	--

Códigos	Enfermeiro 2
<p>2.1 Cuidando de paciente com diferencial</p> <p>2.2 Cuidando de um paciente com uma responsabilidade maior</p> <p>2.3 Cuidando de duas vidas</p> <p>2.4 Pensando no binômio</p> <p>2.5 Voltando a visão para a gestante e o bebê</p> <p>2.6 Cuidando de uma situação delicada</p> <p>2.7 Cuidando de uma paciente importante</p> <p>2.8 Cuidar da gestante HIV positivo possui uma maior dificuldade</p>	<p>O quê é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Cuidar de uma gestante eu acho que tem diferencial de outras áreas de atuação do enfermeiro, eu acho que com a gestante a responsabilidade é maior. Porque está cuidando de duas vidas ali. Então você tem que ter um olhar pros dois lados, não só pra gestante em si, mas pensar no binômio ali, o tempo todo. Qualquer alteração no quadro, a sua visão tem que ser voltada pros dois, então eu acho que é um pouco mais delicado. Apesar de em outras patologias, o motivo da internação ser um motivo simples, sempre envolve duas vidas. Então eu acho que é bem mais importante do que você tá atuando com um paciente só.</p> <p>Então pra você o quê que é estar cuidando de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>Eu acho que quando a gestante é HIV positiva, é bem mais complicado ainda porque além de envolver duas vidas ali, tem essa doença que é bem delicada de você ter que lidar com ela. Tem os</p>

<p>2.9 Lidando com uma doença delicada</p> <p>2.10 Lidando com questões psicológicas</p> <p>2.11 Lidando com a aceitação da doença pela gestante</p> <p>2.12 Não ter o que falar para a gestante</p> <p>2.13 Possibilidade de não animar a gestante</p> <p>2.14 Lidando com uma doença crônica</p> <p>2.15 Lidar com uma doença temporária é mais fácil</p> <p>2.16 Lidando com uma patologia que não possui grandes expectativas</p> <p>2.17 Dando apoio psicológico em uma situação difícil</p> <p>2.18 Lidando com uma situação triste</p> <p>2.19 Lidando com algo fora do costume</p> <p>2.20 Acostumando-se com o fato de lidar com situações onde a gestante possui a melhora do quadro</p> <p>2.21 Lidando com quadros que possuem bom prognóstico</p> <p>2.22 Dificuldade para orientar a gestante HIV positivo sobre o prognóstico</p> <p>2.23 Lidando com o diagnóstico do teste rápido</p> <p>2.24 Cuidando da gestante diante da notícia do diagnóstico</p> <p>2.25 Cuidando de gestantes que não foram acompanhadas no pré-natal</p> <p>2.26 Cuidando de gestante que descobrem o diagnóstico na hora do parto</p> <p>2.27 Comunicando-se com o médico</p> <p>2.28 Comparando as gestantes que são acompanhadas no pré-natal e as que não foram acompanhadas</p> <p>2.29 Facilidade de lidar com a gestante que já conhece o seu diagnóstico</p> <p>2.30 Descobrir o diagnóstico na maternidade traz maior dificuldade no cuidado</p> <p>2.31 Conversando com a gestante no momento de receber o diagnóstico</p> <p>2.32 Oferecendo apoio emocional em equipe à gestante após a notícia do diagnóstico</p>	<p>fatores psicológicos da gestante, a aceitação da doença, então é bem difícil sim. Porque às vezes você não tem o que falar, e às vezes alguma coisa que às vezes ela quer saber e você pode não animá-la, por causa do quadro que ela tem. Porque quando é uma outra patologia que não é o HIV, às vezes é temporário, como uma dengue em que você motiva aquela gestante dizendo que só um momento que vai passar, agora pra uma HIV, é aquela coisa, do cuidado contínuo, você não tem aquela expectativa dela tá saindo daquele quadro. Então eu acho que é mais complicado, você dar um apoio psicológico pra ela é mais difícil. Pra mim, lidar com gestantes HIV é muito triste. Porque a gente tá acostumado, a gente pensa que a paciente vai melhorar, vai embora, e determinada patologia, se está relacionada à gestação, terminou a gestação vai passar, pode ser uma diabetes gestacional ou uma hipertensão e tudo, às vezes a gente acha que aquilo é momentâneo e dependendo do quadro, se for uma hipermese você sabe que vai passar. Agora quando a gestante é HIV já fica mais difícil de você tá orientando ela por conta do quadro posterior dela.</p> <p>Tem alguma situação, alguma situação que você passou, que você vivenciou que você teve que lidar com isso com a gestante HIV positivo, que você teve que tratar de uma maneira diferente?</p> <p>Não, eu acho que dessa maneira não. Mas assim, eu já peguei é (...) pacientes que foram descobrir durante o teste rápido, então é bem complicado o susto que ela leva e tudo, pacientes que não foram acompanhadas no pré-natal, então a criança ali também não houve nenhuma prevenção, então foi bem triste. Mas foi um acompanhamento que ela não teve no pré-natal e acabou descobrindo na hora do parto mesmo com a realização do teste rápido. Então essa foi a mais difícil com relação à HIV que eu já tenha visto, porque foi até eu que tinha feito o teste e aí pra comunicar ao médico, pra tá falando com a paciente essa foi a mais difícil assim, fora as outras que já chegavam sabendo e tudo, do tratamento e tudo, da medicação que ia ser administrada antes do parto e tudo, então é mais fácil quando a pessoa já conhece. Quando ela descobre aqui na maternidade é mais complicado. Então essa foi a situação mais constrangedora tratando de HIV.</p> <p>Você lembra de como atuou naquele momento, você conseguiu intervir de alguma maneira, você conseguiu chegar na gestante, você conseguiu conversar com ela, ou foi só mesmo o médico na hora?</p> <p>Então depois do médico, a paciente eu lembro que ela chorava muito, então a gente conversou e tal, então o que eu me lembro nesse momento foi só de dar apoio pra ela em relação ao que ela tinha acabado de descobrir, mas (...)</p>
--	--

<p>2.33 Expondo a gestante a possibilidade de tratamento</p> <p>2.34 Orientando a gestante a cuidar-se</p> <p>2.35 Orientando a gestante acerca da não-amamentação</p> <p>2.36 Mostrando que o cuidar-se é uma boa opção</p> <p>2.37 Lidar direto com a paciente traz segurança</p> <p>2.38 Receando-se em ter contato com a gestante HIV positivo</p> <p>2.39 Ignorância da parte do profissional</p> <p>2.40 Acostumando-se com a situação</p> <p>2.41 Lidando com gestante preparadas para o quadro da aids</p> <p>2.42 Notando que não há muito o que ser trabalhado psicologicamente quando a gestante tem conhecimento do quadro</p> <p>2.43 O tratamento da gestante HIV negativo é o mesmo que da gestante HIV positivo</p> <p>2.44 Olhando a gestante HIV positivo como alguém que precisa de um cuidado maior</p>	<p>Você lembra o quê você falou pra ela, que tipo de apoio você ofereceu naquele momento?</p> <p>O que eu falei pra ela? Não sei, não me lembro ao certo, mas acho que eu falei, lembro de ter falado tipo assim, algo do tipo, não lembro o nome da paciente..., que aconteceu, que a gente ía tá intervindo da melhor forma possível, que você vai continuar o tratamento e tal. Eu lembro que eu falei algo relacionado ao depois assim, pra ela cuidar, tratar, infelizmente ela não ía poder amamentar e tudo, mas que seria o melhor. Acho que falei coisas desse tipo, relacionadas a amamentação, relacionadas ao tratamento depois, que era só ela passar a se cuidar dali pra frente. acho que foi coisas desse tipo.</p> <p>E como é que você lida com esse lado psicológico e social que envolve a gestante HIV positivo?</p> <p>A minha visão, assim , eu acho que pra gente, como a gente lida direto com essa paciente, acho que você fica mais segura nessa questão. Quando, eu lembro que iniciei a trabalhar na maternidade que foi quando eu passei a ter mais esse contato, eu tinha um certo receio, às vezes até por ignorância nossa, a gente comece a lidar com algo novo assim, depois você acaba acostumando, e também tem pacientes que parecem saber mais que a gente, já chegam aqui bem preparadas com a patologia que ela tem. Então às vezes é um psicológico que elas mesmo trazem, elas mesmo te ajudam, você não tem muito o que tá trabalhando quando a paciente já tem aquele conhecimento do que ela tem.</p> <p>Já teve alguma situação aqui dentro da enfermaria, que você lembre, que você teve que conversar, intervir, aqui dentro da enfermaria com relação a gestante HIV positivo, diretamente com ela, ou com algum familiar, alguma coisa assim?</p> <p>Que me lembre não. Acho que não, alguma coisa que você tenha que chamar a família, algo assim?</p> <p>Não, não nesse aspecto, mas, no aspecto do próprio diagnóstico, do diferencial da patologia, do próprio, como é que posso dizer (...) da própria situação que o HIV traz, desse peso que é colocado sobre ela. Você teve que intervir que conversar com alguma delas?</p> <p>Não que eu me lembre não, tirando essa situação que eu peguei que ela descobriu com a gente, mas, até então não, pelo menos por enquanto não.</p> <p>Você sente que tem diferença entre lidar com a gestante e lidar com a gestante que é HIV positivo? Eu acho que não, independente da patologia, o tratamento é o mesmo.</p> <p>Mas existe pra você um diferencial no cuidado da enfermagem, no olhar da parte social psicológica, tem pra você algum diferencial no cuidado?</p> <p>Bom, pensando no tratamento do paciente, assim, eu acho que não. Você olha ela com um cuidado maior, às vezes pensando naquilo que ela tá passando , que às vezes é bem maior do que uma</p>
---	---

<p>2.45 Importando-se com a situação da gestante HIV positivo</p> <p>2.46 Evitando que a gestante HIV positivo se sinta isolada</p> <p>2.47 Mostrando que não há preconceito por parte da equipe</p> <p>2.48 Esclarecendo para a gestante HIV positivo que o tratamento é o mesmo</p> <p>2.49 Mostrando a gestante HIV positivo que o quadro não a fará receber um tratamento diferenciado</p>	<p>paciente do lado tá passando, mas diferença no modo de cuidar eu acho que não. Eu acho que você passa a dar uma atenção maior a ela, pra ela não se sentir isolada, mostrar pra ela que a equipe, que a gente não tem nenhum tipo de receio, porque assim essa parte de preconceito, algo assim, tirando esse olhar que é diferenciado, mostrar pra ela que apesar da patologia o tratamento dela em relação as outras vai ser o mesmo, eu acho que tirando isso não tem não. Eu acho que é mais você passar uma segurança pra ela. É você mostrar pra ela que apesar da patologia dela o tratamento que ela vai receber é indiferente, não vai ser melhor ou pior.</p>
--	--

Códigos	Enfermeiro 3
<p>3.1 Cuidar de gestante é especial</p> <p>3.2 Relatando o seu histórico profissional</p> <p>3.3 Gostando de trabalhar com obstetrícia</p> <p>3.4 Cuidando da mulher que está numa fase especial</p> <p>3.5 Lidando com mulheres afetadas no emocional</p> <p>3.6 Trazendo o conhecimento em psiquiatria para a obstetrícia</p> <p>3.7 Cuidar de gestante HIV positivo não é igual a cuidar de qualquer gestante</p> <p>3.8 Lidando com uma doença que tem suas especificidades</p> <p>3.9 Expondo o estigma que a paciente possui</p> <p>3.10 Falando sobre o sentimento de exclusão que a gestante HIV positivo possui</p> <p>3.11 Falando sobre o preconceito</p> <p>3.12 Dando uma atenção especial</p> <p>3.13 Importando-se em não magoar a gestante HIV positivo</p> <p>3.14 Preparando-se para a primeira abordagem</p> <p>3.15 Lidando com a gestante que esconde o diagnóstico</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Ah, assim, é muito especial, pra mim especialmente, porque a minha formação não foi obstetrícia, e sim oncologia, passei 20 anos trabalhando com oncologia e de cinco anos pra cá, trabalhando com obstetrícia, to gostando muito, porque é uma fase muito especial da vida da mulher, então acho muito legal a gente ter esse contato, eu to tentando me aprimorar porque não é minha especialização, mas tá indo né. Elas ficam muito afetadas no emocional, eu também sou muito ligada ao emocional, eu trabalho com psiquiatria, eu acho que eu uni tudo aqui. Minha formação é muito de clínica, e elas tem um problema clínico, né. E com psiquiatria, o emocional, eu junto tudo aqui, nessa fase especial que a mulher tá passando.</p> <p>Pra você o que é cuidar da gestante que é HIV positivo? você sente algum diferencial? O que pra você é cuidar delas?</p> <p>Eu não vou dizer que é igual cuidar das outras, quem diz que é igual, tá mentindo. Porque realmente é uma doença específica, a paciente em si, já tem aquele estigma, ela já se sente assim, como se diz, deslocada das outras porque as pessoas já tem ainda um preconceito. Então a gente tem que saber lidar com ela, assim, ter uma atenção especial, no falar, pra não magoar, assim é uma coisa mais específica, é sempre diferente.</p> <p>Você tem na sua cabeça, alguma situação que você lembre que você teve que intervir com relação à gestante HIV positivo, algum cuidado que você que colocar pra ela de uma maneira diferente, alguma abordagem que você fez, que você lembre?</p> <p>É porque, assim, quando você faz a entrevista inicial, você já vai já sabendo qual é o diagnóstico e elas não falam, tem até uma parte da entrevista que a gente pergunta se tem doença sexualmente transmissível, aí algumas falam outras não, então</p>



<p>3.16 Enfatizando o questionamento sobre o fato de ser HIV positivo</p> <p>3.17 Preocupando-se em não expor a gestante HIV positivo</p> <p>3.18 Possível preconceito</p> <p>3.19 Gestantes que evitam falar do diagnóstico</p> <p>3.20 Ganhando a confiança da gestante HIV positivo</p> <p>3.21 Conseguindo informações a partir de uma abordagem diferenciada</p> <p>3.22 Expondo como é feita a abordagem</p> <p>3.23 Evitando falar muito sobre o HIV</p> <p>3.24 Observando a gestante HIV positivo</p> <p>3.25 Orientando sobre a não-amamentação</p> <p>3.26 Cuidados com EPI</p> <p>3.27 Preocupando-se com procedimentos</p>	<p> você tem que perguntar mesmo, porque elas ficam caladas, ainda mais porque às vezes você tá perguntando e tem outras em volta e acabam escutando, e elas ficam preocupadas das outras saberem e aí ter uma forma de preconceito. Eu sinto que elas tentam evitar falar que têm, mas com o tempo elas ganham confiança na abordagem então elas falam, falam da medicação e tudo, mas não falam como contraiu a doença, mas só se você abordar muito e tem que ter jeito pra conversar.</p> <p>Essa sua abordagem que você fala, como você tenta fazer de uma maneira diferente?</p> <p>Sobre se ela tem ou não?</p> <p>Exato.</p> <p>Bom, primeiro eu pergunto se tem doença sexualmente transmissível, se ela diz que sim aí eu pergunto HIV? Aí ela fala que é, aí ela confirma. Não chego a puxar muito, se ela não quer falar, também tem que respeitar né?</p> <p>Como é que você como enfermeira lida com isso, com essa parte psicológica?</p> <p>Bom eu ainda não tive caso de ter que intervir em nada disso. A gente observa, se tiver algum problema a gente tem que intervir, mas só que eu até hoje não passei por nenhuma situação que tivesse que intervir, eu não sei o que viria a princípio não. De outra paciente conversar né? Eu não sei como seria porque ainda não passei, a gente veria na hora né?</p> <p>Mas dentro da enfermaria aqui, você já teve alguma situação que você teve que orientar mesmo, conversar..</p> <p>Pra ela, e pra outras? Não eu ainda não passei. eu não vou te dizer que eu passei porque eu não passei. Se houvesse algum problema, seria mais explicar, orientar as outras, porque as pessoas ficam com medo da transmissão.</p> <p>A gente orienta que não vai poder amamentar, e elas recebem bem, teoricamente.</p> <p>Já teve alguma gestante que não recebeu isso bem?</p> <p>Não, não vi isso ainda. De falar assim, que não ia fazer né?</p> <p>Ou que não entendia, o por quê?</p> <p>Parece que elas já vêm com uma pré orientação, né? Que a gente só sinaliza mais ainda. Não cheguei a ver nenhum tipo de revolta, não vi isso ainda.</p> <p>No início você fala pra mim, que você sabe, que você sente que é diferente o cuidado da que é HIV positivo da que não é HIV positivo, não numa questão de preconceito, mas numa questão que é diferente. O que você tem, o que faz que é diferente de uma que é HIV pra outra que não é HIV?</p> <p>Bom, eu acho que os cuidados mesmo, de transmissão que já vem implícito na gente, a</p>
--	--

<p>invasivos na gestante HIV positivo</p> <p>3.28 Ênfase maior no cuidados de proteção individual</p> <p>3.29 Lidando com o sentimento de rejeição da gestante HIV positivo</p> <p>3.30 Encaminhando ao serviço de psicologia</p>	<p>gente já fica já, tem que puncionar uma veia, você já vai ter todos os cuidados como se fosse uma outra mesmo, mas você parece que aquilo já vai com mais ênfase, entendeu? Mais cuidados de transmissão mesmo.</p> <p>E com relação à parte psicológica?</p> <p>Da paciente? Também tem que tá mais voltada, porque a gente sabe que elas se sentem rejeitadas. Você consegue lembrar de alguma vez que você teve que lidar com essa rejeição delas?</p> <p>Não, eu não. Eu sei que uma vez uma paciente tava muito triste com relação a isso e nos encaminhamos pro serviço de psicologia.</p>
---	---

Códigos	Enfermeiro 4
<p>4.1 Cuidando de um ser humano especial</p> <p>4.2 Carregar um ser humano é algo especial</p> <p>4.3 Cuidar de uma gestante HIV positivo é tão especial quanto cuidar de outra gestante</p> <p>4.4 Cuidando de uma situação delicada</p> <p>4.5 Expondo a possibilidade de tratamento e da gestante HIV positivo ter um filho saudável</p> <p>4.6 Cuidar de gestante HIV positivo é prazeroso</p> <p>4.7 Expondo expressões que as mulheres HIV positivo ouvem</p> <p>4.8 Satisfação em ver a mulher HIV positivo realizar um sonho</p> <p>4.9 Percebendo a necessidade de orientar a gestante</p> <p>4.10 Orientando sobre a não-amamentação</p> <p>4.11 Expondo um programa do hospital</p> <p>4.12 Reconhecendo o trabalho feito no pré-natal</p> <p>4.13 Reconhecendo a orientação da não-amamentação</p> <p>4.14 Reforçando as orientações</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Cuidar de um ser humano especial, porque eu acho que carregar um serzinho, é sinal de que a pessoa é muito especial. É cuidar de uma pessoa especial.</p> <p>E o que é pra você cuidar de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>Eu acho que assim, não muda a questão de ser uma pessoa especial, porque apesar por essa situação tão delicada que é o HIV, ela tem a possibilidade de ter um filho e com os tratamentos que tem hoje a possibilidade ainda maior do filho vir negativamente, então assim, é super prazeroso, porque aquela mulher, se for ainda uma adolescente, uma pessoa jovem que já nasceu soro positivo e que já veio desde cedo obtendo a resposta de que você nunca vai poder engravidar que você nunca vai poder ter relação sexual sem preservativo, quando chega aqui um caso que é assim, a gente de uma determinada forma fica satisfeito porque essa pessoa pôde realizar esse sonho, porque às vezes foi combinado com seu parceiro, ele tá ciente da sorologia dela, então é satisfatório.</p> <p>Tem algum exemplo, alguma coisa que você tenha vivido aqui na enfermagem, que você lembra que você teve que intervir com relação ao cuidado da gestante HIV positivo?</p> <p>Não assim, o quê a gente percebe em relação a gestante no geral que quanto mais a gente fala, mais a gente tem que falar, é pouco, principalmente em relação ao aleitamento materno, porque elas ainda cultivam aquela coisa de ter a mãe de leite, então assim quanto mais a gente fala, mais a gente tem que falar, é pouco. A única coisa que a gente vivencia toda hora aqui é a questão da amamentação mesmo, não sei se é porque o hospital é amigo da criança e a gente já vai no automático, e a gente sabe que é feito um trabalho todo bacana desde lá no pré-natal, de orientação, das que podem amamentar, das que não podem amamentar com relação a como que é feito. Mas mesmo assim a gente fala aqui e a gente se depara ainda com algumas coisas.</p> <p>Com relação aos aspectos psicológicos que</p>

<p>4.15 Comparando as gestantes que descobrem o diagnóstico anterior a internação com as que descobrem na internação</p> <p>4.16 As gestantes que descobrem o diagnóstico no pré-natal internam num processo de aceitação</p> <p>4.17 As gestantes que descobrem o diagnóstico no pré-natal internam mais calmas</p> <p>4.18 Gestantes que culpam outros pelo diagnóstico</p> <p>4.19 O momento mais dramático é a notícia do diagnóstico</p> <p>4.20 Lidar com a gestante HIV positivo que foi acompanhada no pré-natal é mais fácil</p> <p>4.21 Trabalhando juntamente com o psicólogo</p> <p>4.22 Preocupando-se em não expor o diagnóstico da gestante para outras</p> <p>4.23 Preocupando-se em não expor o diagnóstico da gestante para familiares</p> <p>4.24 Pensando no porquê da gestante não expor à família</p> <p>4.25 Criando uma opinião sobre o sigilo</p> <p>4.26 Respeitando o direito de sigilo</p> <p>4.27 Comentando com outros profissionais acerca do respeito ao sigilo</p> <p>4.28 Deparando-se com o sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.29 Expondo sua opinião sobre o sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.30 Pensando o contrário da gestante acerca do sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.31 Expondo sua opinião acerca da revelação do diagnóstico ao cônjuge</p> <p>4.32 Mantendo a postura profissional mesmo diante de situações em que não concorda com o sigilo</p> <p>4.33 Dificuldade em esconder o diagnóstico da família</p> <p>4.34 Orientando sobre o que será feito após o parto</p> <p>4.35 Orientando sobre os cuidados a serem seguidos</p>	<p>envolvem esse mundo da gestante HIV positivo, como que você lida com isso?</p> <p>Assim, na verdade quando elas chegam pra gente, se elas descobriram a sorologia na gestação, no período do pré-natal, elas descobriram bem lá atrás, então elas vêm naquele processo de aceitação, eu sei disso, elas já vêm mais calminhas, menos tensas, entendeu? É ... menos agressiva em relação a culpar os outros né? Porque eu acho que assim, o momento mais dramático da coisa é quando elas recebem o resultado, então assim, quando elas chegam aqui pra gente elas já sabem o resultado, então elas vem menos agressivas. Então lidar com essa situação é muito fácil, tem uma equipe de psicólogos bem bacana, a gente fica a par, então, tem todo um cuidado de não comentar na frente de outras pacientes, a gente tem todo um cuidado com elas no sentido de não expor. Muitas chegam aqui, olha meu marido não sabe, ou minha sogra não sabe, minha mãe não sabe e a gente tem todo esse cuidado. Claro passa pela cabeça como ser humano, como assim o marido não sabe? Assim a gente tem a opinião pessoal né, ah ele deveria saber ou não deveria saber? Mas a gente respeita, a gente tem um envolvimento bacana de respeito mesmo.</p> <p>Você já pegou algum caso que diagnosticou o HIV aqui com vocês?</p> <p>Eu ainda não peguei, eu acredito que as colegas já tenham pego.</p> <p>Com relação a esse sigilo de não contar o diagnóstico, como é que você sente sua posição na hora de intervir com a gestante?</p> <p>É assim, a gente sempre comenta entre a gente que a gente respeita, acho que o livre arbítrio existe e a gente tem que respeitar, mas é complicado quando a gente se depara com uma situação onde o esposo não sabe. De uma certa forma ele foi um protagonista, junto com essa mãe os dois foram protagonistas pra fazer essa criança, tudo bem que ela é a protagonista da gestação, mas da criação dessa criança foram os dois, então assim, eu não consigo como mulher entender. Eu acho que os dois deveriam sentar e conversar, que é bacana, mas como profissional eu consigo respeitar que é o fundamental, eu não tenho como intervir, como falar nada, então é um pouco complicado quando você tem que, quando vai pro alojamento conjunto, na amamentação, é mais complicado essa parte quanto da amamentação que tem que fazer a inibição láctea, quando tem que orientar olha tem que colocar o gelinho, tem que colocar um top justinho, aí fica um pouquinho mais complicado.</p> <p>Vocês conseguem adiantar alguma coisa aqui pra elas de como vai ser o pós?</p> <p>Sim, sim, a gente consegue, como eu te falei, elas vêm desde o pré-natal sendo orientadas pra isso tudo, então quando chega aqui pra gente, elas já estão assim relativamente cientes do que vai</p>
--	--

<p>4.36 Enfatizando a necessidade de reorientação e repetição de informações</p> <p>4.37 Gestantes são abençoadas</p> <p>4.38 Observando resultado nas orientações dadas</p>	<p>acontecer. Como eu disse, apesar de tudo que a gente fala, é ... a gente tem que continuar falando aqui, mesmo sabendo que elas passaram sete, seis meses ouvindo a mesma história, a gente tem que continuar repetindo aqui, no alojamento tem que continuar repetindo, até o momento da alta a gente tem que continuar repetindo a mesma linguagem. Mas a gente consegue que elas entendam, que elas foram abençoadas, que foi um momento bacana, que bom que a sorologia foi negativa para o bebê mas que elas não podem ofertar como leite.</p>
--	--

Códigos	Enfermeiro 5
<p>5.1 Cuidando de duas pessoas ao mesmo tempo</p> <p>5.2 Falando sobre suas áreas de atuação</p> <p>5.3 Falando sobre o local de trabalho</p> <p>5.4 Cuidar de forma humanizada é gratificante</p> <p>5.5 Observando o quadro do bebê após o parto</p> <p>5.6 Sentindo-se grata por observar bom resultado na vida da gestante e do bebê</p> <p>5.7 Lidando com uma situação complicada</p> <p>5.8 Possuir um bom nível psicológico</p> <p>5.9 O HIV é uma situação em que a gestante está propensa a ter depressão</p> <p>5.10 Lidando com gestantes HIV positivo que não gostam de falar sobre o diagnóstico</p> <p>5.11 Mantendo sigilo sobre o diagnóstico</p> <p>5.12 Orientando a gestante HIV positivo sobre os riscos da gravidez</p> <p>5.13 Orientando a gestante HIV positivo sobre a anticoncepção</p> <p>5.14 Orientando a gestante HIV positivo a evitar outra gravidez</p> <p>5.15 Orientando a gestante HIV positivo sobre os riscos que existem para o bebê</p> <p>5.16 Colocando o preconceito como o foco da parte psicológica</p> <p>5.17 Expondo o preconceito que existe pelos profissionais</p> <p>5.18 Evitando a realização de procedimentos invasivos por medo de se contaminar</p> <p>5.19 Pacientes HIV positivo apresentam preconceito com eles mesmos</p> <p>5.20 Não aceitando a doença</p> <p>5.21 Desejando disseminar o vírus para os familiares</p> <p>5.22 Expondo os questionamentos da gestante</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Bom, cuidar de uma gestante pra mim, nada mais é do que poder atuar na enfermagem, assim, cuidando de duas pessoas ao mesmo tempo, cuidando tanto do bebê dela quanto dela, da gestante, ou então da puérpera, que eu atuo também no alojamento conjunto, tudo no setor obstétrico. Assim, é muito gratificante poder atuar com os cuidados humanizados, poder estar ajudando na sua reabilitação, vendo como é que o bebê se manifesta fora do útero. É totalmente gratificante saber que deu tudo certo tanto pra mãe quanto pro bebê.</p> <p>E pra cuidar de uma gestante HIV positivo, o quê que é pra você?</p> <p>Bom, eu acho isso uma situação um pouquinho complicada, mas, devemos ter nível psicológico bom em relação a isso, porque é uma situação em que a mãe, ela tá muito propensa a ter problemas de depressão, ela não gosta muito de falar do assunto, normalmente ela esconde dos familiares e nós temos que manter esse sigilo, não pode entrar em contato com a família e comunicar que ela é HIV, só se ela autorizar, e assim, mostrar pra ela que, assim, não é válido ela engravidar novamente, que ela tem outros métodos de barreira pra evitar uma outra gestação, porque isso pode ser tanto prejudicial a ela quanto pro bebê.</p> <p>E com relação a parte psicológica, social que envolve o HIV, como é que você lida com isso em relação a gestante?</p> <p>Então, o preconceito, de todos, é o principal foco, porque assim, até mesmo alguns profissionais têm preconceito, não quer punccionar porque acha que vai se contaminar, então, assim, tem todo um cuidado. Tem toda uma técnica, que as pessoas tem que estar atentas e tomar todos os cuidados necessários, mas até mesmo o próprio paciente tem esse preconceito com eles, o paciente, a gestante que tem HIV, que é protocolo, ela não aceita, ela acha que até mesmo estando gestante ela quer passar pra alguma outra pessoa, assim, quer passar pro marido, pro filho, ela acaba não se</p>

<p>acerca do proprio diagnóstico</p> <p>5.23 Diferenciando a gestante HIV positivo que aceita o diagnóstico da que não aceita</p> <p>5.24 Citando casos de gestantes HIV positivo que realizam planejamento familiar</p> <p>5.25 Expondo a importância dos profissionais buscarem atualizações</p> <p>5.26 Citando um exemplo de intervenção</p> <p>5.27 Orientando a gestante HIV positivo a realizar o planejamento familiar</p> <p>5.28 Expondo opinião sobre a gestante HIV positivo que quer continuar a ter filhos</p> <p>5.29 Lidando com a gestante que não aceita o diagnóstico</p> <p>5.30 Expondo resultados positivos com a orientação</p> <p>5.31 A gestante HIV positivo necessita de maior atenção</p> <p>5.32 Selecionando o que é falado para a gestante HIV positivo</p> <p>5.33 Relacionando o que é falado à gestante com o quadro psicológico dela</p> <p>5.34 Orientando à gestante as possibilidades de se ter uma boa qualidade de vida com o tratamento</p> <p>5.35 Orientando a gestante a cuidar de si</p> <p>5.36 Não há diferencial no cuidado entre a gestante HIV positivo e a HIV negativo</p> <p>5.37 Os pacientes são iguais</p> <p>5.38 Expondo a necessidade de amor à profissão</p> <p>5.39 Atuando com cuidados humanizados</p>	<p>protegendo porque ela acha que porque ela que como aconteceu com ela, por que isso aconteceu com ela? Assim na cabeça dela, ela não entende, não aceita, já umas aceitam e aí fazem o planejamento familiar, ligam na hora que vai fazer a cesárea, fazem o tratamento direitinho, mas é um assunto que sempre devemos estar buscando respostas, sempre conversando, indo em seminários e discutindo pra tentar evitar esse HIV na gestante e futuramente nos bebês se não tiver o cuidado adequado.</p> <p>Você lembra de alguma situação específica que te marcou que você teve que intervir com uma gestante HIV positivo, alguma situação que você lembre?</p> <p>Bom, assim, não é nada de mais, mas a situação foi a seguinte, ela tava no leito, no caso internada, tava quase ganhando, já devia tá com umas 37 semanas, ela era HIV e tava até no isolamento porque ela tinha suspeita de BK (tuberculose), e aí ela ainda não tinha feito o planejamento familiar, então com isso subimos, fomos lá no pré-natal, levamos todos os papéis com os métodos contraceptivos pra ver se ela aceitava antes de ganhar o bebê, pra evitar que ela tenha uma nova gestação e ela não aceitou. Ela quis continuar tendo filho, filho, porque ela acha que já que ela se contaminou, ela quer que as outras pessoas se contaminem porque ela não acredita que isso aconteceu com ela e pra mudar isso da cabeça dela foi muito difícil, e aí depois ela aceitou e mudou, é isso.</p> <p>Você acha que existe algum diferencial no cuidar de uma gestante que não é HIV positivo pra uma que é HIV positivo?</p> <p>Diferencial, não. O que muda assim no cuidado, não é nem diferencial, é a atenção, tem que dar mais atenção a ela, ter mais cuidado com o fala porque ela tá deprimida, e assim, fazer ela entender que tem que se prevenir, ela e quanto o parceiro e a vida dela ao redor porque assim, a vida continua e na atualidade tem como estabelecer um nível de saúde bom no HIV, assim, se tomar o remédio direitinho, fazer os cuidados direitinhos com a doença. Mas eu acho que, assim, diferencial não. O paciente é da mesma forma, precisamos cuidar, precisamos ter paciência e ter amor a nossa profissão que é a enfermagem atuando com cuidados humanizados.</p>
---	--

Códigos	Enfermeiro 6
<p>6.1 Cuidar de gestante é gratificante</p> <p>6.2 Falando sobre a escolha profissional pela obstetrícia</p> <p>6.3 Expondo o fato de alguns profissionais não conseguirem trabalhar na área que se</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Cuidar de uma gestante pra mim, é muito gratificante, porque foi o que eu escolhi fazer, fiz minha especialização em obstetrícia e que bom que eu vim parar na obstetrícia, porque quantos de nós faz uma especialização e acaba</p>

<p>especializaram</p> <p>6.4 Acompanhando o processo gestacional</p> <p>6.5 Conhecendo os sentimentos da gestante</p> <p>6.6 Envolvendo-se emocionalmente com o nascimento do bebê</p> <p>6.7 Atuando na área de gosta</p> <p>6.8 Cuidar de uma gestante HIV positivo é diferente</p> <p>6.9 Citando as medicações como profilaxia da transmissão vertical</p> <p>6.10 Criando expectativas quanto a transmissão vertical</p> <p>6.11 A gestante HIV positivo possui uma carga emocional diferente</p> <p>6.12 Envolvimento emocional do profissional pode ser ruim</p> <p>6.13 Envolvimento emocional como fator positivo para empatia</p> <p>6.14 Envolvimento emocional como fator positivo para a assistência</p> <p>6.15 Medo da patologia</p> <p>6.16 Evitando passar sentimentos ruins para a gestante HIV positivo</p> <p>6.17 Expondo sua opinião sobre as dificuldades do tratamento</p> <p>6.18 Colocando-se no lugar da pessoa que realiza o tratamento para o HIV</p> <p>6.19 Exemplificando com um fato</p> <p>6.20 Envolvendo-se socialmente com a gestante</p> <p>6.21 Diferenciando o comportamento da gestante HIV positivo durante a internação e em domicílio</p> <p>6.22 Estreitando os laços com o paciente</p> <p>6.23 Lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo</p> <p>6.24 Lidando com o medo de morrer apresentado pela gestante HIV positivo</p> <p>6.25 Lidando com a gestante que esconde o diagnóstico da família</p> <p>6.26 Inventando mentiras para esconder o diagnóstico dos familiares</p> <p>6.27 Opinando sobre o sentimento de felicidade da gestante HIV positivo que esconde o diagnóstico dos familiares</p> <p>6.28 Opinando sobre a quebra do sigilo com a família</p> <p>6.29 Respeitando o direito de sigilo</p>	<p>trabalhando numa linha que não tem nada a ver, então pra mim é muito gratificante trabalhar com a gestante, é, acompanhar o pré-natal, as suas dúvidas, suas tristezas, suas alegrias, pra mim, e a cada nascimento é uma emoção pra mim também, eu fico lá chorando igual uma bobona morrendo de vergonha, mas graças a Deus eu estou fazendo o que eu gosto.</p> <p>E o que pra você é cuidar de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>Cuidar de uma gestante HIV positivo, é diferente pra mim, né, porque eu penso assim né que eu sei que tem a medicação que a gestante toma desde o início pra evitar que transfira a doença pro feto, mas eu, fico sempre naquela expectativa de que será que não passou pro bebê? Que expectativas que essa mãe tem , e ela vem com uma carga emocional bem diferente. E como sempre eu me envolvo e até eu acho que por um lado isso é ruim, né, pra gente e bom pra quem a gente tá atendendo, porque se a gente se envolve a gente consegue se colocar no lugar da pessoa e dar uma melhor assistência. E como eu fico assim, acho que eu também tenho medo da patologia, eu procuro,é assim, tentar não passar isso pra ela, porque hoje você tem medicação, tratamento, mas imagina a pessoa tomar aquela quantidade de comprimido todos os dias a vida toda eu acho que chega numa hora que a pessoa tem vontade de desistir, porque eu cuidei de uma gestante HIV positivo aqui, e que a gente se fala por telefone até hoje, então ela ,ela virou, assim, minha amiga, por telefone, né, e ela conta coisas pra mim da vida pessoal dela, da casa dela, do marido dela, dos medos dela, então aqui parecia que ela era muito bem resolvida, todo mundo achava que ela: nossa como ela encara bem o HIV e tudo, e ela realmente passava isso, só que aí depois que ela ganhou e que ela foi pra casa e que aqui ela tinha uma relação bem estreita comigo e aí de casa ela continuou essa relação comigo, ela chora no telefone, não é nada disso, ela tem medo de morrer e deixar os filhos dela, entendeu? E Ela tá sempre vindo aqui na <b>Pacidip</b> , e ela esconde a doença da família,é, foi um malabarismo pra ela dizer pra família porque que não estava amamentando, é, inventar mentiras que o leite dela secou ou que alguma medicação que ela tomou aqui fez o leite dela secar, então eu acho que uma pessoa que se esconde, a pessoa não consegue ser feliz totalmente, que tá se escondendo de alguma coisa, eu acho que sei lá, pra ela conseguir resolver isso bem na cabeça dela, eu acho que devia a família toda saber, mas aí, eu não falo isso pra ela, eu mais escuto do que falo as coisas, mas, eu percebi que é difícil pra ela, que não é bem isso que ela passava aqui. Com relação a essa parte psicológica, social,</p>
--	---

<p>6.30 Tratando o HIV como qualquer outra patologia</p> <p>6.31 Expondo a particularidade da enfermaria</p> <p>6.32 Expondo o perfil dos pacientes internados na enfermaria</p> <p>6.33 Tratando todas as gestantes da mesma forma</p> <p>6.34 Citando um caso diferenciado</p> <p>6.35 Cuidando da gestante que quer evitar que outras pessoas saibam seu diagnóstico</p> <p>6.36 Mudando a forma de administrar a medicação</p> <p>6.37 Arrancando os rótulos dos medicamentos para que outros não vejam</p> <p>6.38 Escondendo o diagnóstico dos outros pacientes</p> <p>6.39 Expondo situações de desavenças entre os pacientes</p> <p>6.40 Notando que ha um preconceito da parte da gestante HIV positivo com ela mesma</p> <p>6.41 Notando que a gestante HIV positivo tem medo de ser discriminada pela companheira de enfermaria</p> <p>6.42 Aderindo aos pedidos da gestante HIV positivo</p> <p>6.43 Poupano a imagem da gestante HIV positivo mesmo que não haja o pedido dela</p> <p>6.44 Citando uma situação de sigilo com familiares</p> <p>6.45 Lidando com desejo da gestante HIV positivo de manter o sigilo do diagnóstico</p> <p>6.46 Lidando com o familiar que questiona a internação da gestante HIV positivo</p> <p>6.47 Lidando com o familiar que desconfia do diagnóstico da gestante</p>	<p>como é que você lida com isso aqui?</p> <p>Eu procuro, é, tratar como uma patologia como uma outra qualquer, como a outra que é hipertensa, como a outra que tem lúpus, como a outra que tem, é..., BK, como (...) porque aqui, cada uma tem uma coisa, ninguém tá aqui, aqui é uma maternidade de alto risco, então toda gestante que tá internada aqui, ela tá internada por uma patologia associada a gestação, então se é assim, eu procuro tratar todas da mesma forma, como uma gestação de risco.</p> <p>Você tem alguma situação sem ser essa que você acabou de contar de alguma intervenção que você teve que fazer aqui na enfermaria com relação a alguma gestante HIV positivo, alguma conversa, alguma intervenção de enfermagem que você teve que fazer com ela diretamente?</p> <p>Assim, não, intervenção de enfermagem eu não sei se diretamente, eu digo assim, o que a gente, eu fiz de diferente com uma gestante HIV é em relação a medicação que ela tomava, que ela não queria que desse lá, na frente do (...) das outras pacientes, ela todo horário ela vinha até o posto pra tomar, ou uma outra situação que (...) ela rancou os rótulos, o remédio ficou com ela, mas ela rancou os rótulos, eu percebo que nenhuma delas é (...) conta pra amiga de quarto, porque elas ficam amigas, né? Às vezes elas ficam inimigas também, elas brigam por causa do ar-condicionado, por causa da televisão, mas elas às vezes ficam inimigas, mas às vezes elas ficam amigas também, mesmo quando elas fazem amizade com a outra elas não querem colocar a situação da patologia, do HIV. A gente até assim (...), nota que no fundo, no fundo, eu não sei se é o preconceito com ela mesmo, ou se é o medo de ser discriminada, eu acho que talvez seja isso, medo de ser discriminada pela amiga.</p> <p>Nessa, nessa intervenção que vocês falam de tirar o rótulo, dela vim buscar, vocês mesmo que concordaram com isso, ou foi opção da paciente e vocês tiveram que acatar, ou vocês mesmo pegaram isso pra vocês?</p> <p>Foi opção da paciente e a gente aceitou.</p> <p>Vocês sempre tentam poupar essa imagem da paciente com relação ao HIV? Se ela, se ela quiser?</p> <p>Mesmo que ela não fale nada de início, a gente faz isso, entendeu? Porque a gente não sabe, né, (...) se as outras pessoas sabem. Até quando vem um familiar, entendeu? A sogra de uma vinha aí, ela desconfiava, queria sempre saber, e (...) ela dizia pelo amor de Deus não fala, e ela vinha no posto e falava assim pra gente: vem cá, fulana tá aí, fulana tá internada aqui por quê? A pressão dela não já tá boa? O quê que mais que ela tem? Ela desconfiava de alguma coisa eu acho que até de HIV, mas ela não sabia, e aí, nossa, era um</p>
---	---

<p>6.48 Lidando com a gestante que sente medo da descoberta do seu diagnóstico pela família</p> <p>6.49 Entendendo a necessidade de sigilo da gestante HIV positivo</p> <p>6.50 Discordando da opção da gestante HIV positivo de manter o sigilo com o parceiro</p> <p>6.51 Orientando a gestante HIV positivo a contar o diagnóstico para o parceiro</p> <p>6.52 Orientando sobre o cuidados que o parceiro deve seguir</p> <p>6.53 Indo além do direito de escolha do sigilo da gestante como tentativa de convencimento</p> <p>6.54 Citando um caso</p> <p>6.55 Lidando com o parceiro que desconhece o diagnóstico da gestante</p> <p>6.56 Insistindo na orientação a quebrar o sigilo com o companheiro</p> <p>6.57 Solicitando a presença do médico na momento da revelação do diagnóstico ao companheiro</p> <p>6.58 Lidando com o parceiro que se descobre HIV positivo a partir da revelação da gestante</p> <p>6.59 Lidando com gestante que não querem revelar o diagnóstico ao parceiro</p>	<p>drama. A gestante ficava até passando mal, quando chegava perto da visita, com medo das, que as pessoas soubessem da patologia dela. A gente, é, eu pelo menos, vi em algumas entrevistas, que vocês tem muito a questão do sigilo, aqui, né? Que é muito complicado pros profissionais de enfermagem, né? E como é que você lida com isso? Com relação ao fato dela não querer contar pra sogra, contar pro parceiro, qual é a sua posição? Como você encara isso?</p> <p>Olha (...) ela não querer contar pra mãe, pro pai, pra sogra ou até pra outros parentes, eu até nem digo nada, mas pro parceiro, eu oriento é que ela fale. Eu digo, assim, em relação a não transmitir pro parceiro, senão a cadeia não pára, né? Eu digo, olha fulano, você, (...) seu esposo não sabe, ah,mas eu acho que você deveria conversar com ele, pra ele fazer um teste também, porque se ele tiver também o vírus, ele deve se cuidar, se tratar, (...)né? Eu acho que pro parceiro, eu oriento sempre,aí, eu, eu me meto, né? Entre aspas, eu me meto, né? Pro parceiro aí já é diferente. A gente teve um caso aqui, de uma gestante HIV, que o parceiro não sabia, ele ficou sabendo aqui, porque a gente orientava ah (...) a ela a contar e até ela decidiu contar, mas pediu que tivesse um (...) que o médico estivesse junto na hora, que ela tinha medo da reação dele, e eu não tava aqui de plantão no dia, mas eu fiquei sabendo pelas colegas que ele chorou muito, disse que ele ficou muito surpreso e que ele chorou muito e o resultado dele depois veio positivo. Eu só não sei, aí, quem transmitiu pra quem.</p> <p>Entendi, é (...) nesse dia que você falou que ela, (...) que ela (...)</p> <p>Concordou</p> <p>Não, exatamente. Que ela concordou, já teve algum caso de você conversar na hora e ela não concordar em contar pro parceiro?</p> <p>Olha, eu não sei se aquelas que eu conversei em falar, se todas, é realmente, essa aceitou falar na frente do médico, as outras eu acho que não falaram, ou se foi duas ou três, que não foram tantas assim.</p> <p>Mas teve alguma que negou pra você na hora que você estava orientando ela a falar,? Eu acho que não. que eu lembre não.</p>
---	---

Códigos	Enfermeiro 7
<p>7.1 Cuidar de uma gestante é uma realização</p> <p>7.2 Apresentando interesse em cuidar de gestante</p> <p>7.3 Mostrando interesse em estudar obstetrícia</p> <p>7.4 Expondo rumos profissionais diferentes</p> <p>7.5 Desistindo da obstetrícia</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Pra mim é uma realização, porque desde a minha graduação, meu interesse era cuidar, era trabalhar com gestante, queria até ter feito obstetrícia, mas aí, por motivo de passar em concurso, ser lotada em outra unidade, fui pra psiquiatria, então acabei</p>



<p>7.6 Abandonando outro emprego para iniciar a carreira de obstetrícia</p> <p>7.8 Desejando cuidar de gestantes</p> <p>7.9 Cuidar de gestante HIV positivo é uma responsabilidade dupla</p> <p>7.8 Cuidar de gestante HIV positivo exige uma atenção maior</p> <p>7.10 Contato com a equipe médica</p> <p>7.11 Iniciando o tratamento intra parto</p> <p>7.12 Orientando sobre a importância de manter o uso dos medicamentos</p> <p>7.13 Orientando sobre os benefícios do tratamento para o filho</p> <p>7.14 Orientando a manter o tratamento mesmo diante dos efeitos colaterais</p> <p>7.15 Reorientando a gestante mesmo na alta</p> <p>7.16 Orientado a gestante HIV positivo a procurar serviço de saúde caso haja piora</p> <p>7.17 Orientando sobre as possibilidades de permanência na hospitalização</p> <p>7.18 Garantindo a segurança do bebê</p> <p>7.19 Apresentando dificuldade para conversar com a gestante</p> <p>7.20 Expondo a disposição dos leitos como um fator negativo para conversar assuntos particulares com a gestante</p> <p>7.21 Citando o preconceito como uma fator existente no universo do HIV</p> <p>7.22 Conversando baixo com a gestante HIV positivo para que as outras pacientes não ouçam</p> <p>7.23 Gestantes que não querem falar sobre sua sorologia com medo de outras ouvirem</p> <p>7.24 Dificuldade em cuidar da parte psicológica da gestante HIV positivo devido a presença de outras gestantes no mesmo local</p> <p>7.25 Solicitando avaliação da psicologia</p> <p>7.26 Perguntando se a gestante lida bem com a situação</p> <p>7.27 Atuando de maneira discreta</p>	<p>desistindo da obstetrícia. Aí, um belo dia apareceu esse concurso que eu fiz sem saber pra onde que era, só sabia que era pra um hospital e quando fui lotada aqui, foi só por esse motivo que eu vim, porque senão eu não tinha largado meu outro emprego pra vir, porque eu realmente gostaria muito de trabalhar com gestantes. E o quê que é pra você cuidar de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>É uma responsabilidade dupla, né? Porque a gente em nenhum momento pode vacilar com essa gestante. Tem que tá sempre atento se ela vai entrar em trabalho de parto, da carga viral, né? Tá sempre em contato com a equipe médica, pra começar o AZT, logo que necessário, pra manter, esse AZT correndo até a hora do parto, né?</p> <p>Orientar essa mãe, fazer com que ela, é(...) tenha responsabilidade com seu coquetel, pra que ela não deixar de tomar, orientar que ela pode ter um filho sem o vírus, encorajar ela pra ela manter esse tratamento que tem diversos efeitos colaterais, ainda mais pra uma gestante. Se elas darem entrada aqui antes, não é nem no trabalho de parto, se ela tiver alta, é tá orientando ela, em qualquer momento sentiu alguma coisa em casa, vem pro hospital, por mais que não seja nada, a hora que for, vem. Se não for nada você volta, se for trabalho de parto você vai ficar e vai começar a intervenção venosa (...) o mais cedo possível pra garantir a segurança do seu bebê.</p> <p>E com relação à parte psicológica que envolve a, o HIV positivo, o diagnóstico. Como é que você lida com essa gestante em relação a parte psicológica e social?</p> <p>Aqui, a gente tem um pouco de dificuldade de conversar com a gestante. Porque são enfermeiras com três pacientes, né? Então tem que ser, a gente tenta preservar, né? Essa gestante, por conta do preconceito que existe com o HIV, então (...) a gente às vezes não tem como tá conversando diretamente com ela, a gente sempre conversa um pouco mais baixo, sentada do ladinho dela, num dá, às vezes nem ela quer falar, porque tem outros pacientes do lado. Então a maioria das vezes essa comunicação fica bem difícil. Eu acho que é assim, o modo da gente passar visita assim com outra gestante no quarto, né? Fica difícil da gente tratar essa parte psicológica dela, geralmente eu peço à psicologia pra um parecer da psicologia, pergunto pra ela se ela tá lidando bem com a situação, né? Mas, sempre de uma maneira muito discreta, e sempre oriento, sempre boto no prontuário que seja feito o parecer da psicologia. Tem alguma situação que você lembre, de você com uma gestante HIV positivo que você teve que intervir, conversar, atuar dentro dessa parte psicológica? Você diretamente? Que você lembre, assim, que marcou?</p>
--	--

<p>7.28 Expondo uma situação atípica</p> <p>7.29 Atuando com a gestante HIV positivo durante um parto não planejado</p> <p>7.30 Lidando com a gestante HIV positivo em trabalho de parto</p> <p>7.31 Respeitando o direito de sigilo da gestante</p> <p>7.32 Evitando questionar sobre o diagnóstico diante de outros pacientes</p> <p>7.33 Mudando a forma de falar para respeitar o sigilo da gestante</p> <p>7.34 Respeitando o direito de sigilo da gestante diante de outros profissionais</p> <p>7.35 Escrevendo por códigos para não expor a gestante</p> <p>7.36 Demonstrado cuidado ético</p> <p>7.37 Utilizando artifícios para não expor o diagnóstico para outras gestantes</p> <p>7.38 Refletindo sobre o diferencial do cuidado com a gestante HIV positivo</p> <p>7.39 Não há diferença no cuidado da gestante HIV positivo e na HIV negativo</p> <p>7.40 O diferencial está no que orientar a gestante</p> <p>7.41 Todas as gestante são iguais, não há diferença</p> <p>7.42 Tomando medidas de precaução padrão sem a interferência do diagnóstico</p> <p>7.43 Colocando o HIV como um possível diagnóstico de qualquer paciente</p> <p>7.44 Conhecer o diagnóstico da gestante HIV positivo não muda o comportamento do profissional</p> <p>7.45 Assumindo os procedimentos invasivos</p>	<p>Não. Que eu lembre não.</p> <p>Lembro de uma situação de parto, mas não foi intervenção psicológica que a gestante chegou aqui parindo em período expulsivo e dizendo: eu não posso parir de parto normal, mas aí já não dava mais tempo. Porque, gente, ela pariu no corredor, entre a (...) admissão e o pré-parto, então a gente não teve tempo de fazer nada. Ela deitou pra ser examinada e (...) a criança nasceu. Legal.</p> <p>E ela gritando, eu falei, você devia ter vindo antes devia ter vindo antes. Agora já não tem muito mais o que fazer.</p> <p>Vocês conseguem aqui, você falou nessa parte do sigilo. Como é que vocês conseguem lidar com esse sigilo?</p> <p>A gente lida com respeito. Então a gente, assim eu nunca pergunto, né? Na frente do outro paciente: está tomando seu antirretroviral? Porque algumas não vão nem entender o que eu to falando, posso falar qualquer outra coisa, que ela vai achar (...) mas outras vão se ligar, então eu pergunto: tá tomando sua medicação corretamente? Entendeu? Se a gente na hora de anotar no prontuário, de anotar na lista que fica fixa no posto, a gente não põe HIV, a gente bota o protocolo de F36 porque, pode, até assim, alguém, pode aquela lista cair, alguém pode pegar, e a pessoa ficar exposta, um maqueiro, uma pessoa da limpeza pode ver e comentar, porque já não tem esse cuidado ético. Então a gente faz isso, a gente sempre fala da medicação, do protocolo de F36, quando eu vou entrevistar se tiver outra pessoa lá, eu pergunto, você tem alguma outra doença que você saiba, mas já mostro o papel assim escrito, só pra ela me confirmar sim ou não, tá escrito no papel HIV sim ou não, não precisa me dizer tenho, qual, entendeu? Já mostro o papel pra ela. É assim que eu tento trabalhar essa coisa do sigilo.</p> <p>Você consegue, você vê um diferencial no seu cuidado com relação à gestante HIV e a gestante não HIV?</p> <p>Deixa eu pensar, peraí (...) No cuidado em si não, só assim coisas específicas, de orientar, se tiver sangrando, de avisar, entendeu? No cuidado não, porque eu trato elas da mesma forma. A não ser que ela tenha outra patologia que eu tenha que interferir, mas pelo HIV. Pra mim todas são iguais, ou todas tem o HIV, ou todas não têm não tem muita diferença, entendeu? Os mesmos cuidados que eu tomo de precaução com uma, eu tomo com a outra. Porque pra mim todos os pacientes são possíveis portadores, né? Não tem (...) O que eu sei não me causa mais aflição, entendeu? Então, se eu vou (...) eu até procuro, assim, quando a gestante é HIV positivo eu que procuro punccionar, se perder acesso, tem</p>
---	--

<p>7.46 Sentindo-se segura quando realiza procedimentos invasivos na gestante HIV positivo</p> <p>7.47 Lidando com técnicos de enfermagem em relação a precaução padrão</p> <p>7.48 Utilizando duas luvas numa punção venosa</p> <p>7.49 Utilizando duas luvas independente do diagnóstico do paciente</p> <p>7.50 Utilizando duas luvas como uma precaução extra</p> <p>7.51 Assumindo qualquer procedimento invasivo na gestante</p> <p>7.52 Protegendo a equipe</p>	<p>que puncionar, eu falo pros técnicos deixa que eu punciono, entendeu? Não porque eu acho que (...) porque eu prefiro, entendeu? Eu fico mais segura, de eu tá puncionando, porque às vezes os técnicos têm aquele hábito de não usar luva, de usar uma luva só pra poder sentir a veia, entendeu? Eu não. Eu sempre uso duas luvas pra qualquer paciente, mesmo que eu não saiba, que saiba, sabidamente não seja HIV, acabou de fazer o exame o teste rápido deu negativo, tem que puncionar, eu boto duas luvas, eu sempre procuro, é só isso que eu procuro, que quando é uma coisa invasiva, eu peço pra eu fazer. Entendeu? A não ser que eu esteja podendo no momento, esteja fazendo uma outra coisa, mas se for alguma coisa invasiva, que mexa com fluidos e secreções, eu procuro ir lá atender essa gestante. Pra proteger a minha equipe, entendeu? Porque pra mim é super natural.</p>
--	--

Códigos	Enfermeiro 8
<p>8.1 Cuidar de gestante é algo novo</p> <p>8.2 Expondo sua experiência em outra especialidade</p> <p>8.3 Entrando num setor que nunca havia trabalhado</p> <p>8.4 Comparando o tempo em que trabalhou em outra especialidade com o tempo que trabalha na maternidade</p> <p>8.5 O tempo, mesmo que prolongado, ainda é um fator que a coloca numa posição de aprendizado</p> <p>8.6 Cuidar de gestantes é gratificante</p> <p>8.7 Ficando feliz pela conquista de um filho</p> <p>8.8 Gostando de trabalhar com gestante devido a alegria que a mesma possui em ter um filho</p> <p>8.9 Colocando a gestante HIV positivo de uma forma generalizada</p> <p>8.10 Não apresenta dificuldade para lidar com a gestante HIV positivo</p> <p>8.11 A experiência com pacientes HIV positivo faz com que seja mais fácil lidar com as gestantes HIV positivo</p> <p>8.12 A maior dificuldade é lidar com os familiares</p> <p>8.13 A maioria das gestantes não quer que a família saiba do estado da soropositividade</p> <p>8.14 Expondo situações onde o marido da gestante HIV positivo desconhece o seu diagnóstico</p> <p>8.15 Expondo situações difíceis de esconder da família</p> <p>8.16 Questionando-se como vai realizar a inibição da lactação sem magoar a gestante e escondendo da família</p> <p>8.17 Respeitar o direito de sigilo da gestante HIV</p>	<p>O que é pra você cuidar de uma gestante?</p> <p>Pra mim cuidar de uma gestante é algo novo ainda, eu vim da clínica médica, toda minha formação foi em clínica médica, eu tenho especialização em clínica médica, pós em emergência e de repente eu vim cair no setor de maternidade. Eu posso dizer que já estou na maternidade há quatro anos, então é bem novo cuidar de gestante pra mim, agora que eu tô aprendendo. Mas eu acho muito gratificante, você consegue ver as pacientes, que é gestação de risco, a grande maioria, que ficam internadas aqui parte da gestação inteira, e consegue sair com o bebê, tira retrato, aquela alegria, então você fica feliz por elas também. Eu estou gostando da gestante por conta especificamente disso.</p> <p>E pra você o quê cuidar de uma gestante que é HIV positivo?</p> <p>Cuidar de HIV positivo, eu vou colocar de um modo geral e na gestante também. Na gestante eu não tenho muita dificuldade de estar lidando com HIV positivo porque já era uma rotina minha só que não era com a gestante em si. Quando é gestante, a maior dificuldade que eu tenho, é em lidar com o familiar da gestante, pelo que eu percebi aqui a grande maioria dessas gestantes não quer que a família saiba. Tanto aqui, quanto quando elas vão pro alojamento conjunto, elas têm essa preocupação, do tipo eu não quero que ninguém saiba, só eu. Muitas vezes nem o parceiro, o pai da criança sabe dessa situação. E é complicado porque você tem que dar o xarope pro bebê, você tem toda aquela rotina de inibir a lactação, como você vai fazer isso de uma forma que não agrida a pessoa, de uma forma que você não obrigue ela a contar pro familiar. Então eu acho constrangedor, porque chega um momento</p>

<p>positivo é constrangedor</p> <p>8.18 Omitindo informações para respeitar o sigilo</p> <p>8.19 Criando histórias para não revelar o diagnóstico da gestante HIV positivo para a família</p> <p>8.20 As outras gestantes não questionam o diagnóstico da gestante HIV positivo</p> <p>8.21 Familiares questionando o diagnóstico da gestante HIV positivo</p> <p>8.22 Familiares questionando a administração do xarope no bebê</p> <p>8.23 Vivenciando uma situação desconfortável</p> <p>8.24 Buscando artifícios para não revelar o diagnóstico da gestante para os familiares</p> <p>8.25 Inventando informações para manter o sigilo do diagnóstico da gestante</p> <p>8.26 Tendo a necessidade de comentar sobre o quadro da gestante e do bebê</p> <p>8.27 Enfatizando que a maior dificuldade é lidar com os familiares e o sigilo</p> <p>8.28 Não possui preconceito</p> <p>8.29 O diferencial do cuidado está no bebê</p> <p>8.30 Não há diferencial no cuidado com a gestante HIV positivo</p> <p>8.31 O diferencial está na realização de procedimentos invasivos</p> <p>8.32 O cuidado para com a gestante HIV positivo é igual a HIV negativo</p> <p>8.33 Evitando expor a gestante HIV positivo</p> <p>8.34 Conversando com a gestante HIV positivo em um local reservado</p> <p>8.35 Nunca orienta dentro da enfermaria</p> <p>8.36 Lidando com o sigilo do diagnóstico para com as outras gestantes internadas</p> <p>8.37 As pessoas tem muito preconceito com o HIV</p> <p>8.38 Existência do preconceito mesmo com a existência de tratamento</p> <p>8.39 Emitindo opinião sobre o sigilo da gestante HIV positivo</p> <p>8.40 Sentindo-se incomodada com a decisão da gestante de não revelar o diagnóstico para a família</p> <p>8.41 Sentindo-se incomodada com a decisão da gestante de não revelar o diagnóstico para o pai da</p>	<p>que você não tem que mentir, mas omitir as coisas, do tipo por que ela ta colocando aquela faixa no peito? Então você tem que criar uma história pra justificar aquilo, sem que você fale o que ela não quer que as pessoas fiquem sabendo. Pra mim o mais complicado é essa parte.</p> <p>Mas isso você diz em relação às outras gestantes que questionam a faixa no peito da outra? Não até mesmo o próprio familiar eu já vi questionar...</p> <p>E você não poder contar.</p> <p>Porque geralmente as outras gestantes dificilmente questionam, eu não tenho essa vivência aqui não.</p> <p>Mas agora o familiar, eu já vi mais de um questionar, por que o bebê tem que estar tomando esse xarope? E aí você fica sem saber o que fazer, porque você não pode mentir, nem pode falar a verdade, você fica numa sinuca de bico, vamos dizer assim.</p> <p>E o que você faz?</p> <p>Olha, eu geralmente tento sair pela tangente, olha ela tá com a faixa, ela tem que tomar o remédio porque deu um problema na gestação e a gente prefere que ela não amamente por conta desse remédio poder fazer mal para o bebê, tem momentos que você tem que falar, não tem como você não falar nada, se tiver como você não comentar, eu pelo menos, saio assim fora. A minha maior dificuldade é essa, não é o cuidado em si, porque isso eu não tenho preconceito, nada a esse respeito.</p> <p>Mas você acha que tem algum diferencial? Por conta de ser gestante? Só o fato do RN.</p> <p>Mas por conta de ser HIV positivo? Você acha que tem algum diferencial pra você?</p> <p>Pra mim não.</p> <p>Você não sente que o cuidado é diferente, ou não? Diferente assim, só que você tem bem mais cuidado, se tiver que puncionar um acesso, enfim, mas fora isso eu acho que o cuidado é igual.</p> <p>E como você lida com esse aspecto psicológico dessa gestante HIV positivo ?</p> <p>Assim, a gente, eu, procuro ao máximo não expor essa gestante, eu geralmente quando tenho que orientar com relação a algum cuidado, eu sempre chamo em um lugar reservado, eu nunca falo dentro da enfermaria, porque como eu te falei a grande maioria tem essa questão de não querer que ninguém saiba, porque o HIV, as pessoas têm muito preconceito, embora saibam que já tem medicação, como evitar, mas o preconceito ainda é muito. Assim, eu não vejo muito problema, a não ser mesmo essa parte dela não querer contar, isso me incomoda muito, principalmente pro pai da criança, que é casada. De repente eu até esteja fazendo uma coisa errada, eu de repente teria que falar pra proteger o outro, ao mesmo tempo você</p>
--	--

<p>criança</p> <p>8.42 Sentindo que está fazendo algo errado ao ocultar o diagnóstico para o companheiro</p> <p>8.43 Não existe rotina para lidar com o sigilo</p> <p>8.44 Sentindo-se perdido em meio ao sigilo</p> <p>8.45 Questionando a gestante o fato dela não contar o diagnóstico para o marido</p> <p>8.46 Expondo um situação complicada</p> <p>8.47 Lidando com uma gestante que descobriu o diagnóstico na gestação</p> <p>8.48 O mundo da gestante caiu</p> <p>8.49 Trabalhando juntamente com a psicologia</p> <p>8.50 Disponibilidade da equipe de psicologia</p> <p>8.51 Intervindo junto com o psicólogo</p> <p>8.52 Lidando com a gestante que chora</p> <p>8.53 Lidando com a gestante que além de descobrir o diagnóstico, descobre que adquiriu o HIV por uma relação extraconjugal do companheiro</p> <p>8.54 Lidando com a preocupação da gestante em passar o HIV para o filho</p> <p>8.55 Descobrir o diagnóstico na gestação é mais complicado</p> <p>8.56 Descobrir o diagnóstico em exames de rotina</p> <p>8.57 Orientando a gestante sobre a possibilidade de realização de exame confirmatório</p> <p>8.58 Necessidade de intervenção da psicologia</p> <p>8.59 Diferença entre engravidar já sabendo que é HIV positivo</p> <p>8.60 Engravidar sabendo dos riscos é mais fácil</p> <p>8.61 Descobrir o diagnóstico na gestação é um situação em que a gestante sente que não pode fazer mais nada</p> <p>8.62 Descobrir o diagnóstico na gestação é uma preocupação maior</p> <p>8.63 Considerando a conversa com a gestante HIV positivo como um cuidado de enfermagem</p> <p>8.64 Expondo a opinião de que o cuidado de enfermagem não são apenas procedimentos técnicos</p> <p>8.65 Atuando sem a psicologia</p> <p>8.66 Enfermeiro assumindo-se como o psicólogo da situação</p>	<p>não pode falar pra não expor a gestante, a gente não tem assim uma coisa específica do que fazer. No hospital você tem muita rotina, se acontecer isso, você faz assim, assim, só que nesse caso não tem isso, a gente fica meio perdido. Tem um estigmazinho, ó é HIV, olha a família sabe? É logo o que perguntam, se não sabe, aí vem a discussão, você acha que tem que contar pelo menos pro marido? Aí você não sabe.</p> <p>Você lembra de alguma vivência sua aqui na enfermagem que você teve que intervir nessa parte, do HIV, na parte psicológica da gestante? Ou mesmo com familiar, você lembra de alguma coisa assim?</p> <p>Teve uma gestante que ficou sabendo do HIV na gestação, então foi muito complicado, quando ela teve a notícia, assim, você é HIV positivo, o mundo caiu. Aí a gente chama sempre, a gente tem aqui a psicologia, sempre disponível, muito presente aqui na maternidade, a gente chama a psicologia, a gente acabou intervindo junto. A gestante caiu em prantos, teve toda uma história, primeiro porque ela descobriu que tinha HIV, segundo porque ela tava grávida e tinha a questão de passar isso pro filho, terceiro meu marido me traiu, então foi uma situação assim, que fica marcado porque geralmente quando eles chegam aqui eles já sabem o diagnóstico. E essa ficou sabendo por causa da gestação, então foi bem complicado, ela já tinha um filho de dois anos, então tava tudo bem, a maior maravilha, então vamos fazer o exame porque é rotina, então vem o resultado positivo, então a gente colocou, olha, você pode fazer outro exame, mas o resultado foi realmente positivo. Então teve que se trabalhar nem essa paciente, inclusive a psicologia.</p> <p>Eu acho, do que quando ela já é portadora do HIV e engravida. Ela já engravida sabendo dos riscos que ela pode proporcionar pra esse filho, enfim, quando ela engravida sem saber e descobre no momento que tá grávida ela tipo, pensa, não posso fazer mais nada, o bebê já está aqui, então a preocupação é maior.</p> <p>Existe alguma coisa que você faz, você mesma, existem algumas coisas que a gente faz no cuidado, não porque a gente leu no livro, mas porque a gente acha que é válido, existe alguma intervenção sua, alguma coisa que você faz pra tentar amenizar isso?</p> <p>Então isso passa pelo "papoterapia" que a gente fala, não é aquele cuidado de enfermagem, que a gente acha que cuidado de enfermagem é só prático, é dar injeção, passar sonda, é mais sentar mesmo e conversar, que melhora bem, assim, se bem que a gente tem a psicologia aqui, mas nem todos os lugares a gente tem isso disponível. Então chega uma hora que o enfermeiro tem que ser o</p>
--	--

<p>8.67 Sentando, conversando e ouvindo a gestante HIV positivo</p> <p>8.68 Expondo a realidade do trabalho de enfermagem como um fator negativo na realização das abordagens/conversas</p> <p>8.69 Expondo a possibilidade de realização de abordagens/conversas</p> <p>8.70 Colocando as conversas com a gestante como uma fator importante do cuidado de enfermagem</p> <p>8.71 Indo além da parte técnica</p> <p>8.72 Expondo a realidade para a gestante HIV positivo</p> <p>8.73 Orientando sobre a chance do bebê não adquirir o HIV</p> <p>8.74 Falando de um jeito que a gestante consiga entender</p> <p>8.75 Orientando sobre a medicação que a criança vai receber</p> <p>8.76 Orientando sobre a não-amamentação</p> <p>8.77 Orientando a gestante sobre a possibilidade de adquirir o leite em programas sociais</p> <p>8.78 Mostrando o suporte que a gestante vai receber dos órgãos públicos</p> <p>8.79 Reforçando a possibilidade do filho não adquirir o HIV</p> <p>8.80 Enfatizando informações</p> <p>8.81 O receio da gestante é que o filho adquira o HIV</p> <p>8.82 A gestante prioriza o filho</p> <p>8.83 Lidando com gestante que não seguem as orientações dadas</p> <p>8.84 A maioria das gestante seguem as orientações dadas</p> <p>8.85 Orientando sobre situações futuras</p> <p>8.86 A gestante sente-se mais tranquila quando é orientada</p> <p>8.87 Lidando com a gestante que quer amamentar mesmo com a orientação de não fazê-lo</p>	<p>psicólogo, tem que sentar, conversar, saber ouvir, eu costumo fazer esse tipo de coisa, enfermeiro tá sempre correndo, um monte de coisa pra fazer, pouca gente pra trabalhar, e você acaba sendo meio mecânico, chega ali, faz o que tem que fazer e vai embora. Aqui a gente tem tempo de fazer essa assistência, tem como conversar, tem tempo pra parar, então eu acho que a gente tem que fazer sim, a gente tem condições de dar mais uma coisa, além da parte técnica, em si.</p> <p>Existe alguma fala sua, alguma coisa que você fale que amenize a situação dessa gestante ou não?</p> <p>Bom, o que costumo dizer é o que está feito, está feito, seu bebê já está aí, você não vai voltar atrás, não é por isso que você vai ter um bebê doente, eu dou todas as orientações, se você fizer tudo direitinho, a maioria das crianças não ficam com o HIV positivo, a gente fala bem assim, em termos que elas consigam entender, olha quando ele nascer ele vai fazer medicação, você não vai amamentar, mas o hospital vai te dar o leite, que é uma grande preocupação, tipo eu não vou amamentar, e como é que eu vou comprar esse NAN, uma coisa puxa a outra, olha o hospital vai te dar o leite durante os seis meses, vai te dar toda a medicação e suporte, olha você vai acompanhar seu filho até certo tempo, e a grande maioria, se você fizer tudo direitinho, eu sempre enfatizo isso, se você fizer a coisa como deve ser feita, seu filho não vai ser portador do vírus, e eu acho que ajuda bastante, você tá sempre enfatizando isso, porque eu acho que o grande receio delas não é nem estar com o vírus, mas é a criança, o recém nascido.</p> <p>Então quer dizer que ela prioriza mais o filho que ela mesma?</p> <p>Pelo que eu tenho visto aqui é mais o filho mesmo. Porque dificilmente tem alguma, mas eu já peguei, olha você não pode amamentar e eu peguei tentando amamentar , mas a grande maioria não, tenta fazer tudo da maneira correta, tá sempre perguntando, aqui quando elas sobem a gente já começa a ensinar como dar o remédio, o AZT, então a grande maioria delas a gente já vai conversando desde a gestante, aí quando chega lá em cima já está mais tranquila. Acho que só uma que eu peguei que tava tentando fazer ao avesso, eu quero amamentar, é meu filho e aí você fala o quê? Porque a gente fala, explica, mas também a gente não pode proibir algumas coisa, porque ela vai pra casa e vai fazer mesmo.</p>
--	---

### APÊNDICE D - Codificação axial

Codificação aberta	Codificação axial
<p>1.10 Lidando com gestantes bem resolvidas quanto ao diagnóstico</p> <p>1.11 Lidando com gestantes que descobrem o diagnóstico</p> <p>1.12 Lidando com a diferença ou não da gestante ser HIV positivo</p> <p>1.13 Lidando com gestantes assustadas pelo diagnóstico</p> <p>1.29 Relacionando o tempo de diagnóstico com a resposta da gestante à internação</p> <p>1.56 Considerando que a descoberta recente é mais complicada</p> <p>1.54 Lidando com pacientes que descobrem o diagnóstico</p> <p>2.22 Dificuldade para orientar a gestante HIV positivo sobre o prognóstico</p> <p>2.23 Lidando com o diagnóstico do teste rápido</p> <p>2.25 Cuidando de gestantes que não foram acompanhadas no pré-natal</p> <p>2.28 Comparando as gestantes que são acompanhadas no pré-natal e as que não foram acompanhadas</p> <p>2.29 Facilidade de lidar com a gestante que já conhece o seu diagnóstico</p> <p>2.30 Descobrir o diagnóstico na maternidade traz maior dificuldade no cuidado</p> <p>2.41 Lidando com gestante preparadas para o quadro da aids</p> <p>2.42 Notando que não há muito o que ser trabalhado psicologicamente quando a gestante tem conhecimento do quadro</p> <p>4.12 Reconhecendo o trabalho feito no pré-natal</p> <p>4.15 Comparando as gestantes que descobrem o diagnóstico anterior a internação com as que descobrem na internação</p> <p>4.16 As gestantes que descobrem o diagnóstico no pré-natal internam num processo de aceitação</p> <p>4.17 As gestantes que descobrem o diagnóstico no pré-natal internam mais calmas</p> <p>4.19 O momento mais dramático é a notícia do diagnóstico</p> <p>4.20 Lidar com a gestante HIV positivo que foi acompanhada no pré-natal é mais fácil</p> <p>5.23 Diferenciando a gestante HIV positivo que aceita o diagnóstico da que não aceita</p> <p>8.62 Descobrir o diagnóstico na gestação é uma preocupação maior</p> <p>8.59 Diferença entre engravidar já sabendo que é HIV positivo</p> <p>8.60 Engravidar sabendo dos riscos é mais fácil</p> <p>8.61 Descobrir o diagnóstico na gestação é um situação em que a gestante sente que não pode fazer mais nada</p> <p>8.55 Descobrir o diagnóstico na gestação é mais</p>	<p>Comparando a dificuldade de lidar com as gestantes HIV positivo que descobrem o diagnóstico na gestação com as que descobrem o diagnóstico antes da gestação</p>

<p>complicado 8.56 Descobrir o diagnóstico em exames de rotina</p>	
<p>1.30 Lidando com a gestante que não compreende a importância do tratamento 1.33 Orientando a gestante sobre o uso da medicação 1.48 Preocupando-se com o entendimento da gestante sobre a situação 1.49 Preocupando-se com a prevenção 1.50 Preocupando-se com a adesão ao tratamento 2.24 Cuidando da gestante diante da notícia do diagnóstico 2.33 Expondo a gestante a possibilidade de tratamento 2.36 Mostrando que o cuidar-se é uma boa opção 4.5 Expondo a possibilidade de tratamento e da gestante HIV positivo ter um filho saudável 4.9 Percebendo a necessidade de orientar a gestante 4.14 Reforçando as orientações 2.34 Orientando a gestante a cuidar-se 4.35 Orientando sobre os cuidados a serem seguidos 4.38 Observando resultado nas orientações dadas 4.36 Enfatizando a necessidade de reorientação e repetição de informações 5.12 Orientando a gestante HIV positivo sobre os riscos da gravidez 5.13 Orientando a gestante HIV positivo sobre a anticoncepção 5.15 Orientando a gestante HIV positivo sobre os riscos que existem para o bebê 8.54 Lidando com a preocupação da gestante em passar o HIV para o filho 8.63 Considerando a conversa com a gestante HIV positivo como um cuidado de enfermagem 8.64 Expondo a opinião de que o cuidado de enfermagem não são apenas procedimentos técnicos</p>	<p>Orientando a gestante HIV positivo sobre os cuidados com si mesmo</p>
<p>1.21 Orientando a gestante a não amamentação 1.22 Considerando a não amamentação como um dos momentos mais difíceis 1.25 Considerando o enfaixamento das mamas como um possível impacto psicológico para a gestante 1.36 Aliviando a ansiedade da gestante 2.35 Orientando a gestante acerca da não-amamentação 3.25 Orientando sobre a não-amamentação 4.10 Orientando sobre a não-amamentação 4.13 Reconhecendo a orientação da não-amamentação 4.34 Orientando sobre o que será feito após o parto 5.14 Orientando a gestante HIV positivo a evitar outra gravidez</p>	<p>Orientando a gestante HIV positivo sobre os cuidados durante e após o parto</p>



<p>5.24 Citando casos de gestantes HIV positivo que realizam planejamento familiar</p> <p>5.27 Orientando a gestante HIV positivo a realizar o planejamento familiar</p> <p>7.17 Orientando sobre as possibilidades de permanência na hospitalização</p> <p>8.75 Orientando sobre a medicação que a criança vai receber</p> <p>8.76 Orientando sobre a não-amamentação</p> <p>8.85 Orientando sobre situações futuras</p> <p>8.86 A gestante sente-se mais tranquila quando é orientada</p>	
<p>1.18 Lidando com as alterações emocionais da gestante</p> <p>1.47 Preparando-se para falar sobre o diagnóstico</p> <p>1.55 Lidando com pacientes que são afetadas emocionalmente pelo diagnóstico</p> <p>2.17 Dando apoio psicológico em uma situação difícil</p> <p>5.31 A gestante HIV positivo necessita de maior atenção</p> <p>5.32 Selecionando o que é falado para a gestante HIV positivo</p> <p>5.33 Relacionando o que é falado à gestante com o quadro psicológico dela</p> <p>6.18 Colocando-se no lugar da pessoa que realiza o tratamento para o HIV</p> <p>7.26 Perguntando se a gestante lida bem com a situação</p> <p>8.47 Lidando com uma gestante que descobriu o diagnóstico na gestação</p> <p>8.48 O mundo da gestante caiu</p> <p>8.66 Enfermeiro assumindo-se como o psicólogo da situação</p> <p>8.67 Sentando, conversando e ouvindo a gestante HIV positivo</p> <p>8.69 Expondo a possibilidade de realização de abordagens/conversas</p> <p>8.70 Colocando as conversas com a gestante como uma fator importante do cuidado de enfermagem</p> <p>8.71 Indo além da parte técnica</p> <p>8.72 Expondo a realidade para a gestante HIV positivo</p> <p>8.81 O receio da gestante é que o filho adquira o HIV</p> <p>8.82 A gestante prioriza o filho</p>	<p>Importando-se com o emocional da gestante HIV positivo</p>
<p>1.37 Enfatizando a importância do medicamento para o bebê</p> <p>7.12 Orientando sobre a importância de manter o uso dos medicamentos</p> <p>7.13 Orientando sobre os benefícios do tratamento para o filho</p> <p>7.14 Orientando a manter o tratamento mesmo diante dos efeitos colaterais</p> <p>7.18 Garantindo a segurança do bebê</p> <p>8.73 Orientando sobre a chance do bebê não</p>	<p>Encorajando a gestante HIV positivo a manter o tratamento</p>

<p>adquirir o HIV        8.74 Falando de um jeito que a gestante consiga entender        8.79 Reforçando a possibilidade do filho não adquirir o HIV        8.80 Enfatizando informações        8.87 Lidando com a gestante que quer amamentar mesmo com a orientação de não fazê-lo        8.83 Lidando com gestante que não seguem as orientações dadas</p>	
<p>1.20 Lidando com aspectos considerados difíceis        1.53 Preocupando-se em estar apto para receber o pior        2.9 Lidando com uma doença delicada        2.12 Não ter o que falar para a gestante        2.13 Possibilidade de não animar a gestante        2.16 Lidando com uma patologia que não possui grandes expectativas        2.18 Lidando com uma situação triste        2.26 Cuidando de gestante que descobrem o diagnóstico na hora do parto        8.68 Expondo a realidade do trabalho de enfermagem como um fator negativo na realização das abordagens/conversas</p>	<p>Trabalhando diante de uma situação delicada/difícil</p>
<p>1.38 Trabalhando em equipe na descoberta do diagnóstico        1.39 Atuando juntamente com psicólogos        2.27 Comunicando-se com o médico        2.31 Conversando com a gestante no momento de receber o diagnóstico        2.32 Oferecendo apoio emocional em equipe à gestante após a notícia do diagnóstico        6.57 Solicitando a presença do médico no momento da revelação do diagnóstico ao companheiro        7.10 Contato com a equipe médica        7.25 Solicitando avaliação da psicologia        8.49 Trabalhando juntamente com a psicologia        8.50 Disponibilidade da equipe de psicologia        8.51 Intervindo junto com o psicólogo</p>	<p>Atuando dentro da equipe multiprofissional</p>
<p>1.40 Lidando com o impacto do diagnóstico        1.41 Lidando com o sofrimento alheio        1.42 Afetando-se pelo sofrimento alheio        3.30 Encaminhando ao serviço de psicologia        4.21 Trabalhando juntamente com o psicólogo        6.12 Envolvimento emocional do profissional pode ser ruim        6.13 Envolvimento emocional como fator positivo para empatia        6.14 Envolvimento emocional como fator positivo para a assistência        8.52 Lidando com a gestante que chora        8.53 Lidando com a gestante que além de descobrir o diagnóstico, descobre que adquiriu o HIV por uma relação extraconjugal do</p>	<p>Envolvendo-se/afetando-se emocionalmente com a condição da gestante</p>

companheiro	
<p>3.17 Preocupando-se em não expor a gestante HIV positivo</p> <p>4.22 Preocupando-se em não expor o diagnóstico da gestante para outras</p> <p>5.11 Mantendo sigilo sobre o diagnóstico</p> <p>6.43 Poupano a imagem da gestante HIV positivo mesmo que não haja o pedido dela</p> <p>6.38 Escondendo o diagnóstico dos outros pacientes</p> <p>7.32 Evitando questionar sobre o diagnóstico diante de outros pacientes</p> <p>7.34 Respeitando o direito de sigilo da gestante diante de outros profissionais</p> <p>8.33 Evitando expor a gestante HIV positivo</p> <p>8.34 Conversando com a gestante HIV positivo em um local reservado</p>	<p>Preocupando-se com a exposição do estado de sorologia da gestante HIV positivo</p>
<p>6.35 Cuidando da gestante que quer evitar que outras pessoas saibam seu diagnóstico</p> <p>6.36 Mudando a forma de administrar a medicação</p> <p>6.37 Arrancando os rótulos dos medicamentos para que outros não vejam</p> <p>6.42 Aderindo aos pedidos da gestante HIV positivo</p> <p>7.35 Escrevendo por códigos para não expor a gestante</p> <p>7.37 Utilizando artifícios para não expor o diagnóstico para outras gestantes</p>	<p>Utilizando da criatividade para não expor o estado de sorologia da gestante HIV positivo</p>
<p>7.19 Apresentando dificuldade para conversar com a gestante</p> <p>7.20 Expondo a disposição dos leitos como um fator negativo para conversar assuntos</p> <p>7.22 Conversando baixo com a gestante HIV positivo para que as outras pacientes não ouçam</p> <p>7.23 Gestantes que não querem falar sobre sua sorologia com medo de outras ouvirem</p> <p>7.24 Dificuldade em cuidar da parte psicológica da gestante HIV positivo devido a presença de outras gestantes no mesmo local</p> <p>7.27 Atuando de maneira discreta</p> <p>8.35 Nunca orienta dentro da enfermaria</p> <p>8.36 Lidando com o sigilo do diagnóstico para com as outras gestantes internadas</p>	<p>Dificuldade para manter o sigilo dentro do ambiente hospitalar</p>
<p>1.17 Lidando com o desconhecimento do diagnóstico pelo marido</p> <p>4.23 Preocupando-se em não expor o diagnóstico da gestante para familiares</p> <p>4.28 Deparando-se com o sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.26 Respeitando o direito de sigilo</p> <p>6.29 Respeitando o direito de sigilo</p> <p>7.31 Respeitando o direito de sigilo da gestante</p> <p>8.13 A maioria das gestantes não quer que a família saiba do estado da soropositividade</p>	<p>Mantendo o sigilo perante os familiares</p>

<p>1.16 Lidando com situações constrangedoras</p> <p>4.32 Mantendo a postura profissional mesmo diante de situações em que não concorda com o sigilo</p> <p>4.24 Pensando no porquê da gestante não expor à família</p> <p>4.25 Criando uma opinião sobre o sigilo</p> <p>4.27 Comentando com outros profissionais acerca do respeito ao sigilo</p> <p>4.29 Expondo sua opinião sobre o sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.30 Pensando o contrário da gestante acerca do sigilo para com o cônjuge</p> <p>4.31 Expondo sua opinião acerca da revelação do diagnóstico ao cônjuge</p> <p>6.27 Opinando sobre o sentimento de felicidade da gestante HIV positivo que esconde o diagnóstico dos familiares</p> <p>6.28 Opinando sobre a quebra do sigilo com a família</p> <p>6.45 Lidando com desejo da gestante HIV positivo de manter o sigilo do diagnóstico</p> <p>6.48 Lidando com a gestante que sente medo da descoberta do seu diagnóstico pela família</p> <p>6.49 Entendendo a necessidade de sigilo da gestante HIV positivo</p> <p>6.50 Discordando da opção da gestante HIV positivo de manter o sigilo com o parceiro</p> <p>6.51 Orientando a gestante HIV positivo a contar o diagnóstico para o parceiro</p> <p>6.52 Orientando sobre o cuidados que o parceiro deve seguir</p> <p>6.53 Indo além do direito de escolha do sigilo da gestante como tentativa de convencimento</p> <p>6.56 Insistindo na orientação a quebrar o sigilo com o companheiro</p> <p>6.59 Lidando com gestante que não querem revelar o diagnóstico ao parceiro</p> <p>8.39 Emitindo opinião sobre o sigilo da gestante HIV positivo</p> <p>8.45 Questionando a gestante o fato dela não contar o diagnóstico para o marido</p>	<p>Lidando com os limites que o sigilo impõe</p>
<p>4.33 Dificuldade em esconder o diagnóstico da família</p> <p>6.25 Lidando com a gestante que esconde o diagnóstico da família</p> <p>6.26 Inventando mentiras para esconder o diagnóstico dos familiares</p> <p>6.46 Lidando com o familiar que questiona a internação da gestante HIV positivo</p> <p>6.47 Lidando com o familiar que desconfia do diagnóstico da gestante</p> <p>7.33 Mudando a forma de falar para respeitar o sigilo da gestante</p> <p>8.12 A maior dificuldade é lidar com os familiares</p> <p>8.14 Expondo situações onde o marido da gestante</p>	

<p>HIV positivo desconhece o seu diagnóstico</p> <p>8.15 Expondo situações difíceis de esconder da família</p> <p>8.16 Questionando-se como vai realizar a inibição da lactação sem magoar a gestante e escondendo da família</p> <p>8.17 Respeitar o direito de sigilo da gestante HIV positivo é constrangedor</p> <p>8.18 Omitindo informações para respeitar o sigilo</p> <p>8.19 Criando histórias para não revelar o diagnóstico da gestante HIV positivo para a família</p> <p>8.21 Familiares questionando o diagnóstico da gestante HIV positivo</p> <p>8.22 Familiares questionando a administração do xarope no bebê</p> <p>8.23 Vivenciando uma situação desconfortável</p> <p>8.24 Buscando artifícios para não revelar o diagnóstico da gestante para os familiares</p> <p>8.25 Inventando informações para manter o sigilo do diagnóstico da gestante</p> <p>8.26 Tendo a necessidade de comentar sobre o quadro da gestante e do bebê</p> <p>8.27 Enfatizando que a maior dificuldade é lidar com os familiares e o sigilo</p> <p>8.40 Sentindo-se incomodada com a decisão da gestante de não revelar o diagnóstico para a família</p> <p>8.41 Sentindo-se incomodada com a decisão da gestante de não revelar o diagnóstico para o pai da criança</p> <p>8.42 Sentindo que está fazendo algo errado ao ocultar o diagnóstico para o companheiro</p> <p>8.43 Não existe rotina para lidar com o sigilo</p> <p>8.44 Sentindo-se perdido em meio ao sigilo</p>	<p>Enfrentando situações adversas perante os familiares</p>
<p>1.14 Considerando o diferencial na assistência</p> <p>1.45 Deparando-se com situações que necessitam de uma atenção especial.</p> <p>3.12 Dando uma atenção especial</p> <p>3.21 Conseguindo informações a partir de uma abordagem diferenciada</p> <p>6.8 Cuidar de uma gestante HIV positivo é diferente</p> <p>6.11 A gestante HIV positivo possui uma carga emocional diferente</p> <p>7.9 Cuidar de gestante HIV positivo é uma responsabilidade dupla</p> <p>7.8 Cuidar de gestante HIV positivo exige uma atenção maior</p> <p>7.38 Refletindo sobre o diferencial do cuidado com a gestante HIV positivo</p> <p>7.40 O diferencial está no que orientar a gestante</p> <p>8.29 O diferencial do cuidado está no bebê</p>	<p>Cuidando de forma diferenciada da gestante HIV positivo</p>
<p>2.43 O tratamento da gestante HIV negativo é o mesmo que da gestante HIV positivo</p> <p>2.47 Mostrando que não há preconceito por parte</p>	

<p>da equipe</p> <p>2.48 Esclarecendo para a gestante HIV positivo que o tratamento é o mesmo</p> <p>2.49 Mostrando a gestante HIV positivo que o quadro não a fará receber um tratamento diferenciado</p> <p>5.36 Não há diferencial no cuidado entre a gestante HIV positivo e a HIV negativo</p> <p>5.37 Os pacientes são iguais</p> <p>6.30 Tratando o HIV como qualquer outra patologia</p> <p>6.33 Tratando todas as gestantes da mesma forma</p> <p>7.39 Não há diferença no cuidado da gestante HIV positivo e na HIV negativo</p> <p>7.41 Todas as gestante são iguais, não há diferença</p> <p>8.28 Não possui preconceito</p> <p>8.30 Não há diferencial no cuidado com a gestante HIV positivo</p> <p>8.32 O cuidado para com a gestante HIV positivo é igual a HIV negativo</p> <p>8.9 Colocando a gestante HIV positivo de uma forma generalizada</p>	<p>Tratando todas as gestante de forma igual</p>
<p>1.43 Considerando a aceitação do diagnóstico pela gestante</p> <p>2.10 Lidando com questões psicológicas</p> <p>2.11 Lidando com a aceitação da doença pela gestante</p> <p>3.15 Lidando com a gestante que esconde o diagnóstico</p> <p>3.19 Gestantes que evitam falar do diagnóstico</p> <p>3.20 Ganhando a confiança da gestante HIV positivo</p> <p>3.22 Expondo como é feita a abordagem</p> <p>3.23 Evitando falar muito sobre o HIV</p> <p>4.18 Gestantes que culpam outros pelo diagnóstico</p> <p>5.7 Lidando com uma situação complicada</p> <p>5.10 Lidando com gestantes HIV positivo que não gostam de falar sobre o diagnóstico</p> <p>5.19 Pacientes HIV positivo apresentam preconceito com eles mesmos</p> <p>5.20 Não aceitando a doença</p> <p>5.21 Desejando disseminar o vírus para os familiares</p> <p>5.22 Expondo os questionamentos da gestante acerca do próprio diagnóstico</p> <p>5.29 Lidando com a gestante que não aceita o diagnóstico</p> <p>6.40 Notando que ha um preconceito da parte da gestante HIV positivo com ela mesma</p> <p>6.41 Notando que a gestante HIV positivo tem medo de ser discriminada pela companheira de enfermagem</p> <p>7.21 Citando o preconceito como uma fator existente no universo do HIV</p> <p>8.37 As pessoas tem muito preconceito com o HIV</p> <p>8.38 Existência do preconceito mesmo com a existência de tratamento</p>	<p>Lidando com a gestante HIV positivo que não aceita/assume o seu estado de sorologia</p>

<p>1.23 Considerando o possível sentimento de rejeição</p> <p>1.28 Lidando com gestante que possuem aspectos sociais importantes</p> <p>1.46 Considerando a particularidade de cada gestante</p> <p>2.46 Evitando que a gestante HIV positivo se sinta isolada</p> <p>3.9 Expondo o estigma que a paciente possui</p> <p>3.10 Falando sobre o sentimento de exclusão que a gestante HIV positivo possui</p> <p>3.11 Falando sobre o preconceito</p> <p>3.13 Importando-se em não magoar a gestante HIV positivo</p> <p>3.14 Preparando-se para a primeira abordagem</p> <p>3.29 Lidando com o sentimento de rejeição da gestante HIV positivo</p> <p>5.9 O HIV é uma situação em que a gestante está propensa a ter depressão</p> <p>5.16 Colocando o preconceito como o foco da parte psicológica</p> <p>6.15 Medo da patologia</p> <p>6.16 Evitando passar sentimentos ruins para a gestante HIV positivo</p> <p>6.20 Envolvendo-se socialmente com a gestante</p> <p>6.22 Estreitando os laços com o paciente</p> <p>6.23 Lidando com os sentimentos da gestante HIV positivo</p>	<p>Lidando com os sentimentos negativos da gestante HIV positivo</p>
<p>2.38 Receando-se em ter contato com a gestante HIV positivo</p> <p>2.39 Ignorância da parte do profissional</p> <p>2.40 Acostumando-se com a situação</p> <p>3.16 Enfatizando o questionamento sobre o fato de ser HIV positivo</p> <p>5.17 Expondo o preconceito que existe pelos profissionais</p> <p>8.10 Não apresenta dificuldade para lidar com a gestante HIV positivo</p> <p>8.11 A experiência com pacientes HIV positivo faz com que seja mais fácil lidar com as gestantes HIV positivo</p>	<p>Lidando com o preconceito dentro do ambiente de trabalho</p>
<p>3.26 Cuidados com EPI</p> <p>3.27 Preocupando-se com procedimentos invasivos na gestante HIV positivo</p> <p>3.28 Ênfase maior no cuidados de proteção individual</p> <p>5.18 Evitando a realização de procedimentos invasivos por medo de se contaminar</p> <p>7.42 Tomando medidas de precaução padrão sem a interferência do diagnóstico</p> <p>7.43 Colocando o HIV como um possível diagnóstico de qualquer paciente</p> <p>7.44 Conhecer o diagnóstico da gestante HIV positivo não muda o comportamento do profissional</p>	<p>Enfatizando o uso de equipamentos de proteção individual diante de procedimento invasivos</p>

<p>7.45 Assumindo os procedimentos invasivos</p> <p>7.46 Sentindo-se segura quando realiza procedimentos invasivos na gestante HIV positivo</p> <p>7.47 Lidando com técnicos de enfermagem em relação a precaução padrão</p> <p>7.48 Utilizando duas luvas numa punção venosa</p> <p>7.50 Utilizando duas luvas como uma precaução extra</p> <p>7.51 Assumindo qualquer procedimento invasivo na gestante</p> <p>7.52 Protegendo a equipe</p> <p>8.31 O diferencial está na realização de procedimentos invasivos</p>	
---	--