

PERCEPÇÕES DAS GESTANTES NA REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI-HIV (ELISA) EM UM CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS DE UMA CIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS¹

PERCEPTIONS OF THE PREGNANT IN THE ACCOMPLISHMENT OF THE TEST ANTI-HIV (ELISA) IN A CENTER OF EXAMINATION AND ADVICE IN STD/AIDS IN A CITY IN THE STATE OF MINAS GERAIS

*Nilzemar R Souza², Tânia Maria D Carmo², Elexandra Helena Bernardes³,
Aline T Silva⁴, Ana Paula Lima⁴*

RESUMO

Introdução: a transmissão perinatal ou vertical do HIV pode ocorrer tanto intra-útero, como durante o trabalho de parto e no período pós-parto através do aleitamento materno. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel no esclarecimento da importância da realização do teste anti-HIV. **Objetivo:** identificar as emoções e sentimentos que as gestantes possuem ao realizar o teste anti-HIV. **Métodos:** de abordagem qualitativa através de entrevista semi-estruturada e consulta aos prontuários, onde foram entrevistadas 13 gestantes acompanhadas em consultas de enfermagem, na realização e entrega do teste anti-HIV em um serviço ambulatorial em DST/aids da Faculdade de Enfermagem de Passos/MG. **Resultados:** baseado neste estudo foi possível concluir que há falhas no acompanhamento das gestantes quanto à indicação do teste anti-HIV, devido à falta de vínculo gestante-profissional da saúde nas consultas pré-natalistas. As mesmas não são orientadas quanto à importância da realização do teste e o quanto pode beneficiar sua saúde e a do feto. Observamos também que as mulheres estão mais vulneráveis a adquirir qualquer doença transmissível, pelo fato de confiar cegamente em seus parceiros, o que as levam a pensar que basta amar para estarem prevenidas. **Conclusão:** por se depararem com o desconhecido na realização do teste anti-HIV, foi comum estar presentes no comportamento e falas das gestantes, diferentes estados emocionais o que sugere que é um momento propício para o profissional da saúde realizar uma relação de ajuda, diminuindo os medos e tensões das clientes proporcionando assim um *rapport* durante o acompanhamento.

Palavras-chave: gestante, teste anti-HIV, enfermagem, DST

ABSTRACT

Introduction: perinatal or vertical transmission of the HIV can occur intra-uterus, or during labor and after-childbirth through the maternal suckling. Health professionals play an important role and in the clarification of the importance of the accomplishment of the test anti-HIV. **Objective:** to identify the emotions and feelings that the pregnant have when accomplishing the anti-HIV test. **Methods:** of qualitative approach, through semi-structured interview and consults to handbooks, 13 pregnant women who attended consultations, at the nursery, where interviewed where they did the anti-HIV test in ambulatory service in STD/Aids of the College of Nursing of Passos/MG and when they received the results. **Results:** based on this study it was possible to conclude that there are imperfections in the accompaniment of the pregnant when the indication of the test anti-HIV is concerned, due to bond lack between pregnant- health professional in the consultations. I and women are not structured on the importance of the accomplishment of the test and how much it can benefit their health and their babies. We also observed that the women are more vulnerable to acquire any transmissible disease, for the fact of trusting their partners; they think that loving be prevented is enough to. **Conclusion:** once they face the unknown with the accomplishment of the anti-HIV test, different emotional states were common in the behaviour and speeches of there pregnant, what suggests that it is a favorable moment for the health professional to accomplish a relationship of help, decreasing the fears and tensions of costumers, thus providing one *rapport* during the accompaniment.

Keywords: pregnant, test anti-HIV, nursing, STD

INTRODUÇÃO

No Brasil, a aids tem-se caracterizado pela interiorização, heterossexualização, pauperização e feminização. A feminização da epidemia do HIV/aids está relacionada à vulnerabilidade da mulher, por suas características biológicas, sociais e culturais favoráveis à contaminação – como consequência, há significativo número de crianças contaminadas pela transmissão vertical¹.

A política brasileira para prevenção da transmissão vertical do HIV e controle da doença materna preconiza: oferecimento do teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal e servi-

ços de planejamento familiar; acesso integral, para todas as mulheres portadoras do HIV, à terapia anti-retroviral; uso do teste rápido no final da gestação ou durante o trabalho de parto – para todas as gestantes e parturientes não-testadas anteriormente e/ou com maior vulnerabilidade para a infecção; administração de AZT intravenoso para todas as parturientes infectadas pelo HIV; parto por cirurgia cesariana eletiva para todas as mulheres com indicação; administração de AZT oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV; aconselhamento das mães portadoras do HIV, para o não-aleitamento materno – eliminando o risco de transmissão por essa via; orientação das mães quanto à alimentação das crianças expostas ao HIV com formula infantil, desde o nascimento, ou com leite humano pasteurizado, fornecido por banco de leite materno, quando a criança necessitar deste recurso – prematuros e/ou baixo peso; contra-indicação do aleitamento cruzado – alimentação por outra mulher; acompanhamento da mãe e da criança em serviço de atendimento especializado

¹Grupo de pesquisa HIV/AIDS Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem de Passos/FESP/UEMG.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem de Passos/FESP/UEMG.

³Enfermeira. Doutoranda Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Faculdade de Enfermagem de Passos/FESP/UEMG.

⁴Enfermeira Faculdade de Enfermagem de Passos/FESP/UEMG.
Trabalho financiado pelo Programa PAPq/UEMG

(SAE), até a definição de seu diagnóstico; notificação das gestantes-parturientes portadoras do HIV e crianças expostas ao HIV. A observância dessas diretrizes permitirá a resolução de transmissão vertical do HIV intra-útero e intraparto e a eliminação do risco de transmissão pela amamentação, possibilitando o alcance da meta brasileira – taxas de transmissão vertical menor que 1%, até dezembro de 2007, em todo o território do Brasil²⁻⁴.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher, que envolve também sua família e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos os que dela participam^{2,5}.

Devido à importância do crescimento do número de casos de aids entre mulheres e ao conseqüente aumento do risco de transmissão vertical pelo HIV, as estratégias de prevenção destinadas a esse grupo tem sido cada vez mais reforçadas⁶. Tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução das chances de transmissão do HIV para o feto ou recém-nascido, tem-se recomendado que também os serviços de pré-natal ofereçam aconselhamento. Por outro lado, algumas gestantes se recusam a realizar o teste por medo de enfrentar um possível resultado positivo.

Para garantir maior adesão dos profissionais de saúde às ações e alcance das propostas do Ministério da Saúde, a epidemia precisa ser encarada como fenômeno social, com seus mitos e estereótipos⁷. Essa premissa auxilia a quebra do silêncio e o enfrentamento do medo que envolve as mulheres que, atualmente, constituem o segmento populacional mais vulnerável ao vírus¹.

O aconselhamento consiste em um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids. As situações específicas de aconselhamento são pessoas com diagnósticos de DST e pessoas que buscam testagem anti-HIV. São trabalhados os aspectos educativos do aconselhamento pré-teste anti-HIV abordados de forma coletiva e caberá aos profissionais de saúde saber lidar com estas situações⁸⁻¹⁰.

A disseminação do HIV/aids e os conflitos vivenciados pelas mulheres devem constituir uma das preocupações centrais dos profissionais de saúde. Portanto é necessário que durante o pré-natal estas questões devam ser abordadas de forma que os anseios e dúvidas sejam sanados e o mito em torno da doença seja desmistificado.

OBJETIVO

Identificar as emoções e os sentimentos que as gestantes possuem ao realizar o teste anti-HIV (ELISA).

MÉTODOS

Para a presente pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa em forma de entrevista semi-estruturada^{11,12}.

O local de estudo foi o AMBES (Ambulatório Escola) que possui uma equipe multiprofissional, formada a partir da união da Faculdade de Enfermagem de Passos (FAENPA), Prefeitura Municipal de Passos e Gerência Regional de Saúde de Passos e é de responsabilidade administrativa da Fundação de Ensino Superior de Passos no intuito de desenvolver atividades voltadas

para DST/aids. O presente estudo foi submetido a avaliação e aprovação do AMBES e do comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP), parecer nº 32/2007 para dar início à coleta de dados.

A seleção das 13 gestantes que compuseram o estudo seguiu os seguintes critérios: todas as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos que procuraram os serviços do Centro de Testagem e Aconselhamento do Ambulatório Escola para a realização do teste anti-HIV, nos meses de março a maio de 2007 e que aceitaram participar da pesquisa. As gestantes enquadradas nos critérios estabelecidos foram esclarecidas sobre a temática do estudo, seus objetivos e justificativas. Após a leitura, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documentando sua livre participação na pesquisa, conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹³.

O procedimento de coleta de dados foi realizado em duas etapas pela seguinte forma:

Primeiro passo: convidamos todas as gestantes que compareceram no AMBES para a realização do primeiro teste anti-HIV nos meses de março a maio de 2007, para a realização da entrevista voluntariamente onde identificamos e abordamos questões norteadoras.

Segundo passo: foi realizada consulta e acompanhamento de enfermagem onde as mesmas gestantes retornaram ao estabelecimento 15 dias após para a entrega do resultado.

Foram obtidas informações complementares de outras fontes, como consulta ao prontuário, observação participante e gravações em fita K-7.

Foi utilizada para análise e interpretação das narrativas a Análise Temática¹², sendo dividida em três etapas, que são: pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; exploração do material, que consiste fundamentalmente na operação de codificação, a partir de recortes do texto nas unidades de registro previamente estabelecidas e tratamento dos resultados obtidos e interpretação devem ir das operações estatísticas, trabalhando com significados em lugar de inferências estatísticas.

RESULTADOS

Os nomes dos sujeitos aqui apresentados são fictícios, a fim de resguardar suas identidades (**Quadro 1**). Participaram ao longo do presente estudo 13 mulheres, com idade oscilando entre 18 e 36 anos, sendo nove com idade inferior a 30 anos e quatro com idade superior a 30. Quanto ao estado civil são duas solteiras, cinco casadas, uma divorciada e amasiada, uma separada e quatro amasiadas. É importante mencionar que de um total de 13 sujeitos, sete apresentam ensino fundamental, cinco ensino médio e um ensino superior. Quanto à ocupação, dez são donas-de-casa, uma estudante, uma costureira e uma professora. Das entrevistadas, nove são católicas e quatro evangélicas. Quanto ao número de consultas pré-natais, a maioria realizou menos de três consultas. Quanto à gravidez, das 13 mulheres estudadas, nome se encontram no primeiro trimestre, quatro no segundo e uma no terceiro trimestre de gestação. Constituem as seguintes cidades de origem: 11 da cidade de Itaú de Minas, uma de Capetinga e uma de São João Batista do Glória.

No **Quadro 2**, apresentamos os dados que foram obtidos através da consulta ao prontuário das clientes. A maioria das entrevistadas apresenta renda familiar. Quanto ao tipo de relação

Quadro 1. Características da amostra de gestantes entrevistadas

Sujeito	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Religião	Consultas	Estágio da gravidez	Cidade de origem
Eva	31 anos	Casada	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Evangélica	1	2 ^a mês	S. J. B. do Glória
Maria	28 anos	Amasiada	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Católica	1	2 ^a mês	Itaú de Minas
Marta	20 anos	Amasiada	Ensino médio	Dona-de-casa	Evangélica	2	5 ^a mês	Itaú de Minas
Rute	18 anos	Amasiada	Ensino médio	Estudante	Católica	1	3 ^a mês	Itaú de Minas
Ester	22 anos	Casada	Ensino médio	Dona-de-casa	Católica	5	5 ^a mês	Itaú de Minas
Rebeca	23 anos	Amasiada	Ensino médio	Dona-de-casa	Católica	1	2 ^a mês	Itaú de Minas
Raquel	26 anos	Amasiada	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Católica	2	2 ^a mês	Itaú de Minas
Lia	19 anos	Solteira	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Católica	1	2 ^a mês	Capetinga
Dalila	33 anos	Casada	Ensino superior	Professora	Católica	2	3 ^a mês	Itaú de Minas
Ana	27 anos	Separada	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Católica	1	4 ^a mês	Itaú de Minas
Isabel	29 anos	Casada	Ensino médio	Dona-de-casa	Evangélica	7	8 ^a mês	Itaú de Minas
Sara	35 anos	Casada	Ensino fundamental	Costureira	Católica	3	3 ^a mês	Itaú de Minas
Madalena	36 anos	Solteira	Ensino fundamental	Dona-de-casa	Evangélica	6	6 ^a mês	Itaú de Minas

Quadro 2. Características da amostra de gestantes entrevistadas segundo o prontuário do AMBES

Sujeito	Renda	Tipo de relação	DST	Nº de parceiros	Uso de preservativo	Internações	Teste anterior	Resultado negativo	Resultado positivo
Eva	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Esporádico	Sim	Não	Prevenção	Aceitação
Maria	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Sim	Sim	Prevenção	Aceitação
Marta	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Não	Sim	Prevenção	Não sabe
Rute	Familiar	Vaginal	Sim	Fixo	Esporádico	Não	Não	Não mudará de comportamento	Aceitação
Éster	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Não	Não	Não mudará de comportamento	Aceitação
Rebeca	Familiar	Vaginal/oral/anal	Não	Fixo	Esporádico	Não	Não	Prevenção	Desespero
Raquel	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Não	Não	Prevenção	Aceitação
Lia	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Esporádico	Sim	Não	Prevenção	Aceitação
Dalila	Familiar	Vaginal/oral/anal	Não	Fixo	Esporádico	Sim	Não	Prevenção	Não sabe
Ana	Pessoal	Vaginal/oral/anal	Não	Fixo	Esporádico	Não	Não	Prevenção	Desespero
Isabel	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Sim	Não	Prevenção	Não sabe
Sara	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Não	Não	Prevenção	Desespero
Madalena	Familiar	Vaginal	Não	Fixo	Não	Não	Não	Prevenção	Aceitação

Fonte: AMBES – Passos/ MG, 2007.

sexual, a maioria afirma ter apenas relação vaginal, embora três revelem ter relação vaginal/oral/anal. A maioria relata nunca ter tido DST. Todas as entrevistadas afirmam ter parceiro fixo no mínimo há 1 ano. Quanto ao uso de preservativo, sete não utilizam o método e 06 usam esporadicamente. Quanto a internações hospitalares, cinco relatam ter realizado algum tipo de cirurgia e oito não. Apenas duas das entrevistadas realizaram o teste anti-HIV em gestações anteriores. Ante ao resultado do teste anti-HIV negativo 11 afirmam que irão tomar medidas preventivas e duas não pretendem mudar de comportamento, e quanto ao resultado se for positivo sete aceitarão fazer tratamento, três entrarão em desespero e três não saberão como agir.

Recomendação da realização do teste anti-HIV

Segundo a Portaria 2.104¹⁴ é dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para a detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré-teste e pós-teste, resguardando o sigilo profissional, e também é dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para a detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

A oferta do teste anti-HIV deverá, preferencialmente, ocorrer na primeira consulta do pré-natal, precedida do aconselhamento. É importante frisar que pouquíssimas gestantes aconselhadas e cientes das vantagens da realização do teste recusam-se a realizá-lo¹⁵.

Dois gestantes relataram citando o nome do médico:

“A Doutora, a doutora Mariana...” (Eva). “...foi a Doutora Gabriela. É foi ela.” (Maria)

Oito gestantes abreviaram suas respostas, como:

“Médico.” (Marta, Rute, Rebeca, Raquel, Sara) “... Foi à médica do pré-natal.” (Isabel) “... foi à médica.” (Ester) “... o meu médico.” (Madalena)

Uma gestante afirma ser o mesmo que pediu a confirmação da gravidez:

“... o médico que pediu o teste. É o mesmo que pediu pra confirmar a gravidez.” (Lia)

Uma gestante ficou indignada e perguntou ao médico se ele não indicaria o teste:

“... ah, foi o médico, mais fui eu que perguntei pra ele se ele não ia me indicar... achei muito estranho isso.” (Ana)

E por último, uma gestante mencionou que o teste foi pedido pelos profissionais de saúde do Ambulatório local:

“... o pessoal lá de Itaú, lá do ambulatório.” (Dalila)

A recomendação de solicitação de teste de HIV durante a gestação deve ser reforçada pela CN-DST/Aids, em todo o território nacional, pois o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público, assegurar à criança, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Adiante, o mesmo, estabelece que a criança e o adolescente tenham direito à proteção e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais, públicas, que permitam o nascimento e o

desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência¹⁶.

Orientações sobre o teste anti-HIV

Entre as falhas no processo de detecção precoce do HIV durante a gestação, destacam-se, pelo menos, as seguintes: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para a resposta do teste do HIV e intervenção correspondente; atendimento pré-natal adequado, porém sem pedido de teste do HIV; atendimento pré-natal adequado, com realização de teste para o HIV, mas ausência de resultado laboratorial¹⁶.

Dois das gestantes afirmam não ter recebido nenhuma orientação:

“Não, somente fiz.” (Lia) “...foi na Santa Casa a primeira vez.” (Eva) “...Num recebi orientação de pessoas formadas não.” (Madalena)

Uma gestante relata ter experiência com familiares portadores do HIV:

“Já sabia, minha irmã faleceu de aids. Nós morávamos em Ribeirão, e ela em Franca. Eu tinha uns 7 anos quando ela morreu.” (Marta)

Quatro gestantes afirmaram não ter informação alguma sobre o teste anti-HIV:

“Não, nenhuma.” (Dalila) “... Não recebi nada.” (Ana) “... não.” (Maria, Ester, Rute, Raquel)

“... não... hoje que eu tô sabendo.” (Maria)

Uma das gestantes afirma saber um pouco sobre os tipos de transmissão do HIV/ aids, mas nada específico sobre o teste:

“Ah, já sabia um pouco como que transmitia, mas assim, do teste eu num sabia nada não.” (Rebeca)

Dois das gestantes receberam orientações médicas:

“Nas consultas eu aprendi um pouquinho.” (Sara) “...a médica que me explicou.” (Lia) “Tudo direitinho.” (Isabel)

Informantes que realizaram as orientações

Constam apenas cinco, pois algumas das entrevistadas omitiram esta resposta. Onde é possível observar nas falas, que há variação de fontes de informações.

“Tirei um pouquinho de dúvida aqui e na televisão.” (Eva) “... aprendi aqui sobre o teste.” (Ester)

“... recebi da minha sobrinha que tem o vírus”. (Madalena) “Ele (o médico) só pediu pra fazer, só.” (Lia)

As campanhas publicitárias têm divulgado o uso de preservativos de látex como uma das formas mais seguras de prevenção. Infelizmente, aos poucos, o preservativo masculino está sendo associado à aids, como se não existissem outras DST. Além disso, quando se prega o uso de preservativos como uma forma segura de fazer sexo, perde-se uma oportunidade de educar as pessoas para a prática sexual com responsabilidade¹⁶.

Sentimentos diante da realização do teste anti-HIV

Um dos aspectos curiosos de nosso funcionamento mental repousa na necessidade imperiosa de se encontrarem explicações para tudo. A fase dos “porquês”, que ocorre nas crianças, continua no íntimo dos seres humanos, por toda sua vida, ainda que

por vezes anestesiada.

No entanto, muitas vezes, ocorrem situações que o ser humano se defronta com sua fragilidade e impotência, sem condições de compreender e controlar o fenômeno que o desafia. O desespero diante de não saber obriga-o a encontrar uma explicação, qualquer que seja¹⁷.

A partir de nossa experiência clínica com pacientes HIV, estamos cada vez mais convictos de que nas relações de intimidade, em que existe uma ligação de afeto, a fantasia tem amplo espaço para atuar. Parece que sua ação se dá a partir do mecanismo da proteção. Mesmo sabendo que o outro pode ser possuidor do HIV, o sujeito, através da proteção, transforma o “objeto mau” em “objeto bom”. Na realidade, não suporta conviver com a possibilidade de que o objeto no qual decidiu investir possa não ser bom. Como consequência, seus impulsos bons e amorosos são projetados, dando-lhe a “certeza” de que o objeto é bom¹⁸.

“Não, nunca tive receio não, meu esposo foi meu único homem.” (Eva) “No começo fiquei meio assim, insegura, mais depois de conversar, tirei um pouco de dúvida e agora estou tranqüila, namorei 7 anos e casei há 1 ano e meio.” (Ester)

Para enfrentar as ameaças externas de sofrimento e destruição, o indivíduo apresenta reação de medo. A pessoa ameaçada fica, em geral, medrosa.

Freud reconheceu que existem três tipos de ansiedade: angústia frente a um perigo real, angústia neurótica e angústia moral ou sentimento de culpa, onde o tipo mais básico é a angústia frente ao perigo ou ao medo de perigos reais do meio externo. Freud ainda explica que a angústia é uma advertência à pessoa do perigo iminente, sendo também um estado de tensão¹⁹.

Podemos perceber isso nas seguintes falas:

“Fiquei ansiosa, sei lá. As meninas lá do PSF falaram que era ruim fazer este teste, que tinha que responder umas pergunta, aí eu fiquei com um pouquinho de medo né, por mais que a gente tem namorado a gente num sabe da vida dele.” (Rebeca) “Aí, meio ansiosa. Meio com medo.” (Raquel) “Ansiosa, um pouco nervosa na hora que cheguei aqui, mas tirei umas dúvidas, fiquei meio preocupada com o alicatinho de unha, porque eu faço unha em salão, mas agora eu estou tranqüila.” (Sara)

Seis das gestantes relatam estarem tranqüilas quanto à realização do teste por possuírem parceiro fixo e confiar nesta situação.

“Não, vim... vim tranqüila... sossegada.” (Maria) “... não, norma.” (Marta) “... ah, no teste eu estou tranqüila.” (Rute) “... não, eu senti enjôo, enjôo mesmo da gravidez, estou tranqüila, namoro há seis anos.” (Lia) “... eu estou bem, (risos) eu estou calma.” (Dalila) “... ah, eu estou tranqüila.” (Isabel)

A relação estável, mantida com um único parceiro fixo, aparece como o principal fator associado à dispensa de prevenção, não-uso ou uso inconsistente do preservativo masculino. A associação entre familiaridade ou proximidade e segurança, o “conhecer” e a dispensa de prevenção está enraizada em antigos valores e vem sendo analisada por diversos autores²⁰. A não-adesão a medidas preventivas ou adesão apenas no início do relacionamento, verificada entre a maioria das participantes, foi justificada pela crença de estarem engajadas em relações afetivo-sexuais estáveis, nas quais pressupõem a exclusividade sexual mútua. Sustentaram que esse cuidado preventivo era prescindível em

suas relações, uma vez que tinham um único parceiro e acreditavam que este não tivesse outra(s) parceira(s). Suas concepções de risco estavam, em grande parte, vinculadas à multiplicidade de parceria, passível de acontecer quando não há compromisso de exclusividade ou quando este compromisso não é mantido.

Uma gestante sentiu-se desinformada quanto ao local da realização do teste anti-HIV.

“Eu estou brava! O povo me informou que era pra fazer em outro lugar, e eu custei a achar aqui. Ah, mas do teste, eu estou tranqüila, mas quanto à sexualidade do meu ex, eu não sei nada dele não.” (Ana)

É necessário segundo a Portaria 569¹⁰, identificar os laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante a programação regional e estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante a programação regional.

Foi possível observar que após aconselhamento uma das gestantes relata:

“Agora eu estou me sentindo mais informada, vou ficar mais atenta.” (Madalena)

Durante este período de entrevista, tivemos a oportunidade de conhecer a forma de atendimento aos clientes, a condução das conversas, quais as maiores preocupações das gestantes, bem como nos conhecer melhor.

Procurávamos, então, dar suporte emocional à participante, fazendo com que cada uma compreendesse o que se passava consigo próprio e como trabalhar as diferentes situações existentes.

No decorrer das entrevistas, algumas das gestantes relataram possuir mais de um filho:

“Eu tenho só uma de nove, o outro eu perdi.” (Eva) “Tenho três filhos...” (Maria e Marta) “... tenho uma menina, ela me ajuda muito em casa.” (Isabel) “... tive o primeiro filho com 16, a minha menina veio com 19 e agora esse com 20.” (Marta)

Também relataram ter filhos de pais diferentes:

“Não... é de outros”. (Maria) “...não, só do primeiro que não.” (Marta) “... tenho, mas não é dele não, mas ele é como um pai pra ele.” (Raquel)

A maioria das gestantes relatou possuir parceiro fixo, como é observado nas seguintes falas:

“Eu tô com ele faz 2 anos...” (Maria) “... ah, faz 2 anos e meio.” (Marta) “... eu estou noiva, mas num vou casar ainda não, acho que vou esperar o neném nascer... agora no meio dessa correria... depois eu caso.” (Lia) “... eu namorei 7 anos e casei faz 1 ano e meio.” (Ester)

Apenas uma relatou estar separada recentemente:

“Faz uns 3 meses, mas quando eu larguei, eu não sabia que eu estava grávida... mas de vez em quando a gente ainda fica. Eu falei pra ele da gravidez, mas a gente decidiu ficar separado.” (Ana)

Os sentimentos das gestantes, na maioria das vezes, refletem o tipo de relacionamento que possuem em casa, como podemos observar:

“Ele achou bom... (descoberta da gravidez).” (Lia) “... a minha família me apóia, não quer que eu tire não. A gente está

junto, estamos tentando nos entender... isso foi desde que descobrimos a gravidez. Ah, está meio difícil, porque ele num que-ria..." (Rebeca) "... ele é novinho, tem 19 anos, mais a gente se dá superbem. Ele é responsável e me trata bem. Até no começo o povo pensou que não ia dar muito certo, por ele ser mais novo, mas hoje!" (Raquel) "... ah, eu estou bem, foi melhor (separação) assim, a gente brigava muito." (Ana)

"Ah, é muito bom, ela (sobrinha) me explica um tanto de coisa, eu num tenho medo dessas coisas (preconceito) não. É da família, a gente tem que tratar bem." (Madalena)

Consulta de enfermagem e entrega do resultado

As reações dos pacientes ante o resultado têm sido muito variadas, de acordo principalmente com as características psicológicas de cada um, bem como com os traços culturais do grupo no qual estão inseridos. Um paciente pode reagir com exagerada carga emocional ou com quase indiferença. Em outros casos, o paciente pode passar a alternar freqüentemente quadros de ansiedade e depressão porque a negação, a angústia de morte é transferida a outras causas reais ou irreais.

A habilidade do paciente para tolerar as conseqüências da doença depende de sua capacidade psicológica para lutar e vencer, baseada em sua força emocional e no devido apoio social¹⁹.

Os profissionais de saúde que já trabalham com a demanda de assistência a DST e HIV/aids têm a oportunidade ímpar de manter um contato direto com a intimidade da vida do cliente, podendo assim promover um trabalho preventivo ajustado às necessidades individuais⁶.

As ações de prevenção em DST/aids têm como referencial teórico a noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. Além disso, os princípios e as diretrizes que regem as ações de prevenção para as DST/aids estão baseados em conceitos e marcos teóricos na perspectiva de vulnerabilidade ou risco acrescido para a infecção pelo HIV/aids tendo como princípios os direitos humanos¹⁶.

Procurávamos, então, dar suporte emocional à participante, fazendo com que cada uma compreendesse o que se passava consigo própria e como trabalhar as diferentes situações existentes.

Duas das participantes não puderam comparecer ao estabelecimento para a entrega do resultado e assim participarem da consulta de enfermagem pelo fato de residirem em outra cidade e terem uma gravidez de risco. Sendo assim, a entrega foi realizada ao esposo e relatada no prontuário.

Muitas das participantes relataram estar tranqüilas na entrega do resultado devido ao fato de possuírem parceiro fixo, como é observado nas falas:

"Eu estou tranqüila." (Maria, Rute) "... estou tranqüila (risos), já esperava o resultado... Sou casada há muito tempo." (Dalila) "... ah, eu estou tranqüila quanto ao resultado... Não tenho nada pra falar não. O bom foi que eu tirei um tanto de dúvida." (Ester) "... ah, eu já esperava que fosse negativo, porque eu sou casada há 4 anos, e isso me deixou tranqüila." (Raquel)

A associação entre familiaridade ou proximidade e segurança, o "conhecer" e a dispensa de prevenção está enraizada em antigos valores e crenças²⁰ como é relatado:

"Acho que nem vou fazer o outro exame não, porque acredito no meu noivo." (Lia)

Apesar de todos os esforços da ciência na busca de terapias que possam combater de maneira eficiente o HIV e todos os problemas que dele decorrem, até o presente momento a prevenção é o melhor remédio.

Pesquisas têm revelado que o nível de informação das pessoas sobre aids melhorou à medida que novos casos foram surgindo e informações sobre o problema continuaram a ser divulgadas¹⁹.

"Aí, como já sabia da minha sobrinha, eu tento um pouco me prevenir. Porque por mais que a gente se previna, tudo pode acontecer." (Madalena)

Pessoas possuidoras de crença religiosa definida, em momentos difíceis da vida, costumam ter forças para enfrentar as dificuldades, o que em outras circunstâncias não conseguiriam. A crença na força provinda de Deus funciona como ego auxiliar, reforçando a estruturação psíquica. Parece que, quanto maior a fé, maior reforço recebe o indivíduo à estrutura de sua personalidade¹⁹.

"Ah, eu estou tranqüila, porque na Igreja, a gente tem que seguir a doutrina, sou de Deus e meu marido também. Por isso eu estou tranqüila." (Isabel)

Diante da incerteza do resultado, e dúvidas sobre os relacionamentos anteriores do esposo, duas gestantes relataram estar receosas quanto à entrega do mesmo.

"Aí, por mais que eu tenha confiança no meu esposo, fico meio assim." (Marta). "Já que eu larguei do meu esposo, fiquei meio assim, porque quando eu estava com ele, era só com ele, mas ele eu num sei, a gente fica desconfiada." (Ana)

A relação profissional-cliente é uma das melhores oportunidades de se adquirir confiança, respeito e autonomia do cliente quanto a sua saúde. Quando o profissional estabelece vínculos, realizando uma consulta holisticamente, o processo saúde-doença e a prevenção são verificados na vida do cliente.

Uma das entrevistadas demonstrou através de sua fala esta reciprocidade e confiança no profissional da saúde.

"Eu estou nervosa, meio ansiosa, sei lá. Se fosse outra pessoa que fosse entregar o resultado eu não ia gostar não... porque você falou que ia ser você." (Rebeca)

Através da consulta foi possível realizar uma relação de ajuda, na qual a mesma pôde contar um pouco sobre sua história e, através da nossa intervenção pela escuta, a gestante sentiu-se mais tranqüila.

"Está ruim, até antes de vir pra cá chorei até, mas meu esposo agora está mais conformado, até me acompanhou no médico." (Rebeca) "... ah, agora eu estou bem mais calma (risos)." (Rebeca)

Percepções dos pesquisadores – observação participante

Iniciamos nossas atividades no mês de fevereiro de 2007. Familiarizamos com o Ambulatório Escola (AMBES), tivemos também o tempo necessário para nos preparar interiormente com o intuito de atingir uma maior aproximação das gestantes. Acontece, porém, que mesmo após este período, quando iniciamos a tomada de depoimentos, nos sentíamos em estado de relativa ansiedade e expectativa, pois não sabíamos como seriam

as reações das entrevistadas. Além das dificuldades inerentes ao tema, aceitamos, porém, o desafio e fizemos de tudo para alcançarmos o objetivo proposto. Por estas razões, durante este percurso, podemos ter deixado de perceber alguns fatos e até mesmo algumas dificuldades. Nossa preocupação maior era escutar o que as gestantes nos desejavam dizer.

Percebemos durante as entrevistas que a maioria das gestantes procura o serviço sem conhecimento da importância da realização do teste e a relevância que o mesmo tem sobre suas vidas. Pudemos observar que as participantes se sentiram um pouco apreensivas pelo desconhecido e por não possuírem um vínculo maior com os profissionais de saúde.

Ficou visível que a assistência integral, livre de danos, é fator essencial para um bom resultado do trabalho desenvolvido com este grupo singular, sendo o aconselhamento indispensável.

Através da escuta, conseguimos identificar medos, ansios, relacionamento com seus familiares, expectativas quanto ao resultado, falta de conhecimento sobre o tema abordado, não somente através das falas, mas também através de expressões faciais, muitas vezes despercebidos nas consultas pré-natalistas.

Percebeu-se que a afetividade, o tratamento interpessoal, a abordagem ao cliente e, o principal, o acolhimento foram passos importantíssimos para que obtivéssemos essa integração com as participantes.

Entendemos que o bom profissional não é aquele que realiza os procedimentos, mas sim aquele que está disposto a ajudar o seu cliente a encontrar o caminho e direcioná-lo para uma vida mais saudável, pois quando as pessoas vivenciam situações de ameaça alteram sua integridade física ou emocional. Vale destacar que, pela singularidade de vida de cada cliente, situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e a adoção de práticas mais seguras, são mais bem trabalhadas num atendimento personalizado e individual. A identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas e os subsídios para a definição de mensagens compatíveis com o cliente dependem da qualidade da relação construída entre os interlocutores durante o aconselhamento individual²⁰.

Somente poderemos agir como profissionais de saúde, ou como cidadãos, se não tivermos medo de conhecer em mais profundidade as fantasias dos seres humanos em relação às ameaças de uma doença. As reações emocionais que surgem devem ser úteis para aceitar, questionar e permitir refletir sobre os resultados obtidos. Somente assim poderemos lutar contra os medos, os preconceitos e suas conseqüências desastrosas, que fazem seres humanos ficarem privados de sua capacidade de pensar, tornando-se presas de seus impulsos destrutivos mais primitivos. E só se pode ajudar alguém quando se conhece suas necessidades. Isso exige sensibilidade para apreender o significado mais profundo de seu comportamento. O que de melhor se pode oferecer ao paciente é um suporte para que se aumente a qualidade de vida e a prevenção¹⁹.

Percebemos que há falhas no acompanhamento das gestantes quanto à indicação do teste anti-HIV, pois não há vínculo gestante-profissional da saúde nas consultas pré-natalistas. As mesmas não são orientadas quanto à importância da realização do teste e o quanto pode beneficiar sua saúde e a do feto. Muitas das

mulheres compareceram ao AMBES em períodos gestacionais diferentes, o que não é preconizado pelo Ministério da Saúde, havendo uma falha na captação precoce das mesmas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Sustentamos a idéia que deverá ser trabalhada juntamente com as UBS a importância da realização do teste anti-HIV, seu acompanhamento e os benefícios para o binômio mãe-filho, pois o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público, assegurar à criança, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Observamos que o aconselhamento é fator indispensável para uma relação de confiança, que proporciona à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas. Ficou claro que, durante o desenvolvimento desta pesquisa, o aconselhamento contribuiu de forma positiva para a humanização do atendimento às gestantes.

O ser humano ao se deparar com situações de risco demonstra sua fragilidade e impotência, sem condições de compreender e controlar o que desafia. Por se depararem com o desconhecido na realização do teste anti-HIV, é comum estarem presentes no comportamento e nas falas das gestantes diferentes estados emocionais.

Percebemos que as mulheres estão mais vulneráveis a adquirir qualquer doença transmissível, pelo fato de confiar cegamente em seus parceiros, o que as leva a pensar que basta amar para estarem prevenidas e que as informações adquiridas sobre a aids são através do contato familiar e campanhas publicitárias.

Durante a entrega do resultado do teste e a consulta de enfermagem, ficou evidente que a partir do momento que se estabelece um vínculo com as clientes, torna a assistência eficaz, e estabelece uma relação de confiança, fazendo que as mesmas se sintam à vontade para compartilhar suas experiências facilitando o nosso trabalho e proporcionando mudança de comportamento.

Acreditamos que através da educação em saúde os indivíduos podem refletir e discutir com consciência, assuntos aparentemente inatingíveis aos olhos da maioria das pessoas, como a aids, fazendo com que transformem a realidade e ao mesmo tempo sejam transformados, deixando de ser apenas objetos, tornando-se sujeitos do processo, desvinculando-se de concepções ingênuas ou mágicas, passando a uma concepção crítica.

CONCLUSÃO

Por se depararem com o desconhecido na realização do teste anti-HIV, foi comum estarem presentes, no comportamento e nas falas das gestantes, diferentes estados emocionais o que sugere que é um momento propício para o profissional da saúde realizar uma relação de ajuda, diminuindo os medos e tensões das clientes proporcionando assim um *rappor*t durante o acompanhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selly L & Cechim PL. Mulheres HIV/Aids: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. Rev Bioética 2006; 14(1): 17-26.

2. Minas Gerais – Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério. SAS/SES 2003.
3. Brasil – Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Resposta mais experiências do programa brasileiro de DST/Aids. Brasília: PNDST/Aids-MS; 2005.
4. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Unidade de Prevenção. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres [periódico na internet]. 2002. Disponível em: www.aids.gov.br/congressoprev2002/2/dmdocuments/modelo_planilha_distrib_svs.pdf. Acessado em: 29/07/2007.
5. Brasil – Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília 2001.
6. Veronesi R & Focaccia R. Tratado de infectologia: aids. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
7. Souza NR & Vietta EP. Benefícios da interação grupal entre portadores de HIV/aids, 2005. DST – J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(2): 10-42.
8. Brasil – Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV e aids – diretrizes e procedimentos básicos 2000.
9. Brasil – Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV e aids – diretrizes e procedimentos básicos. Brasília 2006.
10. Brasil – Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM [periódico na internet]. 2000. Disponível em: www.saude.gov.br/sas/portarias/port2000/gm/gm-569.htm. Acessado em: 30/07/2007.
11. Marconi MA & Lakatos EM. Metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas, 2004.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/ Abrasco, 2000.
13. Brasil. Resolução CNS nº 196/96. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília 1996.
14. Brasil – Ministério da Saúde. Portaria nº 2.104/GM [periódico na internet] 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storeddocuments/>. Acessado em: 30/07/2007.
15. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar [periódico da internet] 2004. Disponível em: www.Aids.gov.br/final/biblioteca/guia_nutricao/normativo_maternidades.pdf. Acessado em: 01/08/2007.
16. Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: resultados do estudo sentinela-parturiente [periódico da internet] 2003. Disponível em: www.aids.gov.br/data/documents/storeddocuments. Acessado em: 10/08/2007.
17. Ferreira CVL. Aids e vida: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV. São Paulo: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1994.
18. Amorim MM & Andrade AN. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e Aids entre mulheres do município de Vitória – ES. Psicologia em estudo [periódico na internet]. 2006 mai-ago; 11(2). Disponível em: www.scielo.br. Acessado em: 30 /07/2007.
19. Hall CS & Lindzey G. Teorias da personalidade. São Paulo: Editora EPU; 1984.
20. Brasil – Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde - avaliação das ações [periódico da internet] 1999. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento.pdf. Acessado em: 27/07/2007.

Endereço para correspondência:**NILZEMAR RIBEIRO DE SOUZA**

Rua Operários, 750, Muarama, Passos, MG.

CEP.: 37902-368.

Tel: 55 35 3522-1670

Fax: 55 35 3529-8001

E-mail: ribeironilzemar@gmail.com

Recebido em: 02/05/2008

Aprovado em: 24/07/2008