



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Sinaide Santos Cerqueira Coelho

**ABORDAGEM PROFISSIONAL NO CUIDADO DE MULHERES
PORTADORAS DO VÍRUS HIV IMPOSSIBILITADAS DE
AMAMENTAR**

**SALVADOR
2008**

Sinaide Santos Cerqueira Coelho

**ABORDAGEM PROFISSIONAL NO CUIDADO DE MULHERES
PORTADORAS DO VÍRUS HIV IMPOSSIBILITADAS DE
AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Enfermagem , área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR/BA
2008

Sinaide Santos Cerqueira Coelho

**ABORDAGEM PROFISSIONAL NO CUIDADO DE MULHERES
PORTADORAS DO VÍRUS HIV IMPOSSIBILITADAS DE
AMAMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Lúcia Duarte Pereira _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual do Ceará

Mariza Silva Almeida _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, coragem, apoio e fortalecimento nos momentos de desânimo e por ter me proporcionado mais uma conquista; sem ele nada seria possível.

À minha família, em especial aos meus filhos, pela paciência e carinho em muitos momentos que estive ausente; ao meu esposo, pelo amor, encorajamento nos momentos em que pensei em desistir, suas palavras firmes e de apoio sempre estarão em minha mente. Vocês sempre acreditaram em meu potencial.

À minha querida mãe, sabemos o quanto foi difícil chegar até aqui, mas vencemos.

À minha orientadora, Prof^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela competência, carinho, cuidado e por me conduzir neste trabalho.

À Prof^a. Mariza Almeida, Prof^a. Mirian Santos Paiva e Prof^a. Maria Lúcia Duarte Pereira pelas contribuições desde o exame de qualificação.

Aos profissionais que aceitaram participar como sujeitos do estudo, possibilitando a realização deste trabalho.

Às colegas que me ajudaram nos momentos de ajustes dos meus horários de trabalho.

À todos os funcionários da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial à Ana Cláudia e Ivan, secretários da pós -graduação, pela paciência e apoio.

COELHO, Sinaide Santos Cerqueira. **Abordagem profissional no cuidado de mulheres portadoras do vírus HIV impossibilitadas de amamentar**. 2008. 65p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

A excelência do leite materno como alimento ideal para o recém-nascido e lactente vem sendo cada vez mais comprovada. Todavia, com a feminização da Aids houve um maior risco de transmissão vertical da doença, e o Ministério da Saúde lançou medidas de controle, dentre elas a supressão da lactação e a não amamentação pelas mulheres portadoras do vírus, já que a amamentação consiste em um aumento adicional de transmissão de 7 a 22 %. Os(as) profissionais têm apresentado dificuldades em lidar com sentimentos que emergem em puérperas portadoras do vírus HIV pela impossibilidade de amamentar. Considerando que para concretizar o cuidar na perspectiva da integralidade os (as) profissionais devem acolher as mulheres com aconselhamento e suporte emocional e não somente com competência técnica. Assim foi desenvolvido um estudo de caráter qualitativo, que teve como objetivos: 1. Conhecer a experiência de profissionais de saúde no cuidado às mulheres portadoras do vírus diante da impossibilidade de amamentar; 2. Descrever as estratégias adotadas por profissionais de saúde para lidar com suas dificuldades em cuidar de mulheres portadoras do vírus HIV; 3. Identificar as conseqüências do impedimento da amamentação para o exercício da maternidade segundo o olhar dos profissionais. Foram utilizados como categorias analíticas gênero e integralidade, uma vez que, gênero consiste numa construção social, histórica e plural que traz em seu significado a diversidade de concepções sobre o lugar social de homens e mulheres. A integralidade consiste na busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde, valorizando o ser humano nos aspectos psicobiológicos e sociais. O material empírico foi produzido por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, realizada com uma equipe multiprofissional de uma maternidade pública, na cidade de Salvador-BA; O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin, que considera o discurso uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem, buscando-se na análise a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos. A análise revelou que as ações profissionais no cuidado de puérperas portadoras do HIV traduzem a indissociabilidade mulher, reprodução e aleitamento materno, reproduzindo valores naturalizados socialmente segundo atributos de gênero. O cuidado revelou-se orientado pelo modelo de atenção hegemônico com predominância do cumprimento de protocolos institucionais, distanciando-se da integralidade. As profissionais assumem não estar preparadas para lidar com as especificidades de portadoras do HIV, transferem responsabilidades para outros (as) e apontam a formação acadêmica como deficitária no tocante à qualificação para lidar com a multidimensionalidade humana, o que suscita reorganização de currículos sob novas bases político-pedagógicas. Faz-se necessário também que as políticas de incentivo à amamentação incluam ações em saúde que ofereçam suporte às mulheres impossibilitadas de amamentar, de modo a se sentirem mães em plenitude.

Palavras -chave: HIV/aids/transmissão vertical/amamentação/integralidade

COELHO, Sinaide Santos Cerqueira. **Approach professional the care of women carriers of the HIV virus unable to breastfeed**. 2008. 65p. Dissertation (Masters). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador.

ABSTRACT

The excellence of milk as food ideal for the newborn and infant is being increasingly proven. However, the feminization of aids there was a greater risk of vertical transmission of the disease and the Ministry of Health launched the control measures, among them the abolition of lactation and breastfeeding not by women with the virus since the breastfeeding consists of a further increase of transmission of 7 to 22%. The professionals (as) have presented difficulties of dealing with feelings that emerge in women carriers of the HIV virus by the inability to breastfeed. Whereas to complete the look from the perspective of the whole (as) to host professional women with advice and emotional support, not only with technical competence was developed qualitative character of a study, which aimed to: 1. Knowing the experience of health professionals in caring for women with the virus before the failure to breastfeed; 2. describe the strategies adopted by health professionals to deal with their difficulties in taking care of women carriers of the HIV virus, 3. identify the consequences of the impediment of breastfeeding for the exercise of motherhood under the gaze of professionals. It was used as analytical categories gender and completeness. Gender is a social construction, historical and plural that brings its significance in the diversity of social conceptions about the place of women and men. The whole is the continuing quest to expand the possibilities of seizure of the health needs of valuing human being in psychobiological and social aspects. The empirical material has been produced by the technique of semi-structured interview conducted with a multidisciplinary team of a maternity public, city of Salvador-Ba. The empirical material was analyzed by means of technical analysis of the second speech Fiorin believes that the speech a social, ideological whose representations are material in the language, looking up in the analysis of the world view of the subjects enrolled in speeches. The analysis showed that the shares professionals in the care of women carriers of the HIV reflect the inseparable wife, reproduction and breast feeding, reproducing values naturalizados socially second attributes of gender. The care has been targeted by the model of attention hegemonic dominance with the completion of protocols institutional, distancing itself from the whole. The professionals assume not be prepared to deal with the specifics of the HIV carriers, transfer responsibilities to others (as) and pointed to education as deficit regarding qualification for dealing with human multidimensionalidade which raises reorganization of curriculum under new political bases - teaching. It is also necessary that policies to encourage breastfeeding include stock health to provide support to women unable to breastfeed so feel mothers in fullness.

Key Words: HIV /AIDS/vertical transmission/breastfeeding/ completeness.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	O ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA HISTÓRIA	12
2.2	A MAGNITUDE DA INFECÇÃO PELO HIV	15
1.2.1	Transmissão vertical do HIV	17
3	METODOLOGIA	20
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1.	GENÊRO COMO CATEGORIA ANALÍTICA	20
3.2.	INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE	21
2.2.1	Cuidado e saúde da mulher	24
3.2	Trajectoria Metodológica	26
3.2.1	Caracterização do estudo	26
3.2.2	Universo empírico do estudo	26
3.2.3	Produção do material empírico	27
3.2.4	Análise e discussão do material empírico	28
4	SUBJETIVIDADE FEMININA COMO DIMENSÃO DA ABORDAGEM PROFISSIONAL SOBRE MATERNIDADE	30
5	MODELO TÉCNICO COMO OBSTÁCULO À INTERSUBJETIVIDADE NO CUIDADO DE PUERPÉRAS PORTADORAS DO HIV	37
5.1	CUIDADOS TÉCNICOS EM SOBREPOSIÇÃO À SINGULARIDADE DE PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV	37
5.2	TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADES COMO ESTRATÉGIA PROFISSIONAL DIANTE DAS DEMANDAS DE PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A-Instrumento de produção de dados	
	APÊNDICE B-Termo de consentimento livre e esclarecido	

INTRODUÇÃO

A excelência do leite materno como alimento para o recém-nascido e lactente vem sendo cada vez mais comprovada, sendo considerado insubstituível por fornecer o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças nessa fase. O leite materno tem também uma influência biológica e emocional sem igual sobre a saúde tanto de mães quanto de crianças (OMS, 1989).

Todavia, no Brasil, a crescente utilização de leite industrializado a partir da primeira metade do século XX resultou em altos números de desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil, o que levou o Ministério da Saúde a lançar o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, com o objetivo de retomar a valorização do aleitamento materno. Uma outra estratégia para promover práticas facilitadoras da amamentação nas maternidades foi a criação do Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1992, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a infância (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar que o Brasil é um país em desenvolvimento, com distribuição inadequada de renda, acarretando baixo poder aquisitivo de grande parcela da população e dificuldade de acesso à alimentação de qualidade. Assim, o alto custo de fórmulas infantis e a alimentação inadequada na primeira infância, acarretam desnutrição, baixa resistência orgânica e conseqüentemente, quadros infecciosos irreversíveis, sendo o não aleitamento materno apontado como uma das causas. Todavia, é importante não fazer a associação direta de falta de leite humano com a questão da desnutrição infantil, pois o não acesso a outras fontes alimentares e alternativas é que promovem a desnutrição em crianças (ICHISATO; SHIMO, 2002).

O Brasil foi um dos doze primeiros países a adotar a IHAC como política de proteção, promoção e apoio do aleitamento materno, e desde então vem crescendo o número de hospitais credenciados como amigos da criança. Nesses, a ação primordial consiste em assegurar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, contribuindo para a redução efetiva da morbi-mortalidade infantil no primeiro ano de vida, decorrente de desidratação e desnutrição (BRASIL, 2001)

As medidas governamentais são fruto da preocupação crescente com as questões relacionadas à saúde das crianças, o que fez com que houvessem investimentos científicos que

confirmaram a importância do leite materno como essencial para a saúde dos lactentes. A amamentação torna-se uma das formas mais eficazes de redução dos índices de morbimortalidade infantil, sendo a mulher responsabilizada como a única capaz de fornecer a saúde para o (a) seu (a) filho (a) e o ato de amamentar passa a ser normatizado a todas as mulheres.

Isso se soma aos papéis femininos atribuídos ao longo da história, vinculando a imagem da mulher à de reprodutora, sendo a responsável pelos cuidados e bem-estar de filhos (as) e esposo, já que o casamento e a maternidade deveriam constituir seu lugar social. Esses atributos, naturalizados e incorporados pelas mulheres, fazem com que o aleitamento materno se insira no processo de realização da maioria das mulheres que optaram pela maternidade.

Desse modo, a ampla divulgação da relação aleitamento materno e saúde da criança fez com que as mulheres, historicamente valorizadas pela função reprodutiva e o cuidado, internalizassem o aleitamento materno como condição para cumprir plenamente esse papel. Além da oferta de uma alimentação completa do ponto de vista nutricional, o aleitamento materno é representado socialmente como processo que envolve afetividade e amor materno, contribuindo para o equilíbrio emocional de mãe e filho(a) e para a expressão da feminilidade segundo atributos de gênero.

Entretanto, paralelo às vantagens do aleitamento materno, vivencia-se o processo de epidemia e feminização do HIV nos últimos anos e, como consequência, o aumento da transmissão vertical. Nessa, 65% da infecção ocorre durante o trabalho de parto e parto, propriamente dito, 35% ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, sendo que o aleitamento materno representa transmissão adicional de 7 a 22% (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST e Aids, reuniu o Comitê Assessor para Recomendações da Profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes e as demais condutas relacionadas à profilaxia da transmissão vertical do HIV. Uma das medidas adotadas foi a substituição do aleitamento materno por leite artificial, objetivando reduzir as fontes de risco de contaminação que, juntamente a outras medidas de controle para o HIV, resultou na redução significativa da incidência de casos de Aids em crianças (BRASIL, 2004c).

No Brasil, embora haja disponibilidade de testes, muitas mulheres chegam às maternidades sem terem frequentado o pré-natal. Há também uma cobertura insuficiente de mulheres testadas durante a gravidez, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV, nas quais a qualidade do pré-natal, ainda está aquém do desejável, associada à captação tardia das gestantes. Portanto, para a maioria das mulheres, a única oportunidade de terem

acesso ao aconselhamento e ao teste para pesquisa do HIV é na hora do parto (BRASIL, 2003).

Assim, durante toda a gestação, com o apoio do serviço de saúde, a mãe é preparada para o prosseguimento da união simbiótica entre ela e sua criança, esperando-se que depois de ter dado à luz o interesse e o envolvimento cresçam, aprofundem-se e fiquem mais fortes. Isso faz com que a amamentação torne-se para um grande número de mulheres um momento importante na relação afetiva entre a mãe e a(o) filha(o) para se cultivar a intimidade, o carinho e a segurança do bebê. Entretanto, no momento do parto, a mulher pode deparar-se com a possibilidade de estar contaminada pelo vírus HIV e, a partir daí, a amamentação do(a) seu(sua) filho(a) estará impossibilitada.

A mulher portadora do vírus HIV precisa proporcionar à(ao) filha(o) esses momentos de amor, atenção e zelo. Logo, é importante que a puérpera receba suporte da equipe de saúde para não se sentir discriminada por não estar amamentando. Nesse sentido, ao prestar o cuidado, deve-se atentar para a necessidade de cada puérpera nos aspectos relativos ao equilíbrio emocional para lidar com fatos novos que envolvem não somente a relação mãe e filha(o), mas o convívio familiar e outras relações, na medida em que o aleitamento materno é legitimado socialmente como espaço de se exercer a maternidade em sua plenitude.

Em minha atuação em maternidades como enfermeira obstétrica, tenho observado dificuldades de toda a equipe de saúde em acolher e dar suporte emocional às puérperas portadoras do vírus HIV, diante dos sentimentos que emergem pela impossibilidade de amamentar, como medo, angústia, frustração, vergonha, tristeza. Somam-se a esses, as dificuldades em lidar com as alterações fisiológicas do processo inicial de lactação, e de oferecer esclarecimento a familiares e amigas(os) ao serem questionadas quanto a não amamentação. Referem ter dificuldades em lidar com a situação por terem aprendido a promover a amamentação, e não o seu inverso, o que se dá em meio ao sofrimento e à tristeza comumente observados nessas mulheres, que se esforçam para estabelecer, manter e fortalecer o vínculo afetivo com o (a) seu (sua) filho (a), na ausência do aleitamento materno.

Consideramos que, para concretizar seu papel na perspectiva da integralidade do cuidado, os(as) profissionais devem acolher as mulheres com aconselhamento e suporte emocional oferecendo atenção particularizada àquelas portadoras do vírus HIV no puerpério. Para isso, necessitam não somente de competência técnica, mas de habilidade para lidar com singularidades. Assim diante de observações empíricas que apontam dificuldades da equipe profissional para enfrentamento dessas situações, decidimos pela realização de um estudo que

responda à seguinte questão: Como os profissionais de saúde experienciam, no processo de cuidar de mulheres portadoras do vírus HIV a impossibilidade de amamentação destas?

Para responder a essa questão, este estudo apresenta como objetivos:

- Descrever a experiência de profissionais de saúde no cuidado às mulheres portadoras do vírus HIV, diante da impossibilidade da amamentação;
- Identificar as conseqüências do impedimento à amamentação para o exercício da maternidade segundo o olhar dos (as) profissionais;
- Analisar as estratégias adotadas por profissionais de saúde para lidar com suas dificuldades em cuidar de mulheres portadoras do vírus HIV no tocante a impossibilidade de amamentar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ALEITAMENTO MATERNO ATRAVÉS DA HISTÓRIA

A história do aleitamento materno é tão antiga quanto a da civilização humana, mas há um comportamento mutável no que se refere à prática da amamentação fazendo, com que o valor atribuído ao leite materno sofresse oscilações ao longo dos tempos, em diferentes sociedades.

A substituição do aleitamento diretamente ao peito por outras formas de alimentação parece constituir uma prática muito antiga; tal fato se evidencia pelos registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (BOSI, 2005). Houve também o sistema de amas de leite em tempo anterior à era Cristã, sendo determinado pelo código de Hamurabi na Babilônia, 2250 a.C, que se uma ama deixasse morrer, por negligência, o lactente que lhe fora confiado, teria seus seios amputados (CARVALHO, 2005).

Aproximadamente 4 mil anos após, de 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus/suas filhos(as). Embora o aleitamento materno fosse considerado regulador de uma nova gravidez, elas preferiam dar à luz do que amamentá-lo(a), porque acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornavam velhas (REA, 2006). Todavia, de acordo com o diário de chefes de família da grande burguesia parlamentar, as mães do século XVI amamentavam seus/suas filhos(as). Somente entre o final desse século e o início do século XVII, a prática de enviar os(as) filhos(as) para a casa de amas conquistou as famílias, estendendo-se por todas as camadas da sociedade urbana. Nesse período, houve um aumento crescente de mortes infantis, associadas a doenças adquiridas através das amas de leite.

No Brasil, existem relatos de que nos séculos XVI e XVII, os (as) filhos (as) das indígenas Tupinambás eram amamentados (as) durante um ano e meio e eram transportados (as) em pedaços de pano, conhecidos por *typóia*. Mesmo que as mulheres fossem trabalhar nas roças, não deixavam seus/suas filhos (as) e, se soubessem que o bebê tinha mamado em

outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho, pois acreditavam que, juntamente com o leite, eram transmitidas doenças e sentimentos ruins existentes nessas mulheres (BOSI, 2005).

Na França, o aleitamento mercenário foi prática corrente nos séculos XVII e XVIII; as mulheres abastadas contratavam amas em domicílio e as das classes populares enviavam seus/suas filhos(as) para os campos, para serem amamentados(as) por camponesas. No Brasil colonial, a amamentação pela escrava foi prática comum e a amamentação por amas de leite perdurou até fins do século XIX (BOSI, 2005).

Moura da Silva *apud* Carvalho (2005, p.168) relata que no Brasil, antes de 1874, ocorria também o aleitamento por animal, sendo reservado para casos especiais. Quando a mãe estava impossibilitada de aleitar e não se conseguia uma ama, a cabra era o animal indicado pela forma e volume das tetas, pela abundância e qualidade do leite e pela sua docilidade.

O sistema de amas de leite perdurou até fins do século XIX; depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de mamadeira com leite de vaca, viria a substituir a amamentação mercenária. Uma grande quantidade de pesquisas orientadas por médicos, buscava um substituto para o leite materno, surgindo a “cultura da mamadeira”, com grande investimento das indústrias em campanhas publicitárias para o incentivo do leite artificial. A sociedade, inclusive os(as) profissionais de saúde, acreditava estar oferecendo o melhor alimento às crianças daquela época (BOSI, 2005).

Havia uma supervalorização dos substitutivos do leite materno, ressaltando-se a equivalência perfeita do produto, a facilidade de acesso e a recomendação dos eminentes pediatras para a utilização de fórmulas infantis na dieta de crianças. A partir de 1922, observou-se uma crescente veiculação de propagandas de leite em pó (CARVALHO, 2005). Do final dos anos 40 ao início dos anos 50 do século XX, os produtos foram apresentados como opção para facilitar a tarefa dos médicos, que passaram a prescrevê-los indiscriminadamente às mães, como forma mais prática e viável de alimentação para seus/suas filhos(as), assegurando ser um produto confiável (BOSI, 2005).

Diante do desconhecimento a respeito da lactação e do controle da alimentação infantil pela categoria médica, inicia-se um momento propício para a propagação de idéias distorcidas, impedindo o envolvimento dos(as) profissionais de saúde na disseminação do aleitamento natural. A partir do século XX, com o processo de industrialização, as mulheres passaram a se inserir no mercado de trabalho, e seu lugar social ampliou-se para além da função materna. Diante da desvalorização do aleitamento materno e da prioridade na

manutenção da mulher como mão de obra ativa no mercado de trabalho, associada à falta de amparo legal às mulheres que amamentavam, houve um aumento nos índices de desmame precoce (CARVALHO, 2005).

Considerando as transformações ocorridas ao longo da história no tocante ao aleitamento materno, Moura da Silva *apud* Carvalho (2005, p.168), divide os discursos médicos sobre os valores da amamentação em 4 fases:

- 1ª fase: durou todo o século XIX. Nessa, os(as) médicos(as) estimulavam a alimentação ao seio, mas eram complacentes com a amamentação por amas de leite.
- 2ª fase: do início do século XX até a segunda Guerra mundial. A puericultura tinha mensagens rígidas de amamentação e não admitia exceções.
- 3ª fase: da segunda guerra mundial até a década de 70 do século XX. Os(as) médicos(as) estimulavam o desmame, introduzindo precocemente o leite artificial e outros alimentos.
- 4ª fase: surge no início da década de 1980, até o momento atual, no qual os(as) médicos(as) voltaram a estimular o aleitamento materno e as exceções a essa prática diminuíram, questionando-se a hipogalactia.

No Brasil, campanhas e estratégias voltadas para o incentivo à amamentação, iniciadas na década de 1980, fizeram com que as indústrias abandonassem a prática de entrega de leite em pó às mulheres que deixavam a maternidade. A partir da década de 1980, o governo brasileiro, preocupado com os altos índices de mortalidade infantil no primeiro ano de vida, viabilizou a implantação e a implementação de diversos programas e estratégias de promoção ao aleitamento materno (BRASIL, 2001). Ampliou-se a reflexão sobre o resgate do aleitamento exclusivo em todo o país e em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM).

Entre as ações desenvolvidas a partir do PNIAM, ressaltam-se: o incentivo ao hospital amigo da criança, criação de bancos de leite humano, capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno, Método Canguru, monitoramento e fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras; fiscalização dos direitos da mulher que amamenta, Projeto bombeiro da vida e Projeto carteiro amigo da amamentação. Os projetos têm sido coordenados e desenvolvidos pelo Ministério da Saúde em parceria com outras instituições como universidades, organismos não governamentais e internacionais, sociedades de classe, Ministério do Trabalho, corpo de bombeiros e Ministério das Comunicações (ARAÚJO et al, 2003). Como resultado, verifica-se hoje um aumento nos indicadores de aleitamento exclusivo no Brasil, aliado a estratégias diversificadas de

incentivos à amamentação, com o principal intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil.

2.2 A MAGNITUDE DA INFECÇÃO PELO HIV

Os primeiros casos de aids foram diagnosticados nos Estados Unidos, no início da década de 1980, a partir da ocorrência de casos de pneumocistose e Sarcoma de Kaposi com predominância em pessoas jovens e previamente saudáveis. Naquela época, chamava atenção dos profissionais de saúde serem os pacientes homossexuais masculinos. Essa característica se repetiu no Brasil, posteriormente, sendo o primeiro caso identificado em 1982, embora em São Paulo tenha sido reconhecido um caso retrospectivo referente ao ano de 1980. No ano da identificação do primeiro caso, foi criado o primeiro programa oficial voltado à prevenção e tratamento da doença, que contava com a cooperação da comunidade “gay” organizada e dos técnicos da Secretária de Saúde do estado de São Paulo (BRASIL, 2004a).

O conhecimento sobre a aids cresceu rapidamente e por conta do referencial epidemiológico, surgiu a denominação de “grupos de risco”, que na época já incluía homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Isso levou a população a acreditar que a doença só atingiria grupos específicos, gerando dificuldades na prevenção por levar as pessoas heterossexuais a sentir certa segurança em não adquirir a infecção. Por outro lado, foram reforçados estigmas e preconceitos referentes ao HIV/aids, fato que repercute até a atualidade (BRASIL, 2004a).

Em 1985, foram liberados os primeiros testes diagnósticos, baseados na detecção de anticorpos para o vírus. Concomitantemente, surgiram no Brasil as primeiras organizações não governamentais dedicadas especificamente às questões referentes ao vírus HIV. São elas, o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à Aids), em São Paulo e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), fundada por Herbert de Souza. Com o aumento dos casos de óbitos e novos casos de Aids, foi criado em 1986, o Programa Nacional de DST e Aids e, em 1988, a OMS (Organização Mundial de Saúde) instituiu o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a Aids, sendo parte de uma estratégia de mobilização, prevenção e conscientização sobre a doença (BRASIL, 2004c).

A partir da idéia de garantir a testagem para identificação da soropositividade com respeito à privacidade dos indivíduos, em fins de 1988 surgiram os primeiros centros de testagem anônima e aconselhamento no Brasil, na época denominados de COAS (Centros de

Orientação e Apoio Sorológico). Nesse final de década, a Zidovudina (AZT), primeiro medicamento a ser utilizado no tratamento para controle do vírus HIV, anteriormente denominada de azidotimina, já estava sendo utilizada, sendo posteriormente demonstrado que a droga apresentava melhor eficácia na prevenção da transmissão vertical do HIV. Foi confirmado que o uso do AZT durante a gestação, no trabalho de parto e no nascimento de mulheres contaminadas pelo HIV reduz em até 60% as chances da transmissão mãe-filho(a) (BRASIL, 2004c).

Em 1996, com o advento de uma nova classe de fármacos inibidores da protease, e com a utilização simultânea de outras drogas, ocorreu um grande avanço na luta contra a doença, pelo controle da deteriorização do sistema imunológico, o que fez a mortalidade pela Aids cair de maneira significativa. Ainda nesse ano, o programa nacional de Aids reuniu especialistas no tratamento da doença e estabeleceu parâmetros de tratamento e acompanhamento de pessoas com aids. Através de consensos, foram elaborados documentos de orientação e disponibilizados ao público, servindo de guia para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos pacientes.

O programa de controle do HIV brasileiro passou a ser exemplo internacional, tendo como características mais marcantes a integração entre prevenção e assistência, e a universalidade das ações, havendo parceria entre órgãos governamentais e sociedade civil organizada.

Ao lado dos avanços do conhecimento sobre a infecção e controle da doença, ocorreram também importantes mudanças no perfil epidemiológico da Aids. Enquanto a primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela predominância de homens homo e bissexuais, de escolaridade elevada, na segunda fase, de 1987 a 1991, passou a se caracterizar pela transmissão sanguínea, através de usuários de drogas. Já em sua terceira fase, de 1992 até os dias atuais, houve um grande aumento de casos por exposição heterossexual, levando como consequência a feminização da epidemia.

Hoje, as principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados não testados e em usuários de drogas injetáveis) e perinatal (transmissão de mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno), podendo ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho (BRASIL, 2003).

2.2.1 Transmissão vertical do HIV

A transmissão perinatal, ou transmissão vertical do HIV, aumentou com a heterossexualização da epidemia. A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém, é menos freqüente no primeiro trimestre, aumentando no período intra-parto pela possibilidade de transfusão de sangue materno para o feto durante as contrações uterinas; na presença de infecção após ruptura das membranas e pelo contato do feto com as secreções ou sangue infectados do trato genital materno.

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores; dentre eles citam-se: a) carga viral, genótipo e fenótipo viral; b) fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher; c) fatores comportamentais, como o uso de drogas e prática sexual desprotegida; d) fatores obstétricos, como via de parto e presença de hemorragia intra-parto; e) fatores relacionados ao recém-nascido, nesses incluídos prematuridade e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2003).

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7% a 22%. O HIV é excretado livre ou no interior de células no leite de mulheres infectadas, que podem ou não apresentar os sintomas da doença. A carga viral no leite materno é um importante determinante do risco de transmissão pelo HIV. No recém-nascido, a porta de entrada do vírus são as mucosas gastrointestinais e nasofaríngeas (LAMOUNIER et al, 2004).

Segundo os autores citados, a transmissão do HIV através do leite materno pode ocorrer em qualquer fase, porém, parece ser mais freqüente nas primeiras semanas após o parto e nas infecções maternas recentes. A carga viral no colostro é mais elevada do que no leite maduro, sendo que o retrovírus pode infectar células do epitélio mamário antes mesmo do parto, podendo ser encontrados livres ou infectando monócitos do leite, que equivalem a 50% das células do leite materno. Essas células podem transportar o vírus da circulação materna ou de tecidos linfóides para o intestino do neonato.

Segundo Boletim Epidemiológico de 2007, desde a implantação da vigilância epidemiológica da gestante portadora do vírus HIV em 2000, até 30 de junho de 2007, no Brasil, foram notificados no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) 36.326 casos, sendo que em 2005, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores coeficientes de detecção de gestantes portadoras do vírus HIV. Cerca de 55% dos casos notificados são gestantes de 20 a 29 anos; quanto ao grau de escolaridade, houve maior incidência nas mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade, uma média de 37.9% (BRASIL, 2007).

O mesmo Boletim Epidemiológico informa que de 1980 a junho de 2007, foram identificados 314.294 casos de Aids no sexo masculino e 159.793 no sexo feminino. Sendo

assim, a razão de sexo no Brasil vem diminuindo, passando de 15 homens para cada mulher (15,1:1) em 1996, para 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) em 2005. Ressalta-se que na faixa etária de 13 a 19 anos, há uma inversão na razão de sexo a partir do ano de 1998, sendo maior o número de casos no sexo feminino nessa faixa etária (BRASIL, 2007).

Em 2005, foram identificados 700 casos de Aids em menores de 5 anos, correspondendo a uma taxa de incidência de 3,9/100.000 hab, ressaltando-se que a cada ano vem decrescendo os casos de Aids em menores de 13 anos devido a redução da transmissão vertical sendo diagnosticados no país 11.026 casos (BRASIL, 2007).

A gravidade da expansão da epidemia entre pessoas do sexo feminino pode ser avaliada pela ocorrência crescente de casos de transmissão da mãe para o concepto. A transmissão perinatal, seja na gravidez, trabalho de parto ou através do aleitamento materno é considerada como importante indicador do aumento da epidemia entre mulheres (GUIMARÃES, 2001). Em decorrência da estimativa de que, cerca de 15 a 30% das crianças nascidas de mães portadoras do vírus HIV adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou através da amamentação, o Ministério da Saúde, objetivando a redução da transmissão vertical do HIV instituiu as seguintes recomendações:

- Oferecer teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós teste;
- Oferecer AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente da carga viral, sendo que o tratamento deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação até o parto;
- Oferecer AZT intravenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto, ou quatro horas antes da cesariana;
- Oferecer AZT xarope ao RN, o mais precocemente possível até a 6ª semana de vida;
- Não oferecer o leite materno às crianças nascidas de mãe HIV positiva, devendo ser substituído por leite artificial com fórmulas apropriadas até o segundo ano de vida.

As ciências biomédicas têm acumulado um rico acervo a respeito do HIV/Aids, mas, apesar dos avanços no Brasil, ainda é difícil a convivência com a epidemia, onde o difícil acesso da população mais pobre aos serviços de saúde, o despreparo dos profissionais de saúde e o uso inadequado dos novos tratamentos por parte dos(as) médicos(as), contribuem para a dificuldade no controle da epidemia do HIV/Aids (GUIMARÃES, 2001).

Desse modo, o HIV/Aids trata-se de uma infecção/doença pandêmica passível de atingir toda e qualquer população em âmbito regional, nacional e mundial. Sua incidência está relacionada à heterogeneidade social, econômica e cultural e às desigualdades que a

acompanham nos mais diversos países. Nesses cenários, inserem-se os condicionantes de práticas sociais e sexuais diferenciadas, fazendo com que a prevenção, o tratamento e o controle do HIV/Aids se mantenham como um grande desafio para os profissionais de saúde. O deslocamento da incidência da epidemia para as camadas socialmente desprivilegiadas, em particular para mulheres e crianças neonatas, evidencia o caráter estruturalmente diferenciado das populações atingidas pelo HIV/Aids, assim como a marcante assimetria sexual das relações entre gêneros (GUIMARÃES, 2001).

A discriminação sexista afeta e subordina as mulheres, fazendo com que incorporem para si e para as demais mulheres na construção da identidade de gênero, os estereótipos de “mulher de respeito” e “rainha do lar”, aqui incluídos os valores atribuídos aos vários papéis socialmente determinados: o de esposa sexualmente ativa, amorosa, fiel ao parceiro, mãe dedicada e abnegada e filha atenciosa. Esses atributos colaboram para que a mulher sinta-se protegida, subestimando a possibilidade de contágio a partir do parceiro (BASTOS, 2006).

Para esse autor, as mulheres, ainda quando reconhecem a necessidade de proteção sexual, têm dificuldade de negociar o uso de preservativo, o que se amplia nas camadas sociais menos favorecidas, sobretudo quando dependem economicamente de seus parceiros, o que tem contribuído para o aumento da incidência de casos de HIV/Aids em mulheres. Além disso, as Infecções sexualmente transmissíveis/HIV quase sempre representam um elemento de vergonha e humilhação, sendo as mulheres acometidas consideradas sujas e imorais, enquanto sua ocorrência nos homens é muitas vezes interpretada como sinal de potência sexual. Portanto podemos afirmar que a predisposição feminina é mais social do que biológica.

Não se nasce, mas torna-se mulher
(Simone Beauvoir, 1949)

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.1 GENÊRO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

O Gênero constitui uma categoria analítica originária da luta feminista, uma vez que o movimento feminista dá os primeiros passos para se constituir movimento político a partir do século XIX, iniciando-se pela luta das mulheres por direitos à cidadania, particularmente na França e na Inglaterra. Na Europa, conforma-se como movimento político organizado nos anos de 1960 e no Brasil, ao final da década de 1970, época em que se delinea o conceito de gênero utilizado no país a partir dos anos 80 do mesmo século, orientando assim o campo de estudos sobre mulher e relações sociais (SANDENBERG, 2004).

John Scott, historiadora americana que construiu gênero como categoria analítica, assim o define: “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos; e o gênero é um primeiro modo a dar significado às relações de poder”(SCOTT,1990,p.14). Segundo Lopes; Meyer; Waldow (1996) gênero consiste numa construção social, histórica e plural que traz em seu significado a diversidade de concepções sobre o lugar social de homens e mulheres, sofrendo influência da religião, da classe, da raça/etnia e da geração que se alteram segundo o momento histórico.

A concepção de identidade feminina e masculina condicionada ao sexo em sua dimensão anatômica e fisiológica possibilitou interpretações de que as diferenças entre homens e mulheres no domínio cognitivo e comportamental, bem como as desigualdades sociais, poderiam decorrer de diferenças sexuais localizadas no cérebro, nos genes ou provocadas por hormônios (SCOTT, 1990). Isso criou representações essencialistas que sustentam argumentos biológicos para desqualificar as mulheres, corporal, intelectual e moralmente, o que impôs a estudiosas(os) da área a necessidade de ampliar pesquisas que consolidassem a compreensão da distinção entre os componentes natural e biológico como relacionados a sexo, e social e cultural como relacionados a gênero (CITELLI, 2001).

O estudo das relações de gênero implica em pelo menos dois níveis de análise: o de gênero como uma construção e categoria do pensamento, ajudando no entendimento de histórias e mundos sociais particulares, e o de gênero como relação social. As relações de

gênero são complexas e instáveis, com divisões e atribuições diferenciadas e assimétricas de traços e capacidades humanas (FLAX, 1990). É importante ressaltar que a subordinação da mulher não se manifesta da mesma forma ou no mesmo grau de intensidade em sociedades, épocas ou classes sociais diferentes. Isso não implica dizer que mulheres em semelhantes condições sociais, econômicas e culturais terão a mesma percepção ou consciência da situação de dominação/subordinação a que estão submetidas, pois a vida de cada mulher é sempre única e tem sua própria marca (SANDENBERG, 2004).

Negar gênero significa, em primeiro lugar, negar as relações sociais que constituem e validam a opressão sexual das mulheres, permanecendo numa ideologia em benefício do sujeito do sexo masculino (LAURETIS, 1994). No tocante à sexualidade, gênero dá ênfase a todo o sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado por ele, nem determina diretamente a sexualidade. Nesse sentido, a autora afirma:

A polaridade “masculino” e “feminino” tem sido e ainda é um dos temas centrais de quase todas as representações da sexualidade. Dentro do senso comum, as sexualidades masculinas e femininas aparecem como distintas: a sexualidade masculina é considerada ativa, espontânea, genital, facilmente suscitada por objetos e pela fantasia, enquanto que a sexualidade feminina é vista em termos de sua relação com a sexualidade masculina, como sendo basicamente expressiva e responsiva à masculina(p.57).

A sociedade legítima, também, diferentes estratégias a serem utilizadas por homens e mulheres para exercer influência e controle sobre o outro, compreendendo-se estratégia de controle como a que um sujeito tem de influenciar uma pessoa no seu modo de pensar, sentir ou agir (ROCHA-COUTINHO, 1994). Nesse processo, a reprodução biológica da vida tem sido valorizada como principal função social das mulheres e espaço de realização, o que sofre modificações com a organização do movimento feminista e as reivindicações que resultaram na formulação dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda que a maternidade mantenha-se como horizonte na vida de muitas mulheres.

3.2 INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde hegemônico no Brasil, tem impossibilitado a apreensão das necessidades mais abrangentes do ser humano por negar sua multidimensionalidade restringindo-se a oferecer ações técnicas dirigidas à dimensão biológica o que vem produzindo críticas no interior das profissões de saúde.

O trabalho das equipes e organizações de saúde deve contribuir para ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção dos(as) usuários(as) das ações e serviços de saúde sobre suas vidas. Não se deve apenas tomar como referência a busca eficiente do diagnóstico, cuidado, tratamento, etiologia e profilaxia das doenças, mas sim, buscar formas de atendimento às necessidades de saúde das pessoas, levando-as a ampliar sua capacidade de pensar no contexto social e cultural (CECCIM, 2005).

A Constituição Brasileira de 1988, ao criar a o Sistema Único de Saúde, define como princípios para atenção à saúde da população, a universalidade, a equidade e a integralidade, a se concretizarem por meio de uma rede hierarquizada de serviços, havendo ao longo de duas décadas dificuldades para implementação. Na atualidade, defende-se a integralidade como possibilidade de transformação do modelo de atenção, significando

uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes e assumem como tarefa e objetivo, garantir a vida no seu sentido mais amplo (PINHEIRO et al, 2005, p. 85).

A integralidade do cuidado à saúde surge como um modo de organizar os serviços, sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada; consiste na busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. As políticas pautadas no princípio da integralidade tomam os sujeitos como tal, não negligenciando seus desejos, nem seus direitos, valorizando o ser humano nos aspectos psicobiológicos e sociais (MATTOS, 2001). Contudo, ainda temos muito que caminhar na busca de práticas que se traduzam em integralidade, pois como afirma Teixeira (2003, p. 90) “há muita coisa separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada em muitos e diferentes formas, a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas”.

Para que se garanta a integralidade é preciso rever as questões referentes ao cuidado, pois na busca do conhecimento sobre as doenças e seus tratamentos, profissionais de saúde se distanciaram das relações com seres humanos em sofrimento, substituindo o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos, primando muitas vezes pelo avanço tecnológico da ciência (CAMARGO JUNIOR , 2005).

Vê-se assim, que integralidade e cuidado caminham juntos, este definido por BOFF (1999, p. 92) como:

um ato singular ou uma virtude ao lado de outras virtudes, é um modo de ser-no-mundo, que funda as relações que se estabelecem com todas as integradas

coisas. No jogo das relações, na co-existência e convivência, o ser humano constrói seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade.

Para Colliere (1989, p. 29), cuidar significa “velar, tomar conta, representa um conjunto de actos , que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos”. Waldow (1998, p. 127) o considera como forma de expressão de relacionamento com o outro ser e com o mundo, definindo-o como:

Comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter em melhoria a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é resultante do processo de cuidar.

Portanto, para que o cuidado se efetive, deve existir uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, tornando-nos nesse processo relacional capazes de entender as necessidades do(a) outro(a), e de responder a elas de forma adequada, estar apenas bem intencionado não é suficiente para garantir o cuidado.

Camargo Junior *et al* (2005, p.79) afirmam: “o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo”. Assim, cuidar implica, além de prestar assistência, uma atitude ética, de respeito e atenção para com o outro (ser cuidado) no sentido de compreender suas reais necessidades. Ao se cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua singularidade, sendo imprescindível conhecimentos acerca da ética e da moral, princípios que propiciam uma nova razão, seja ela instrumental, emocional ou espiritual (PINHEIRO *et al*, 2005).

O cuidado não implica necessariamente em reciprocidade. Esta última é condicionada ao contexto e às condições particulares de quem é cuidado, seja indivíduo, família ou comunidade, podendo estar presentes receptividade ou resistência. Não sendo constituído de atividades estanques, é no processo de cuidar e na avaliação de suas respostas que os(as) profissionais podem repensar suas atitudes frente ao compromisso ético e estético do cuidar e perceber a qualidade da interação estabelecida (COELHO, 2005).

Particularizando o campo da saúde da mulher e a perspectiva da integralidade, do cuidado, para prestar um atendimento que atenda às necessidades da mulher, é preciso valorizar a dimensão de gênero. Assim, faz-se necessário estar disponível para a escuta, o

diálogo e a compreensão do contexto sócio-cultural em que ela está inserida, dentre elas, como gênero influencia a sua saúde, possibilitando a fala e a troca de experiências e emoções.

3.2.1 Cuidado e saúde da mulher

As necessidades ou demandas das mulheres são construídas socialmente, ou seja, estão intrinsecamente relacionadas ao contexto social em que cada pessoa está inserida. Nesse sentido, a satisfação dessas necessidades requer articulação das práticas de cuidado com as especificidades das pessoas de quem se cuida. Nesse processo, é necessário estabelecer uma relação de confiança, de um vínculo que permita ao sujeito expressar livremente suas demandas, sendo o cuidar permeado pelo olhar para os condicionantes de gênero na saúde e no adoecimento das mulheres.

A integralidade do cuidado não pressupõe a plenitude do atendimento de necessidades, mas insistentemente busca qualidade da assistência à mulher, assim definida pela Rede Saúde: “Uma boa qualidade de assistência é, portanto, aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma. É assim a afirmação do domínio sobre seu corpo, sua sexualidade, sua auto-estima e seu poder de decisão, coisas que têm sido negadas no processo de construção da identidade de gênero” (REDE SAÚDE, 2000, p. 36).

Sendo assim, no campo da saúde da mulher, integralidade pode ser definida como

a concretização de práticas de atenção que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor e geração no processo de saúde e adoecimento das mulheres (COELHO *et al*, 2005, p. 10).

Nessa perspectiva, tem-se buscado qualificar a atenção à mulher há duas décadas, quando da criação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher). Esse se antecede à Constituição brasileira, defendendo a atenção integral como

eixo norteador das práticas de saúde reconhecendo os direitos humanos mais amplos das mulheres, entre eles os direitos sexuais e reprodutivos, sobre os quais os serviços de saúde têm responsabilidade seja quando os ações concretas os garantem, seja quando os negam ou negligenciam (COELHO, 2005, p.6).

Apesar do grande avanço que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, representou como proposta para a atenção à saúde da mulher, muitas foram as dificuldades para sua implementação, dentre elas, a forma de organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho, a dificuldade de concretização dos princípios do SUS e o despreparo de profissionais para atender a mulher segundo as especificidades do seu ciclo vital e o contexto em que as necessidades são geradas. (BRASIL, 2004b)

Diante das dificuldades para sua implementação, objetivando a mudança de indicadores epidemiológicos e o preenchimento de lacunas deixadas pelo PAISM, foi criada em 2004 a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta incorpora nas suas ações o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção à saúde como princípios norteadores, e é acima de tudo, uma proposta conjunta e de respeito à autonomia, enfatizando o empoderamento da mulher, assim como sua participação no controle social. Com uma visão mais ampliada, contempla grupos específicos de mulheres como: negras, lésbicas, indígenas, trabalhadoras rurais, mulheres em situação de prisão, adolescentes, mulheres no climatério e menopausa, em situação de violência, portadoras de doenças crônico-degenerativas, enfatizando a prevenção das DST e HIV/aids, câncer ginecológico, bem como o diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 2004b).

Em se tratando do HIV/Aids, frente à crescente disseminação da infecção, o Brasil apresenta uma política de enfrentamento dessa doença pautada nos princípios da integralidade, contemplando tanto as ações preventivas quanto assistenciais, tomando o sujeito como tal, não negligenciando seus desejos, nem seus direitos, podendo a mulher recusar-se ou não a realizar o teste anti-HIV, havendo um campo mais aberto ao diálogo, além da apreensão ampliada das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis à Aids (MATTOS, 2005).

Todavia, essa infecção ainda é cercada de preconceitos e dificuldades dos profissionais em lidar com a mesma quando diante de mulheres infectadas. Tal dificuldade é aprofundada pelo modelo de formação que, orientado pela visão técnica, não os(as) prepara para os enfrentamentos cotidianos diante de testagens positivas para HIV. Sendo assim, a integralidade só se realizará com redefinições de responsabilidades da equipe de saúde e a incorporação por essa de uma visão de cuidado em saúde que busque a superação do modelo fragmentário da atenção ainda predominante na nossa realidade. Diante do objeto de estudo e de sua contextualização, a articulação entre gênero, integralidade e cuidado constituem um eixo orientador do olhar para esse fenômeno da realidade.

3 TRAJETÓRIA

3.2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Esta “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que ocorrem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1996).

Para a autora, diferentemente da pesquisa quantitativa, que se preocupa com dados objetivos e leis causais que determinam a vida social, a pesquisa qualitativa trabalha com as experiências vivenciadas pelos sujeitos e com as suas subjetividades, dando significados específicos aos eventos com as representações de quem o vivencia. A mesma também considera que a realidade é mutável, construída histórica e dinamicamente através dos grupos sociais, leis, instituições e pode sempre ser continuamente transformada pelos sujeitos.

3.2.2 Universo empírico do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade pública da cidade de Salvador (BA), com atendimento especializado em obstetrícia, possui serviços de atendimento à mulher no processo parturitivo e puerperal, berçário de alto risco e ambulatório para o atendimento de pré natal de baixo e alto risco, com a disponibilidade de 86 leitos, possui profissionais de saúde de categorias diversificadas, sendo que selecionamos os que já haviam tido a experiência de cuidar de parturientes ou puérperas em situações de impossibilidade de amamentar devido a resultado de exame positivo para HIV, seja por diagnóstico definitivo, sorologia realizada anteriormente; ou provisório, teste rápido, realizado por ocasião do trabalho de parto.

Fizeram parte do grupo de estudo 8 profissionais que atuam na unidade de alojamento conjunto e prestam cuidados às puérperas portadoras do vírus HIV, assim distribuídas: 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras, 3 médicas, 1 psicóloga. Ressalta-se que a maternidade em que foi realizado o estudo não possui no seu quadro funcional o(a) profissional psicólogo(a), a entrevistada atua como preceptora de práticas do curso de psicologia de uma instituição de ensino da cidade de Salvador. Quanto às demais profissionais entrevistadas foi considerada a categoria profissional com atuação em turnos de trabalho diferentes.

Todas atenderam ao critério de inclusão citado e concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), elaborado segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi garantido anonimato, sigilo e direito de desistir de participar da pesquisa sem nenhuma restrição, ao mesmo tempo em que foi permitido o acesso aos dados e ao relatório de pesquisa e às pesquisadoras em qualquer momento do estudo. Tendo em vista não haver profissionais do sexo masculino nas equipes que cuidavam das mulheres portadoras do HIV na maternidade, no período de realização da pesquisa, os sujeitos da pesquisa foram somente mulheres.

As participantes tinham idade variando entre 29 e 45 anos, atuavam na área da saúde da mulher há pelo menos 3 anos e todas haviam vivenciado experiências com puérperas portadoras do vírus HIV. As enfermeiras não possuíam pós-graduação, as médicas encontravam-se em conclusão da residência em obstetrícia, a psicóloga possuía especialização na área de psicologia hospitalar. Todas possuíam cursos em Manejo da lactação.

3.2.3 Produção do material empírico

O material empírico foi produzido por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Essa técnica de coleta de dados, além de valorizar a presença do(a) pesquisador(a), abre espaços para que o(a) informante atinja a espontaneidade e a liberdade necessárias, propiciando um enriquecimento da investigação (TRIVIÑOS, 1987). A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

A produção dos dados ocorreu no período de julho a outubro de 2007. As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas na íntegra, não havendo qualquer recusa quanto ao uso da metodologia adotada.

3.2.4 Análise e discussão do material empírico

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso segundo Fiorin. Para esse autor, o discurso é uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem e a análise do discurso vai, à medida que estuda os

elementos discursivos, montando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo essa determinada socialmente (FIORIN, 2003). Para o autor, a ideologia constitui a maneira que cada pessoa tem de ver e compreender o mundo, o contexto à sua volta. É construída através das relações que as pessoas mantêm umas com as outras, das experiências acumuladas ao longo da vida e torna-se o referencial do indivíduo na condução da sua vida social.

Enquanto o discurso é a exteriorização das formações ideológicas, o texto é objeto de manipulação consciente, de modo que, no texto, o enunciador organiza da melhor maneira possível os elementos de que dispõe para exteriorizar seu discurso, o texto é individual e o discurso é social. O falante organiza seu discurso em função de um jogo de imagens, idéias e representações que constrói acerca do mundo ao longo das suas vivências (FIORIN, 2003).

Para o autor

o discurso são as combinações de elementos lingüísticos, usados pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso, ela é rigorosamente individual, pois sempre é um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso (FIORIN, 2003, p. 11).

O texto construído a partir da fala se estrutura em níveis de abstração crescente. Para chegar ao nível mais abstrato, é preciso agrupar os significados aparentados, aqueles que têm algo em comum, buscando-se chegar no plano mais profundo do que está sendo dito.

A análise deve se preocupar com aquele que está inscrito no discurso, o que revela a sua verdade naquele momento, mostrando a que formação discursiva pertence o discurso, que representações estão associadas à construção da sua visão de mundo. Assim, a análise revela quem é o sujeito do discurso e qual a sua visão de mundo, que se expressa acompanhada por crenças e valores incorporados inconscientemente, de modo que acabam por serem vistos como naturais.

O processo de análise dos dados por meio da técnica de análise do discurso obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2003):

1) Leitura do texto inteiro, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação, de modo a garantir a coerência.

2) Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano do significado (...);

3) Depreensão dos temas centrais com formulação de subcategorias que levaram à construção de categorias empíricas centrais.

4) Análise das categorias sob orientação do eixo teórico em articulação com a literatura pertinente, buscando atender aos objetivos da pesquisa.

As categorias empíricas, sua análise e discussão são apresentadas nos capítulos seguintes.

4 SUBJETIVIDADE FEMININA COMO DIMENSÃO DA ABORDAGEM PROFISSIONAL SOBRE MATERNIDADE

Os papéis socialmente definidos para as mulheres fazem com que no desenvolvimento da estrutura psíquica ela internalize valores socialmente legitimados como femininos, sendo reforçado pela cultura (CHODOROW, 1990). Assim, a maternagem como aspecto da estrutura social não existe distintamente do fato biológico de que elas dão à luz e amamentam os(as) filhos(as); há uma conexão aparentemente natural entre a capacidade das mulheres em dar a luz e amamentar com a sua responsabilidade pelo cuidado da prole. Embora por opção ou involuntariamente nem todas as mulheres vivenciem as experiências fisiológicas da gravidez, parto e aleitamento, na nossa sociedade e em muitas outras, emprega-se forte significado sociológico e psicológico a elas (CHODOROW, 1990).

Nesse sentido, Dimen (1997, p. 49) considera que “qualquer que seja o trabalho assalariado que as mulheres façam, são inseridas em primeiro lugar no âmbito doméstico, porque na ideologia são biopsicologicamente apropriadas para a criação de filhos e na prática são treinadas para isso”. Para a autora, “o fato de a primeira coisa que se quer saber sobre uma mulher é se é casada e a segunda, se tem filhos, testemunha a convicção cultural de que todas as mulheres deveriam fazer esse tipo de trabalho” (p. 49). Corroborando tais afirmações, ainda afirma que: “No cotidiano das mulheres, a maternidade é o articulador fundamental mesmo quando vivemos numa sociedade em que a maternidade já se conforma como uma opção”.

No tocante às experiências vivenciadas a partir do corpo, cada sujeito vivencia a sua condição corporal e a ela reage de modo peculiar, por meio de valores, idéias, projeções e comportamentos, associados a emoções e sentimentos, que representam um modo sócio-cultural e psico-afetivo de traduzir a vida. Assim, os sistemas simbólicos e de valores produtores de subjetividade devem ser valorizados na qualificação do trabalho em saúde, pois explicitamente ou não, são expressos na relação com os sujeitos alvos do cuidado (NOGUEIRA, 2007).

Neste estudo, todas as profissionais entrevistadas evidenciaram que a impossibilidade de amamentar traz repercussões para a mulher quanto ao exercício da maternidade. Seus depoimentos revelam que o sentimento da puérpera diante do impedimento da amamentação estão associados à incorporação de valores culturalmente construídos e socialmente

naturalizados sobre o ato de amamentar como um dos atributos que dá plenitude à maternidade.

Assim, como fenômenos que articulam dimensões social, cultural e biológica, a maternidade e o aleitamento materno inscrevem-se na subjetividade das mulheres segundo valores que se confirmam nos depoimentos a seguir:

Eu como psicóloga e mãe, te digo com toda certeza, que hoje diante de uma sociedade que nos cobra tanto o ser mãe, assim como o ato de amamentar; te digo com toda certeza que o fato de ser mãe e não poder amamentar traz repercussões no campo psicológico e fisiológico destas mulheres, ela deixa de exercer a maternidade de forma completa, de forma íntegra.(psicóloga)

Hoje em dia é muito difundido na mídia a amamentação, tem que colocar no peito, tem que mamar, não pode dar nada, só o peito, até pode cortar o elo, essa pressão da sociedade para que ela amamente. Portanto, no momento que ela não pode colocar ele no peito, isso pode deixá-la frustrada. (auxiliar enfermagem 1).

Em outros depoimentos, as profissionais revelam que são duplamente influenciadas, pela sociedade e pelas políticas públicas, não somente quanto à importância do ato de amamentar, mas quanto à indissociabilidade entre maternidade, aleitamento materno e realização da mulher. Assim, é difícil para profissionais mulheres lidar com a problemática da não amamentação, na medida em que na construção da identidade de gênero incorporaram os mesmos valores das mulheres de quem cuidam, o que acaba interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Os depoimentos a seguir expressam o olhar de profissionais para esse aspecto, ressaltando a idealização do aleitamento materno, seu papel central na maternagem e as repercussões subjetivas da impossibilidade de amamentar:

Influencia completamente, tenho certeza que no seu íntimo estas mulheres se sentem discriminadas, pois não podem amamentar como as outras, confusas, ou seja, em dar ou não seu peito, tristes, abatidas, chorosas.Falamos tanto com ela no pré-natal que a amamentação é importante, imagine como ela se sente sendo mãe e não poder amamentar, e também colocar o bebê no peito é bom demais, é uma sensação ímpar (enfermeira 2)

O que eu vejo é que, em relação à paciente ,ela se sente agredida enquanto mulher e enquanto mãe impossibilitada, ela olha para os outros e sabe que não vai poder nunca ver o filho dela sugando, pegando o peito dela e o que mais sente é que ele busca, ele não está querendo saber se ela não pode amamentar, ele vai pelo instinto, o reflexo da sucção está presente, ele busca , ele tá querendo sugar, o bebê vira a cabeça e quer buscar o peito aí, ela chama. (auxiliar 2).

Influência total, é claro, eu como mulher e mãe acho que se não tivesse amamentado meu filho, meu Deus, seria hoje uma mulher frustrada. Mesmo que algumas não desejam isso, mas indiretamente pela própria cobrança da sociedade, ela se sentiria incompleta, não teria o exercício completo da maternidade, entende, algo ficaria vago, vazio (enfermeira1).

Vê-se nos discursos que as profissionais de saúde trazem em suas concepções o que incorporam sobre o aleitamento materno na construção da identidade de gênero e reproduzem nas práticas profissionais. Todavia, as dificuldades para qualificar o cuidado são intensificadas por representações do imaginário social sobre as pessoas que vivem com o vírus HIV como portadores de doença incurável e mortal, o que também é internalizado por profissionais. Assim, lê-se no depoimento a seguir:

[...] me traz um sentimento de tristeza, constrangimento até mesmo de pena para com estas mulheres, infelizmente vítimas de uma doença incurável com alto poder estigmatizante e de preconceitos (médica 2).

A preocupação no início da epidemia da Aids era a eminência de morte, logo após o diagnóstico. Todavia, concomitante à disseminação do HIV/aids na população, novas formas de tratamento foram sendo desenvolvidas, ocasionando o aumento da sobrevivência e a melhoria da qualidade de vida dos(as) acometidos(as) pelo vírus. Mas, apesar dos grandes avanços na terapêutica medicamentosa, ainda persiste para a população o medo da morte, além dos (as) portadores (as) do vírus conviverem com estigmas e preconceitos que envolvem a infecção, sendo vistos(as) como pessoas que apresentam um desvio ou uma diferença indesejável. (CARVALHO, 2005).

Estudo realizado por Thiengo (2005) mostrou uma percepção da Aids como doença que não tem cura e que mata, uma fatalidade que se manifesta de forma rápida e inevitável. Ao mesmo tempo, viver com a Aids foi representado por sentimentos variados, expressos pela “vida sem sentido”, “impossibilidade de viver”, “medo de relacionar-se com outro”, “abandono a tudo”, dada a possibilidade de haver discriminação e preconceito, além de transmitir a Aids para o(a) parceiro(a). Carvalho (2005) por sua vez, afirma que o impacto negativo que ainda persiste diante do diagnóstico de HIV produz a morte civil e social dos(as) portadores da infecção pelo HIV, vivenciada a partir da redução de direitos como cidadãos(os), dificuldades no trabalho, isolamento, discriminação, desemprego e problemas familiares.

Os discursos analisados nesta categoria empírica são indicativos de, que ao se depararem com situações reais de positividade para o HIV, e a impossibilidade de amamentar

afloram simultaneamente, representações sobre o HIV/Aids, e sobre amamentação e identidade feminina, fazendo com que profissionais mulheres entrem em contato com valores internalizados a partir da naturalização do aleitamento materno. Isso é reforçado na fala da auxiliar de enfermagem 2 que ao realizar procedimentos técnicos inibidores da lactação se depara com a demanda emocional de uma mãe. Na tentativa de ajudar, expressa objetivamente valores e cobranças em que o aleitamento materno é condição para a vivência da maternidade em plenitude:

[...] para mim era doloroso, os seios cheios, mamas túrgidas, eu tendo que colocar a faixa e aplicar benzoginestril para secar o leite, não era só a parte mecânica, ela precisava de muito mas, ela estava sofrendo, eu fazia o procedimento e dizia que “eu sei que é difícil mais a vida continua”, é como se nada que lhe falavam fazia efeito, ela estava tão aérea que parecia que não tinha ninguém ali com ela. E eu dizia “vem cá, como vai ser agora, o que ta feito, ta feito, não tem como parar isso aí, nós temos como otimizar; o seu bebê precisa de você e os outro filhos também, você não vai poder amamentar, tudo bem, toda mãe gostaria, seria bom, se você pudesse dar o peito para ele” (Auxiliar de Enfermagem. 2).

As mulheres convivem com o fato concreto de que o leite materno é o melhor alimento para a criança e uma substituição com equivalência qualitativa garante apenas aproximações. Todavia, a posição social da profissional, que intensifica sentimentos de culpabilização materna, necessita de reelaboração à luz da abordagem de gênero. Isto se confirma pelos temas subjacentes ao discurso da psicóloga que revelam conflitos e dor envolvendo a subjetividade feminina:

[...]As necessidades que surgem são muitas, muitas mesmo, elas se sentem desamparadas, desprotegidas, existe um grande conflito nas suas cabeças, uma a de estar com uma infecção pelo vírus HIV, onde sabem que há todo estigma que envolve esta doença, todo preconceito nela embutido, e por outro lado, há um grande sofrimento delas não poder amamentar, isso é muito mais evidente nas mulheres que descobrem aqui através do teste rápido, elas questionam muito sobre as vantagens do leite e que seus filhos deixarão de receber todas as vantagens do leite materno, sendo fácil a aquisição de doenças (psicóloga)

Buscando explicações na história para a naturalização do processo de procriar, cuidar e amamentar, constata-se que, em tempos remotos, o instinto prevaleceu nas relações da mulher com a maternidade, decorrente das experiências vividas no seu corpo e do cuidado de outras mulheres no parto, na amamentação e no puerpério, além dos cuidados com a criança, sendo a mulher capacitada nesses processos para as mais variadas atividades relacionadas ao cuidado.

Esse cuidado permaneceu nas mãos das mulheres até que a medicina as destituiu desse saber, entre o século XVI e XVIII, com o intuito de monopolizar o saber médico e masculino (SCAVONE, 2004).

No final do século XVIII, houve por parte da sociedade uma forte associação da maternidade com a feminilidade, levando a uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todas as obrigações na criação dos(as) filhos(as) e limitando a função feminina à procriação. Com a obstetrícia sob o poder da medicina e a valorização do conhecimento científico nos cuidados à saúde feminina, o papel social da mulher se reduziu aos trabalhos domésticos e ao exercício da maternidade, ocorrendo assim uma inversão de papéis, onde a mulher antes legitimada e conhecedora dos saberes ligados à saúde reprodutiva, tornaram-se meras curiosas, doulas e assistentes de médicos (SCAVONE, 2004).

No Brasil, a partir do século XIX, estando em desenvolvimento a sociedade capitalista, surgiu uma medicina voltada para o controle social e da população com mecanismos disciplinares. Cria-se uma medicina intervencionista, visando o controle do meio social, de instituições e setores sociais, como também da vida das pessoas, com intuito de controlar todos os elementos capazes de causar a deterioração da saúde dos indivíduos. O modelo de produção capitalista gerou intervenções no interior das famílias, sobretudo nos hábitos e costumes relativos aos cuidados com as crianças desde a concepção até a infância, definindo também papéis masculinos e femininos na sociedade (SCAVONE, 2004).

Com o aumento da mortalidade infantil na época, associado à amamentação mercenária, prática comum nesse período, a medicina buscou através de argumentos biológicos, enfatizar a importância da mulher como responsável pela perpetuação e proteção da infância. Este papel, sustentado pela capacidade reprodutiva da mulher, demonstrava que ela deveria se situar no lar e na maternidade, o que a resgatava da desvalorização e da reclusão, passando a ser valorizada como mãe e esposa.

Desse modo, a responsabilidade pelo lar e pelo cuidado dos (as) filhos (as) é definida como principal papel da mulher na sociedade e na família brasileira. Ao ser considerada destituída de saber e, portanto incapaz de se igualar socialmente ao homem, amplia-se a representação da condição de inferioridade feminina, extensiva ao psiquismo. Nessa concepção, as mulheres são desiguais mentalmente dos homens devendo fixar-se em seu papel materno, o que as torna inaptas a exercer outros tipos de atividades ditas intelectuais (NUNES, 1991).

Nessa perspectiva, os deveres maternos são cumpridos não só por amor, mas também por pressões morais, religiosas e sociais sobre a mulher ao longo dos tempos (BADINTER, 1985). Há um investimento na naturalização de atributos reconhecidos como femininos e, apesar das transformações sociais do papel da mulher, a sociedade cobra o exercício das funções tradicionais de mãe e esposa, reafirmando a divisão sexual do trabalho. Em estudo com profissionais de saúde de categorias diversificadas, Guedes; Silva; Coelho (2007) constataram o predomínio do “modelo idealizado de família no qual a mulher é a maior responsável pelo equilíbrio de todos, ao mesmo tempo em que nessa família gratificam-se e harmonizam-se para a vida no mundo privado e no mundo público”.

Na atualidade, em decorrência das profundas mudanças sociais que vigoram no mundo ocidental, a decisão pela maternidade passa por uma escolha mais reflexiva de acordo com as condições sócio-econômicas e culturais de cada mulher. Essas transformações rompem com o determinismo biológico, levando à separação definitiva da sexualidade com a reprodução, buscando também uma igualdade parental na responsabilidade pelos filhos (as). Porém, a maternidade continua sendo afirmada como elemento muito forte da cultura e identidade feminina, pela sua ligação com o corpo e com a natureza. Frente a isso, as condições econômicas, sempre valorizadas nesse processo, não determinam a escolha da maternidade, elas definem suas características e possibilidades (SCAVONE, 2004). Assim, o exercício da maternidade e o cuidado com a família, fortemente introjetados na construção da identidade feminina são espaços de realização para um grande número de mulheres.

Todavia, há entre as profissionais posições sociais que flexibilizam a relação com o aleitamento materno, abrindo outras possibilidades para a vivência da maternidade sem o aleitamento materno, inclusive por escolha:

[...]ela poderá ter sua maternidade satisfeita por outros aspectos, como só o próprio fato de ser mãe;vai depender do valor que ela atribui à amamentação, se bem que hoje é um sentimento muito presente nas mulheres o querer amamentar, mais não em todas (médica 1).

Se ela for uma das que não tem embutido o desejo de amamentar ,torna-se para nós mais fácil trabalhar este aspecto, mas é uma situação que nós, médicos, não podemos resolver por ela, ela sim terá que se conscientizar da necessidade de aceitar que nunca mais poderá amamentar. (médica 3).

[...] Sabemos como é importante a mulher amamentar seu filho, das proteções que o leite traz, porém ela não vai deixar de ser mãe só pelo fato de não poder amamentar, acho que ela tem como superar isso sem qualquer problema e exercer plenamente sua maternidade; nem todas as mulheres querem amamentar mesmo (médica 1).

No Brasil, a preocupação com o alto índice de mortalidade infantil no primeiro ano de vida fez com que fossem implantados e implementados, na década de 1980, programas e estratégias de promoção ao aleitamento materno (BRASIL, 1981). Em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que desenvolveu uma diversidade de ações, ressaltando-se ações de aleitamento materno realizadas com sucesso no país. Pode-se citar o título de hospital amigo da criança para aqueles de reconhecido trabalho a favor do aleitamento materno, criação de bancos de leite humano, capacitação de profissionais de saúde e de outros profissionais em aleitamento materno, criação do Método Canguru, monitoramento e fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância, de bicos, chupetas e mamadeiras, fiscalização do direito à mulher que amamenta, Projeto bombeiro da vida e projeto carteiro amigo da amamentação.

Os benefícios das medidas citadas são visíveis no país, mas não foram criados mecanismos de desculpabilização das mulheres que não amamentam. Ainda neste século, nos deparamos com discursos que evidenciam a “culpabilidade” imposta à mulher que não amamenta, imputando-lhe a responsabilidade pela morbidade e mortalidade das crianças que não usufruíram do leite materno (BOSI e MACHADO, 2005). Nesse sentido, há necessidade de melhor preparo das equipes para assumir responsabilidades frente aos sentimentos que emergem em portadoras do HIV, diante da não amamentação. Nesse sentido, torna-se importante estimular o vínculo mãe-filha (o), independentemente da amamentação, valorizando a continuidade da relação afetiva que se iniciou intra-útero.

Embora reconheçamos a importância do aleitamento materno, há necessidade de particularizar situações e apresentar às mães outras possibilidades de garantir a saúde física e emocional de seus bebês e dela própria. Diante daquelas que vivenciam a maternidade segundo o modelo idealizado nos discursos e vivenciado na prática profissional, é preciso um esforço da equipe em fazê-las sentirem-se fortalecidas pela possibilidade concreta do contato, do carinho, do envolvimento, do calor corpo a corpo, que mantêm mãe e filha (o) em simbiose. Ao contrário, a puérpera não apenas sentir-se-á menos mãe, mas também menos mulher, sentimento intensificado quando profissionais alimentam nela a representação da completude feminina pelo aleitamento materno.

5 MODELO TÉCNICO COMO OBSTÁCULO À INTERSUBJETIVIDADE NO CUIDADO DE PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV

5.1 CUIDADO TÉCNICO EM SOBREPOSIÇÃO À SINGULARIDADE DE PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV

O agir em saúde se processa vinculado a subjetividades, de modo que na relação de cuidado se expressam os universos cultural, social e psico-emocional dos sujeitos envolvidos. Valorizar a subjetividade na atenção e lidar com ela de forma apropriada, constitui um facilitador da autonomia dos sujeitos, permitindo localizar, reforçar ou superar processos impeditivos do bem-estar, o que faz da relação de cuidado uma ação política necessária à cidadania e à democratização dos serviços. Busca-se assim, um encontro intersubjetivo em que se exprimem afetividades e leituras peculiares dos (as) profissionais sobre as necessidades e as alternativas às situações vividas pelos que requerem cuidados (MANDÚ, 2004).

A intersubjetividade segundo Nogueira (2007) pode significar: senso de co-participação interpessoal, estabelecido por um conjunto de pessoas que mutuamente se ajustam e sintonizam expressões e estados afetivos; compreensão da comunicação mediada por representações, possibilitando a realização de interferências sobre intenções, crenças e sentimentos alheios; e capacidade de imaginar e “ler” estados mentais de outros. Contudo, essas leituras profissionais são realizadas comumente sob a visão do modelo biomédico, portanto, acompanhadas de apropriação inquestionável da subjetividade dos sujeitos alvos de cuidados, prevalecendo a superioridade socialmente atribuída ao saber científico (NOGUEIRA, 2007).

Tal fundamentação associada ao objeto deste estudo reforça as responsabilidades profissionais com a saúde das pessoas, devendo envolver equipes cujo trabalho se concretize de modo integrado. No tocante ao HIV/Aids e o aleitamento materno, segundo o Manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em gestantes (BRASIL, 2004c, p. 69) o(a) profissional de saúde deverá apoiar a mulher buscando a possibilidade da “desconstrução da vontade de amamentar” e fornecendo informações sobre como estabelecer, manter e fortalecer o vínculo afetivo com seu/sua filho(a). Deverá também oferecer subsídios com argumentos lógicos que lhe possibilitem explicar para familiares e outras pessoas da sua comunidade, o fato de não estar amamentando, de modo a atender a sua vontade de manter em sigilo seu estado sorológico de portadora do HIV.

Em 30 de março de 2006, o Ministério da saúde aprovou a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde pela portaria Nº 675/GM. O documento foi elaborado considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, defendendo o atendimento acolhedor, humanizado e resolutivo para os usuários de saúde, bem como a promoção de mudanças de atitude em todas as práticas de atenção que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão (BRASIL, 2006).

Em se tratando de mulheres puérperas, há de se considerar que essas se inserem numa fase do ciclo vital que gera labilidade emocional e necessidade de cuidado. O puerpério constitui uma fase de desafio para a mãe e a família, mudanças fisiológicas ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher, o relacionamento com os(as) outros(as) filhos(as) e com o restante da família tem que ser revisto e ajustado, além de ser também um período de perda de sono, irritabilidade, frustração, sensação de afastamento das atividades anteriores e um período de adaptação a todas as mudanças psico-fisiológicas próprias do período puerperal. A vivência de cada mulher no puerpério varia conforme o número de filhos, sua própria infância, relação com pais e mães, experiências da gravidez, nível de relacionamento com o pai da criança (ZIEGEL, 1985).

As alterações fisiológicas no pós-parto podem vir acompanhadas de distúrbios de ordem psíquica, por se tratar de uma fase em que a mulher se encontra emocionalmente vulnerável. Esses fatos ocorrem ao mesmo tempo em que é exigido por parte da mulher e da própria família a postura de mãe ideal, que demonstra felicidade, receptividade, assim como disposição para amamentar e dispensar cuidados com o(a) recém-nascido(a). Porém, na atenção à puérpera, comumente não é levado em consideração o momento de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2006).

Outros fatores como as frustrações e os fatos que ocorrem durante o período de interação, assim como a conscientização da nova realidade, que envolve por um lado a satisfação pela maternidade, e por outro, a responsabilidade de assumir novas tarefas, também influenciam esse período (MALDONADO, 1982). O aumento da sensibilidade pode estar ligado a uma série de fatores que estão diretamente relacionados a transformações no nível biológico, psicológico e social que acompanham a maternidade. Ao mesmo tempo em que ocorrem essas transformações, é exigido pelos familiares e pelos(as) profissionais que a mãe esteja sempre sorrindo e disposta a dar atenção a todos(as), principalmente ao(à) recém-nascido(a), mas nem sempre acontece desta forma (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de valorizar tais aspectos do puerpério, exploramos nesta categoria empírica a experiência de profissionais frente à mulher impossibilitada de amamentar por ser portadora do HIV. Foi constatado que a abordagem às mulheres é diferenciada por categoria profissional sendo dependente do momento em que a positividade para o HIV é confirmada. A comunicação do resultado do exame e da impossibilidade de amamentar constitui uma atividade médica no serviço em que foi realizado o estudo, sendo a relação facilitada quando a mulher se encontra com sorologia positiva anterior ao parto, o que é confirmado por médicas e enfermeiras:

Quando elas vêm já diagnosticadas do centro de referência é fácil, nem precisa orientar elas já sabem de tudo, apenas reviso com elas as informações necessárias quanto a não amamentação, uso de Azt e assim por diante. [...] O pior é quando após realizar teste rápido dá um resultado positivo, aí complica, mas tenho que informar que serão tomadas medidas de proteção para seu filho [...] entre elas, será necessário inibir a lactação com medicamento, evitando assim mastite[...] muitas choram, outras não aceitam, outras recusam o tratamento, enfim, cada uma reage de uma forma. A partir daí, eu peço para enfermeira contactar com a psicologia para acompanhamento do caso, dando assim o suporte psicológico que ela necessitar (médica 1).

Para as que vêm do centro de referência, é claro que tudo é mais fácil, apenas repito tudo aquilo que lá no centro de referência já têm explicado e muito bem explicado, por sinal, sobre a impossibilidade de amamentar (enfermeira 1)

Lê-se nos depoimentos que a abordagem a puérperas com soropositividade anterior ao parto é desenvolvida por essas profissionais, valorizando-se, sobretudo, a proteção da criança, o que envolve a não amamentação. Uma médica revela em seu discurso que possibilita às mulheres expressar sentimentos, oferecendo escuta de necessidades e estabelecendo diálogo, referindo-se especificamente àquelas que tomam conhecimento da positividade por ocasião do teste rápido na maternidade. Isto é constatado no depoimento que segue:

[...] é provisório é o que sempre digo a elas para tentar diminuir seu sofrimento e fazer com que elas enxerguem uma esperança mesmo que distante, pois sabemos que é muito raro os casos de falso positivo. Ao falar da não amamentação elas questionam se realmente há riscos de transmissão para a criança, algumas perguntam se não podem tirar o leite e mandar para o banco de leite para depois o bebê usar, outras insistem em dizer que vão amamentar, é uma situação complicada, cada uma reage de uma forma, eu costumo deixar que elas se expressem, questionem o máximo para tirar dúvidas e conflitos, depois, no final de tudo, reforço todas as orientações que deverão ser prestadas às pacientes quanto aos cuidados técnicos para profilaxia da transmissão vertical (médica 3).

A enfermeira1, por sua vez, protege-se do contato com os sentimentos que emergem entendendo que a médico (a), isoladamente, cumpre essa função, o que reafirma uma prática orientada pela técnica e pela superficialidade das relações:

Por diversas vezes tive não que comunicar pela primeira vez às mulheres quanto à impossibilidade delas de amamentar, mas várias vezes tive que reforçar o fato já dito anteriormente pela equipe médica. Eu apenas frisava para ela a orientação, já fornecida anteriormente pela equipe médica de que ,até que saísse o resultado do HIV definitivo ela não poderia amamentar seu filho, normalmente é o pediatra quem informa a ela (enfermeira.1).

Frente ao que foi revelado no tocante à comunicação da impossibilidade de amamentar e compreendendo que a positividade para o HIV gera demandas emocionais e dificuldades de abordagem no processo do cuidar, as profissionais foram questionadas sobre as estratégias adotadas individualmente ou em equipe para lidar com as necessidades das mulheres portadoras do HIV no puerpério. Suas respostas foram direcionadas ao cumprimento de protocolos institucionais que, embora façam parte do processo do cuidar, nas situações de positividade para o HIV não devem se sobrepor à atenção às demandas emocionais que envolvem dor e sofrimento, conforme dados deste estudo.

Nos depoimentos a seguir, profissionais orientadas pelo modelo biomédico objetivamente enfatizam o cuidado sob a dimensão técnica:

As estratégias utilizadas são as preconizadas pelo Ministério da Saúde, que explicam as técnicas e condutas diante da puérpera com infecção pelo vírus HIV, sigo aquelas normas para poder dar um melhor atendimento às mulheres[...] elas necessitam da medicação para inibir a lactação, para aliviar a dor e evitar mais um sofrimento, realizamos também o enfaixamento mamário que tem seu ponto positivo por reduzir a produção láctea, além de evitar que ela perceba sua mama cheia e acabe caindo na tentação em dar a mama para seu filho. Porém sabemos que é difícil dar assistência a uma paciente com esta peculiaridade, portanto por mais que nos esforcemos não conseguiremos atender todas as suas necessidades, porque são muitas (médica 3).

As estratégias que uso acho que são de todos os profissionais que lidam com este tipo de paciente no puerpério, procuro de todas as formas executar e cobrar das auxiliares que cumpram todas as normas, rotinas e condutas adotadas para cuidados com mulheres HIV positivo que são: administração do inibidor da lactação, enfaixamento mamário (enfermeira1).

Quanto à impossibilidade de amamentar, os cuidados são dados como disse anteriormente. Nós prescrevemos o enfaixamento mamário e inibimos a

lactação, se bem que algumas insistem em querer amamentar mesmo sabendo dos riscos para seu filhos(médica1).

Conforme já fundamentado, o puerpério constitui uma fase de transição, em que a mulher inicia o exercício de um novo papel social com repercussões emocionais, sendo de maior magnitude quando vivencia a experiência do(a)primeiro(a) filho(a). Este(a), que de bebê imaginário, passa a ser real, põe à prova sua capacidade de cuidar conforme expectativas socialmente construídas em torno da identidade feminina (LOPES, 2005) Assim, diante da positividade para o HIV, o choque pelo diagnóstico e os sentimentos resultantes geram demandas para as quais as(os) profissionais devem oferecer escuta sensível e acolhimento. Todavia, estudos têm mostrado que os serviços, ainda quando contam com equipe multiprofissional ,não têm direcionado suas práticas às necessidades das mulheres, na medida em que procedimentos técnicos se sobrepõem a uma relação entre sujeitos (SILVA *et al*, 2002; CARNEIRO, 2007).

Para Carneiro (2007), a excessiva concentração nos procedimentos técnicos e rotinas institucionais dificultam a abertura de espaço para o acolhimento e o vínculo, tornando-se muitas vezes ineficazes, pois não possibilitam identificar as necessidades de saúde de quem está sendo cuidado. Por outro lado, “a ritualização e padronização de tarefas são um subterfúgio para uma conduta que propicia um distanciamento de atividades consideradas menos técnicas e menos científicas” (WALDOW, 2004, p.121).

Pinheiro (2001, p. 84) considera que “a competência técnica na medicina e o seu reconhecimento pelos colegas de profissão e, sobretudo pela sociedade, estaria na justa medida do grau de conhecimentos específicos acumulados na operação de um determinado número de instrumental tecnológico, cada vez mais sofisticado”. Portanto, à destreza em manusear técnicas diagnósticas e terapêuticas, levando aos(às) médicos(as) soluções de casos difíceis, o que torna esses(as) profissionais mais aptos a conquistar posições elevadas na escala social.

Isso reproduz a visão mecanicista da saúde que, por sua vez, é influenciada pelo paradigma cartesiano,do século XVII, caracterizado por dividir corpo e mente, negligenciando-se a partir de então, os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença, o que resultou no modelo biomédico, base da moderna medicina científica (CAPRA,2006). Nesse modelo, “o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termo de suas peças; a doença é vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é

intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado” (CAPRA, 2006, p. 116).

Mandú (2005) critica a visão de saúde subsumida na questão da doença, em que se privilegiam determinações biológicas, relegando contextos de vida e processos psicoculturais singulares dos sujeitos. Além disso, são interpretadas necessidades e alternativas de resolução de problemas de saúde basicamente através da ciência e suas técnicas.

A autora ressalta a influência do taylorismo no trabalho em saúde, tendo efeitos não apenas na divisão de tarefas, mas igualmente na ênfase aos cuidados técnicos desde a formação, mantendo-se durante a vivência profissional. Frederik Winslow Taylor (1856-1915), criador da administração científica, juntamente com seus seguidores, propunha o aumento da produção na sociedade capitalista pela eficiência do nível operacional, o que exigia a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas resultando em conhecer cada vez mais a parte que lhe cabia e se afastar do todo (KURCGANT, 1991).

Em se tratando da enfermagem, por influência do capitalismo e posteriormente do modelo biomédico, o cuidado é desvalorizado, voltando-se para a ideologia da cura. O cuidado deixa de ser centrado na pessoa, para centrar-se na tarefa a ser executada, de modo que "o objeto dos cuidados torna-se isolado, parcelizado, fissurado, separa-se das dimensões sociais e colectivas [...] *cuidar torna-se tratar a doença* (COLLIÈRE, 1989, p.32). Assim, as enfermeiras deixam-se ocupar das ações curativas, utilizando tecnologias cada vez mais sofisticadas e o ensino passa a ser voltado para as técnicas de enfermagem, onde a habilidade manual, a postura e a capacidade de memorização são imprescindíveis, além do capricho e da perfeição (MANDÚ, 2005).

Outra característica da administração científica é a supervisão funcional, que criou a especialização também do elemento supervisor, chamado autoridade funcional. Isso se aplica à enfermagem, na medida em que as atividades administrativas passaram a se caracterizar pela divisão do trabalho e padronização de tarefas, com a adoção de manuais de técnicas e procedimentos (KURCGANT, 1991). Mandú (2005) afirma que, no Brasil, as enfermeiras afastam-se dos cuidados diretos dos(as) usuários(as) ao serem solicitadas, em decorrência da sua formação profissional e ao número reduzido de profissionais, para executar tarefas de liderança da equipe, organização e planejamento. Sendo assim, sua finalidade imediata é a organização e o controle do processo de trabalho e a mediata a de favorecer o cuidar para a cura.

Em estudo realizado sobre a formação da(o) profissional enfermeira(o), foi observado que alunas(os) do curso de graduação relatam suas preferências em desenvolver atividades relacionadas a procedimentos, em conhecer a fisiopatologia e tratamento das doenças em detrimento das atividades educativas, do contato com as pessoas da comunidade, de realizar ações de escuta, dentre outros (LUCENA *et al*, 2006).

O modelo biomédico não se sustenta nas situações de positividade para o HIV e, na impossibilidade de sanar problemas de saúde com ações técnicas (as) profissionais, se sentem impotentes. Portanto, tornam-se necessárias mudanças na formação dos (as) profissionais, incluindo aqui a reformulação das bases político-ideológicas que fundamentam a formação em saúde, o que envolve também mudança dos currículos e reorganização das práticas de cuidado, afastando-se assim da predominância do modelo hegemônico.

5.2 TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADES COMO ESTRATÉGIA PROFISSIONAL DIANTE DAS DEMANDAS DE PUERPÉRAS PORTADORAS DO HIV

Tendo em vista as questões de ordem bio-psico-social que envolvem a maternidade, o aleitamento materno e o puerpério, essa subcategoria foi construída a partir da identificação de temas que apontam a urgência em reorganizar os processos de formação profissional sob novas bases, em que os sujeitos do cuidado sejam valorizados em sua singularidade. A positividade de mulheres para o HIV acentua dificuldades para lidar com as demandas que emergem nessa fase do ciclo vital e as profissionais participantes da pesquisa oferecem, a partir de seus depoimentos, elementos que reforçam a necessidade de superação do paradigma hegemônico na formação e no cuidado à saúde.

Neste estudo, com exceção da psicóloga, todas as profissionais entrevistadas assumiram não estar preparadas para o atendimento das necessidades de âmbito subjetivo que emergem por ocasião da situação de positividade para o HIV e a impossibilidade de amamentar, havendo um distanciamento das situações em que as ações técnicas não conseguem isoladamente ter o poder de resolutividade. Destituídas dessa condição, as profissionais se protegem, afastando-se da dor da outra mulher, ao mesmo tempo em que passam a ter a falsa impressão do dever cumprido, ao remeter o problema a outrem. Isso pode ser constatado a seguir:

Não me sinto preparada em atender a necessidade desta mulher, eu encaminho para acompanhamento com a psicologia e quando esta não estiver disponível recorro à enfermagem, ao enfermeiro para dar este suporte (médica2).

Não fui preparada, nem no curso de técnico de enfermagem e aqui também não. Busco fora cursos para lidar com pacientes HIV (auxiliar1).

Preparada não, não sei lidar, nem com toda esta situação, tão pouco com os sentimentos que aparecem nela. A partir do momento que ela descobre ser portadora do vírus HIV, assim como todo o sonho que ela construiu durante a gravidez, aonde uma delas, é a amamentação, e ela não pode realizar nunca mais (enfermeira1).

A psicóloga se apresenta como única profissional que se sente preparada para lidar com os sentimentos de mulheres no tocante a não amamentação pela positividade para o HIV. Refere-se, contudo a uma sobrecarga de trabalho por não ser do quadro funcional da instituição, ser única no serviço e por entender que médicos e enfermeiras não assumem responsabilidades da sua competência, frente às situações vivenciadas pelas puérperas:

Sinto-me preparada sim, porém não me sinto preparada para dar conta da demanda que surge para o meu atendimento, muitas vezes seleciono quem eu priorizo para atender (psicóloga).

A equipe médica e de enfermagem poderia fazer muito mais. Às vezes são necessidades que essas pacientes têm que dizem respeito à área desses profissionais, porém eles, o que eu acho é que nem ouvem e já passam o problema para mim. Alegam que esta não é função deles, que não sabem trabalhar o “lado psicológico”, aí fica difícil; eu não sou profissional desta instituição, sendo assim, os únicos prejudicados neste jogo são os nossos pacientes (psicóloga).

As afirmações da psicóloga são confirmadas nos depoimentos dos demais profissionais de saúde:

Não sei lidar mesmo e acho que aqui tirando a psicologia ninguém sabe, ela vive seus sentimentos só junto com seus familiares, pelo menos é o que acho (enfermeira1).

O profissional específico para isso tem que ser o psicólogo, tem que ter uma investida maior na psicologia a esta paciente (auxiliar de enfermagem 2).

Acho que neste aspecto a enfermagem e a psicologia sabem lidar melhor, assim trabalhamos com cada um fazendo sua parte, onde ao juntar cada parte teremos um todo no atendimento a esta mulher, somos importantes no

diagnóstico e tratamento e a enfermagem e psicologia com o apoio emocional psicológico, é isso (médica1).

Não me sinto preparada como te disse anteriormente, por isso outros profissionais se encarregam disso, para que ela não se sinta só neste aspecto e sei que somos nós que devemos dar este suporte a ela, porém, pelo menos nós, médicos, temos dificuldades de trabalhar com estes sentimentos, que são os mais variados possíveis, nem enquanto alunos nos preparam para isto [...] como não posso atender a tudo, transfiro para profissional habilitado para tal função (médica 2).

Nesses depoimentos, as profissionais que assumem não estar preparadas para lidar com os sentimentos de mulheres portadoras do HIV diante da impossibilidade de amamentar, defendem-se de enfrentamentos assumindo uma condição de conforto ao assegurar para si que a mulher estará bem cuidada sob a responsabilidade de outros membros da equipe. Na prática, há transferência de responsabilidades, sendo perceptível a assunção dessas no trabalho da psicóloga, confirmando-se que a equipe executa ações sob um modelo de atenção fragmentário, que distancia as profissionais entre si, isolando-as em seu campo de conhecimento.

A psicologia hospitalar é uma área da psicologia criada no século XX, com o objetivo de integrar a psicologia à educação médica (NORONHA, 2003). O (a) psicólogo (a) hospitalar é aquele (a) que atua junto ao (à) paciente hospitalizado (a) e sua família, devendo ser

um agente de mudanças, um especialista em relações, com a atuação voltada para o social, para a comunidade, numa atividade curativa e preventiva, trabalhando com os conteúdos manifestos e latentes, tendo a função de diagnosticar e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma, na patologia, contribuindo também para a humanização do hospital numa função educativa, profilática e psicoterapêutica (CAMPOS, 1988, p. 75).

Dentre algumas atribuições do (a) psicólogo (a) hospitalar estão: atender a pacientes, familiares, comunidade, equipe e instituição, visando o bem estar físico e mental do paciente; intervir, quando necessário, na relação do (a) paciente com a equipe, a família, demais pacientes, a doença e a hospitalização. Enquanto membro de uma equipe multiprofissional, compete informar sobre causas, conseqüências e tratamento de doenças que os (as) pacientes apresentem, assim como auxiliá-lo (la) na sua nova condição de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

A atuação da psicologia não se limita às interferências sobre variáveis de natureza apenas psicológica, mas atinge todas as relações possíveis que se relacionem com o fenômeno

saúde, não se restringindo à patologia seja ela física, biológica, fisiológica ou psicológica. Assim, o (a) psicólogo (a) deve considerar na ocorrência de enfermidades não apenas determinismos biológicos, mas também a influência dos processos sociais considerando-se a saúde como fenômeno multideterminado. Para isso, faz-se necessário ações múltiplas e integradas entre profissionais de modo a alterar qualitativamente o perfil de saúde dos indivíduos numa sociedade (CHAVES,1980).

O trabalho em equipe constitui um importante desafio para o desenvolvimento da psicologia hospitalar, sendo o modo de interação que estabelece com os profissionais diretamente dependente de questões hierárquicas, do grau de importância atribuídos aos aspectos emocionais e do conhecimento da trabalho do(a) psicólogo(a). A psicologia não deve exacerbar em defesa do emocional, assim como a medicina não deve limitar-se a curar corpos (TORNETTO, 2007).

A demanda para atendimento psicológico poderá ser identificada pelo(a) psicólogo(a) ou por outro profissional de saúde. Portanto, ao ser solicitado (a) para intervir em determinada situação, cabe ao (à) psicólogo (a) verificar se existe essa demanda por parte do (a) paciente, ou se ela é decorrente de dificuldades de conduta da equipe, o que leva ao não atendimento das reais necessidades dos (as) pacientes e sim, à facilitação da ação de outros (as) profissionais (TORNETTO, 2007).

Neste estudo, a análise dos discursos revela que há certo consenso entre médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem em se considerar despreparadas para lidar com os sentimentos das mulheres, conforme analisado anteriormente. Para a equipe médica, além da psicologia, os(as) profissionais que atuam no centro de referência possuem capacitação e mais habilidade para cuidar de puérperas portadoras do vírus HIV. Assim, lê-se nos depoimentos a seguir:

Nós solicitamos a atuação de outros profissionais, portanto cada um dentro da sua competência e habilidade consegue dar uma assistência de qualidade a esta mulher, pelo menos é a minha visão (médica1).

O máximo que posso fazer é solicitar o apoio de outro profissional, com maior habilidade para isso, cada um faz aquilo que sabe executar da melhor forma, já os médicos dos centros de referência sabem trabalhar com estas situações, foram capacitados para tal. Acho que poderíamos até nos capacitar, mas as atividades do dia a dia são tantas que é difícil achar espaço, já que temos um local de referência, a meu ver eles é quem tem que se encarregar disso, aqui temos atribuições demais (médica 2).

[...] o tempo de permanência aqui é curto, então já que o pessoal do centro de referência tem um preparo melhor, encaminhamos o caso para eles, que

lá com certeza eles terão condição de atender a todos os problemas destas pacientes (médica 3).

Nos depoimentos das médicas entrevistadas, outros (as) profissionais são mais indicados para lidar com os sentimentos das mulheres, ressaltando-se aqueles do centro de referência. Esses (as) constituem possibilidade de suporte às puérperas, que acaba por se traduzir também em suporte profissional às médicas na medida em que garantem a essas a segurança de não serem questionadas quanto ao não assumir tal responsabilidade. Conforme dito anteriormente, uma vez em contato com questões de ordem emocional, o encaminhamento evita o investimento em uma relação que não permite a intervenção para a cura ordenada pelos princípios da formação, protegendo essas profissionais do enfrentamento dessa realidade da prática. Isso parece não produzir nenhum conflito de papéis, já que a decisão do encaminhamento dá-se como exercício de autonomia.

Os centros de referência em HIV/Aids são serviços responsáveis pela atenção especializada à saúde de pessoas portadoras do vírus, assim como responsáveis em implementar ações preventivas quanto ao controle da doença e capacitação de recursos humanos para lidar com a temática HIV/Aids. Em Salvador, o CREAIDS (Centro de Referência em HIV/Aids) possui como equipe profissional para atendimento das necessidades dos(as) usuários(as) assistente social, infectologista, enfermeira(o), psicóloga(o) e pediatra.

A análise do discurso da enfermeira 2 revela que esta se afasta da realidade, excluindo-se do processo de cuidar e das responsabilidades que o acompanham. Desse modo, comprometem a identidade profissional, negando o cuidar como objeto de trabalho que envolve dimensões técnica, expressiva e política, todas trazendo, subjacente, uma relação entre sujeitos. Isso se confirma a seguir, reafirmando uma prática orientada pela técnica e pela superficialidade das relações, negando a perspectiva da integralidade:

Graças a Deus a comunicação do resultado e da não amamentação é função dos médicos, eles é que ficam com esta parte. Quando tem que enfaixar ou usar o inibidor, já que são os técnicos que fazem estes procedimentos, eles mesmos acabam frisando o fato que elas não podem amamentar, mais quem sempre fala são os médicos, ainda bem que não nos envolvemos com isso [...] eu tenho dificuldade em lidar com os meus sentimentos quanto mais com os dos outros, nem me envolvo nisso (enfermeira. 2).

Em se tratando de pessoas portadoras do HIV, um fator que interfere na qualidade do cuidado é a visão preconceituosa e estigmatizante sobre a infecção, sendo os (as) portadores(ras) representadas como pessoas contaminantes por qualquer contato e seu corpo

visto como algo repulsivo (CARNEIRO, 2007). Uma vez tratando-se de profissionais do sexo feminino, há de se considerar que identificadas pelo gênero estas são levadas a reconhecer que podem estar igualmente vulneráveis ao HIV. Além disso, como mães, ou na possibilidade de vir a ser, defendem-se afastando-se da realidade, pois um sistema de valores que naturaliza a maternidade e o aleitamento materno e é incorporado pela maioria das mulheres concorre para que se ampliem as dificuldades de se construir condições para lidar com a dor da outra mulher.

A conjugação de fatores que distancia as profissionais dessas puérperas faz com que o cuidar seja comprometido na medida em que o mesmo envolve uma predisposição íntima, uma responsabilidade permanente de se estar junto com o outro, pois “o ser humano não apenas realiza o cuidado, mas sobretudo se estrutura a partir da vivência do cuidado (BOFF, 2004, p.33). Para cuidar, as(os) profissionais precisam expressar comportamentos e ações que envolvem valores, habilidades, conhecimentos e atitudes desenvolvidos com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar a dignidade humana, o que supõe a interação entre quem cuida e quem é cuidado (WALDOW, 1998).

Na perspectiva da integralidade, faz-se necessário reconhecer a importância dos contextos, cenários familiares, processos culturais, intersubjetividades, considerando as peculiaridades das necessidades e perspectivas e interesses dos sujeitos envolvidos. Portanto, no encontro entre a clientela e os profissionais, disponibiliza-se um espaço para o resgate da intersubjetividade, aspecto negligenciado nas atuais práticas de saúde (MANDÚ, 2004).

Segundo Ayres (2001;2005), cuidar implica reconhecer que o sofrimento de qualquer natureza que seja, representa uma ameaça aos projetos de felicidade e isso implica também na valorização do outro como alguém que tem o direito a uma vida melhor. O autor ainda salienta que há a necessidade de se revisar os saberes que conduzem às práticas de saúde, tornando as relações mais humanas, conseqüentemente, mais simétricas e interativas. Nesse sentido, Carneiro (2007) afirma que o cuidado não pode ser marcado pela imprudência, pela desatenção e pelo silenciamento de outros conhecimentos, pois pode levar à dor, ao sofrimento e à opressão, sendo assim, o que caracteriza o melhor cuidado não é a sua cientificidade, e sim a sua potencialidade de contribuir para uma vida decente.

Nesse estudo, uma vez comprometido o cuidado, a puérpera também não é acolhida em suas necessidades na medida em que este é considerado:

(...) uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si,

humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção (MALTA ; MERHY, 2004, p. 260).

O acolhimento, portanto, representa uma oportunidade de vínculo entre os profissionais e os sujeitos de quem cuidam, constituindo oportunidade de escuta de necessidades e expectativas, o que favorece o estabelecimento de sentimentos de confiança.

A transferência de responsabilidades não se restringe ao âmbito profissional. No discurso da médica 3 e da enfermeira 1, a própria mulher e a família são responsabilizadas em assumir tal encargo. A família, que em situações de tal magnitude também necessita de suporte institucional, é apontada como quem reúne melhores condições de apoio à puerpera. Ainda que esta seja uma possibilidade, unilateralizar responsabilidades nega princípios do cuidado à mulher em situações de fragilidade emocional que, neste estudo, reúne as especificidades do puerpério e a impossibilidade de amamentar diante de positividade para o HIV. Assim, lê-se no depoimento :

[...] outro é a vontade de estar com a família, a família tem que estar sempre perto, por isso eu evito muito o contato com estas pacientes, pois quem elas querem ao seu lado é a família, são pessoas que nesta situação realmente podem ajudá-la a superar, não podemos fazer muita coisa (enfermeira 1).

Diante dos discursos analisados, evidenciamos que um coletivo de trabalhadoras orientam sua prática sob bases técnicas e, embora reconheçam a complexidade do processo do cuidar de mulheres nas situações investigadas, não conseguem mobilizar-se para deflagrar no interior dos serviços em que atuam um processo de mobilização para lidar com demandas subjetivas que faça vislumbrar no horizonte a superação paradigmática. Todavia, inquietam-se ao reconhecer os limites para lidar com demandas subjetivas e sugerem:

Para facilitar a atuação dos profissionais devemos antes de tudo ter uma equipe completa ,com todos os profissionais necessários para o atendimento a estes casos, coisa que não temos, a equipe médica e de enfermagem por si só não conseguem dar conta, tem uma psicóloga que vem aqui mas não é da instituição (médica 3).

Para facilitar a atuação de nós, profissionais o ideal seria em equipe termos momentos de discussões onde cada profissional iria falar sobre suas estratégias para atender estas mulheres e assim nós estaríamos conhecendo melhor o trabalho do outro como também distribuindo melhor nossas funções, sem que um interfira no trabalho do outro(médica 1).

Seria necessário capacitação destes profissionais para um despertar quanto a esta problemática, muitos não devem ter ainda refletido para a importância da necessidade de cuidado (psicóloga).

Para facilitar a atuação do profissional, ele já deveria vir mais capacitado da sua graduação, para que ele não sentisse tanta dificuldade na sua vida profissional, outro aspecto é realizar capacitações quanto a esta temática [...] muitos (médica 2)

Eu sinto que cada um fala uma linguagem, uma coisa individualizada, eu penso que deve ter uma linguagem padronizada para a paciente, todo mundo com a mesma linguagem, mas tem que existir uma linguagem que ela possa entender, o que sinto que na equipe cada um chega e fala uma coisa (auxiliar de enfermagem 2).

De acordo com o relato das entrevistadas, o trabalho em equipe seria capaz de facilitar e melhorar a atenção e os cuidados prestados às mulheres portadoras do vírus HIV, diante da impossibilidade de amamentar. É importante salientar que todo cuidado a ser oferecido às mulheres deve ser norteado pelo diálogo e escuta ativa de necessidades, com a valorização das subjetividades e singularidades das mulheres. Garantir a responsabilização, o acesso e acolhimento tornam-se imprescindíveis na busca da qualificação do cuidado, superando o modelo tecnicista, que valoriza o cumprimento de técnicas, normas e protocolos, que acabam por atender de fato, as necessidades das profissionais em certificarem-se que cumpriram suas tarefas (CARNEIRO, 2007).

Para Mattos (2003), a política brasileira de atenção ao HIV/aids atende bem aos princípios da integralidade, uma vez que promove tanto ações preventivas quanto assistenciais e as pessoas não são vistas apenas como objetos das práticas de saúde, mas como sujeitos de direito, sendo disponibilizado o acesso à informação e o exercício do direito da pessoa de aceitar ou não submeter-se a procedimentos. Contudo, na prática, evidenciamos uma realidade que se confronta com tais princípios, ao identificarmos as dificuldades profissionais para abordar as mulheres portadoras do HIV no puerpério, dentre elas as relacionadas à não amamentação. São dificuldades superáveis que exigem ressignificar o cuidado e o papel de cada profissional na preservação da dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a abordagem de profissionais no cuidado a mulheres portadoras do vírus HIV traz implícita a incorporação de valores sobre papéis naturalizados socialmente para as mulheres. Suas concepções sobre a impossibilidade de amamentar diante da positividade para o HIV e a repercussão na maternidade revelam visões de mundo sintetizadas na indissociabilidade mulher, reprodução e aleitamento materno. Uma vez em contato com puérperas portadoras do HIV, traduzem em suas ações a incorporação desses valores para sua própria vida com extensão a todas as mulheres.

O cuidar em situações de positividade para o HIV é facilitado quando as mulheres têm diagnóstico anterior ao parto, o que desobriga profissionais de construir estratégias para lidar com o impacto da positividade. Suas ações se caracterizam, sobretudo, por meio de procedimentos técnicos de proteção à saúde da criança, subestimando-se as necessidades das mulheres nesse processo que envolve necessariamente aspectos emocionais. Embora se perceba por parte de algumas profissionais sua capacidade de escuta e acolhimento, o cuidado apresentou-se orientado pelo modelo de atenção hegemônico, biologicista, fragmentário, onde há ênfase e predominância do cumprimento de protocolos institucionais formulados pelo Ministério da Saúde.

As profissionais participantes do estudo revelaram nos seus depoimentos dificuldades de lidar com aspectos subjetivos das mulheres de quem cuidam, distanciando-se da realidade pela transferência de responsabilidades. Com exceção da psicóloga, assumem não se encontrar preparadas para lidar com as necessidades de mulheres portadoras do HIV no puerpério e delegam a outrem atribuições a serem assumidas pela equipe. Desse modo, protegem-se da dor da outra mulher e encontram na delegação de funções suporte emocional para si próprias. A situação indica, que o cuidado de mulheres portadoras do HIV impossibilitadas de amamentar dá-se orientado pela subjetividade feminina e por representações do imaginário social sobre o HIV/Aids, que reúnem estereótipos estigmatizantes.

Há um certo consenso, um acordo silencioso entre auxiliares, enfermeiras e médicas em transferir responsabilidades entre si, utilizando-se da justificativa de ser a outra categoria melhor preparada para lidar com situações de fragilidade emocional que acompanha essas mulheres, o que se soma às especificidades do puerpério, cuja demanda emocional merece atenção particular. No entanto, são os profissionais dos centros de referências aqueles

indicados como de melhor preparo e assim, postergam enfrentamentos de modo a comprometer o vínculo, a confiança e o acolhimento das mulheres ,negando-se a integralidade. As participantes do estudo, no entanto, apontam a formação acadêmica como deficitária no tocante à qualificação de profissionais para lidar com a multidimensionalidade humana, o que sugere uma reorganização de currículos sob novas bases político-pedagógicas.

Quanto às políticas de saúde para o incentivo à amamentação, são importantes e eficazes para a redução dos índices de mortalidade infantil. Contudo, são necessárias ações em saúde para o suporte às mulheres que não atendem aos padrões normatizados para o aleitamento materno, de modo a se sentirem mães em plenitude. Há portanto, necessidade premente de investimento na sensibilização profissional para o cuidado de mulheres portadoras do HIV no puerpério, buscando-se a reorganização das práticas e a resignificação do cuidar com posturas mais humanas, mais solidárias e com equidade. Isto requer interação entre os(as) profissionais, no sentido de construir uma perspectiva de trabalho em equipe em que o grupo se apóie coletivamente e construa estratégias mais eficazes para lidar com as demandas das mulheres impossibilitadas de amamentar por positividade para o HIV.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências e Saúde coletiva**, v.61, n.1, p.63-72, dez 2001. Disponível em <<http://www.scielo.org>>. Acesso em 12/12/07.

_____. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3) >549;560, 2005.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** São Paulo, 1992.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura; FIACO, Adriana Del; WERNER, Eline Heringer; SHMITZ, Bethsaída de Abreu Soares. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto carteiro amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira Saúde materno infantil**, Recife, p. 195-204, abr/jun, 2003.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** tradução de Waltensir Dutra. 8ed. rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Centro de Referência Estadual de DST/aids. **Manual para interrupção da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita no Estado da Bahia.** Salvador, 2003.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre Mulheres.** Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Ed. Saraiva 27ª ed. São Paulo, 2001.

_____. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo Hiv em Crianças.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2004a

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004b

_____. Projeto Nascer. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. BRASIL, Ministério da Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, Brasília, 2004c.

. _____. **Portaria Nº. 675/GM de 30 de março de 2006.** Aprova carta dos direitos dos usuários da saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania de saúde em todo país. Brasília, 2006. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 02.01.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico aids.** Brasília, DF , Ano IV, n.1, 01ª a 26ª semanas epidemiológicas. jan/jun. 2007.

BOFF, Leonardo. **Sabercuidar: éticadohumano-compaixãopela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; Machado, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos especiais- Escola de Saúde Pública do Ceará.** v.1, n.1. jul-dez 2005.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs). Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente,** São Paulo: editora cultrix; 2006.

CARNEIRO. Ana Jaqueline Santiago. **Cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV.** 2007. 92 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007

CARVALHO, Marcus Renato de; Tamez, Raquel N. **Amamentação bases científicas.** 2ª ed. , editora Guanabara Koogan, RJ, 2005p. 167-170. .

CECCIM , Ricardo Burg; FEUERWERKER ; Laura C. Macruz. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob a ótica da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v20, n.5, 1400-1410, set/out. 2005

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher,** RJ: Rosa dos tempos, 1990.

CITELI, Maria Teresa. **Fazendo Diferenças: teorizando sobre gênero, corpo e comportamento.** Estudos Feministas, ano 9, 1º semestre, 2001.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero.** 2001. 171 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **Integralidade no cuidado á saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica,** 2005. (mimeo).

COLLIÈRE, Marie-Françoise. Origem das Práticas de Cuidados, sua Influência na Prática de Enfermagem. In: Collière, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Tradução de Maria L. B. Abecasis. Indústrias Gráficas Damaia, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n.014/2000**. Disponível em <http://www.pol.org.br/legislação/resoluções.cfm?in_startrow=11&ano=2000>. Acesso em 02/02/08.

FIORIN, José Luís. **Linguagem e Ideologia**: 6.ed. São Paulo, Ática, 2003

FLAX, Jane. **Pós - modernismo e as relações de gênero na teoria feminista** In: H. Buarque de Hollanda(org), Pós-modernismo e política, Rio de Janeiro:Rocco, 1990,p. 217-250.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti; COELHO, Edméia de almeida Cardoso. Woman life and health arguing the problems of the reality with professionals of the care. Online Brailian Journal of Nursing v.6, n.2, 2007.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **Aids no feminino**:por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil?,Rio de Janeiro:Editora UFRJ,2001.

ICHISATO, Sueli Mutsumi.T;SHIMO, Antonieta,Keiko K.Revisitando o desmame precoce.**Revista latino Americana de Enfermagem**,p.578-585,2002.

KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem**. São Paulo:EPU,p.3-13,1991.

LAMOUNIER, Joel A.; MOULIN, Zeina S.; XAVIER, César C.Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna.**Jornal de Pediatria**, vol 80,nº5; 2004.

LAURETIS, Teresa. **A Tecnologia do Gênero**.In: H. Buarque de Hollanda (org), Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p. 206-242.

LOPES, Rita de C.Sobreira et al.O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.**Psicologia: Reflexão e crítica**,v.18,n.2,p.247-251 disponível em<<http://www.scielo.org>>.Acesso em:05/01/08

LOPES, Marta Julia M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW; Vera Regina.**Gênero e Saúde**.Porto Alegre: Ed. Artes Médicas;1996.

LUCENA, Amália de Fátima et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais.**Revista escola Enfermagem USP**; 2006; 292-298.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**: parto e puerpério.São Paulo:Saraiva,1982.

MALTA, D. C; MERHY, E. E . Avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. REME. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-267, 2004.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na Qualificação do Cuidado em Saúde. **Revista latino Americana Enfermagem**, 12 (4), julho-agosto, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Pinheiro. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª.ed, São Paulo, Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, Susana Engelhard; MOURA, Maria Lúcia Seidl de .Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. **Revista Brasileira crescimento desenvolvimento humano**, 2007; 128-134

NORONHA, Ana Paula Porto. **Docentes de Psicologia**: formação profissional. Estudos de psicologia, p.169-173; 2003.

PINHEIRO, Patrícia N. da Costa; VIEIRA, Nelva F. Cunha; PEREIRA, Maria L. Duarte; BARROSO, Maria G. Teixeira. **O Cuidado Humano**: reflexão ética acerca dos portadores do Hiv/Aids. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 13 (4), 569-75, jul-ago, 2005.

REA, Marina Ferreira; CUKIER, Rosa. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.22 n.3, jun 1990.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **As Estratégias de Controle Feminino como Resultado do Papel e da Posição da Mulher na Sociedade**. In: _____ Tecendo por Trás dos Panos: a mulher brasileira nas relações familiares, Rio de Janeiro, Rocco, 1994.

SANDEMBERG, Cecília M.B. **Estudos feministas**: um esboço crítico. In: Célia Gurgel(org), *Teoria e práxis dos enfoques de Gênero*. Salvador: REDOR-NEGIF, 2004, p: 17-40.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais, São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Columbia University Press, 1990. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila (mimeo).

SILVA, Ana Lúcia da Silva; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem- um caminhar para o cuidado complexo. **Revista Escola Enfermagem USP** 2002:13-23.

THIENGO, Maria Aparecida; OLIVEIRA, Denize Cristina de; RODRIGUES, Benedita Maria Rego. Representações sociais do HIV/aids entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, 2005;68-76.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução á pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TONETTO, Aline M; GOMES, Willian B. **Competências e habilidades necessários á prática da psicologia hospitalar**. Arquivos Brasileiros de psicologia, v.59, n.1; p.38-50, 2007.

VINHAS, Dayane C. Silva; REZENDE, Lelinéia P. Ramos; MARTINS, Cleusa Alves; OLIVEIRA, Jane Portes; HUBNER-CAMPOS, Rayssa F. **Amamentação: Impacto Provocado nas Gestantes Hiv Positivas**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.06, n.01, p.16-24, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 03/06/06

WALDOW, Vera Regina. **O Cuidado na saúde**: a relação entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ZIEGEL, Erna .E; GRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8ª edição, 1985.

APÊNDICE-A
INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS.

1. Resgatando situações em que você lidou com mulheres portadoras do vírus HIV:
 - a) Você poderia descrever sua experiência em ter que comunicar às mulheres a impossibilidade delas de amamentar?
 - b) Você poderia descrever sua experiência diante das necessidades de cuidados que podem surgir nas mulheres, após ter conhecimento da impossibilidade de amamentar?
2. Na sua concepção como o impedimento em amamentar pode influenciar o exercício da maternidade?
3. Considerando que pode haver dificuldades para os (as) profissionais lidarem com a problemática do HIV no puerpério, que envolve também a não amamentação, que estratégias você tem adotado individualmente ou em equipe para facilitar sua abordagem às mulheres?
4. Você se sente preparado (a) para lidar com os sentimentos que podem surgir nas mulheres nessa situação? Conhece as recomendações do Ministério da Saúde e a legislação que orienta o cuidado a essas mulheres? Para você o que pode ser feito no serviço para facilitar a atuação dos profissionais?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Abordagem profissional á mulheres portadoras do vírus HIV, diante da impossibilidade de amamentar.

Meu nome é Sinaide Santos Cerqueira Coelho, sou aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título Abordagem profissional á mulheres portadoras do vírus HIV, diante da impossibilidade de amamentar. O estudo tem como objetivos: Conhecer a experiência de profissionais de saúde no cuidado às mulheres HIV positivas, diante da impossibilidade da amamentação; Descrever as estratégias adotadas por profissionais de saúde para lidar com suas dificuldades em cuidar de mulheres portadoras do vírus HIV no tocante á impossibilidade de amamentar e Identificar as conseqüências da não amamentação no impedimento do exercício da maternidade segundo o olhar dos profissionais. Sua participação como profissional que já vivenciou esta experiência é muito importante para o êxito do trabalho e solicito sua participação no estudo. Durante a pesquisa será realizada coleta dos dados através da entrevista semi- estruturada e gravada. Caso aceite participar, informo que serão garantidos anonimato e sigilo sobre as informações obtidas por mim. Sua participação é livre e caso aceite participar do estudo peço sua autorização para gravar seu depoimento, registrar dados observados e posteriormente divulgar o trabalho em eventos científicos.

Atenciosamente,

Pesquisadora: _____

Após tomar conhecimento dos objetivos e aplicação dos resultados da pesquisa intitulada “Abordagem profissional á mulheres portadoras do vírus HIV, diante da impossibilidade de amamentar”, cuja autora é a enfermeira Sinaide Santos Cerqueira Coelho, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e ter a garantia da autora de manter o sigilo quanto a minha identificação pessoal e familiar e o tratamento coletivo das informações por mim prestadas, consinto que as observações das consultas e da minha entrevista seja utilizada na referida pesquisa.

Atenciosamente,

ASSINATURA DO (A) ENTREVISTADO (A)

Salvador, _____ de _____ de 2007.

Ficha Catalográfica
Elaborada por: Joance Leolina Leite Primo
Bibliotecária CRB 5/1301

C672a Coelho, Sinaide Santos Cerqueira
Abordagem Profissional no Cuidado de Mulheres Portadoras do vírus Hiv
Impossibilitadas de Amamentar / Sinaide Santos Cerqueira Coelho (org.) - Salvador,
2008.

57p.

Dissertação (Mestrado) pela Universidade Federal da Bahia.
Orientadora: Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

1 Puérperas portadoras do HIV - 2. Mulheres Portadoras do vírus Hiv
Impossibilitadas de Amamentar – 3. Aids- um maior risco de transmissão vertical da
doença - 4. Aspectos psicobiológicos e sociais - 5. Abordagem Profissional no
Cuidado de Mulheres Portadoras do HIV,. I. Título.

CDU: 616.9:712.39