

SOROPOSITIVIDADE DE HIV EM GESTANTES: ADEQUAÇÃO DAS PRÁTICAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

Luciana de Amorim Barros¹ | Karina Brandão Menezes² | Maria Rita Webster de Moura³ |
Daiane Leite de Almeida⁴ | Thaysa da Silva Santos⁵ | Alba Maria Bomfim de França⁶



RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é proveniente da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A proliferação do HIV atinge hoje mulheres de todos os níveis conjugais e sociais. Com o processo acelerado, trouxe como principal consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV). A assistência integral a essas mulheres portadoras de HIV necessita tanto de uma implementação na atenção básica, quanto de uma integração no Serviço de Assistência Especializada (SAE), que tem como finalidade promover ações através de práticas e atividades que garantam o direito reprodutivo das portadoras de HIV, um processo gravídico saudável e proteção materna e do recém-nascido. O objetivo deste estudo foi verificar adequação das práticas do SAE a partir da preconização do Ministério da Saúde (MS) no atendimento das gestantes soropositivas para HIV/AIDS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e observacional realizada através de questionário preenchido a partir de observação e informações adicionais. Frente aos parâmetros utilizados, como ponto de validação da adequação das práticas oferecidas, a maioria dos itens analisados obtiveram resultados satisfatórios. Portanto, o SAE estudado oferece uma assistência adequada diante recomendações do MS, implicando em uma boa resposta às amplas necessidades das usuárias, minimizando o índice de TV no estado.

PALAVRAS-CHAVE

Serviço de Assistência Especializada. Soropositividade de HIV. Gestantes.

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is derived from virus infection. Nowadays the spread of HIV affects women of all marital and social levels; the accelerated process has brought as the main result the growth of the rates of vertical transmission (VT). The comprehensive assistance to the HIV-infected women needs both an implementa-

68 | tion in primary care and an integration in Specialized Assistance Service (SAS), which aims to promote action through practices and activities that ensure the reproductive rights of the HIV-infected women; a healthy pregnancy and protection to the mother and newborn. The aim of this study was to verify the appropriateness of SAS and the recommendation from the Ministry of Health to the care of HIV-infected pregnant women. It is a qualitative, descriptive and observational research which was conducted through questionnaires filled from additional observation and information. In face of the parameters used, as a point of validation of the adequacy of practices, most of the items analyzed have obtained satisfactory results. Therefore, the study of the SAS provides appropriate assistance on recommendations of MH, implying in a good response to the needs of users in order to minimize the rate of the state rates of transmission.

KEYWORDS

Specialized Assistance Service. HIV-Positive. Pregnant.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é proveniente da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e vem disseminando-se de forma gradual e intensa nos países subdesenvolvidos. No Brasil ela foi manifestada no início da década de 1980, sendo responsável por uma mudança de pensamentos sobre comportamentos sexuais (BRASIL, 2004). Combater a doença tornou-se objetivo de estudo em diferentes áreas de conhecimento, indo além das ciências de saúde e tornando-se uma preocupação política, social e antropológica (GALVÃO, 2002).

O HIV é transmitido através do contato do fluido contaminado em alguma área do corpo vulnerável a invasões, seja pela relação sexual, transfusão sanguínea, contaminação vertical e transmissão ocupacional. Tendo como principal manifestação clínica sudorese noturna, diarreia crônica, fadiga e emagrecimento. Sendo assim envolvida com diversos aspectos clínicos, infecção aguda, fase de latência clínica, fase sintomática precoce e a Aids propriamente dita (BRASIL, 2006).

Segundo Boletim Epidemiológico, os novos números da manifestação da Aids no Brasil, atualizados até junho de 2010, mostram 592.914 casos registrados desde 1980. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de Aids por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença. A Epidemia por localização em um período de 10 anos (1999 a 2009) afirma que a taxa de incidência no Sudeste caiu (de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes), no entanto, as outras regiões cresceram: 22,6 para 32,4 no Sul; 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; 6,4 para 13,9 no Nordeste e 6,7 para 20,1 no Norte. Ressalta-se que o maior índice de casos está concentrado na região Sudeste (58%) (BRASIL, 2006).

De acordo com os números acima citados, a transmissão está sendo mais presente a cada ano. No início, a manifestação em nosso país existia em pessoas do sexo masculino e homossexuais. Com o passar do tempo, a sua proliferação ganhou espaço atingindo hoje mulheres de todos os níveis conjugais e sociais (BRASIL, 2004). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de Aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 caso em homens para cada um em mulheres (BRASIL, 2010).

Atualmente, no Estado de Alagoas, segundo os dados da Vigilância Epidemiológica, o índice entre 2005 a 2010 é de 1.308 casos, sendo 826 no sexo masculino e 482 no sexo feminino com incidência maior na faixa etária de 30 a 39 anos. Já nas gestantes infectadas pelo HIV nesse mesmo período é de 285 casos, na faixa etária de 15 a 49 anos, sendo mais prevalente o número de casos em mulheres de 20 a 29 anos de idade (SES/AL, 2012).

O processo acelerado de mulheres infectadas trouxe como principal consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Diante disso, houve um aumento percentual considerável de crianças em todo o mundo com o vírus HIV, devido ao fato de que muitas das mulheres com Aids encontram-se em idade reprodutiva (BRASIL, 2004). Como consequência desse processo, a criança passou a constituir também um grupo de risco, já que a transmissão vertical (TV) pode ocorrer através do parto e pós-parto, levando em consideração que o diagnóstico de infecção retroviral feminina se dá na maioria dos casos no período do pré-natal e concepção do feto (BRASIL, 2010). Estimativas apontam que, a cada ano, 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV, fazendo com que a TV seja responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos (BRASIL, 2000).

A redução da TV pode ser com o tratamento adequado na gestação, trabalho de parto, parto, inibição mecânica do aleitamento materno, RN alimentados com a fórmula infantil e a dieta específica. Com isso o pré-natal, orientações e acompanhamento pós-parto tornaram-se fundamentais para o processo de saúde/doença da puérpera e do recém-nascido (BRASIL, 2010).

De acordo com princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, integralidade, hierarquização, universalização, descentralização e participação popular, os serviços oferecidos ao portador de HIV/Aids devem ser abalizados para oferecer acolhimento, assistência, diagnóstico precoce e encaminhamento desses indivíduos a centros de referência (BRASIL, 2006). A assistência integral a essas pessoas com esse tipo de agravo necessita tanto de implementação de atenção básica quanto de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids são: Serviço de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (BRASIL, 2010).

O Serviço de Assistência Especializado (SAE) tem caráter ambulatorial, que presta assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DST, propiciando o vínculo do paciente portador com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Sua implantação se deu de forma descentralizada, a partir de 1994, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS), às coordenações locais de DST e Aids (BRASIL, 2006).

Nesses serviços devem ser desenvolvidas ações de assistência, prevenção e tratamento, bem como adotar práticas para mulheres infectadas pelo HIV como: práticas e mecanismos de adesão à terapia antirretroviral, encaminhamento de gestante ao SAE, atividades de educação em saúde, suporte de equipe multiprofissional, incentivo ao autocuidado, atividades educativas de adesão ao tratamento e prevenção de co-morbidades, orientação e apoio, realização de exames de monitoramento, controle e distribuição de antirretrovirais, entre outras (BRASIL, 2006).

As estratégias do Ministério da Saúde para controle do HIV buscam chamar a atenção das mulheres para a existência da grande prevalência da Aids entre elas, alerta ainda que

70 | devam ser ponto de referência da prevenção e conquista da saúde. Dentro do seu contexto reprodutivo, o pré-natal é o principal instrumento de detecção da patologia e combate da TV (BRASIL, 2004).

Para que as ações supracitadas tragam resultados desejáveis, se faz necessário que todos os profissionais envolvidos façam dessas instruções uma realidade. Sendo assim, o profissional da enfermagem que tem em sua essência formadora o cuidado, assume uma responsabilidade para agir como educadores para saúde, desenvolvendo o trabalho de promoção e proteção ao ser humano (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, este trabalho justifica-se no entendimento de que os direitos reprodutivos dos portadores de HIV, o processo gravídico saudável e a proteção materna e do RN estão cobertos pela Constituição Federal e as Leis específicas deste público, sendo encargo do estado desenvolver meios para garantir tais direitos.

O Ministério da Saúde (MS) elaborou projetos através de redes assistenciais como nas Unidades Básicas e Centros de saúde voltados para portadores apontando práticas que garantam tais direitos. Logo, o presente estudo parte do questionamento: as práticas e atividades desenvolvidas no Serviço de Assistência Especializado (SAE) estão adequadas ao que é preconizado pelo MS no atendimento à gestante com soropositividade para o HIV? Para obter respostas diante tal questionamento, foram esquematizados tais objetivos específicos: verificar a aplicabilidade das práticas de adesão ao tratamento; caracterizar as práticas e atividades desenvolvidas quanto à prevenção da transmissão vertical; descrever o fluxograma do atendimento multiprofissional.

Acredita-se que, a partir desta pesquisa, haverá uma contribuição de forma significativa para a construção coletiva da percepção da identidade das ações e atividades oferecidas às gestantes portadoras de HIV/Aids do Estado de Alagoas. Esse atendimento ajuda a apontar o que se deve oferecer de melhor qualidade para o cliente usuário deste serviço.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal de abordagem qualitativa que foi realizado em uma unidade de referência especializada para soropositividade de HIV em gestantes no Estado de Alagoas. Esse tipo de pesquisa proporciona além de uma análise dos dados, o processo de seu significado. O instrumento da coleta de dados foi feito de forma observacional para o registro subjetivo dos dados, identificando quais as práticas e atividades desenvolvidas no Serviço de Assistência Especializada, caracterizando-se também transversal, a partir de uma coleta realizada em um curto espaço de tempo.

Quanto à abordagem qualitativa, teve caráter exploratório, pois foram desenvolvidos conceitos e ideias a partir dos dados colhidos. A pesquisa foi realizada no Bloco I do PAM-Salgadinho, onde funciona o serviço de referência especializada ao atendimento de gestantes soropositivas para HIV/Aids no Estado de Alagoas. Neste local é realizado atendimento de diversas especialidades de saúde a partir de equipe multiprofissional, assistência ambulatorial e farmacêutica que contemplam ações de assistência, prevenção e tratamento através de práticas e atividades específicas às pessoas vivendo com HIV/Aids.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados na observação direta dos pesquisadores, sobre adequação das práticas e atividades desenvolvidas para gestantes soropo-

sitivas para HIV/Aids foi composto por 12 questões diretas (Apêndice I), a partir de três tópicos (as práticas de adesão, as práticas de prevenção da transmissão vertical e equipe multiprofissional), sendo os aspectos éticos respeitados, pois foi solicitado à direção do SAE a autorização da pesquisa. Por não tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa (CEP).

Foram realizadas duas visitas no turno matutino e vespertino com observação no atendimento às gestantes e esclarecimentos com profissionais responsáveis pelo atendimento. Os dados informativos prestados aos pesquisadores são informações gerais que todo cidadão tem direito a ter, não infringindo assim os critérios éticos impostos pela pesquisa.

A análise foi feita através do ajustamento dos dados coletados, realizada no SAE a partir da preconização do Ministério da Saúde. Os mesmos serão apresentados a seguir de acordo com frequência simples das variáveis apontadas nos objetivos específicos desta pesquisa, discutindo-os através dos tópicos explorados no questionário. Foram observados dados de relevância no que diz respeito à adequação das práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o atendimento a gestantes soropositivas para HIV/Aids.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do questionário de aplicação observacional, pode-se construir três categorias analíticas, seguindo a ordem dos objetivos específicos, a saber: práticas de adesão ao tratamento, desde uma norma escrita interna até a referência das gestantes atendidas no SAE com contra referência em seus municípios; práticas de prevenção da transmissão vertical, realização de educação em saúde, distribuição da fórmula infantil e medicações necessárias; existência de equipe multiprofissional, notificação de 100% dos casos, realização de aconselhamento e acolhimento e acima de tudo preservação do sigilo.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) tem o papel de dar apoio ambulatorial, assegurando a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes, orientando-os e direcionando-os, segundo suas necessidades, a outros serviços, e incentiva também a adesão ao tratamento e a aceitação dos familiares à nova condição de ter um membro da família portador do vírus HIV ou doente de Aids (BRASIL, 2005).

De acordo com os conhecimentos adquiridos a partir das literaturas estudadas para que o SAE funcione em perfeitas condições, se faz necessário adotar práticas e atividades que garantam a permanência dele enquanto serviço de referência (BRASIL, 2005).

3.1 Práticas de Adesão

A adesão ao tratamento está entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão (BRASIL, 2007).

As práticas de adesão ao tratamento medicamentoso, clínico-obstétrico e as medidas de profilaxia pelas mulheres gestantes soropositivas são fundamentais para o sucesso da prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV.

No que se refere à identificação de práticas de adesão no SAE do PAM SALGADINHO foi percebido que o mesmo oferece atividades às gestantes com os grupos de adesão duas vezes na semana e conscientização através de palestras na sala de espera sobre a importância do tratamento. A equipe tem o controle da frequência das portadoras que estavam no processo gravídico na busca dos medicamentos das mesmas e dos recém-nascidos (RN) e da fórmula infantil, interferindo assim, no processo de adesão ao tratamento como um todo.

Foi observado que as atividades neste processo estão voltadas em sua maioria à adesão apenas ao tratamento medicamentoso. Porém, as ações de adesão preconizadas devem atender o indivíduo como um ser humano integral, não devendo ser visto como um amontoado de partes. Sabe-se que a situação dos portadores do vírus vem se transformando nos últimos anos, sendo resultado dos avanços relacionados ao surgimento da TARV, e vem tendo como resultado o aumento da sobrevivência, redução de internações por enfermidades oportunistas e queda da mortalidade (MARTINS, 2003).

Porém, as práticas de adesão devem envolver não só mecanismos medicamentosos, e sim atividades que favoreçam a efetivação de um processo saudável da gestante e do bebê, que envolve uma abordagem de conscientização, dando-lhe autonomia de um autocuidado, melhorando seus aspectos físicos, sociais e emocionais. Isso requer decisões compartilhadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede assistencial (BRASIL, 2007).

As normas escritas contêm orientações, regras e diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais no exercício da profissão, tendo como objetivo reunir de maneira organizada, disciplinada e normatizada as ações e relações dos profissionais de saúde. As normas gerais de funcionamento da instituição, bem como de suas atividades, irão contribuir para o bom andamento dos serviços prestados e harmonia no relacionamento das efetivações das práticas.

Quanto à presença de uma norma interna, foi observado que no local não existe nenhum regimento que norteie as ações e a assistência prestada à gestante portadora de HIV atendida no SAE. Dessa forma, o que, quando e quem deve efetuar determinadas ações descritas por elas implica em possível desorganização de funções, o desconhecimento do que realmente deve cumprir, bem como seus direitos institucionais.

No que diz respeito à prática de referência e contra referência, o Programa de Saúde da Família funciona como porta de entrada do sistema de saúde desse grupo exposto. É a partir dele que se inicia esse processo, devendo este encaminhar as usuárias portadoras de HIV para o serviço de média e alta complexidade (SAE) para que possam acompanhar essas mulheres de acordo com suas especificidades, podendo oferecer assim resolubilidade de suas necessidades (BOTAZZO, 1999). Percebe-se que se faz necessário uma atenção conjunta e integrada dos vários serviços do SUS que atendem esse contingente, não cabendo somente ao SAE realizar intervenções e acompanhamentos.

Em relação à unidade pesquisada, nota-se que é praticada a referência e contra referência, visto que as gestantes acompanhadas no serviço são indicadas para maternidades de referência e para serviços de alta complexidade quando necessário, mantendo também comunicação da situação das mesmas nos locais respectivamente citados. Essa prática é mantida através de ligações e e-mails.

Através das informações adicionais viu-se que existe um déficit na referência dos serviços de atenção básica para o SAE, visto que a instituição analisada tinha até o final do ano de 2011 um grande número de atendimento às gestantes, porém, no ano atual observa-se uma queda significativa na procura do serviço.

Diante do exposto pode-se ter como hipóteses dessa falha a falta de conhecimento dos profissionais envolvidos na Atenção Básica a respeito das práticas oferecidas pelo SAE, podendo também ter uma ausência na busca ativa dessas portadoras, ou até mesmo uma falta de orientação adequada. Essa falha pode também ser por parte das portadoras quanto a uma dificuldade socioeconômica impedindo-as de realizar a busca do serviço. Isso poderá implicar em agravos não reversíveis para a gestante e o concepto.

É necessário que os agentes desse sistema conheçam os processos que envolvem a assistência ao indivíduo soropositivo, nos diversos níveis de atenção, efetivando os mecanismos do processo de referência e contra referência.

A gestante portadora do HIV deve ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de Referência desde o início da gestação. Caso ela já esteja em uso de antirretrovirais para tratamento, é necessário substituir aqueles com potencial teratogênico e toxicidade para o concepto (BRASIL, 2005).

Para garantir a referência e contra referência, se faz necessário que o PSF e os serviços de referência em HIV/Aids realizem atendimento integral para intensificação do acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde ajuda a assegurar uma assistência contínua, de forma que os indivíduos sejam acompanhados integralmente.

3.2 Práticas de Prevenção da Transmissão Vertical

A evolução dessa epidemia da Aids no Brasil, afetando de maneira especial as mulheres, trouxe, como novo desafio a ser enfrentado, o controle da transmissão vertical (TV) do HIV. Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV (BRASIL, 2010).

Como adverte a literatura, é possível a redução no risco da TV com o uso do tratamento antirretroviral na gestação, trabalho de parto e parto e nos recém-nascidos alimentados exclusivamente com fórmula infantil. Diante da chance de reduzir a transmissão materno-infantil durante o puerpério, o Ministério da Saúde recomenda informar as puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos da transmissão e orientá-las sobre as medidas a serem tomadas (BRASIL, 2004).

Sobre o critério de aplicabilidade das práticas de transmissão vertical, as mesmas estão sendo desenvolvidas com atividades de educação em saúde semanalmente, dispensação de fórmula infantil e distribuição de medicações diariamente de segunda a sexta-feira em dois turnos. É praticada educação em saúde por meio de uma clara e dinâmica orientação sobre os agravos particulares da doença em seu período gravídico, da transmissibilidade do vírus para o seu filho e a importância de tornar uma realidade as orientações recebidas em seu dia-a-dia.

São orientadas sobre a inibição mecânica, uso da fórmula infantil e utilização do AZT oral. A dispensação da fórmula infantil é feita através no núcleo de nutrição inserida no mesmo espaço de atendimento, com promoção de educação em saúde no uso da mesma, tendo ainda um controle da frequência e da utilidade da mesma.

O Ministério preconiza que logo após o parto, a lactação deve ser impedida com medidas clínicas, farmacológicas e o enfaixamento, que é recomendado por 10 dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. É importante falar sobre o acompanhamento clínico e ginecológico da criança até definição de sua situação sorológica (BRASIL, 2010).

No que diz respeito ao TARV, a medicação é liberada na farmácia central sob prescrição médica. As disponíveis no SAE atualmente para as gestantes soropositivas são: Kaletra ou Biovir e para o bebê AZT xarope. Quando apresentam uma interrupção na busca, seja da fórmula infantil ou da medicação, essas mulheres são encaminhadas a passar primeiro pelo psicólogo, que faz as devidas intervenções e passam a ser monitoradas periodicamente na utilização dos insumos. É reforçada a adesão do recém-nascido ao tratamento com *Zidobudina* (AZT) xarope, nas seis primeiras semanas de vida e o tratamento com retrovirais adequados para gestação específica (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, podemos destacar a importância da liberação da fórmula infantil e da medicação ser distribuídos no mesmo espaço físico onde essas portadoras são acompanhadas, facilitando a continuidade do tratamento clínico e farmacológico. E quanto à formulação química das medicações, as mesmas encontram-se dentro dos critérios de recomendações de profilaxia de transmissão vertical de HIV e terapia antirretroviral em gestantes, visto que o Kaletra é junção de duas fórmulas (lopinavir/ritonavir), devendo ser utilizado em associação de outro retroviral; e o Biovir contém em sua composição o lamivudina e a zidovudina e é indicado para tratamento de gestantes.

Através do que é preconizado, o MS afirma que com as orientações realizadas por meio dos profissionais e a efetivação delas pelas portadoras, é possível a redução de aproximadamente 70% no risco da TV com o uso do tratamento antirretroviral na gestação, trabalho de parto e parto e nos recém-nascidos alimentados exclusivamente com fórmula infantil. Atendidas todas as recomendações, a chance de uma mulher grávida transmitir o HIV para o seu filho diminui (BRASIL, 2000).

3.3 Equipe Multiprofissional

O trabalho em equipe na assistência ambulatorial ao portador de HIV/Aids assume uma importância fundamental na assistência integral do indivíduo. Essa junção de profissionais veio como forma de responder à complexidade da Aids e assumiu destaque com a proposta de implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids pelo Ministério da Saúde. Com isso, foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, a existência de uma equipe mínima, visando à oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à Pessoa Vivendo com HIV/Aids (SILVA, 2007).

De acordo com o previsto na proposta para montagem do SAE, as equipes devem ser multiprofissionais, com composição que varia em quantidade e diversidade, permanente, e minimamente constituída de médico (infectologista ou clínico treinado), enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico.

Deve-se criar uma rede de apoio com outras categorias profissionais que complementem a ação da equipe mínima (BRASIL, 2000).

A equipe de trabalho no local estudado, em relação aos profissionais mínimos inseridos no bloco, é composta de: três médicos (dois infectologistas e uma ginecologista obstetra), três enfermeiras, cinco técnicos e auxiliares de enfermagem, um psicólogo, uma assistente social e dois farmacêuticos, além de profissionais adicionais, como um nutricionista e duas recepcionistas. Vale ressaltar que o PAM Salgadinho onde está inserido o SAE é uma policlínica ambulatorial que oferece, fora do bloco I, mas no mesmo espaço físico geral, atendimento de diversas especialidades, variando desde fisioterapeutas, fonoaudiologistas a uma grande diversidade de especialidades médicas.

Os papéis dos profissionais da equipe compreendem uma função específica, inerente a cada profissão, mas também assume um papel ampliado que conecta todas as categorias profissionais, seja no aspecto técnico ou educativo. É importante destacar que a conquista clínica alcançada é um processo de construção de uma equipe, onde possibilidades das intervenções devem ser estabelecidas em conjunto (BRASIL, 2000).

Foi identificado que existe dificuldade da equipe do SAE, em se articular de forma a oferecer uma assistência integral e a desenvolver um trabalho que vá além da multidisciplinaridade. Estas dificuldades contribuem para a fragmentação da assistência, tornando-a insuficiente para atender à complexidade da Aids. Percebe-se que o processo de trabalho ainda está disposto de forma fragmentada, gerando assim um trabalho centrado na individualização das ações.

A disposição espacial dos profissionais no fluxograma de atendimento multiprofissional se dá dentro de duas logísticas situacionais. A primeira é a chegada da paciente no bloco pela primeira vez e a segunda é o seguimento do acompanhamento das gestantes já cadastradas no local (segunda vez em diante), devidamente referenciadas.

A partir do diagnóstico de gestação e do vírus realizados nas entidades, a mulher busca o serviço onde será recebida e encaminhada para o atendimento com qualquer profissional capacitado de nível superior da equipe multidisciplinar (médica, enfermeira, psicólogo ou assistente social), onde esse realiza solicitação do teste rápido, feito no local. Após confirmação, é posteriormente solicitado exame de Anti-HIV 1 e 2, sorologia para sífilis, hepatites (A, B e C), sorologia para toxoplasmose, contagem de linfócitos TCD4+, carga viral e PPD.

Nesse primeiro contato se faz uma avaliação de diferentes aspectos relacionados à AIDS (o impacto da descoberta, tempo de conhecimento infecção pelo vírus, necessidades, condições clínicas e virais) e orientada sobre andamento do acompanhamento, seus direitos, sobre a mudança a que a doença esta ligada e todos os aspectos inerentes à gestação saudável e as condições de TV. Ao final da primeira consulta, a mesma será cadastrada no local e agendada a segunda consulta que deverá ocorrer com tempo variado de espera de uma semana a um mês com a enfermeira e médico.

Na consulta inicial é importante averiguar o conhecimento da gestante, as condições que exijam intervenção imediata, necessidade de indicar imunizações, ressaltar o impacto favorável da terapia antirretroviral (TARV), abordar métodos de prevenção da transmissão sexual do HIV, realizar exame clínico e exame obstétrico, bem como solicitar os exames de avaliação laboratorial inicial; avaliar o uso de medicamentos em geral e enfatizar as condições de transmissão vertical (BRASIL, 2010).

No que diz respeito ao segundo atendimento, as portadoras se dirigem à recepção do bloco I e recebem fichas distribuídas por ordem de chegada. O atendimento é realizado pelo médico que faz a prescrição dos antirretrovirais e posteriormente encaminha para enfermeira, iniciando assim o pré-natal. Os demais profissionais são inseridos mediante encaminhamento da enfermeira ou médico diante da necessidade de cada gestante.

Percebe-se que não existe uma organização no atendimento com uma triagem adequada a essas gestantes, podendo gerar impacto frente às condições que elas podem apresentar no primeiro contato. O tempo de espera para a efetivação do pré-natal, bem como a prescrição dos antirretrovirais podem gerar danos irreversíveis para a mãe e o concepto.

O aconselhamento e acolhimento, ponto estrutural do programa de DST/Aids, assume um importante papel na prevenção, TV, e no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como no acompanhamento das pessoas que vivem com Aids. Ele objetiva cuidar dos aspectos psicossociais, a saúde reprodutiva e a avaliação de vulnerabilidades, na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2010).

A política de humanização aponta o acolhimento como aspecto fundamental, e isso implica na recepção da mulher, desde sua chegada aos centros de saúde, responsabilizando-se por ela, escutando suas queixas e garantindo assistência resolutiva. Quanto ao aconselhamento, ele se faz através de uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se (ABDALLA, 2008).

No presente estudo identificou-se que as práticas de acolhimento e aconselhamento estão sendo efetivadas, pois o serviço oferece no ato da consulta uma abordagem de escuta e orientação e educação. Discutem as ideias de redução do nível de estresse; reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras; adesão ao tratamento; comunicação e tratamento dos comunicantes.

O aconselhamento e acolhimento no pré-natal configuram-se em um diálogo que tende a estabelecer uma relação de confiança e proporcionar a elas condições para que avalie sua vulnerabilidade e riscos pessoais de portar o HIV, facilitando a tomada de decisões que geraram impacto na vida dela e do bebê. O uso de uma linguagem acessível à gestante é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia, contribuindo para a adesão ao seguimento e ao tratamento.

Outra categoria estudada na função da equipe multiprofissional é a ética, sendo entendida como respeito ao cliente no que se refere ao sigilo, privacidade e confidencialidade do teste realizado por ele e das informações recorrentes ao processo de aconselhamento e acolhimento. Foi revelado que todos os profissionais envolvidos com assistência da portadora preservavam o sigilo das informações, bem como a preservação dos documentos que envolvem tal diagnóstico.

No ordenamento jurídico brasileiro, o sigilo profissional recebe proteção por meio de norma penal (regra do art.154, do Código Penal), punindo-se aquele que revelar, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem (BRASIL, 2004). Assim a preservação, pelo profissional da saúde, do segredo que lhe é confiado pelo paciente será a regra, admitindo-se a quebra do sigilo somente quando houver justa causa.

Em relação à notificação de 100% dos casos no SAE pelos profissionais, foi relatado que tinha a efetivação por meio do exame confirmatório do caso de gestante portadora de HIV. Essa notificação é feita pelo profissional que efetua a primeira consulta, realizada por meio do preenchimento da Ficha de Investigação de Gestante HIV+ e Criança Exposta, padronizada pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, no ano de 2000, procurando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, tornou obrigatória a notificação das gestantes em que fosse detectada a infecção pelo HIV (diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV). Da mesma forma, será obrigatória a notificação de crianças nascidas de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres soropositivas (BRASIL, 2000).

Esta notificação de casos de gestante HIV+ e criança exposta são de responsabilidade de médicos de outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como dos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde, em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). É imprescindível o acompanhamento contínuo do comportamento da infecção entre gestantes com infecção pelo HIV e crianças expostas, para planejamento, monitoramento e avaliação das Ações/Programas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível identificar que o SAE do município de Maceió-AL, dentro do PAM Salgadinho, se ajustou à maioria dos aspectos analisados, mediante preconização do Ministério da Saúde, porém deixou a desejar quanto a normas e rotinas, visto que no local não têm nenhum documento que ordene as atividades realizadas. No tocante ao desenvolvimento de práticas de adesão, se destacou a efetivação dessa voltada apenas para o tratamento medicamentoso, tornando a prática defeituosa, pois o processo deve envolver a adesão às outras atividades e recomendações oferecidas.

É importante ressaltar que a presença da equipe com diferentes profissionais não torna o atendimento multidisciplinar, visto que a unidade estudada apresenta uma dificuldade na articulação integrada das atividades prestadas.

Com a intenção de aprimorar o trabalho em equipe, é possível utilizar de alguns recursos que podem ser incorporados à rotina do serviço de assistência especializada como: reuniões semanais, discussão de casos clínicos, elaboração de projetos terapêuticos, envolvimento e participação em projetos preventivos institucionais ligados as DST/Aids, participação em atividades científicas, atividades de grupo e planejamento conjunto de todas as práticas a serem tomadas no local.

Podemos observar como resultado significativo, o desempenho dos profissionais da enfermagem, pois ao lado do profissional médico, são principais articuladores envolvidos no processo de assistência às gestantes portadoras de HIV/Aids no SAE. Deste modo, a enfermagem assume um papel importante diante desse grupo exposto, pois ela trabalha diretamente na assistência, minimizando os agravos e proporcionando uma melhor qualidade de vida a essas usuárias.

Com a efetivação dessas práticas, as gestantes acompanhadas têm a possibilidade tanto de um processo gravídico saudável, quanto de uma melhor qualidade de vida, mini-

78 | mizando assim os riscos que a doença oferece no duplo contexto envolvido. Isso também nos leva a pensar que o número de intercorrências na gestação, parto, puerpério até mesmo o índice de TV em Alagoas só tende a cair, pois as gestantes portadoras do vírus HIV estão sendo atendidas em sua totalidade pelo serviço de atendimento especializado de referência no estado.

Conclui-se que os resultados satisfatórios servirão, a partir dos pontos avaliados, como indicadores de qualificação da assistência oferecida pelo local estudado no que diz respeito à adequação das práticas assistenciais voltadas às gestantes portadoras de HIV/Aids no SAE do Estado de Alagoas, tendo em vista a importância destas atividades no impacto na vida desse grupo exposto, de sua família e comunicantes.

O trabalho intenciona sugerir novos estudos sobre o tema abordado, uma vez que durante as pesquisas de construção não foram encontrados resultados sobre a assistência à mulher/gestante portadora de HIV/Aids no SAE do Estado de Alagoas.

REFERÊNCIAS

ABDALLA FTM. Nichiata LYI. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saude soc.** [periódico na Internet]. 2008. Acesso em: 15 fev. 2012. vol.17, n.2, pp. (140-152). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010412902008000200014>Disponivelem:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200014&lng=pt&nrm=iso

BOTAZZO C. **Unidade básica de saúde:** a porta do sistema revisitada. São Paulo: Edusc, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2004. Acesso em: 15 mar. 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_07.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher:** recomendações para prevenção da Transmissão Vertical do HIV. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2004. Acesso em: 12 nov. 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_gestantes_2004.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 18. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2006. Acesso em: 14 nov. 2011. Vol. 18. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd18.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Aids e DST.** Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2010. Acesso em: 12 nov. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/BOLETIM.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Bolso. **Doenças Infecciosas e Parasitárias.** 3. Ed. V. I. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2004. Acesso em: 13 de Janeiro 2012]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher: gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2000. Acesso em: 12 jan. 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2010. Acesso em: 24 nov. 2011. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/490.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2006. Acesso em: 12 jan. 2012. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2005. Acesso em: 16 jan. 2012. Disponível em: www.aids.gov.br/SAE.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2007. Acesso em: 26 mar. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2000. Acesso em: 19 abr. 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.html.

GALVÃO JN. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?**. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002. Acesso em: 14 fev. 2012. vol.18, n.1, pp. (213-219). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022>. >

MARINS JR. et al. **Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients**. *Aids* [periódico na Internet]. 2003. Acesso em: 15 abr. 2012. v. 17, p. (1675-1682). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300007&script=sci_art-text.

SES/Alagoas Coord. Estadual DST/Aids – Vigilância Epidemiológica. Dados tabulados em 26/03/2012.

SILVA CGS. **Serviço de assistência especializada (SAE). Uma experiência profissional**. *Psicol. cienc.* [periódico na Internet]. 2007. Acesso em: 27 mar. 2012, vol.27, n.1, pp. 156-163. Disponível em: <http://abrapee.psc.br/11-2.pdf>.

80 | **APÊNDICES**

A. QUESTIONÁRIO

As práticas de adesão são desenvolvidas?

() Sim () Não

Existe uma norma escrita interna?

() Sim () Não

As práticas de Referência e Contra Referência estão sendo realizadas? Como?

() Sim () Não

As práticas de prevenção da transmissão vertical estão sendo desenvolvidas?

() Sim () Não

Estão sendo realizadas atividades de educação em saúde?

() Sim () Não

A unidade está dispensando a fórmula infantil?

() Sim () Não

A unidade é dispensadora de medicação? Quais?

() Sim () Não

Existe uma equipe multiprofissional?

Médicos () Sim () Não

Enfermeiro () Sim () Não

Psicólogo () Sim () Não

Assistente Social () Sim () Não

Farmacêutico () Sim () Não

Outros () Sim () Não

É feita a notificação em 100% dos casos? Quem faz?

() Sim () Não

O acolhimento e o aconselhamento estão sendo realizados? Quem faz?

| 81

() Sim () Não

O sigilo está sendo preservado?

() Sim () Não

- 1 Docente da Faculdade Integrada Tiradentes - FITS
- 2 Docente da Faculdade Integrada Tiradentes - FITS
- 3 Docente da Faculdade Integrada Tiradentes - FITS
- 4 Enfermeira, egressa pela Faculdade Integrada Tiradentes - FITS.
- 5 Enfermeira, egressa pela Faculdade Integrada Tiradentes - FITS.
- 6 Orientadora do trabalho, docente da FITS, especialista em Enfermagem Obstétrica pela UNCISAL. E-mail: albambf@hotmail.com