

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

FLÁVIA ALVES CONDÉ PIRES GUELBER

**A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS GESTANTES HIV POSITIVO**

Juiz de Fora
2014

FLÁVIA ALVES CONDÉ PIRES GUELBER

**A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS GESTANTES HIV POSITIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como pré-requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Juiz de Fora
2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Guelber, Flávia Alves Condé Pires.

A construção do vínculo das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo / Flávia Alves Condé Pires Guelber. -- 2014.

103 p.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Enfermagem. 2. Vínculo. 3. Gestante. I. Alves, Marcelo da Silva, orient. II. Título.

**A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS GESTANTES HIV POSITIVO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito necessário para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 27 de agosto de 2014.

Membros da Banca Examinadora:



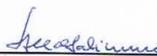
Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Orientador

Prof. Associado da Faculdade de Enfermagem/UFJF



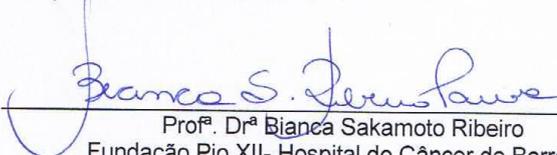
Prof.ª Dr.ª Moema da Silva Borges

Prof.ª Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Brasília

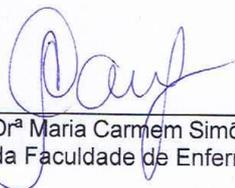


Prof.ª Dr.ª Anna Maria de Oliveira Salimena
Prof.ª Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Membros Suplentes da Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Bianca Sakamoto Ribeiro
Fundação Pio XII- Hospital do Câncer de Barretos



Prof.ª Dr.ª Maria Carmem Simões
Prof.ª Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Dedico este trabalho as minhas avós Ilda e Ivone (in memoriam), meus exemplos de mulher, mãe, esposa e de ser humano. Elas construíram vínculos para toda a eternidade e tenho a certeza de que onde estiverem estão vibrando suas energias para que nós aqui, habitantes deste planeta Terra, possamos usufruir de um futuro melhor, com mais Amor e mais vínculos...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para enfrentar os obstáculos que se colocaram a minha frente. Foram muitos os desafios que enfrentei para chegar até aqui, muitas vezes pensei que não iria conseguir, mas o Senhor sempre esteve ao meu lado, disso eu não tenho dúvidas, pois nos momentos mais difíceis e angustiantes dessa caminhada, as pegadas deixadas no caminho da vida não eram minhas, pois em seus braços o Senhor me carregou, amparando-me e ajudando-me a seguir em frente e concluir mais esta etapa da minha vida.

Ao meu orientador, o Professor Doutor Marcelo da Silva Alves, sou grata por ter aceitado me orientar, mesmo sabendo da minha condição de gestante, que um bebê estava por vir e que alguns desafios se colocariam à minha frente. Mas hoje posso afirmar que conseguimos, essa vitória é nossa e agradeço por toda dedicação e por acreditar que eu conseguiria, mesmo quando até eu duvidava disso. Você conseguiu compreender os momentos difíceis que passei e estendeu sua mão todas as vezes que precisei, ajudando-me a saltar cada obstáculo dessa caminhada. Obrigada por relativizar o caminho que trilhei, por me apresentar a Razão Sensível como um possível caminho de investigação, que fundamentou este trabalho, mas que também retirou as traves dos meus olhos e me permitiu fechá-los e imaginar que um futuro mais doce chegaria. A você eu deixo todo meu agradecimento e admiração.

À professora Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena por suas contribuições e por coordenar esse programa de mestrado com sabedoria e competência, mas ao mesmo tempo com tanta sensibilidade. Jamais esquecerei aquele momento da minha entrevista para ingressar neste programa em que você me perguntou: Como vai ser depois que esse bebê nascer? E eu lhe respondi que esse bebê foi muito sonhado e planejado e que sua chegada iria me fortalecer ainda mais para lutar e alcançar o futuro que almejo. Nesse momento, seus olhos se encheram de lágrimas e percebi a grandiosidade do seu coração e a sensibilidade que guarda em sua alma!

A todas professoras que de alguma forma contribuíram para que esse momento se concretizasse, em especial às Professoras Doutoras Cristina Arreguy de Sena,

Betânia Maria Fernandes, Girlene Alves da Silva, Sônia Maria Dias, Rosângela Maria Greco, Geovana Brandão Santana Almeida, Edna Aparecida Barbosa de Castro, Denise Barbosa de Castro Friedrich, Teresa Cristina Soares e à professora Maria Carmen Simões Cardoso de Melo que, gentilmente, aceitou fazer parte da banca examinadora e contribuiu com suas sugestões que me auxiliaram na finalização deste estudo.

Às Professoras doutoras Moema da Silva Borges e Bianca Sakamoto Ribeiro, por terem saído do conforto de seus lares, enfrentando uma longa viagem para participar da banca examinadora deste estudo e dar suas contribuições. Obrigada pela disponibilidade e carinho!

Agradeço a todos os amigos que se fizeram presentes e que de alguma forma contribuíram para que esse dia chegasse. Em especial a Andyara, por compreender os momentos difíceis que passei e se mostrar tão amiga, ajudando-me e dando-me o suporte necessário para continuar minha caminhada.

Não tem como terminar essa etapa sem agradecer a Candice e ao Dionassom, parceiros na disciplina da Saúde Mental. Com vocês eu aprendi muitas coisas. Deixo aqui todo meu agradecimento pela parceria e toda minha admiração. Tenho certeza de que a estrela de vocês vai brilhar.

Agradeço também a Elisângela por sua dedicação ao programa, sempre solícita, tentando resolver nossos impasses.

Às enfermeiras que disponibilizaram seu tempo e aceitaram gentilmente participar da construção deste estudo.

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora e à Faculdade de Enfermagem por ter me proporcionado esses oito anos de estudos, desde a graduação, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e agora o mestrado, que me transformaram numa pessoa melhor e me possibilitaram adquirir uma profissão. Espero poder retribuir à nossa sociedade todo investimento feito na minha carreira.

Agradeço à Fapemig que, desde a graduação, disponibilizou o apoio financeiro necessário para que eu pudesse me dedicar aos estudos e a esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Rosângela e Waldyr, sou grata por tudo o que sou. Com vocs eu aprendi a andar, a falar, a amar e a respeitar o prximo. Vocs me ensinaram o valor da vida e do ser humano. Se hoje estou colhendo o fruto desses oito anos de dedicaço aos estudos, foi porque vocs me deram adubo e gua o suficiente para nutrir minhas foras e esperanas num futuro melhor. Todas as palavras descritas neste agradecimento sã poucas para exprimir toda gratidã que tenho por vocs.

Obrigada, mãe, por me apoiar, incentivar e acreditar que eu seria capaz, sempre me motivando e me fazendo acreditar que minha estrela iria brilhar. Voc sempre falou que eu iria conseguir e hoje estou aqui, finalizando mais uma etapa importante da minha vida. Agradeço por cuidar de minha filha da maneira que eu acredito ser a melhor e compreender o quanto isso seria importante para mim para que eu pudesse me ausentar como mãe e ter a tranquilidade necessria para construir este estudo. Ns duas sabemos que esses dois anos ão foram fceis, mas quero que saiba que as lgrimas que derramei ontem devido as dificuldades e sofrimentos vivenciados hoje sã de felicidade por ter conseguido finalizar mais esta etapa e que ão teria sido possvel sem o amor e apoio que sempre me proporcionou. Amo muito voc!

Ao meu pai, agradeço pela serenidade, por ser meu porto seguro e por estar sempre ao meu lado. Sei que sempre pude contar com voc em todos os momentos da minha vida e, durante essa caminhada, ão foi diferente. Ns dois sabemos o quanto foi difcil chegar at aqui, e voc ão mediu esforos para que essa caminhada se tornasse mais fcil, sempre disponvel e amoroso! O carinho e o desvelo que sempre proporcionou à minha filha me fortalecem a cada dia e me impulsiona e seguir em frente. Voc é meu exemplo de ser humano, pessoa de carter impar, que sabe amar o ser humano pelas suas singelas atitudes. Voc é meu melhor amigo e serã sempre meu HERÓI! Amo voc!

Agradeço à minha irmã Kátia e ao meu cunhado Murilo por cuidarem da minha filhinha como se fosse de vocs. Vocs foram fundamentais na minha vida no

momento que mais precisei de ajuda e apoio. Muito obrigada! Vocês são muito especiais para minha mim!

À minha irmã Karla e às minhas sobrinhas Brenda e Bruna, pois sei que, mesmo estando longe, torceram e se orgulham de mim nesse momento. Amo muito vocês! Saudades...

Ao tio Marcelo, por estar sempre ao meu lado, por sua presença e alegria de viver, que é contagiante. Obrigada pelos conselhos, por sua preocupação e todo desvelo dispensado a mim. Hoje, mais do que nunca, acredito na sincronicidade das coisas, e que nada acontece por acaso, somos frutos de nossas escolhas e que tudo é possível quando realmente nos dedicamos. Obrigada por tudo!

Às minhas tias Vany e Wanilda por toda dedicação, apoio e incentivo que sempre me deram. Obrigada por cuidarem da minha filha nos momentos em que precisei, por me acolherem, pelo carinho e amor que sempre dispensaram a mim. Vocês são parte dessa vitória!

Agradeço ao Celso pela torcida. Sei o quanto gosta de mim e o quanto está feliz nesse momento, pois compartilha conosco os momentos felizes em família. Obrigada por ajudar minha mãe a cuidar da minha pequena!

A toda minha família que, mesmo de longe, compartilharam as angústias e vitórias vivenciadas. Agradeço especialmente às tias Denilda, Aurora, Valéria, Creuzeli e Norma; aos tios Márcio e Varli e às primas Daniele e Luzimar por estarem sempre presentes na minha vida, compartilhando todos os momentos dessa minha caminhada.

Vocês são parte dessa história! Amo todos vocês!

AGRADECIMENTOS MAIS QUE ESPECIAIS

Ao meu esposo André, presente que Deus me enviou quando eu menos esperava. Sua presença é indispensável ao meu viver, e hoje, mais do que nunca, tenho a consciência da força consubstancial do amor que nos une e que fortalece a nossa família a cada dia. Obrigada por compreender os momentos de ausência, em que muitas vezes deixei a cama vazia para me dedicar aos estudos.

Agradeço por me amar e me aceitar do jeito que sou, por me compreender, mesmo quando eu não merecia ser compreendida. Nós dois sabemos o quanto foi difícil permanecer unidos nesses dois anos. Muitos foram os desencontros, mas seu amor foi paciente e conseguimos seguir fortes e hoje estou aqui, apresentando o fruto de tanto esforço e que poderemos desfrutar juntos num futuro mais doce e tranquilo.

À minha pequerrucha, minha filhinha amada, Clara. Obrigada por clarear minha caminhada com seu amor, alegria e carinho. Com você eu aprendi a força do amor incondicional, a dar valor às pequenas coisas da vida, a valorizar cada sorriso e cada momento de alegria. Você é a minha pedra mais preciosa e a razão do meu viver!

Amo muito vocês dois!

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa, ancorado na Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli, que teve como objetivo geral compreender a percepção das enfermeiras em relação à construção do vínculo na assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo, conhecendo assim como este vínculo é construído ou pensado no seu cotidiano. As inquietações que me levaram a realizar este estudo surgiram durante minha atuação como enfermeira residente de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, na assistência prestada durante o pré-natal. Para coleta das informações foi utilizada a entrevista semiestruturada com dez voluntários que aceitaram participar da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise das informações foi realizada sob a luz da Razão Sensível, que se constitui no referencial metodológico da Sociologia do Cotidiano. Após análise das informações, emergiram quatro categorias: 1) O vínculo vivido e pensado como cuidado solidário e humanístico; 2) A confiança como forma de se construir o vínculo no cotidiano do cuidado à gestante HIV positivo; 3) O vínculo como cimento social na relação de “ser/estar-junto” sob a lógica interacionista e 4) A construção do vínculo como elo que favorece o desenvolvimento das ações de saúde. A partir da análise, foi possível apreender que as enfermeiras mantêm o vínculo após encaminhar a gestante ao serviço especializado ou este vínculo é passível de ser construído mesmo ao encaminhá-las, sendo cultivado no cotidiano, por meio de ações de cuidados pautados na solidariedade e nos aspectos humanísticos de nossa profissão e nas relações de confiança entre enfermeira e gestante. Nessa relação, a enfermeira visualiza a possibilidade de estar-junto à gestante, proporcionando ações que possibilitem mantê-la em acompanhamento na unidade.

Descritores: Enfermagem, vínculo, gestante.

ABSTRACT

Qualitative study, anchored in the Sociology of Everyday Life by Michel Meffesoli, which aims to identify nurses' perceptions regarding the construction of the bond in assisting in the Family Health Strategy with HIV-positive pregnant women and understand how this bond is built or thought in their daily lives. The concerns that led me to conduct this study arose during my tenure as a resident nurse a Unit Primary Health Care, the care provided during the prenatal period. For data collection was used to semi-structured with ten participants who agreed to participate after reading the Statement of Informed Consent interview. Information analysis was performed under the light of Reason Sensitive, which constitutes the methodological framework of the Sociology of Everyday Life. After reviewing the information, four categories emerged: 1) The bond lived and thought as supportive and humanistic care; 2) Trust as a way to build the link in the daily care of HIV positive pregnant women; 3) The bond as social cement in relation to "be / being-together" under the interactionist and logic 4) The construction of the link as a link that favors the development of health. From the analysis, it was possible to learn that nurses maintain the bond after forwarding the pregnant woman or the specialized service this bond is likely to be built right to convey them being cultivated in daily life, through actions of solidarity and guided care humanistic aspects of our profession, through the relations of trust between nurses and pregnant. In this relationship, the nurse sees the possibility of being-together to pregnant women, providing actions that enable it to keep up on the unit.

Keywords: Nursing, bond pregnant.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
2.2 CONTEXTUALIZANDO A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E O SISTEMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE HIV POSITIVO.....	27
2.3 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE HIV POSITIVO.....	31
2.4 O VÍNCULO COMO ATITUDE HUMANÍSTICA.....	35
2.5 A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO DE MICHEL MAFFESOLI: UMA PROPOSTA DE REFERENCIAL.....	41
3 A RAZÃO SENSÍVEL COMO UM CAMINHO POSSÍVEL DE INVESTIGAÇÃO.....	44
4 RESULTADOS.....	51
4.1 O VÍNCULO VIVIDO E PENSADO COMO CUIDADO SOLIDÁRIO E HUMANÍSTICO.....	52
4.2 A CONFIANÇA COMO FORMA DE SE CONSTRUIR O VÍNCULO NO COTIDIANO DO CUIDADO À GESTANTE HIV POSITIVO.....	63
4.3 O VÍNCULO COMO CIMENTO SOCIAL NA RELAÇÃO DE “SER/ESTAR-JUNTO” SOB A LÓGICA INTERACIONISTA.....	67
4.4 A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COMO ELO QUE FAVORECE O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	73
5 CONCLUINDO E FALANDO DE COISAS QUE ESTÃO DENTRO DO PEITO.....	82
REFERÊNCIAS.....	92

ANEXOS

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.....	98
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.....	99
ANEXO III- PARECER CONSUBSISTENCIADO DO CEP.....	100

APÊNDICES

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
APÊNDICE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	103

I- INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças do ponto de vista físico, social e emocional. É um período que representa para mulher a afirmação e/ou o desenvolvimento da identidade sexual, da feminilidade e da autoestima, momento em que se perde a condição de filha e esposa e se ganha a de ser mãe (BRASIL, 2012 a; TEDESCO, 2000).

Diante dessas mudanças, a gestação constitui-se em um momento de passagem, no qual várias alterações ocorrem. O corpo físico se modifica, visualizado no aumento do peso e nas modificações do contorno do corpo da mulher, ocorrem mudanças biológicas como alterações do paladar e do apetite, da libido, das funções fisiológicas e imunológicas, que fazem desse período um momento de descoberta e de inquietações.

Somado a essas mudanças, a espiritualidade pode ser vivenciada de maneira mais intensa, visto ser um momento de geração de vida que aflora na mulher a necessidade de ligar-se a algo que transcende os saberes e práticas da área da saúde, buscando na espiritualidade o apoio emocional para enfrentar as mudanças e as inquietações decorrentes desse período.

O meu interesse por estas questões acerca da mulher nesse período tão singular de sua vida emergiu durante a graduação, na disciplina Saúde da Mulher, momento este que me possibilitou prestar assistência à mulher em vários períodos de sua vida, como na adolescência, gravidez e climatério, abordando questões acerca da sexualidade, reprodução, prevenção de doenças, promoção da saúde e gestação, e me encantei com a assistência da enfermeira no pré-natal.

Meu encantamento se deve, em parte, à interação que estabeleci com essa mulher em um momento tão especial de sua vida, o que me possibilitou desenvolver um cuidado voltado para suas necessidades, tornando esse período mais tranquilo por meio de orientações, prestando uma assistência de qualidade com a finalidade de se obter resultados efetivos neste momento particular de sua vida, levando-se em consideração sua singularidade e unicidade no mundo.

Com o ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, foi possível vivenciar o acompanhamento à gestante de forma mais intensa e conhecer diferentes

abordagens no seu atendimento, o que me possibilitou refletir e ampliar meu olhar para a mulher no momento da gestação. Sendo assim, essas reflexões me sensibilizaram e me fizeram pensar sobre o meu papel como enfermeira e o meu compromisso como profissional com as gestantes que estavam sob meus cuidados.

Além disso, o programa me proporcionou vivenciar a enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora, durante dois anos, atuando junto à comunidade adscrita, em ações de promoção, prevenção, recuperação e proteção à saúde, reconhecendo os determinantes do processo saúde-doença e fortalecendo as relações de vínculo.

Em minha experiência, o vínculo se estabelece por meio da relação interpessoal que deve estar permeada pelo afeto, respeito, carinho e confiança. Essa relação deve ser autêntica a fim de buscar conhecer o outro em sua essência, pois, assim, cria-se a possibilidade de compreender o outro a partir de sua existência e desenvolver um cuidado empático, com envolvimento e solidariedade. A construção do vínculo demanda tempo e é permeada por valores, crenças e motivações pessoais.

A partir da minha vivência como enfermeira da ESF que cuidou de várias gestantes, penso que, sem o vínculo, não há possibilidade de realizar o cuidado, pois ele é uma ferramenta central para acompanhar a gestante durante todo o período gestacional e pós-parto, que possibilita à enfermeira participar de maneira ativa por meio de orientações que englobam assuntos importantes da gestação, que podem prevenir sérios agravos no decorrer desse período, como a toxoplasmose congênita, a qual pode ser prevenida ao orientar a gestante sobre hábitos de higiene no preparo dos alimentos, fervura do leite e evitar contatos com fezes de gatos, caso não esteja imune ao parasito.

Essa experiência que se mostra feita a partir da minha vivência pode ser ilustrada pelas inúmeras gestantes que acompanhei e com as quais construí o vínculo por meio de uma abordagem que demonstrava preocupação, interesse por seus questionamentos e compreensão de seus problemas. Além disso, estava sempre disponível para elas quando precisavam, pois entendo que existem questões que permeiam o período gestacional que não podem esperar, como pequenos sangramentos, cólicas e pouca movimentação fetal. Tais questões se refletem na gestante como ansiedade e também como medo de perder o bebê,

necessitando assim de cuidados não apenas físicos, mas também emocionais e afetivos.

Portanto, minha motivação para construir esse vínculo foi a de estar próxima da gestante que estava sob minha responsabilidade, conhecê-la, respeitá-la e, acima de tudo, desenvolver um cuidado em conjunto, que desse a ela a possibilidade de fazer suas escolhas, fornecendo orientações, principalmente durante as consultas de pré-natal.

Durante a realização dessas consultas, compreendi que a gravidez é um período muito importante na vida da mulher, em que vários sentimentos estão aflorados, muitos deles ambivalentes, como medo, ansiedade, insegurança e alegria. Devido às alterações vivenciadas pela gestante, constatei o quanto é importante para essas mulheres ter um profissional de referência que aborde questões sociais, psicológicas, pessoais, econômicas, culturais e espirituais, que as escute e leve em consideração suas queixas, possibilitando-lhes a expressão de suas percepções e representações sobre esse momento especial vivido.

Uma assistência de qualidade e que aborde todas estas questões se faz necessária, uma vez que o desafio emocional imposto pela gravidez é muito grande, em que os conteúdos intrapsíquicos preexistentes, adquiridos ao longo da vida, sobrepõem-se àqueles próprios do estado gravídico, isto é, dos conteúdos atuais. Isso ocasiona alterações emocionais frequentes, ora com alterações predominantemente psíquicas, ora com manifestações predominantemente somáticas (TEDESCO, 2000).

Dessa forma, o comportamento e as emoções da gestante se modificam sobremaneira, tornando-a diferente do que foi até então e única entre as outras mulheres. É tarefa indispensável para todos os profissionais que cuidam desta mulher penetrar neste mundo emocional e identificar-lhe os mecanismos psíquicos (TEDESCO, 2000).

Adentrar nesse mundo e identificar esses mecanismos possibilita ao profissional desenvolver um cuidado individual e empático, além de prover as variáveis necessárias à consolidação do vínculo como o respeito e as crenças envolvidas nessa relação.

Ao submergir neste mundo particular das gestantes, destaca-se o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, sendo necessário identificar os fatores de risco gestacional o mais precocemente

possível, sendo indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta (BRASIL, 2012 b).

A gravidez de alto risco é definida quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos que requerem tecnologias de alta complexidade. Já nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de risco habitual (BRASIL, 2012b).

Entretanto, a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente o encaminhamento da gestante para acompanhamento no pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde (BRASIL, 2012 b).

No contexto de minha prática, as gestantes de risco habitual eram acompanhadas na Unidade de Atenção Primária em Saúde(Uaps), com consulta intercalada com a medicina e a enfermagem. Aquelas gestantes consideradas de risco eram encaminhadas ao serviço de referência, o qual deve possuir as condições mínimas para esse acompanhamento.

Diante desta realidade, começaram a emergir minhas inquietações, pois visualizei a gestante de risco como aquela que mais precisa da presença da enfermeira da ESF por ser esta a profissional que está inserida na comunidade, conhece sua realidade, sua condição social, econômica, cultural e psíquica. Ao encaminhá-la ao pré-natal de alto-risco, os profissionais deste serviço passam a ser a referência para estas gestantes que acabavam por se distanciar do serviço disponibilizado na Uaps, perdendo-se o vínculo com a enfermeira da ESF.

Tal fato me inquietou, pois a gestação por si só é um momento em que a mulher encontra-se permeada de sentimentos de alegria, realização, mas também se encontra fragilizada, com medos, dúvidas, ansiedade e, no caso de uma gestante

portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV), condição esta que exige encaminhamento ao pré-natal de alto risco, estes sentimentos podem estar mais aflorados. Isso requer um atendimento humanizado, entrelaçado por relações de vínculo e confiança, para que a gestante receba o apoio necessário para o enfrentamento deste momento, aceite e compreenda o tratamento medicamentoso e consiga finalizar a gestação com menos dificuldades, exercendo de preferência a possibilidade de ser sujeito do processo de atenção à sua saúde.

Várias são as fantasias que a mulher no período gestacional pode ter, como a “crença de que seu filho será, entre todos, o mais belo, o mais saudável, o mais perfeito, aquele que cumulará de afeto e atenção e cuidará dela para todo o sempre” (TEDESCO, 2000, p. 272). Diante disso, a gestante portadora do vírus HIV pode desenvolver grande sofrimento, pois, ao mesmo tempo em que deseja o filho belo, saudável e perfeito, possui a incerteza sobre a contaminação do bebê pelo vírus ou pode vir a refletir sobre sua finitude devido a sua condição, levando-a a pensar se conseguirá cuidar de seu filho.

Um estudo realizado por Padoim e Souza (2008) descreve essa insegurança em relação à morte, afirmando que mulheres HIV positivo, por causa dos filhos, sentem medo de morrer e de deixá-los e se questionam sobre quem irá cuidar deles.

Ao encaminhar uma gestante de risco ao serviço de referência, eu tentava manter seu acompanhamento na Uaps, remarcando as consultas, disponibilizando-me, orientando quanto ao encaminhamento e esclarecendo que o vínculo deve continuar. Este deve ser fortalecido com a finalidade de manter uma relação de confiança, com a realização de visitas domiciliares, atividades educativas e orientar que ela compareça a todas as consultas agendadas.

Entretanto, esta era uma conduta pessoal, que me despertou a curiosidade em conhecer como os profissionais de outras unidades agem frente ao encaminhamento desta gestante, se tentam construir um vínculo, mesmo que ela não esteja em acompanhamento na unidade ou se, simplesmente, transferem para o serviço de referência a responsabilidade sobre esta gestante.

A linha de cuidado das gestantes pressupõe que o acompanhamento daquelas de risco seja realizado pelas equipes da ESF, em conjunto com o atendimento dos serviços de referência/especializados. Cabe ressaltar a importância da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade,

situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção requer a valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação (BRASIL, 2012 a).

Portanto, as repercussões do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) na gestação e o possível distanciamento da gestante portadora do vírus HIV em relação à Uaps após encaminhamento ao serviço de referência constituem-se no problema deste estudo, o que despertou em mim o desejo de investigar como as enfermeiras da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), com atuação na ESF, constroem e consolidam o vínculo após encaminharem esta gestante ao serviço de referência, levando em consideração o significado que este vínculo tem durante o período gestacional.

O objeto de investigação foi o vínculo entre a enfermeira da ESF e a gestante HIV positivo, e o objetivo geral foi compreender a percepção das enfermeiras em relação à construção do vínculo na assistência prestada na ESF com as gestantes HIV positivo, conhecendo assim como este vínculo é construído ou pensado no seu cotidiano.

A relevância da investigação se deve ao fato de haver um número cada vez maior de pessoas acometidas pelo HIV ou com risco de adquiri-lo, exigindo profissionais gradativamente mais capacitados, que realizem ações de cuidado com mais eficiência e sensibilidade para lidar com os aspectos inerentes à doença, principalmente em relação às mulheres, as quais se fazem presentes cada vez mais nas instituições de saúde. Alguns dos motivos desta crescente presença feminina no setor saúde são a feminização da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); o diagnóstico tardio e doenças oportunistas decorrentes da aids, como o câncer ginecológico e da transmissão vertical; além de questões sociais e psicológicas que elas enfrentam como o preconceito, medo, desesperança e a não aceitação da doença (CARVALHO *et al*, 2008).

Diante do exposto, a gestante HIV positivo é fonte de preocupação para os profissionais e para o sistema de saúde, pois o vírus pode ser transmitido durante a gestação por meio da transmissão vertical, ocasionando comprometimento para a saúde da criança e da mãe, principalmente quando diagnosticado tardiamente e o

tratamento não for implementado. Ressalta-se, ainda, as questões sociais e psicológicas que essa mulher pode vir a enfrentar.

Portanto, é imprescindível investigar como as enfermeiras da APS com atuação na ESF constroem e mantêm o vínculo com esta gestante após encaminhá-la ao serviço de referência, pois, além das questões biológicas, percebe-se a necessidade de se abordar as questões emocionais e sociais que permeiam a vida desta mulher a fim de que sua gestação ocorra com o mínimo de intercorrências, com apoio dos profissionais de saúde que atuam em sua área de abrangência. Estes conhecem sua realidade social, cultural, econômica e emocional e, por meio das relações de cuidado, vínculo e confiança, podem prestar uma assistência voltada para as necessidades dessa gestante, mediada pelos aspectos humanísticos de nossa profissão.

Essa assistência impõe à enfermagem vários desafios, uma vez que a valorização do cuidado a alguém que é singular em sua existência e que tem possibilidade de escolhas e é livre requer o desenvolvimento de um trabalho pautado pela ética, pelo respeito e, acima de tudo, pela empatia.

Espero que os resultados encontrados possam contribuir com reflexões teóricas e práticas acerca da importância de se manter o vínculo entre a enfermeira da ESF e a gestante HIV positivo. Essa prática solidifica as relações de confiança, de forma a conscientizar a adesão correta do tratamento, proporcionar apoio e atuar na redução da transmissão vertical, fato que reflete diretamente no desenvolvimento infantil. Além disso, espero que o resultado dessa investigação possa promover um espaço de discussão sobre a importância do vínculo entre enfermeira e gestante HIV positivo, que sirva de referência para as enfermeiras que não mantêm o vínculo com essas gestantes após serem encaminhadas à atenção especializada, buscando alcançar modificações nas práticas de cuidado, aspirando ao desenvolvimento de uma assistência integral e humanística durante o período gestacional.

A fim de subsidiar a problematização proposta, apresento algumas considerações iniciais sobre o Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, sobre a atenção às gestantes soropositivas para o HIV/AIDS, assistência de enfermagem nesse grupo, vínculo e sobre a sociologia compreensiva do cotidiano, que se apresenta neste estudo como a proposta de referencial que fundamenta essa investigação.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- CONTEXTUALIZANDO O SISTEMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e aprovado pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu os princípios e diretrizes para reorganizar o Sistema de Saúde, formalizou princípios de igualdade e de comprometimento público, além de ter reconhecido a saúde como um conjunto de fatores que engloba alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros, reconhecendo-a como direito universal de todos (BRASIL, 2007a; MENICUCCI, 2009).

Sendo assim, o SUS pode ser considerado uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseado nos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis; da integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; da equidade; da descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; da participação da comunidade; da regionalização e hierarquização (BRASIL, 2007a; MENICUCCI, 2009).

Este novo modelo de atenção foi formulado com o objetivo de resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Surge como um novo paradigma na atenção à saúde, mas que, para se efetivar, requer reorientação do modelo de atenção (BRASIL, 2007a).

Para realizar esta reorientação, o SUS incorporou como modelo assistencial a Atenção Primária à Saúde (APS) sob a designação de Atenção Básica de Saúde (ABS)¹. A APS foi utilizada na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, da qual muitos países participaram e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000” (SOUSA e HAMANN, 2009).

1 - O termo ABS é pouco encontrado na literatura mundial, sendo usual utilizarmos o termo APS, que será adotado nesta investigação para descrever este modelo de atenção.

A APS é regida pelo princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e agravos; pela universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização e participação social. Significa o primeiro nível de atenção à saúde, proporcionando aos indivíduos, famílias e comunidades o alcance de cuidados essenciais de saúde, os quais são baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, materializando uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde (SOUSA e HAMANN, 2009).

Esta concepção de sistema é uma maneira de organizar os serviços de saúde de forma a obter um modelo assistencial pautado em valores, princípios, e elementos próprios, que permeiam todo o sistema, e deve ter como características a justiça social, autorresponsabilidade, solidariedade e aceitação de um conceito amplo de saúde, além da compreensão desta como um direito humano, abordando seus determinantes sociais e políticos mais amplos (BRASIL, 2007b).

A APS deve proporcionar aos indivíduos, famílias e comunidades atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o modo de viver saudável e deve levar em consideração a singularidade, complexidade, integralidade e a inserção sociocultural dos usuários (BRASIL, 2007b).

Este novo modelo é desenvolvido por meio do trabalho em equipe, do exercício de práticas gerenciais, de cuidado, de gestão, sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas à população adscrita, desenvolvendo ações de cuidado que devem auxiliar nos problemas e demandas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Estas devem observar critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e levar em consideração que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012 c, 2007b).

Para operacionalização desta política no Brasil, utiliza-se uma estratégia nacional prioritária, que é o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, que, em 1998, passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF)². Apesar de o PSF ser rotulado como programa, ele foge à concepção dos demais programas idealizados pelo Ministério da Saúde (MS), caracterizando-se como uma estratégia

2- Adotarei a nomenclatura ESF para fins de padronização no decorrer da investigação.

que permite integrar, promover e organizar atividades em uma comunidade que esteja dentro de um território bem delimitado, com a finalidade de proporcionar resolução e enfrentamento dos problemas identificados e não apenas como um programa que tem início, meio e fim (BRASIL, 1997, 2007a, 2007b).

Esta estratégia constitui-se como ponto fundamental na organização da rede de atenção, sendo considerada o contato preferencial. Possui como princípios a família, território definido, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2007b).

A partir destes princípios, a ESF possibilita a realização de várias ações, como a prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sua operacionalização ocorre pelo modo como os profissionais planejam e realizam estas ações de saúde; inserem-se e vinculam-se a uma comunidade; como lidam com as diferentes necessidades e demandas tanto individuais como coletivas; como acolhem, vigiam e cuidam dos indivíduos, famílias e comunidade e se antecipam ao aparecimento dos agravos à saúde.

Ao lidarem com as questões socioambientais e familiares, realizam o reconhecimento dos determinantes do processo saúde e doença, interagem e fomentam o desenvolvimento comunitário, estimulam e pautam toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005).

Sob essa ótica, a ESF direciona suas ações à mudança do modelo assistencial vigente, tendo como foco central a família, entendida a partir do ambiente onde vive, uma vez que é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se busca a melhoria das condições de vida. Isso permite ao profissional conhecer a realidade da comunidade sob sua responsabilidade e reconhecer a necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. Para desenvolver ações nesse espaço, é necessário romper os muros das unidades de saúde e se enraizar na comunidade, no local onde as pessoas trabalham e se relacionam, o que representa um desafio aos profissionais que precisam ter um olhar técnico e político mais ousado (BRASIL, 1997).

Sendo assim, esta pesquisa foi desenvolvida no cenário em tela, abordando o vínculo que se constitui como uma das estratégias utilizadas para a reorientação do modelo assistencial, valorizando as relações entre profissional e usuário. Esta deve ser

construída de forma a valorizar o ser humano em sua singularidade, estabelecendo uma relação existencial entre o profissional e o usuário, pautada em um contato aberto e profundo que consolide a confiança e a corresponsabilidade entre os atores envolvidos nesta relação.

2.2- SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS) E O SISTEMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE HIV POSITIVO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença crônica causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que ocasiona perda progressiva da imunidade celular e, como consequência, há o aparecimento de infecções oportunistas. No Brasil, são identificados cerca de 35 mil novos casos de infecção de aids por ano e a taxa de incidência da doença no país vem apresentando tendência à estabilização, com patamares elevados nos últimos anos, sendo que, em 2008, essa taxa atingiu 18,2 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012c; HALLAL *et al*, 2010).

Em novembro de 1996, foi promulgada a Lei Federal 9.313, considerada marco legal do acesso universal ao tratamento da aids no Brasil, a qual estabelece que o tratamento seja de responsabilidade do Governo Federal, garantindo assim o acesso à terapia antirretroviral (TARV) no país a todas as pessoas que dela necessitam (HALLAL *et al*, 2010).

Após a utilização dos inibidores de proteases (medicação utilizada no tratamento da doença), as manifestações do processo saúde-doença adquiriram outras características, destacando-se a possibilidade de a pessoa infectada conviver com a aids, por considerá-la uma doença crônica que ainda não possui cura, mas que requer cuidados. Dada a sua nova configuração, a aids não se refere mais a uma doença cujo diagnóstico laboratorial vinha acompanhado da sentença de morte, mas sim uma enfermidade que requer avaliação das intervenções até então sugeridas e desenvolvidas (SILVA e TAKAHASHI, 2008).

Apesar de o Brasil possuir um dos programas mais bem-estruturados de combate ao HIV, o país tem enfrentado grandes desafios, especialmente em relação à feminização da doença que traz como consequência o aumento do número de casos de aids em crianças por meio da transmissão vertical, fenômeno observado em todo o território nacional, com a notificação de crianças nascidas expostas ao risco de aquisição do HIV (GALVÃO, CUNHA e MACHADO, 2010).

Isso reflete a necessidade de se buscar o reconhecimento dos condicionantes da vulnerabilidade da mulher ao HIV e da consequente transmissão vertical. Diante disso, a assistência pré-natal constitui um importante acompanhamento dessa

gestante, uma vez que possibilita diagnóstico precoce e tratamento adequado da doença. Pode levar a uma diminuição da incidência da transmissão vertical do HIV, além de disponibilizar informações à gestante, a fim de que ela possa reconhecer sua vulnerabilidade ao vírus, os riscos da transmissão ao feto e conhecer as repercussões da possível transmissão para o bebê, sem que sejam incorporados sentimentos de culpa, preconceito e medo (BRASIL, 2007c; OLIVEIRA e TAKAHASHI, 2011).

Alguns fatores maternos estão relacionados ao risco de transmissão vertical, como o estado clínico e imunológico, os virais, os comportamentais e os obstétricos, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorrem durante a gestação, 65% acontecem no parto e ainda existe um risco acrescido de transmissão através da amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada) (BRASIL, 2007c; NEVES, 2008; GALVÃO, CUNHA e MACHADO, 2010).

Em relação à feminização, pauperização e interiorização da epidemia da aids, o Estado de Minas Gerais vem apresentando as mesmas características observadas nos demais estados, com mulheres se infectando cada vez mais, tendo como consequência direta a transmissão vertical do vírus HIV (MINAS GERAIS, 2006).

Para prevenir esta transmissão, é necessário realizar o diagnóstico em gestantes, que, no SUS, é feito por meio dos serviços que são considerados a porta de entrada, constituídos pelas Uaps (as quais estão inseridas dentro da ESF) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS) (BRASIL, 2007d).

Durante o primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal, o teste para o HIV deve ser oferecido nestas unidades. Caso o resultado seja negativo, a rotina de pré-natal precisa continuar e deve ser realizado um novo teste no terceiro trimestre. Caso a primeira testagem seja positiva, deve-se proceder à notificação da gestante, realizar o aconselhamento pós-teste, orientar a gestante sobre a importância de usar os antirretrovirais, para prevenir a transmissão vertical, e evitar a amamentação (BRASIL, 2007d).

No que se refere à identificação do vírus HIV na gestante, esta é feita por meio do teste ELISA anti-HIV, que deve ser oferecido na primeira consulta e ser voluntário e confidencial. É importante realizar o aconselhamento, ressaltando para a mãe os benefícios do diagnóstico precoce do HIV tanto para ela quanto para o bebê (MINAS GERAIS, 2006).

Ao se diagnosticar uma gestante como portadora do HIV, deve-se proceder a uma avaliação que contemple as necessidades específicas dessa mulher. Porém algumas questões merecem destaque, como o estabelecimento sólido de vínculo e confiança, a identificação de alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de manifestações oportunistas ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2007d).

Além das questões destacadas, é importante avaliar o nível de conhecimento da gestante sobre a doença; identificar outras necessidades de saúde, incluindo saúde mental, o uso de álcool e/ou outras drogas ou hepatite; avaliar a necessidade de intervenção psicossocial; descrever a infecção pelo HIV e sua evolução, enfatizando o impacto favorável da terapia antirretroviral (TARV) na qualidade e expectativa de vida. Deve-se, ainda, abordar a possibilidade de transmissão vertical, as probabilidades de redução desta forma de transmissão e as medidas existentes para isso e abordar métodos de transmissão e prevenção de forma compreensível (BRASIL, 2007d).

Ao receber o diagnóstico de positividade para o HIV, a gestante deve ser acompanhada em serviço especializado ou por médico capacitado em terapia antirretroviral e, sempre que possível, ser referenciada para maternidade ou hospital cadastrado para o atendimento de gestantes portadoras do HIV, onde se encontra a zidovudina (AZT) injetável para a parturiente, AZT solução e fórmula láctea para seu recém-nascido (MINAS GERAIS, 2006).

No que se refere à carga viral e à contagem de linfócitos CD4/CD8 da gestante HIV, estas devem ser quantificadas o mais precocemente possível, e os parâmetros devem ser reavaliados ao se completarem 34 semanas de gestação, a fim de se decidir qual será a via de parto e a necessidade de se alterar a terapia antirretroviral (MINAS GERAIS, 2006).

No caso de gestante com mais de 34 semanas, com mais de mil cópias virais, a recomendação é de que seja feita a cesariana eletiva; caso tenha menos que mil cópias virais, o parto via vaginal poderá ser feito, a não ser quando tiver indicação obstétrica de cesariana (MINAS GERAIS, 2006).

Se não for possível quantificar a carga viral e CD4/CD8, deve ser ministrado AZT oral a partir da 14^a semana de gestação para toda gestante portadora do HIV, sendo que a dose diária recomendada é de 500mg, divididos em cinco tomadas, ou

600mg divididos em três doses diárias de 200mg cada ou duas doses diárias de 300mg (MINAS GERAIS, 2006).

No tocante às gestantes não testadas durante o pré-natal, o teste rápido deve ser oferecido no momento do parto, com consentimento das mesmas, sendo um procedimento de suma importância, uma vez que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito (MINAS GERAIS, 2006).

A gestante deve receber AZT injetável (frasco ampola de 200mg/2mL) durante todo o trabalho de parto. Caso seja feito cesárea eletiva, deve-se iniciar com o AZT IV três horas antes da intervenção cirúrgica. As pacientes em uso de terapia antirretroviral combinada devem manter o uso dos medicamentos no pós-parto imediato; as que estão fazendo uso apenas do AZT não precisam continuar o uso após o parto (MINAS GERAIS, 2006).

Realizado o parto, a parturiente portadora do HVI deve ficar em alojamento conjunto com a criança, não havendo necessidade de isolamento. A mãe deve ser orientada sobre a prevenção de IST e reinfecção pelo HIV, com a indicação de utilização de preservativo em toda relação sexual. Caso a sorologia do parceiro e dos filhos seja desconhecida, deve-se aproveitar a oportunidade para aconselhar e realizar a testagem dos mesmos, e ela deve ser orientada a não amamentar a criança, e o seu seguimento obstétrico no puerpério é igual ao de qualquer outra mulher, ou seja, deverá retornar no 8º e no 42º dia pós-parto (MINAS GERAIS, 2006).

Toda gestante HIV positivo e criança exposta devem ser notificadas por meio da ficha do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), e deve-se ter uma preocupação especial com a mulher que teve seu diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto, oferecendo-lhe suporte emocional, social e garantir a confidencialidade. A criança deverá ser encaminhada para serviço especializado ou para pediatra capacitado para o atendimento de criança verticalmente exposta ao HIV (MINAS GERAIS, 2006).

2.3- A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE HIV POSITIVO

A enfermagem vem ganhando espaço a cada dia, tanto nacionalmente quanto no cenário internacional. Isso se deve ao papel que a enfermeira vem assumindo no sistema de saúde, mostrando-se proativa e decisiva quanto à identificação das necessidades de saúde da população, realizando atividades de promoção, recuperação e proteção da saúde dos indivíduos, nas mais diferentes realidades (BACKES *et al*, 2012).

Portanto, o cuidado de enfermagem é fundamental para o sistema de saúde, tanto em nível local quanto no regional e nacional, pois desenvolve práticas interativas e integradoras de cuidado voltadas para a educação e promoção da saúde, bem como para o desenvolvimento de políticas direcionadas ao bem-estar das famílias e comunidades (BACKES *et al*, 2012).

Sendo assim, a enfermeira é reconhecida pela capacidade e habilidade com que desenvolve sua prática, tentando compreender o ser humano em todas as fases de sua vida, pela integralidade da sua assistência à saúde, sua capacidade de acolher e de identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos, famílias e comunidade, além de otimizar as intervenções de cuidado em saúde, integrando e contemplando tanto os saberes profissionais quanto os populares (BACKES *et al*, 2012).

Diante destas características, a enfermeira conquistou seu espaço na equipe mínima da ESF, a qual constitui a principal porta de entrada dos indivíduos no sistema de saúde por meio das Uaps. Realiza diversas atividades junto à comunidade, com foco na promoção da saúde e no reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença, com a construção de laços de vínculo e confiança, sendo uma base importante na atenção organizada do Sistema Único de Saúde.

Assim, o cuidado de enfermagem dentro da ESF deve ter uma abordagem voltada para os aspectos humanísticos e emancipatórios, não centrada na atenção curativa. Entre as atividades desenvolvidas no processo de trabalho da enfermeira dentro da ESF, destaca-se o atendimento às gestantes na consulta de pré-natal, a qual está legalizada por meio do Decreto nº 94.406/87, da Lei do exercício profissional da enfermagem e do Ministério da Saúde (MS), constituindo-se em um importante espaço de promoção à saúde, prevenção de agravos durante a gestação

e preparação emocional e física para o parto (ARAÚJO; FARIAS e RODRIGUES, 2006; COREN MG, 2005).

Em relação à prevenção de agravos durante a gestação, a transmissão vertical do vírus HIV pode ser evitada quando se realiza um bom trabalho junto à gestante, transmitindo-lhe apoio e confiança. A participação da enfermeira na redução da transmissão vertical no Brasil é fundamental, visando, dessa forma, alcançar a meta do Ministério da Saúde, além de desenvolver atividades relevantes para a saúde pública, desde a redução de agravos até o atendimento integral às gestantes, parturientes e puérperas. Podem-se apontar entre as múltiplas atuações da enfermeira aquelas relacionadas à prevenção do agravo – entre elas o incentivo da gestante/parturiente/parceiro aos exames anti-HIV para o conhecimento do *status* sorológico – e atuações promotoras da saúde, visando à qualidade de vida dos portadores do HIV (SILVA, TAVARES e PAZ, 2011).

O local preferencialmente destinado à detecção do HIV são as Uaps, devido à facilidade de acesso geográfico da população e por estas serem as responsáveis por garantir boa cobertura de pré-natal, tornando-se fortes aliadas na prevenção vertical do HIV, considerando esta população prioritária para a ESF (ARAÚJO, FARIAS e RODRIGUES, 2006).

Aliado a isso, uns dos princípios da ESF é a criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, fortalecendo assim as relações de confiança, apoio emocional e respeito mútuo, o que facilita o relacionamento interpessoal entre profissional e gestante, favorecendo o estímulo ao autocuidado, o incentivo à autonomia e autoestima.

No tocante à assistência da profissional enfermeira, esta é reconhecida no atendimento às gestantes soropositivas para o HIV devido à prática do aconselhamento, sua importância nos processos de acolhimento, vínculo e educação em saúde, que devem estar presentes na sua formação, o que faz a profissão ter um papel relevante diante de um diagnóstico sorológico de HIV positivo durante a gestação (PEREIRA *et al*, 2012).

Essa assistência constitui-se em uma prática complexa, uma vez que se trata de um fato existencial que envolve afeto, sexualidade, cultura, espaço do ser feminino no mundo, cujas inquietações e dificuldades estão presentes na vida dessa mulher e do profissional enquanto seres no mundo com o outro (COELHO e MOTTA, 2005).

Segundo Araújo *et al* (2008), existe uma preocupação dos profissionais para que a gestante cumpra rigorosamente o tratamento, o que deve ser considerado positivo. Entretanto, mulheres infectadas pelo HIV mantêm expectativas durante a gravidez e após o nascimento dos filhos e vivenciam dilemas dominantes no seu cotidiano como a possibilidade da contaminação do concepto e a expectativa do exame, gerando dúvidas, incertezas, ansiedade e apreensão durante o processo de maternagem (DARMONT *et al*, 2010; GALVÃO, CUNHA e MACHADO, 2010).

Soma-se a esses dilemas vivenciados o entendimento da gravidez como um tempo de passagem em que muitas mudanças fisiológicas ocorrem e que podem ser agravadas pela contaminação do vírus HIV, gerando medo. Este, quando é vivenciado em todas as dimensões do humano, requer cuidado.

Diante desse contexto, é necessário oferecer suporte emocional e social, uma vez que tais circunstâncias vivenciadas se somam e, assim, em virtude do HIV, tornam a gravidez um período de apreensão e expectativas (DARMONT *et al*, 2010; GALVÃO, CUNHA e MACHADO, 2010).

Outro aspecto que merece destaque é a discriminação e o preconceito vivenciados por estas gestantes, como apontado em um estudo realizado por Machado *et al* em 2010. Nele muitos discursos revelaram que a experiência de estar grávida e ser portadora do vírus HIV é vivenciada em sigilo por medo da reação da sociedade e da família, o que faz com que o sofrimento vá além da esfera física, envolvendo condicionantes sociais, familiares e espirituais.

Portanto, minimizar esse sofrimento, a ansiedade e medos mediante cuidadosos esclarecimentos é também atribuição da enfermeira, que deve prestar uma assistência humanizada, compreender a gestante em sua totalidade, corpo/mente, considerar o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual esta está inserida, incluir ações de promoção e prevenção da saúde e contribuir desse modo para amenizar os dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS (GALVÃO, CUNHA e MACHADO, 2010).

Estudo realizado por Darmont *et al* (2010) revelou que um dos fatores apontados para a boa adesão ao pré-natal de mulheres HIV positivo foi a relação com a equipe de saúde, principalmente quando eram atendidas pelos mesmos profissionais ao longo do pré-natal. Sentiam-se muito apoiadas pelos membros da equipe de saúde que mantinham vínculo com elas e se interessavam pelo seu bem-estar, com destaque especial ao fato de terem sido tratadas sem preconceito, uma

preocupação permanente dessas. Sendo assim, evidencia-se a importância de prestar uma assistência integral a essa mulher na ESF, já que esse nível de atenção tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Shimizu e Lima (2009) constataram que a maioria das gestantes apresentou representações positivas da consulta de enfermagem no pré-natal. Estas se devem, sobretudo, à forma como se estabelecem as relações de comunicação entre enfermeira e gestante, em que se privilegiam o acolhimento e a escuta, que se constituem em práticas fundamentais para se superar a atuação profissional centrada no modelo biológico.

Portanto, levando-se em consideração o conceito ampliado de saúde, a atuação da profissional enfermeira deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização, com enfoque nos determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença. A enfermeira deve acolher a mulher, considerando-a como sujeito de direito, o que contribui para que a gestante enfrente esta etapa da vida com mais apoio e consiga compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados.

2.4 O VÍNCULO COMO ATITUDE HUMANÍSTICA

O termo vínculo possui vários significados, transcorre por áreas das ciências sociais e da saúde, adotando caráter e abordagens distintas, tais como: de dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Apresenta ainda uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da cogestão (GOMES e SÁ, 2009).

O conceito de vínculo abordado nesta investigação refere-se aos laços estabelecidos entre a enfermeira da ESF e a gestante portadora do vírus HIV, que devem ser construídos por meio de uma relação existencial entre elas, enfocando a gestante em sua singularidade, como um ser que está em contínua construção de sua história, única e real, comunicando-se com o mundo e fazendo-se perceber por ele (COELHO e MOTTA, 2005).

Sendo assim, esta relação deve estar pautada na confiança, respeito mútuo e no apoio oferecido pelo profissional, que se torna referência para a população vinculada, a qual, a partir desta relação, demonstra uma nova postura na busca pela saúde (VIEGAS e PENNA, 2012).

A ideia de vínculo ligada aos profissionais de saúde como um todo, a grupos de pessoas, famílias e comunidade vem desde a Antiguidade, como nas grandes cidades da Grécia antiga durante o século V a.C, onde os médicos eram contratados pela comunidade e ali permaneciam. Já na Roma Imperial, o vínculo era estabelecido entre os médicos e as famílias que lhes pagavam uma soma anual pelo atendimento durante todo o ano (MERHY *et al*, 2006).

Relatos históricos demonstram que a ideia de vínculo está ligada ao ato cuidador desde os primórdios, devido à própria natureza do trabalho em saúde, principalmente na época em que as tecnologias de trabalho em saúde estavam inseridas quase que exclusivamente em torno da relação profissional-usuário (MERHY *et al*, 2006).

Atualmente, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência em diversos países, utilizado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para determinada parcela da população que se utiliza de seus serviços de saúde. Nesta perspectiva, Inglaterra e Cuba têm servido como

referência para modelos assistenciais que operam com a diretriz do vínculo (MERHY *et al*, 2006).

Em nosso sistema de saúde, o vínculo é central para a reorientação do modelo de atenção ou para a mudança do tipo de relação entre profissionais de saúde e clientela. Para isso, se faz necessário discutir o conceito de vínculo entre os profissionais e as pessoas que estão vivenciando problemas concretos em um contexto existencial, sendo esta prática essencial para mudar o modelo de atendimento (RIBEIRO, 2005).

Diante disso, faz-se necessário adotar um novo referencial para a superação desse cenário, pautado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, a fim de garantir o acesso aos cuidados de saúde, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados. Cabe ressaltar que a prática de saúde centrada na produção de atos e intervenções de natureza médico-curativa, em que predomina a desarticulação e inúmeras queixas dos usuários, é fragmentada, comum na saúde em geral, que precisa ser superada (CAMARGO *et al*, 2008).

A partir do exposto, nota-se que o vínculo é essencial para a inversão do modelo, pois, por meio dele, o profissional realiza sua prática centrada no usuário, voltada para as questões biopsicossociais identificadas ao longo da relação de confiança e corresponsabilidade estabelecida entre eles, além de proporcionar o acompanhamento do usuário na rede de serviços.

Ao refletir sobre o vínculo como uma relação entre o profissional de saúde e o usuário, podemos inferir que a Teoria Humanística de Paterson e Zderad tem uma relação estreita com o objeto da investigação em tela, pois ambos pautam seus conceitos fundamentais na relação e no diálogo entre os envolvidos, valorizam a relação entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, bem como as questões subjetivas nelas presentes (GEORGE, 2000).

Esta teoria está ancorada no pensamento existencial, sendo este uma abordagem filosófica para a compreensão da vida, em que os indivíduos enfrentam possibilidades de fazerem escolhas, de tomar decisões, de dar direção e sentido à sua própria vida. Aliada ao pensamento existencial, a fenomenologia foi utilizada pelas autoras como o método para o encontro do cuidado, sendo que, neste

encontro, enfermeira e cliente estão na presença de modo existencial (GEORGE, 2000; PAULA *et al*, 2004).

Paterson e Zderad acreditam que a enfermagem é um diálogo vivido, em que os seres se encontram e se relacionam em uma transação intersubjetiva, cujo objetivo é o estar-melhor, ajudando o outro e a si por meio do desenvolvimento do potencial humano (PAULA *et al*, 2004).

O vínculo sob a ótica da teoria proposta por Paterson e Zderad pode ser visto como um relacionamento criativo entre a enfermeira e usuário, numa experiência intersubjetiva em que existe um compartilhar verdadeiro, em que estão presentes o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta.

O encontro é caracterizado pela expectativa entre a enfermeira e alguém a ser atendido; o relacionamento é o estar um com o outro; a presença se refere à qualidade de ser aberto, receptivo, pronto e disponível; o chamado e a resposta são transacionais, sequenciais e simultâneos, em que a enfermeira e o ser que é cuidado chamam e respondem um ao outro tanto verbal quanto não verbalmente (GEORGE, 2000).

Nessa perspectiva, para que o vínculo seja construído, é necessário que as enfermeiras estejam conscientes das “lentes” que estão usando e conheçam seus valores, preconceitos, mitos e expectativas nessa construção, bem como apreciem aquelas que o outro traz para essa experiência.

Outra abordagem referente ao vínculo é apontada no manual BRASIL (2007b), o qual associa o vínculo e a responsabilização ao conceito de longitudinalidade discutido na APS. Esta possui como essência a relação interpessoal que se estabelece ao longo do tempo entre os indivíduos e o profissional de saúde, independentemente da presença ou não de um problema de saúde, possibilitando a este profissional a oportunidade de acompanhar indivíduos, famílias e comunidade nos diversos momentos do ciclo de vida destes, consolidando o ponto central da ESF, que é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997, 2007b).

Ribeiro (2005) refere que o vínculo dentro da ESF é entendido como um relacionamento estreito, criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e uma população adscrita, isto é, um determinado número de pessoas em um território delimitado. Tem a finalidade de auxiliar na

transformação do modelo assistencial do país, do modelo biomédico para o da produção social de saúde, sob a perspectiva da universalidade, integralidade e equidade, conscientizando indivíduos e coletividade sobre sua responsabilidade na promoção de sua saúde, prevenção, recuperação e tratamento, além de humanizar o atendimento, buscando a satisfação do usuário.

Sendo assim, o profissional de saúde, ao se aproximar da realidade da população sob sua responsabilidade, deve levar em consideração a subjetividade de cada família, pois cada uma lida com a saúde e com a doença de forma distinta. Diante disso, a maneira como a equipe atua irá depender dos aspectos culturais e dos comportamentos de cada pessoa e da comunidade, respeitando todos os seus aspectos. A aceitação das propostas de cuidados à saúde se dá por meio da confiança nos profissionais, e assim vai se constituindo o vínculo na prática diária da atenção à saúde (VIEGAS e PENNA, 2012; CAMARGO *et al*, 2008).

Portanto, ter uma equipe que conheça o usuário e sua família e que cuide especificamente da pessoa é fundamental. É por meio de ações como o acolher, o vincular, o escutar, que os profissionais instituem inter-relações eficazes na produção da saúde no cotidiano das equipes de Saúde da Família e da população, articuladas às demais tecnologias (VIEGAS e PENNA, 2012; CAMARGO *et al*, 2008).

Ainda sobre a vinculação do usuário e sua família na ESF, esta também pode se desenvolver por meio das ações sociais que vão além do setor da saúde, como nos encontros na Uaps e nos domicílios, nas “ajudas”, nas festas, nos eventos, nos passeios realizados com a população usuária, nas datas comemorativas do calendário nacional, em que os atores sociais vivem a emoção, a partilha, o imaginário e revelam as expressões das práticas humanas em saúde, percebidas pela copresença desses sujeitos nesse espaço-tempo observado (VIEGAS e PENNA, 2012).

O vínculo também está associado com o atendimento clínico, conforme estudo realizado por Schimith e Lima (2004), que identificou a associação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico, uma vez que esta atividade aumenta a possibilidade de criação de laços de confiança e compromisso, bem como a responsabilização com as necessidades do paciente. Portanto é imperativo que enfermeiros se aproximem da prática clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo

com o usuário do serviço, produzindo cuidados resolutivos, tornando-se um profissional de referência.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) demonstraram em seu estudo que os profissionais de saúde detêm um conhecimento dos elementos indispensáveis para a formação do vínculo, o qual denota uma relação entre pessoas, entre o profissional e a comunidade em busca da confiança do usuário na pessoa do profissional. Para construir o vínculo, os profissionais utilizam várias estratégias, como formação de grupos educativos, reuniões com a população e o acolhimento que é um momento de aproximação com o usuário e esclarecimentos do que é a ESF.

A escuta também é uma estratégia utilizada pelos profissionais, pois desperta no usuário um sentimento de que ele é importante, elevando a confiança no profissional, facilitando a formação de vínculo, que, em seu estudo, foi evidenciado como consequência de uma relação mais próxima da comunidade com a equipe de saúde (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

Viegas e Penna (2012) discutiram o vínculo como diretriz para a construção da integralidade na ESF e concluíram que, nas realidades estudadas, o vínculo é forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários, e a população tem como referência a ESF, a “sua porta de entrada”. As autoras relatam que ficaram explícitos, diante de um olhar sensível nos momentos de observação em campo, a vivência desses atores, a proximidade, a interação, o conhecimento das histórias de vida e a maneira de viver dos usuários. As pessoas são tratadas pelo nome na maioria das condutas, a realidade vivida foi contemplada pelo fato de os profissionais conhecerem o ambiente e as relações de vida dessas pessoas e suas famílias, o que vem ao encontro do que apontam outros estudos no tocante ao vínculo.

Na conclusão de seu estudo, Viegas e Penna (2012) afirmam que a construção do vínculo com a população requer tempo e que, muitas vezes, a profissional enfermeira enfrenta dificuldades até construí-lo, pois precisa ser aceita e reconhecida para conseguir a adesão da população no desenvolvimento das ações de saúde. Diante disso, as respostas às demandas das pessoas e aos anseios do profissional de saúde devem ser, conseqüentemente, uma experimentação de um compromisso à procura dos usuários e a descoberta de resoluções para seus problemas.

O vínculo ainda pode ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, dessa forma, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho. A segunda dimensão se refere à relação terapêutica, em que o vínculo adquire um sentido específico, relacionado ao ato de dar atenção. A terceira dimensão está associada à ideia de continuidade, que se constitui em um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente. Nestas três dimensões, o vínculo também implica a responsabilização, que se refere à responsabilidade assumida pelo profissional em relação à condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção (CAMARGO *et al*, 2008).

Diante do exposto, a presente investigação pretendeu compreender a percepção das enfermeiras em relação à construção do vínculo na assistência prestada na ESF com as gestantes HIV positivo, conhecendo assim como este vínculo é construído ou pensado no seu cotidiano.

2.5 A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO DE MICHEL MAFFESOLI: UMA PROPOSTA DE REFERENCIAL

Michel Maffesoli é um sociólogo francês, discípulo de Gilbert Durand e professor e diretor do Centro de Estudos do Atual e do Quotidiano (CEAQ) da Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris. É um teórico da Sociologia Pós-Moderna e se tornou conhecido a partir de suas obras, cujo enfoque está na questão do laço social comunitário e por suas análises da vida cotidiana nas sociedades contemporâneas (ALVES, 2012).

Sua obra é fonte de inspiração para diversas pesquisas em Enfermagem, pois foge do aspecto tecnicista da ciência atual, privilegia, enquanto objeto de análise, tudo aquilo que não é produzido pelo cálculo, pela intenção, pela estratégia, enfim, pela racionalidade tradicional, adotando a sociologia do aqui e agora. Além disso, valoriza não somente os aspectos da razão – que também são essenciais –, mas também os aspectos impalpáveis, como os do sentimento e do imaginário (BRUM, TOCANTINS e SILVA, 2005; BARROS, 2011; NÓBREGA *et al*, 2012).

Este teórico descreve sem preconceitos o estado de espírito de uma época, revelando sua crítica para o dever-ser ou para o moralismo politicamente correto, trazendo reflexões sobre o imaginário e o contemporâneo. Sua ideia central mostra que compreender pode ser mais importante do que explicar, por isso faz como sua metodologia a razão sensível, baseada no pluralismo das ideias (SOUZA, 2008).

Além disso, discute a ideia da “Ética da estética”, como forma de compreender o laço social a partir de parâmetros não racionais, como o sonho, o lúdico, o imaginário e o prazer dos sentidos (MAFFESOLI, 1996) e afirma:

O termo socialidade é, agora, cada vez mais empregado no debate sociológico [...]. Para mim, significa que a vida social não poderia se reduzir às simples relações racionais ou mecânicas que servem, em geral, para definir as relações sociais. Ele permite integrar na análise parâmetros tais como o sentimento, a emoção, o imaginário, o lúdico, cuja eficácia multiforme não se pode negar, na vida de nossas sociedades (MAFFESOLI, 1996, p.106).

Essa socialidade é descrita como um estar-junto fundamental que integra tanto os elementos mecânicos e racionais, os quais estão na base do contrato social, como todos os aspectos passionais, não racionais, ilógicos, que estão em ação na natureza humana (MAFFESOLI, 1998).

Machado et al (2013) descrevem que o termo socialidade é uma forma adequada de se designar as relações humanas, o relacionamento interpessoal, a proximidade, a pertença a um grupo e a premência por estar junto, havendo nessa relação a possibilidade de se desvendar o sensível, o que é afetado nas pessoas, nos grupos e nas redes de conversações no cotidiano.

Considerando que o vínculo – o qual se constitui o objeto da pesquisa – desenvolve-se na prática cotidiana, por meio das relações entre os profissionais de saúde da ESF e usuário, esta investigação será abordada sob a luz da Sociologia do Cotidiano, desenvolvida por Maffesoli, uma vez que este referencial teórico propõe uma outra lógica do estar-junto, centrada no cotidiano, onde as relações sociais integram parâmetros como o sentimento, a emoção, o imaginário e o lúdico (MAFFESOLI, 1996).

Nesse sentido, Maffesoli nos alerta:

[...] a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações econômico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social (MAFFESOLI, 1996, p. 73).

A escolha deste referencial se deve ao fato de que esta abordagem permite olhar o outro de forma diferenciada, compreender a construção do vínculo por meio da pluralidade de visões e experiências no cotidiano de trabalho dos profissionais, uma vez que o vínculo é construído no cenário onde a prática profissional e a vida cotidiana são desenvolvidas por meio do sujeito (profissional e usuário) e suas interações (NÓBREGA *et al*, 2012).

Além disso, o vínculo considerado como uma interação entre pessoas que são únicas no seu processo de existência foge do aspecto tecnicista e racional, sendo uma relação mediada por vários elementos humanos, como o sonho, o lúdico, o imaginário e o afetual, construída no dia a dia, no aqui e agora.

Sendo assim, caminhar por esta corrente filosófica requer o abandono das estratégias desgastadas do paradigma moderno e a valorização de um novo estilo estético de viver, caracterizado pela mudança de atitude e comportamentos a fim de compreender as relações e o valor que se pretende atribuir às coisas banais, consideradas insignificantes, valorizando o vivido e as inter-relações na sua essência (PEREIRA, 2005).

Valorizar o vivido e as inter-relações vai ao encontro do vitalismo da pós-modernidade, que se resume na intencionalidade presente na maneira de estar no mundo. Pensar esse vitalismo na construção do vínculo entre a enfermeira da ESF e a gestante HIV positivo é compreender como essas enfermeiras se relacionam com essa mulher, qual é a sua intenção nessa relação que requer envolvimento e como elas se fazem valer do lúdico para edificarem essa relação.

Pensar o lúdico nessa relação é compreender como as enfermeiras da ESF atuam para que esse vitalismo transpire por entre seus poros e faça com que a grande cena – que, nesta investigação, é a construção do vínculo – concretize-se.

Sendo assim, a construção do vínculo neste estudo é a grande cena em que os atores envolvidos são as enfermeiras da ESF e as gestantes HIV positivo. Para que essa construção se concretize, vários elementos devem estar envolvidos, como o vitalismo, entendido como o querer fazer, a intenção nessa construção; o lúdico, entendido como as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para construírem o vínculo com as gestantes e os sentimentos como o afeto e a emoção.

Portanto, investigar a construção do vínculo das enfermeiras da ESF com as gestantes HIV positivo sob a luz da Sociologia do Cotidiano é realizar a pesquisa com liberdade do olhar, buscando compreender o imprevisível, dando valor ao casual, ao banal, às inconcretudes, às apresentações incompletas da vida e às ações subjetivas dos sujeitos nos seus ambientes de relações (NÓBREGA *et al*, 2012).

3 A RAZÃO SENSÍVEL COMO UM CAMINHO POSSÍVEL DE INVESTIGAÇÃO

Ao analisar o objeto de estudo e as questões norteadoras que o conduziram, foi possível perceber que a característica principal desta investigação está centrada na pesquisa de natureza qualitativa, que, segundo Minayo:

[...] é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010, p.22).

Para essa autora, a pesquisa qualitativa compreende as representações sociais na vivência das relações objetivas pelos atores, atribuindo-lhes significado, uma vez que caminham para o universo das significações, motivos, aspirações, crenças e valores. Além de permitir que se alcance a realidade social para além do que se pode ser observado e quantificado (MINAYO, 2010).

Essa abordagem me possibilitou adentrar no universo das significações, motivos, aspirações, crenças e valores das enfermeiras da ESF e desvelar os fenômenos que envolvem a construção do vínculo entre elas e a gestante HIV positivo, o que me fez compreender a essência dessa relação.

Isso foi possível ao buscar compreender o fenômeno humano pesquisado – a construção do vínculo –, levando-se em consideração o ponto de vista de quem o está vivenciando – as enfermeiras da ESF.

Ao adentrar no universo da pesquisa qualitativa, utilizei a razão sensível como o apoio necessário para ancorar minha análise, uma vez que a escolha da sociologia do cotidiano de Michel Maffesoli como uma proposta de referencial teórico me fez refletir sobre a importância de se elaborar o referencial metodológico dentro da linha de pensamento desse sociólogo, percorrendo um caminho ligado aos elementos constitutivos da razão sensível, como o afeto, a emoção e a paixão, os quais dão subsídios para se compreender os múltiplos fenômenos sociais, como descrito por Maffesoli:

Assim se exprime a sinergia da razão e do sensível. O afeto, o emocional, o afetual, coisas que são da ordem da paixão, não estão mais separados em um domínio à parte, bem como confinados na esfera da vida privada; não são mais unicamente explicáveis a partir de categorias psicológicas, mas vão tornar-se alavancas metodológicas que podem servir à reflexão epistemológica, e são plenamente operatórias para explicar os múltiplos fenômenos sociais,

que, sem isso, permaneceriam totalmente incompreensíveis (MAFFESOLI, 1998, p.53).

A razão sensível vai de encontro ao processo racionalista, pois pretende passar do concreto ao abstrato, do singular ao plural, considerando a vida em sua complexidade. É preciso relativizar e levar em consideração que a existência é uma constante participação mística, em que há uma correspondência sem fim, na qual interior e exterior, o visível e o invisível, o material e o imaterial entram numa sinfonia harmônica (MAFFESOLI, 1998).

Essa noção que Maffesoli traz sobre a razão sensível encontra-se intimamente relacionada à proposta desta investigação, uma vez que o objeto de estudo constitui-se num fenômeno social ligado a elementos como o afeto, as sensações, sentimentos e as emoções coletivas, os quais são considerados pelo sociólogo em questão como alavancas metodológicas que servem de reflexão epistemológica (MAFFESOLI, 1998).

Sendo assim, encontrei na razão sensível o apoio necessário para mergulhar nesta investigação a fim de elucidar minhas inquietações, ouvindo e sentindo o que as enfermeiras da ESF expressam sobre a construção do vínculo com a gestante HIV positivo.

Em relação ao ambiente de investigação, o cenário foi composto por Uaps de um município do interior de Minas Gerais que possuem a ESF. O município foco do estudo contava na época da coleta de dados com 51 Uaps que possuem a ESF e que atendem gestantes HIV positivo. Foram selecionadas cinco Uaps de forma aleatória a partir da lista de Uaps da Prefeitura do respectivo município.

Após selecionar as Uaps, realizei contato via telefone e agendei data e horário com as enfermeiras que se mostraram solícitas em contribuir com o estudo. Para Minayo (2010), a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, portanto o estudo deve ser desenvolvido com os profissionais que vivenciam a situação.

Sendo assim, as participantes da investigação foram dez enfermeiras que atuam nas Uaps e que concordaram em participar da pesquisa, tendo sido esclarecidas suas dúvidas e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Este foi posteriormente assinado pela pesquisadora e pelas participantes, e o anonimato das informações foi garantido.

No que se refere aos trâmites legais para a realização desta investigação, solicitei à Subsecretária de Atenção Primária à Saúde autorização para proceder à pesquisa no cenário em questão (Anexo I) e à diretora da Faculdade de Enfermagem (Anexo II). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) através da Plataforma Brasil, para análise e deferimento em cumprimento dos aspectos éticos e legais, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012d).

Após a avaliação e aprovação do projeto de pesquisa por meio do parecer 188.986/2013, emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFJF através da Plataforma Brasil (Anexo III), os dados foram colhidos, utilizando-se a entrevista semiestruturada (Apêndice II), gravada em aparelhos mp4, no período de três meses (abril, maio e junho de 2013), com enfermeiras que atuavam no cenário de estudo.

Para nomear as participantes, ancorei-me na Razão Sensível, que, como recurso metodológico, descreve que coisas da ordem da paixão não estão mais separadas em um domínio à parte, pois servem como alavancas metodológicas para explicar os múltiplos fenômenos sociais. Sendo assim, as participantes foram identificadas respectivamente por elementos que estão presentes na relação entre pessoas que estabelecem vínculos profundos na vida como a felicidade, o entusiasmo, a gentileza, o afeto, a sinceridade, a alegria, a cordialidade, a dedicação, a amizade e a atenção.

Minha intenção em nomear as participantes com os elementos descritos acima foi a de valorizar o vínculo, pois, quando estes elementos estão presentes em uma relação, é porque as ligações que as pessoas estabelecem umas com as outras acontecem ao nível da alma.

Em relação ao perfil, a idade das participantes variou entre 28 e 50 anos; o tempo de formada, entre cinco e 28 anos; tempo de atuação na ESF, entre seis meses e 14 anos e todas possuem especialização.

No tocante às especializações, a primeira participante identificada como Felicidade, possui especialização em Saúde da Família na modalidade de Residência e em Saúde Coletiva. Entusiasmo possui especialização em Gestão Materno Infantil e Acupuntura. Gentileza, em Saúde Pública e Pneumologia Sanitária. Afeto, Sinceridade, Alegria e Cordialidade são especialistas em Saúde da Família. Dedicação especializou-se em Urgência e Emergência e Cardiologia.

Amizade é especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência, em Saúde Coletiva, Gestão da Clínica em APS e UTI adulto e neonatal e Atenção é especialista em Saúde Coletiva.

Ao analisar o perfil dessas enfermeiras, percebi que elas possuem experiência na APS, uma vez que apenas uma enfermeira possui seis meses de experiência na área. Além disso, seis das entrevistadas possuem especialização em Saúde da Família, o que demonstra que as enfermeiras buscaram aperfeiçoar seus conhecimentos acerca do exercício de sua profissão, o que sugere que elas possuem propriedade ao falar sobre o vínculo, o qual constitui um tema tão transversal e relevante na assistência prestada na APS.

Para selecionar as participantes, foi utilizado como critério de inclusão: atuação nas Uaps que possuem ESF e que realizam ou já realizaram consulta de pré-natal com gestantes HIV positivo; e como critérios de exclusão: atuação nas Uaps com ESF que realizam consulta de pré-natal, mas não tiveram contato com gestantes HIV positivo e atuação em Uaps tradicional.

Entretanto, durante o recrutamento das participantes, tive dificuldade em encontrar enfermeiras que estivessem assistindo alguma gestante HIV positivo por meio do pré-natal ou que já realizaram consulta de pré-natal com essas mulheres. Diante da dificuldade encontrada, foi necessário repensar os critérios de inclusão, que ficaram estabelecidos como: atuação nas Uaps com ESF que realizam consulta de pré-natal e que atenderam ou não gestantes HIV positivo e, como critério de exclusão: atuação nas Uaps com ESF que não realizam pré-natal e em Uaps tradicionais.

Repensar os critérios de inclusão foi possível porque o que se pretendeu investigar foi a construção do vínculo entre profissional e gestante. Portanto, como pesquisadora, dei seguimento à investigação, indagando às entrevistadas que não tiveram contato com as gestantes HIV positivo como seria para elas a construção do vínculo caso viessem a ter contato com uma gestante HIV positivo.

A partir desse novo critério de inclusão, foram selecionadas quatro enfermeiras que tiveram contato com gestante HIV positivo e seis que nunca o tiveram. As enfermeiras que nunca tiveram contato com essa gestante tentaram refletir sobre a construção do vínculo a partir da relação que estabelecem com as gestantes de alto risco após encaminhá-las ao serviço especializado.

Ao questionar essas enfermeiras sobre como seria para elas essa construção com a gestante HIV positivo, elas referiram como fazem com as gestantes de alto risco que são encaminhadas e que seria desta maneira que procederiam à construção do vínculo com uma gestante HIV positivo.

A decisão por adotar outra direção na coleta de dados foi desafiadora na medida em que tive que apreender das entrevistadas que nunca tiveram contato com uma gestante HIV positivo algo abstrato, com o qual elas nunca tiveram experiência, que, no caso, foi a construção do vínculo com essa gestante.

Compreender como seria para essas enfermeiras pensar a construção do vínculo a partir de outras experiências se tornou possível em decorrência da razão sensível de Michel Maffesoli, utilizada neste estudo como recurso metodológico.

Para Maffesoli, o mundo não é admissível senão quando pensado, pois, para ele, o mundo é uma imagem refletida do cérebro humano. Maffesoli ainda afirma que é preciso desenvolver um pensamento que ultrapasse o conceito, a forma rígida e racionalista, mas que esteja permeado pela alusão, pela noção, pela notação, em suma, pelo símbolo. Dessa maneira, é possível ultrapassar o enclausuramento da palavra e colocar em ação a relação que favorece a tomada de consciência (MAFFESOLI, 1998).

A razão sensível ainda nos remete à necessidade de compreender o racionalismo como inapto para perceber e apreender o aspecto denso, imagético e simbólico da experiência vivida, sendo necessário mobilizar todas as capacidades do intelecto humano, como a sensibilidade, para compreender essa experiência (MAFFESOLI, 1998).

Sendo assim, a razão sensível como recurso metodológico permitiu afirmar que o pensado, o imagético reflete o vivido, uma vez que o mundo é um reflexo do que imaginamos, segundo Maffesoli (1998).

Sob o respaldo da razão sensível segui com a coleta das informações, repetindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e, posteriormente, procedi à análise de conteúdo dos discursos. No decorrer desta, percebi que as falas das enfermeiras que tiveram contato com a gestante HIV positivo e das que não tiveram esse contato foram aparentemente semelhantes. Constatar isso foi, para mim, extremamente gratificante, pois as enfermeiras que não tiveram contato com uma gestante HIV positivo pensam o vínculo da mesma maneira que aquelas que vivenciaram esse vínculo, vendo-o como uma ferramenta importante no

atendimento a essa mulher. Sendo assim, foi possível identificar que, provavelmente, essas enfermeiras possuem um olhar diferenciado a essas mulheres, desenvolvendo um cuidado voltado para suas necessidades enquanto gestantes na vigência do HIV.

Para realizar a coleta das informações, utilizei as seguintes questões norteadoras: Você já assistiu, ou está assistindo alguma gestante portadora do vírus HIV? O que é vínculo para você? Como você constrói (ou construiria) este vínculo com as gestantes HIV positivo após serem encaminhadas? Quais os benefícios desse vínculo para essas gestantes? Como você define seu papel no acompanhamento dessas gestantes? Você acha importante manter a gestante soropositiva em acompanhamento na unidade? Por quê?

A análise das falas foi realizada tomando-se por referência a Análise de Conteúdo, que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (MINAYO, 2010, p. 303).

Segundo Minayo (2010), existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, porém, para a autora, a Análise Temática é a mais simples e é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Ela se desdobra em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos e dos objetivos iniciais da pesquisa. É a fase de organização do material, a sistematização da descrição das informações coletadas e a realização da leitura flutuante. É nessa fase que se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão de unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que irão orientar a análise (MINAYO, 2010).

Na exploração do material, busca-se encontrar categorias por meio da organização do conteúdo das falas. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2010).

Por último, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação baseiam-se na inter-relação que o pesquisador faz com o referencial teórico a fim de esclarecer questões apresentadas (MINAYO, 2010).

Foram utilizados para o referencial teórico artigos, resoluções e livros que englobam o vínculo, o SUS, assistência à gestante HIV positivo e a Sociologia do Cotidiano. Esse material foi utilizado para enriquecer a problematização, ilustrando os objetivos do estudo, o referencial teórico e para a análise das falas, confrontando os resultados ou colaborando com eles. Após a análise das falas, foram identificadas quatro unidades temáticas. A análise das categorias ancorou-se na razão sensível e em outros autores que abordam as questões que permeiam o vínculo.

A metodologia utilizada permitiu o desenvolvimento da investigação, pois seu emprego me possibilitou sair da aparência e mergulhar na essência do objeto em questão, assim os objetivos do estudo foram alcançados.

4 RESULTADOS

A verdade é que realizar sonhos é uma tarefa muito árdua. Somente a consciência do resultado de seu trabalho lhe dará energia para treinar, treinar e treinar.
(Hudson Menezes)

Os resultados foram obtidos com base na análise das informações, a qual foi realizada por meio da Análise Temática. Dessa forma, emergiram quatro categorias de análise: 1) O vínculo vivido e pensado como cuidado solidário e humanístico; 2) A confiança como forma de se construir o vínculo no cotidiano do cuidado à gestante HIV positivo; 3) O vínculo como cimento social na relação de “ser/estar-junto” sob a lógica interacionista e 4) A construção do vínculo como elo que favorece o desenvolvimento das ações de saúde.

A partir da análise, foi possível apreender que as enfermeiras mantêm o vínculo após encaminhar a gestante ao serviço especializado ou este vínculo é passível de ser construído mesmo ao encaminhá-las, sendo cultivado no cotidiano, por meio das relações de confiança entre enfermeira e gestante. Nessa relação, a enfermeira visualiza a possibilidade de estar-junto à gestante, proporcionando ações que possibilitem mantê-la em acompanhamento na unidade.

A comparação entre os relatos das enfermeiras que já tiveram a experiência de manter o vínculo com gestantes portadoras do HIV/AIDS e daquelas que pensam como este vínculo pode ser construído revelou mais similaridades do que particularidades, portanto optou-se por organizar as categorias a partir das similaridades das falas.

Tais similaridades se reportam ao objeto desta investigação, apresentando, no fundo das aparências das falas dos sujeitos, as unidades significativas apreendidas, cuja análise crítica e reflexiva apresento nas categorias encontradas.

4.1 O VÍNCULO VIVIDO E PENSADO COMO CUIDADO SOLIDÁRIO E HUMANÍSTICO

Apenas os que dialogam podem construir pontes e vínculos.
(Papa Francisco)

A análise das informações me permitiu vislumbrar que as enfermeiras valorizam o vínculo com essa gestante devido a sua condição de portadora do vírus HIV, vendo-o como um diferencial neste momento. Diante dos relatos, o objeto do estudo em tela é vivido e pensado por meio do diálogo e da escuta, das ações de cuidar, preocupam-se com a questão do preconceito e com a condição de ser soropositivo para o HIV, em oferecer apoio, em estar prontas para o que a gestante precisar, em manter o sigilo e buscar informações acerca da evolução da doença.

Pensar o vínculo para as participantes deste estudo se tornou possível diante de suas experiências com outras gestantes de alto risco que foram encaminhadas à atenção especializada, mas mantiveram o vínculo com a Uaps, ou a partir de suas experiências com usuárias portadores do vírus HIV.

Além disso, as reflexões acerca do vínculo pensado pelas participantes estão ancoradas em Maffesoli (1998), autor que trabalha as questões da Razão Sensível, a qual se constitui no caminho metodológico seguido neste estudo. Para ele o mundo é uma imagem refletida do cérebro humano e que as representações são importantes na construção da realidade. Sendo assim, é possível pensar o mundo construindo e subjetivando novas experiências.

Ao analisar algumas falas, foi possível perceber que as enfermeiras, ao vivenciarem e pensarem o vínculo, refletem sobre as questões acerca da condição de ser gestante portadora do HIV, preocupam-se ainda mais com essa mulher, com as dificuldades que ela irá enfrentar devido a sua condição sorológica e buscam construir esse vínculo de maneira mais informal, com a finalidade de fazer com que essa gestante se sinta mais à vontade e acolhida. Além disso, priorizam desenvolver o cuidado empático, que valorize a escuta, tentando entender essa mulher em sua dimensão existencial como descrito nas falas:

O vínculo que eu teria com ela é cuidar, de fazer um mínimo de traumas, de mazelas, né, conhecer as preocupações dela, como é

esse universo dela, ela mãe, se ela já queria ter sido mãe, ela mãe agora portadora do HIV, como seria esse universo, né, como seria essa preocupação [...]. (Entusiasmo)

[...] eu penso mais numa coisa informal, entendeu, porque tudo que é muito formal, como, por exemplo: “Hoje você tem a consulta”, então essa formalidade toda, às vezes, até atrapalha. Ela esquece alguma coisa que ela tem que perguntar e essa coisa mais informal de vir, de partir dela estar vindo e estar perguntando e a gente está orientando, eu acho que isso dá mais segurança, fortalece o vínculo e assim eu acho que fica mais leve também, entendeu, pra ela, pra situação e pra lidar com isso tudo (Cordialidade).

[...] foi tudo muito simples, sabe (o estabelecimento do vínculo), tudo muito natural também, nada forçado, nada protocolado, nada disso, foi mesmo nas conversas. Eu iniciei com ela conversando sobre a situação do companheiro se ela queria assim um apoio, uma ajuda pra estar conversando com ele sobre isso, sobre o diagnóstico, né (Cordialidade).

Ao refletir sobre a fala de Entusiasmo, percebi que, ao pensar o vínculo, ela reflete sobre o cuidar dessa gestante, de como será para ela vivenciar a maternidade sendo soropositiva para o HIV, o que me fez pensar que a profissional possui um olhar sensível ao lidar com essa gestante devido à condição sorológica desta e às questões acerca da doença que podem trazer sofrimento e inquietação a ela.

No tocante a esse olhar sensível que Entusiasmo aparentemente possui, recorro a Maffesoli (1996), autor que descreve o termo “estética” como um conjunto de sentimentos, sensações, atrações, que é permeado pela sensibilidade, possuindo função de agregação social. Nessa perspectiva, a estética, enquanto momentos vividos em comum, remete a outra concepção de tempo, em que as diversas relações sociais, assim como as relações com o meio ambiente valem pelo que são por si só, sem intencionalidade.

Diante dessa reflexão, a enfermeira, ao lançar um olhar sensível a essa gestante, pensa o seu cotidiano de trabalho como uma nova lógica do estar-junto, em que o sensível se torna uma condição de possibilidade de vida e de conhecimento (MAFFESOLI, 1996).

Nessa perspectiva, penso que essa enfermeira, ao cuidar da gestante soropositiva para o HIV sob a ótica de um olhar sensível, está pensando que poderá fazer uso dos seus recursos mais íntimos para possibilitar a essa mulher uma consciência ampla, que desperte nela a grandeza desse momento de geração de

vida, mesmo na vigência de uma doença que, para a coletividade, ainda é sinônimo de finitude.

O vínculo pensado por Entusiasmo é reflexo de sua experiência em outra instituição, pois ela não teve contato com gestantes HIV na APS, mas relata ter experiência com estas em outra instituição, como descrito no relato:

Aqui, no posto, eu não tive nenhuma, mas tenho experiência em outros setores, que eu já trabalhei em incentivo ao aleitamento materno no estado do Rio, eu fiz curso de aconselhamento e acolhimento de 40 horas, tive experiência em hospitais amigo da criança em que havia gestante HIV positivo e a importância do acolhimento dessa gestante pra que ela não ficasse à parte. Então minha experiência foi neste hospital amigo da criança onde incentivava o aleitamento materno e a gestante HIV era acolhida para ela não sentir assim, discriminada por não amamentar, era dado todo cuidado de secar o leite, mas com toda orientação, que não era por ela não amamentar que ela ia deixar de ser uma boa mãe, que ela era tão importante no carinho, no acolhimento, no calor, né, na aproximação com aquela criança, o modo de oferecer a fórmula, né, o olho no olho, essas coisas que fazem uma mãe, não é porque ela não amamentava que ela deixava de ser uma mãe menos valorizada.” (Entusiasmo)

Analisando a fala de Entusiasmo, acredito que o vínculo que ela pensa em estabelecer com uma gestante HIV positivo é fruto dessa experiência, pois, quando ela fala que tem a preocupação de conhecer como será o universo dessa mulher agora, sendo mãe e portadora do HIV, remete sua inquietação às questões que estão intrínsecas ao processo de maternagem, como a amamentação, descritas por ela em sua experiência em outra instituição.

Em relação ao relato de Cordialidade apresentado anteriormente, percebo que ela se preocupa em proporcionar um ambiente mais informal para consolidar o vínculo com essa gestante, que possibilite a essa mulher mais liberdade em buscar ajuda profissional, uma vez que a enfermeira se mostra presente sempre que precisar, oferecendo um cuidado solícito.

O estudo realizado em 2008 por Padoim e Souza vai ao encontro das afirmações feitas por Cordialidade, pois afirma que a mulher soropositiva para o HIV, no momento da gestação e pós-parto, necessita de um apoio mediado pelo diálogo, de um cuidado calcado na solicitude, uma vez que as dificuldades dessa mulher e suas necessidades de ajuda estão focalizadas muito mais no âmbito social das relações com-o-outro-no-mundo.

Sendo assim, a valorização das relações humanas mediada pelo processo de interação entre profissional de saúde e a gestante se torna imprescindível, pois, no mundo do cuidado, na dinâmica de cuidar, no encontro vivido e dialogado e na compreensão do modo-de-ser desta mulher, será possível vislumbrar a possibilidade de ajudá-la, buscando desenvolver um cuidado solícito, nessa situação vivida, com todas as implicações que este momento existencial lhe impõe, como o temor decorrente desta condição sorológica (PADOIM e SOUZA, 2008).

Diante desse temor decorrente da condição sorológica, os profissionais de saúde, ao prestarem assistência a essa gestante, devem compreender as vivências, os sentimentos e as necessidades dela, sem pressupostos e preconceitos. Devem desenvolver um cuidado que ultrapasse os saberes técnicos e biológicos e que contemple sua dimensão existencial como possibilidade de compartilhar as experiências e vivências do outro em uma relação de cuidado empático (MACHADO *et al*, 2010).

Para desenvolver esse cuidado empático, os profissionais de saúde precisam desenvolver competências e habilidades que não sejam baseadas só na técnica, mas que também incorporem os aspectos humanísticos do cuidado. É importante que considerem a intersubjetividade, a autenticidade, a solicitude, de modo a desenvolver uma escuta empática no cotidiano assistencial, compreendendo o vivido e as necessidades das mulheres e famílias (MACHADO *et al*, 2010).

Cordialidade, ao relatar que ofereceu um apoio, uma ajuda para conversar com o companheiro sobre o diagnóstico, ela incorporou na sua relação de cuidado com a gestante alguns aspectos humanísticos importantes que devem estar presentes nesta relação, como a solidariedade, a escuta empática e a compreensão dessa mulher em seu contexto de vida. A enfermeira demonstrou preocupação com as questões acerca do diagnóstico do companheiro, de como seria para essa mulher contar para ele, não focando apenas na doença e nas repercussões fisiológicas que poderiam trazer para a gestação, mas também nas repercussões que esse diagnóstico poderia trazer para a vida da mulher.

Nesse enfoque, a enfermagem, ao desenvolver suas competências e habilidades pautadas sob os aspectos humanísticos do cuidado, está propondo um novo olhar para o ser humano, este Ser singular que não é visto mais como uma pessoa portadora de um diagnóstico, como um objeto, mas como sujeito capaz de tomar decisões sobre sua vida.

Paulo Freire (1982), em sua obra “Educação como prática da liberdade”, defende esse aspecto do homem como sujeito e não como mero e permanente objeto, uma vez que possui a capacidade de se relacionar, não estando apenas no mundo, mas com ele.

Sob esse aspecto, considero que a interação entre a enfermeira da ESF e a gestante HIV positiva possibilita a essa gestante “estar com o mundo” e não apenas nele, uma vez que essa interação, esse vínculo é desenvolvido sob a égide de um cuidar humanístico, empático, que valoriza essa mulher e dá a ela a possibilidade de fazer suas opções, de ser um sujeito que vive e tem possibilidade de escolhas.

Watson (2002) propõe um modelo de cura transpessoal, que enfoca justamente isto:

Quando mudarmos para um modelo de cura transpessoal, o corpo já não será mais corpo-físico material, como objeto, mas torna-se num sujeito que vive, que respira. Este torna-se num mundo subjetivo corporizado, um veículo para o fundamento da nossa existência, uma reserva de consciência e de espírito corporizado (WATSON, 2002, p. 129).

Outro elemento encontrado foi a preocupação com o sigilo no tocante à doença. Podemos verificar essa preocupação no seguinte relato:

Eu acho que é fundamental a questão do sigilo, dela ter um espaço que ela tenha segurança de que o sigilo vai ser mantido e que ela se sinta à vontade pra poder abordar as angústias, os anseios, de todo problema que ela está vivendo, e que haja uma contrapartida, que ela sinta que ela tem um suporte, e que esse suporte está ajudando ela a superar, né, buscando estratégias para superar essa dificuldade que ela está tendo de saúde nesse momento (Alegria).

Para Alegria, o sigilo se torna uma questão transversal na construção do vínculo, pois, dessa forma, a gestante se sentirá segura para falar sobre seus problemas, sobre uma doença que, ainda nos dias de hoje, é estigmatizada e permeada de preconceito. Garantir o sigilo é prover o estabelecimento do vínculo por meio de uma relação aberta, em que enfermeira e gestante estão em uma transação subjetiva em prol da superação dos problemas vivenciados na vigência do HIV.

Ainda a respeito da importância do sigilo e da ausência de preconceito na construção do vínculo, as falas de Amizade trazem mais reflexões sobre essas questões:

Eu acho que, principalmente na condição de HIV, isso (o vínculo) é ainda mais importante, mais sério, principalmente por conta da questão do sigilo, do preconceito, né, da situação que a própria pessoa já se coloca de inferioridade, uma coisa ruim diante da doença, né, e o vínculo, nesse momento, nessa condição, ele ainda é mais importante pela necessidade que essa pessoa tem. No meu caso, por exemplo, era um momento delicado, ela estava grávida e descobriu ser soropositiva, tenho certeza que, se eu não tivesse um bom vínculo com ela e com a família toda dela, teria sido muito mais difícil traçar algum planejamento, traçar algum plano de cuidado com essa gestante (Amizade).

Outra questão que ajudou foi a questão do sigilo, porque, embora as irmãs ficassem sabendo, a gente teve que esconder porque ela não queria que a mãe soubesse. Então ela pediu sigilo e não quis contar e a gente respeitou, obviamente, isso, então a gente teve respeito, acima de tudo, por ela, pelas decisões dela e o que a gente queria era cuidar dela e eu acho que isso foi fundamental dentro da construção do vínculo e até hoje acho que é isso que mantém a gente tão próxima (Amizade).

As falas apontam a importância do sigilo na construção do vínculo, devido à condição que a própria pessoa se coloca de inferioridade. Por meio do vínculo e da manutenção do sigilo, a enfermeira obteve êxito nos cuidados com essa gestante, pois o foco nessa relação foi a gestante e o respeito por suas decisões.

Em relação a esse tema, as enfermeiras demonstraram preocupação com a questão do preconceito e com o sigilo para que o vínculo seja consolidado e, desta forma, construir um espaço em que a gestante se sinta segura para falar, expor seus medos, angústias, saber que tem alguém que se preocupa com ela, com sua condição de saúde, em quem ela possa confiar. Sendo assim, ela se sentirá mais segura para aderir às ações de cuidados propostas e mais confiante no tratamento.

O estudo de Padoim e Souza (2010) contribui com essa questão do sigilo e do preconceito, pois demonstrou que mulheres portadoras do vírus HIV vivenciam o medo do preconceito devido ao estigma da doença e por já terem contato com atitudes de discriminação, mostrando-se com medo de perder os amigos, os familiares e os filhos. Diante disso, é necessário que se desenvolva no cotidiano assistencial um cuidado que possibilite a essa mulher ser ela mesma, respeitando a

sua singularidade, permitindo que faça suas escolhas e tome decisões por si mesma, bem como que as relações humanas e a interação entre profissional e mulher sejam valorizadas, com base num cuidado que possibilite compreender essa mulher em seu dia a dia.

Ainda sobre essa questão do sigilo e do preconceito, a fala de Atenção traz mais contribuições:

Acho que o momento da gravidez de uma mulher HIV é muito sério, é muito sensível, é maior que uma gravidez de baixo risco, né. Entender, não julgar, não ter preconceito, acolher, entender a patologia junto com a gravidez e os riscos é fator importante, acho importante a nossa educação continuada, a forma de a gente estar estudando sempre esse assunto e não ter medo de receber essa mulher, sabe, ter segurança pra dar as condições necessárias é o que eu penso (Atenção).

Atenção relata a importância de não ter preconceito ao atender uma gestante portadora do HIV, acolhendo-a, não julgar e ter o conhecimento científico fundamental para desenvolver as ações de cuidados necessárias no decorrer da gestação.

Infelizmente, os resultados do estudo realizado por Darmont et al (2010) vão de encontro ao exposto no relato acima, pois apontaram que algumas mulheres se sentiram discriminadas nos serviços de saúde por terem vários filhos e por estarem grávidas sendo soropositivas para o HIV e relataram a falta de compreensão por parte dos profissionais em relação às dificuldades vivenciadas no momento da gestação e no tocante à sua realidade social.

Além do sigilo e da questão da ausência de preconceito, as enfermeiras relatam outros pontos importantes para desenvolver esse cuidado solidário e humanístico, que possibilite a essa mulher estar com o mundo e não ser um mero objeto. Esses pontos importantes se referem a oferecer apoio, suporte emocional, ter alguém com quem contar, sentir-se segura para enfrentar a situação, como descrito na fala de Alegria:

Eu acho que esse vínculo tem que ser trabalhado de uma maneira que não venha a atrapalhar, que ela possa sentir que aqui é um porto seguro e que essa proximidade da comunidade que ela está significa um algo a mais pra ela conseguir resolver esse problema dela, entendeu, pra ela ter uma melhor condição de orientação de saúde, melhor suporte emocional [...] (Alegria).

Nesse relato, o vínculo é apontado como importante para que a gestante se sinta acolhida, a fim de que, a partir dessa relação, ela sinta que pode contar com a enfermeira e consiga resolver ou entender melhor as questões que permeiam esse momento na vigência do HIV.

Os relatos de Dedicção e Amizade trazem mais reflexões:

[...] mas, no caso dessa, em especial [gestante HIV positivo], a gente acolheu ela de uma maneira talvez mais especial, de uma maneira que ela pudesse mesmo contar com a gente e não perdê-la, porque a gente não poderia perdê-la, até pra poder está controlando, se está fazendo o pré-natal mesmo, se está tomando as medicações, a gente chama, a gente confere toda essa questão [...] e essa eu fiz toda questão de buscar, fui na casa dela, né, pra ela ter mesmo em mim uma referência em quem contar (Dedicção).

Primeiro, foi a questão assim da informação, né, da segurança que se passou pra ela diante da assistência que a gente prestou, de uma assistência que foi orientada, né, que foi segura. A gente mostrou pra ela, de uma forma bem concreta, o que era possível e que não era pra fazer e a importância disso tudo. Acho que a informação pra ela, nesse primeiro momento, foi muito importante. Segundo, eu acho que foi justamente essa possibilidade de você estar lá, mas ao mesmo tempo está sob sua responsabilidade que deu pra ela uma segurança, tipo “eu não vou estar sozinha”, o que eu acho que fortaleceu ainda mais o vínculo dela, né [...] (Amizade).

As participantes apontaram o vínculo como sendo fundamental nesse momento. Primeiro, pela necessidade de se estar próximo dessa gestante devido a sua condição, acompanhando a evolução da gestação e se mostrando disponível, sendo uma referência para ela no momento em que precisar. Tudo isso deu segurança para que a gestante pudesse manter o vínculo com essas profissionais, do que se conclui que o vínculo foi construído por meio de um compromisso profissional.

O estudo realizado por Scherer, Borenstein e Padilha (2009) apoia este achado, pois destaca a importância do suporte profissional para as gestantes e puérperas portadoras do vírus HIV e ressalta que, além do atendimento à saúde, elas devem receber apoio emocional e social. No referido estudo, as autoras relataram o grau de comprometimento profissional e social das profissionais para com as clientes, o qual foi manifestado pela busca destas clientes quando as mesmas não compareciam ao serviço, pelo apoio emocional, por meio de escuta e de orientações, recebendo em contrapartida o retorno afetivo e agradecimentos.

Silva et al realizaram um estudo em 2012 e selecionaram como sujeitos 15 gestantes de risco habitual. Seus resultados demonstraram que as gestantes possuem grande satisfação com as consultas realizadas por médicos e enfermeiros, sendo que os principais motivos que as levaram à adesão ao pré-natal na unidade foram o relacionamento, o cuidado humanizado e a proximidade da moradia.

O estudo de Silva et al (2012) colaboram com os resultados apresentados nesta investigação, os quais demonstraram que, com a gestante HIV positivo, não é diferente, que, apesar de ser uma gestante de risco e precisar ser referenciada para o pré-natal de alto risco, ela faz parte da comunidade sob a responsabilidade da Uaps e demanda os mesmos cuidados que uma gestante de risco habitual no que concerne ao tratamento, diálogo e cuidado humanizado.

Os relatos de Dedicção e Amizade, reforçam a importância do compromisso profissional, refletido numa assistência humanizada, prestada por meio do vínculo e do diálogo com os profissionais, sendo estes elementos essenciais na adesão e na satisfação com o pré-natal, o que possibilitou a aderência por parte das gestantes no tocante às orientações fornecidas.

Contudo, as enfermeiras visualizam que, na construção do vínculo com a gestante portadora do vírus HIV, há fatores que levantam mais preocupação, uma vez que é necessário todo um acompanhamento em relação à medicação, efeitos colaterais e adesão, cuidados com o bebê, orientações para o parto e puerpério e amamentação, como pode ser notado nos relatos de algumas participantes:

[...] parece que exige mais da gente, aumenta mais a nossa preocupação em relação à pessoa seguir (o tratamento), da pessoa vir nas consultas, fazer os exames, eu acho que acontece isso, assim aumenta a nossa responsabilidade, né, e ao mesmo tempo essa preocupação com os outros fatores que vêm acompanhando, que são esses fatores de risco (Sinceridade).

Eu vejo que, como essa gestante é membro da comunidade onde eu estou atuando, que é indispensável a formação desse vínculo, justamente por ela estar numa condição que é a gestação e dentro dessa condição de gestação aparecer um problema tão grave quanto à questão do HIV, então eu vejo que é fundamental a formação desse vínculo (Alegria).

[...] se já é bom o vínculo estabelecido com uma gestante de baixo risco, imagina com uma gestante que tem um alto risco. Na verdade, são aquelas que exigem um cuidado redobrado (Amizade).

Diante das falas, foi possível perceber que as enfermeiras possuem uma preocupação a mais com essa gestante devido a sua condição sorológica, percebendo que a construção do vínculo com essa gestante se torna ainda mais importante e fundamental. Este possibilita uma maior proximidade com essa mulher, desenvolvendo um cuidado que desperte nela o significado desse momento a fim de que ela perceba a importância de seguir o tratamento para a sua saúde e a do bebê.

Tendo em vista os relatos e a literatura utilizada, foi possível apreender que o vínculo é construído e pensado por meio de uma relação interpessoal. No caso da investigação em tela, entre a enfermeira da ESF e a gestante HIV positivo, sendo valorizado no cotidiano da assistência através do sensível, que é descrito por Maffesoli (1996) como estética: “O homem, de fato, reconhecendo que é um ser sensível, acede à humanidade, isto é, às relações com os outros” (MAFFESOLI, 1996, p. 85).

Essa relação é apresentada como uma forma de proporcionar à gestante um suporte, além do que ela já recebe na atenção especializada, já que as enfermeiras reconhecem a importância desse estar-junto com essa mulher por conhecerem sua realidade, a comunidade em que está inserida e os determinantes do processo saúde-doença.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad ancora as reflexões feitas acerca dessa relação, pois, ao considerá-la como um encontro, uma experiência intersubjetiva, em que existe um compartilhar verdadeiro, considero que sua construção se estabelece a partir desse encontro entre a enfermeira e gestante HIV positivo. Segundo Martins:

Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções, práticas e conhecimentos, experiências, vivências que podem favorecer ou não a apreensão do sofrimento, a percepção das necessidades de atenção ou a interpretação das demandas trazidas pelo usuário. Esse encontro necessariamente tem que produzir um diálogo, ele gera compreensões, interpretações, emoções e expectativas (MARTINS, 2012, p.60).

Refletindo sobre o que Martins (2012) expõe, essa mobilização de sentimentos, emoções, práticas, conhecimentos, experiências e vivências e a produção de um diálogo que gere compreensões, interpretações, emoções e expectativas só se tornam possíveis por meio da confiança, que foi apontada nas

entrevistas como um elemento fundamental na construção do vínculo. Esta questão da confiança será discutida na categoria a seguir.

4.2 A CONFIANÇA COMO FORMA DE SE CONSTRUIR O VÍNCULO NO COTIDIANO DO CUIDADO À GESTANTE HIV POSITIVO

*"A bondade em palavras cria confiança;
a bondade em pensamento cria profundidade;
a bondade em dádiva cria amor."
(Lao-Tsé)*

Por meio da análise das informações, compreendi que a construção do vínculo é permeada pela confiança, sendo considerada pelas participantes um elemento fundamental no desenvolvimento da corresponsabilização em saúde e para que a gestante aceite a intervenção e realize os cuidados necessários a sua saúde.

A partir das falas de algumas participantes, foi possível perceber que a consolidação do vínculo se dá a partir das relações de confiança.

Vínculo... acho que, primeiro, é confiança [...], quando eles (usuários) chegam na unidade, começam a conhecer, ver seu trabalho, eles começam a confiar no seu trabalho, vê que tem uma resposta do que eles vêm procurar aqui, do que eles estão precisando, ter resolutividade dos seus problemas e se o profissional consegue tentar pelo menos dar uma resolutividade acaba criando essa relação mesmo, uma ligação com essa pessoa de confiança, porque, se não tiver uma confiança no seu trabalho, se você não se importar com aquela pessoa, ela não vai confiar em você e não vai acreditar no que você está propondo para ela melhorar. É a questão de confiança mesmo (Felicidade).

Pra mim, é confiança, é ser referência pra pessoa, acho que vai até além do serviço, é aquilo que a pessoa confia de te contar ou de ter você como suporte dentro do serviço (Gentileza).

[...] é essa relação que se estabelece de confiança, onde há trocas de informações, onde existe um direcionamento para algum problema que está sendo abordado, então, basicamente, pra mim, o vínculo é essa relação que se estabelece entre duas pessoas com o objetivo da construção de algo (Alegria).

O vínculo, na verdade, é quase que estabelecer uma relação de confiança, né, entre o usuário e o profissional que está atendendo. Pra mim, o vínculo é isso, é a confiança e, se você consegue transmitir uma confiança para o usuário, ele acaba te procurando de novo e eu acho que isso é o vínculo (Cordialidade).

Pra mim, o vínculo é mais um instrumento de trabalho que a gente tem, principalmente na ESF. Ele, na verdade, é o que solidifica, que

dá condições pra gente elaborar algum planejamento de alguma ação na ESF, é essa relação de confiança, de respeito, de responsabilização pelo indivíduo, pela família dele (Amizade).

Refletindo sobre os fragmentos, percebe-se que a confiança é um elemento importante no processo de trabalho dessas enfermeiras, pois elas enxergam que é a partir dela que conseguem constituir uma relação firme com o usuário, que não gere dúvidas e incertezas no planejamento do cuidado.

Tal perspectiva encontra respaldo em alguns autores, como Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), que descrevem em seu estudo que o entendimento de vínculo como relação entre profissional e usuário é uma relação entre pessoas e, no geral, é considerado uma relação que o profissional desenvolve com a comunidade, ensejando uma confiança do usuário na pessoa do profissional. Assim, a confiança, o compromisso, o respeito, a empatia e a organização do serviço foram descritos como elementos indispensáveis para que haja a formação do vínculo, já que possibilitam maior conhecimento da comunidade para a qual prestam serviço, melhorando a qualidade de vida da população.

Além disso, a formação do vínculo por meio das relações de confiança tem como propósito favorecer a adesão dos usuários às condutas apropriadas e necessárias à sua saúde (ARAÚJO, ANDRADE e MELO, 2011).

Nota-se que a confiança para as enfermeiras permeia a construção do vínculo e é elemento indispensável para o desenvolvimento e planejamento de ações em saúde. Sendo assim, a construção do vínculo a partir desta relação permite aos profissionais desenvolver ações de saúde voltadas para o alívio das ansiedades, necessidades e dores do doente, suprimindo necessidades, intervindo, aconselhando, partilhando opiniões e promovendo suporte emocional (GOMES e SÁ, 2009).

Diante deste contexto, a confiança se torna um elemento ainda mais importante quando analisamos o relacionamento entre o profissional e a usuária com diagnóstico de HIV, para que haja a abertura da privacidade das informações sobre o diagnóstico aos membros da equipe de ESF. A confiança pressupõe honestidade, sinceridade nas atitudes e no diálogo, compartilhada pelo usuário e o profissional (ABDALLA e NICHATA, 2008).

Dessa forma, a construção do vínculo entre a usuária com diagnóstico de HIV/AIDS e o profissional de saúde ocorre por meio da confiança entre eles, pois assim ela sentirá segurança para se abrir com o profissional, e suas informações

poderão auxiliar no planejamento das ações pertinentes às suas necessidades de saúde, sendo ela coparticipante desse planejamento (ABDALLA e NICHIAITA, 2008).

As falas de Felicidade e Amizade trazem mais reflexões acerca da confiança na construção do vínculo:

[...] depois que a gente fez a visita lá, que demonstrou que a gente estava preocupada com a situação da criança, se estava fazendo acompanhamento ou não, que a gente deu a entender que já tínhamos uma noção do que já acontecia com ela (ser portadora do HIV), aí eu acho que ela foi relaxando, confiando, que a gente manteve o sigilo, que outras pessoas não saberiam, aí ela acabou confiando e, hoje em dia, quando ela vem consultar, ela trata disso (HIV), da hipertensão, ela vem perguntar da vacina se pode ou não tomar. Acho que, no primeiro contato, normalmente, você não tem o tal do vínculo, né, porque a pessoa não te conhece, é um estranho pra ela, mesmo sendo um profissional da saúde (Felicidade).

[...] o vínculo foi fundamental porque eles tinham confiança no nosso trabalho, né, eles tinham respeito, acreditavam e sabiam que podiam contar com a gente pra aquilo ali, embora a doença não tenha tratamento, ela tem controle, e o vínculo foi importante justamente pra que essa gestante, principalmente na condição de gestante, fizesse o controle da doença como ela faz até hoje, né (Amizade).

Segundo os relatos, as enfermeiras só conseguiram intervir nos problemas de saúde dessas gestantes quando a confiança passou a fazer parte da relação de cuidado, pois, assim, as gestantes tinham a certeza de que poderiam contar com as enfermeiras e confiar nas intervenções propostas.

Abdalla e Nichiata (2008) contribuem com essa análise, pois descrevem em seu estudo que a garantia da confidencialidade das informações é muito importante para a manutenção do relacionamento do profissional com a usuária. Nesse acordo, é essencial a discussão de quais informações podem ser compartilhadas com os membros da equipe e quais vão ser mantidas em sigilo por todos. As ações de acolhimento no fortalecimento do vínculo e no estabelecimento da confiança são processos fundamentais para que ocorra a abertura da privacidade, além de ser imprescindível que os profissionais de saúde da ESF desenvolvam habilidades e mecanismos que possam garantir a confidencialidade e o sigilo das informações.

Outros autores, como Ferreira e Nichiata (2008), também trazem reflexões sobre esse tema, pois referem que a confiança estabelecida entre usuárias e os profissionais de saúde é uma condição que leva as mulheres a abrirem a privacidade sobre suas informações. Assim, o direito ao sigilo deve ser explicitado à

usuária do serviço e a confiança, reforçada, pois o HIV/AIDS, especificamente em mulheres, traz grandes desafios à sociedade e aos serviços de saúde, especialmente no tocante ao rompimento dos preconceitos enraizados no cotidiano e nas significações sobre o HIV.

Mayeroff (1971) descreve a confiança como um dos componentes do cuidado, que, além de confiar no outro, é necessário também confiar em nossa própria capacidade de cuidar. Para ele, o cuidado implica “confiar no crescimento do outro em seu próprio tempo e de sua própria maneira” (MAYEROFF, 1971, p. 39).

Paulo Freire (1982) ressalta que o que realmente importa é ajudar o homem a se ajudar, colocá-lo em uma posição conscientemente crítica diante de seus problemas, revelando com essa reflexão sua crítica ao assistencialismo, cujo objetivo é domesticar o homem, roubando sua responsabilidade, sua capacidade de tomar decisões e resolver seus problemas.

Perante as reflexões de Mayeroff e Paulo Freire, foi possível inferir que, ao construir o vínculo por meio da relação de confiança, a enfermeira está oportunizando à gestante crescimento, uma vez que, nessa relação, há um comprometimento de ambas as partes, em que a enfermeira se compromete com o cuidar e a gestante em prosseguir com o cuidado, responsabilizando-se por sua saúde.

Diante dos resultados apresentados nesta categoria, foi possível compreender que, aparentemente, a enfermeira, por meio da confiança, estabelece uma relação com a gestante de cumplicidade e solidariedade, para que ela enfrente esse momento com responsabilidade e autonomia, proporcionando crescimento e amadurecimento para uma nova dimensão existencial que está por vir: a maternidade.

Sendo assim, essa relação de cumplicidade e solidariedade é construída junto com o outro, numa interação aberta, em que a enfermeira reconhece a gestante como um ser humano único e importante, valorizando este estar-junto como uma forma de desenvolver um cuidar empático sob a lógica interacionista.

4.3 O VÍNCULO COMO CIMENTO SOCIAL NA RELAÇÃO DE “SER/ESTAR-JUNTO” SOB A LÓGICA INTERACIONISTA

*Os dias passam-se, e, cada vez mais, percebo
um mundo solitário formando-se ao meu redor.
As pessoas não se conhecem e nem se preocupam
umas com as outras e as relações
são todas instantâneas; o prazer
é imediato e não necessita de conquistas.
(...)
(Monica Ap. O.)*

Esta categoria reflete a construção do vínculo sob a lógica interacionista, pois, pela análise das informações, o objeto da investigação em tela foi aparentemente construído e será passível de ser percebido no aqui e agora, por meio da interação entre a enfermeira e a gestante. Fica claro nos discursos que, a partir do vínculo, foi ou é possível desenvolver um cuidar empático, envolto por carinho, afeto e preocupação, fugindo da ideia de que a construção do vínculo é um dever-ser, mas sim uma construção que busca a aproximação com o usuário, edificada no dia a dia, pelo prazer de estar-junto, com a intenção de fazer a diferença, de proporcionar um algo a mais, fazendo-se valer do sensível, do emocional e do fortuito, como se pode observar a partir dos relatos de Entusiasmo e Dedicção:

Vínculo, pra mim, é comprometimento, é carinho, é se preocupar com o outro no universo como um todo, não só pra dizer da boca pra fora, é sentir que você, que o outro existe pra você, que faz parte do seu universo, mesmo você não estando presente, estando em outro lugar, em outra cidade (Entusiasmo).

Vínculo, pra mim, é a questão assim da empatia mesmo com o outro, é você se solidarizar com o problema do outro e de se interessar pelo problema do outro, daí nasce o vínculo, né, porque aí você tem contato com o outro mesmo, se preocupa com as ações, em fazer a diferença mesmo. No caso, nós, enfermeiros, fazer diferença na saúde daquele paciente, né, promover mesmo, educar, daí cria-se um vínculo, né (Dedicção).

[...] então é essa questão mesmo do carinho, do acolher, né, eu acho que, quando você acolhe a pessoa, quando você se mostra interessado pelo problema dela, com a questão dela, não tem como você perder essa pessoa, né. Essa gestante não tem familiar nenhum aqui em Juiz de Fora, então, assim, é mais uma questão afetiva, né, isso que a saúde da família (Dedicção).

[...] é essa questão mesmo de buscar, de ligar, de saber, isso é o que eu acho que fortalece os laços, é o que fortalece mesmo o

profissional, né, de ter alguém mesmo com quem contar. Eu gostaria que fosse assim comigo se eu tivesse gestante, eu gostaria que alguém ligasse, se interessasse, soubesse o nome do meu neném. Eu acho que isso faz toda a diferença, o calor, né, esse calor humano (Dedicação).

A partir da análise das falas, as enfermeiras, aparentemente, estão em busca de superar um modelo de saúde dominante em nossa sociedade, buscando produzir ações de cuidado que ultrapassem o aspecto tecnicista e centrado na doença, preocupam-se com a pessoa, em interagir com esse SER que demanda cuidados e buscam, para isso, a construção do vínculo.

A superação desse modelo de saúde requer uma redefinição da enfermagem moderna que reside na ontologia separadora, consistente com a ciência Ocidental, que distancia as pessoas da natureza e o ser do saber e do fazer. Essa nova proposta acende novos modos de ser-se humano, do ser-em-relação, de dimensões múltiplas e a lugares de existência no universo. O cuidar passa a ser entendido como um ideal moral, com intenção consciente para preservar o todo, potenciar a cura, preservar a dignidade, integridade e processos geradores-de-vida, a níveis humanos, da natureza e do universo (WATSON, 2002).

Nessa perspectiva, Michel Maffesoli (1996) nos convida a trocar nossas lentes e visualizar as relações sociais a partir do que é intrínseco, vivido no dia a dia, tendo como foco a proximidade entre as pessoas, transformando o laço social em emocional. Esta nova maneira de estar-junto na concepção da pós-modernidade não é mais determinada em função de uma visão moral, que privilegia o dever-ser em busca de um objetivo, mas, ao contrário, valoriza o sensível, a comunicação e a emoção coletiva. Esta emoção é descrita por ele como:

A emoção não mais como um simples fenômeno psicológico, ou como suplemento da alma sem consequência, mas também como estrutura antropológica, cujos efeitos ficam por apreciar. Isso nos leva a considerar a ideia obsedante do estar-junto como sendo essencialmente uma “religação” mística sem objeto particular (MAFFESOLI, 1996, p. 29).

Sob esse enfoque, o vínculo se configura em uma espécie de cimento social nas relações, sendo uma importante ferramenta para o desenvolvimento das ações de saúde e de enfermagem. É a partir dele que se firmam as relações entre profissional e usuário, possibilitando à enfermagem vislumbrar sua participação e sua contribuição na promoção da saúde e na prevenção de doenças de forma que se prevaleça o afetual, o fortuito em detrimento da obrigação, do dever, do

compromisso e da boa convivência, privilegiando o prazer de estar vivendo intensamente o aqui e o agora, mesmo que transitoriamente (PEREIRA, 2005).

Gironi e Hames (2007) trazem reflexões que ancoram este estudo, pois referem que, no contexto do cuidado, é possível envolver a sensibilidade, a solidariedade e a troca. Além disso, afirmam que, ao descobrir as riquezas das banalidades que compõem o cotidiano deste cuidar, estamos indo ao encontro de um novo modelo que considere, além da racionalidade, as minúcias que complementam o processo, buscando-se uma integralidade individual, mesmo que incompleta.

Para Maffesoli (1996), valorizar o banal é dar atenção aos pequenos fatos da vida cotidiana, fazendo uso deles aqui e agora, pois, às vezes, esquecemo-nos de levá-los em conta e eles nunca se repetirão, além de constituírem a base da construção social, o fundamento das maneiras de ser. O autor descreve a banalidade como “o que é vivido, experimentado em comum, o que me liga essencialmente ao outro” (MAFFESOLI, 1996, p. 51).

Sendo assim, o vínculo, aparentemente, é construído de forma a consolidar as relações entre profissional e usuário, em que o primeiro se faz valer das pequenas coisas do seu cotidiano de cuidados, como a escuta, o olhar e o toque, proporcionando, assim, um cuidado solidário, estético e hedonista ao segundo.

Nessa perspectiva de um cuidado solidário, estético e hedonista, Borges, Queiroz e Silva (2011) trazem algumas contribuições. Concluíram, em seu estudo, que os profissionais de saúde e os usuários associam o ato de cuidar à ideia de uma ação desenvolvida por meio de uma relação comprometida com uma assistência humanizada, apoiada na ética, no sensível, na solidariedade e no afeto.

Watson (2002) contribui com estas reflexões ao descrever alguns pressupostos do cuidar-curar pós-moderno. Segundo ela:

O cuidar é baseado numa ontologia, numa ética de relacionamento, de ligação e de consciência. Uma relação de cuidar e um ambiente de cuidar preservam a dignidade humana, o todo e a integridade; estes oferecem uma presença e uma escolha autêntica (WATSON, 2002, p. 102, 103)

Watson (2002) propõe uma mudança de paradigma que inclui uma mudança ontológica fundamental de valores, de uma sociedade sem ética para uma sociedade eticamente responsável, de uma tecnologia que controla e domina para uma que sirva à humanidade.

Os relatos de Sinceridade, mesmo sendo retirados de segmentos diferentes da entrevista, seguem sob essa perspectiva:

Vínculo, pra mim, é isso, eu vou falar pra ela, vou trocar experiências com ela, né, em relação àquela situação específica, né, dos cuidados que ela deve ter, os medicamentos, os exames, uma análise assim geral, uma conversa, uma troca mesmo de experiência. Pra mim, vínculo é isso (Sinceridade).

[...] inclusive, quando eu encaminho uma gestante lá pra baixo, eu sempre falo pra ela: “Ah você pode vir um mês aqui, um mês lá”, porque, às vezes, eu fico preocupada da pessoa não ser tratada de uma forma assim tão humanamente falando nesses outros setores. Às vezes, eles têm tecnologia e tudo, mas eles não têm um atendimento assim especial para aquela pessoa, ela não é uma pessoa diferente como é pra gente, né (Sinceridade).

[...] a gente aqui é voltado mais pra pessoa mesmo, né, para o ser humano, então eu tenho sempre isso e tenho algumas pacientes que eu mantenho esse vínculo sim. Elas vêm, falam como estão, então isso varia muito de pessoa pra pessoa (Sinceridade).

A análise das falas reflete que, por meio do vínculo, é possível estabelecer uma ligação, uma relação em que há troca de experiências; que a ESF proporciona um ambiente de cuidados voltado para o ser humano.

Os relatos estão em concordância com o que Caponi (2000) descreve a respeito de uma assistência fundamentada em uma ética da solidariedade:

Uma assistência que se fundamente em uma ética da solidariedade, não em uma ética piedosa, precisará traçar estratégias reais e eficazes de resistência contra as diversas formas de violência atualmente existentes. Essas estratégias deverão ter a preocupação de considerar a cada um dos beneficiários dessas ações como seres individuais capazes de argumentação e nunca como partes da massa anônima e sem rosto dos “necessitados” (CAPONI, 2000, p. 45).

Quando Sinceridade relata que o vínculo é uma troca de experiência e que se preocupa com o fato de a pessoa não ser tratada de uma forma tão “humanamente falando”, ela está reconhecendo o outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, indo ao encontro de uma assistência solidária, que privilegia o diálogo em detrimento do monólogo (CAPONI, 2000).

Desta forma, o vínculo configura-se num elemento fundamental, que possibilita o desenvolvimento de um cuidado pós-moderno, engendrando o velho e o

novo na razão e no sensível, no conflito e na harmonia, no plural e no singular (GIRONDI e HAMES, 2007).

Ainda sob o enfoque de um ambiente de cuidados voltado para o ser humano, a ESF possibilita o desenvolvimento desse cuidar sob a lógica interacionista, uma vez que o vínculo é uma das estratégias de assistência preconizadas nesse âmbito de atenção e que, segundo as participantes, ele é construído a partir do acolhimento do usuário, reconhecendo as necessidades deste, de forma que o profissional se torne referência e esteja pronto para assisti-lo, apoiá-lo e dar suporte. As falas mostram isso:

[...] a importância daqui pra gente é estar próximo, né, a gente é um programa de saúde da família, a gente está perto da família dela, conhece as condições sociais, econômicas, de vida, né, familiares, com certeza, pra dar um suporte (Felicidade).

[...] esse vínculo com a gente, com o profissional de saúde acho que é o acolhimento, é saber ver o que essa pessoa está precisando, é ter conhecimento que a pessoa está ali porque está precisando, está com você, e, quando ela chegar, você escutar, sempre escutar, não às vezes dar muito informação, né, e uma informação que, às vezes, naquele momento, não é necessário, mas uma programação também de atitudes e de assistência a cada encontro que você vai ter com aquela gestante no pré-natal (Entusiasmo).

[...] se a gestante já tem alguém que está acompanhando ela, que tem uma abertura, esse profissional olha e fala assim “pode vir”, “pode entrar que eu estou aqui tal horário, você pode chegar aqui que eu vou te receber, não precisa nem falar o que você vai precisar” (Gentileza).

[...] porque a maioria está emocionalmente muito fragilizada, então eu acho que ela, tendo essa vinculação, ela vai saber a quem ela vai procurar (Afeto).

A partir das falas, foi possível vislumbrar que as enfermeiras percebem o vínculo como uma forma de estarem próximas dessa gestante, como relatado por Felicidade. Para essa participante, o que importa é estar próximo dessa mulher, conhecer suas condições biopsicossociais com a finalidade de lhe dar suporte, o que vai ao encontro dos princípios da ESF.

No relato de Entusiasmo, essa interação é realizada com muita sensibilidade, em se buscar conhecer as necessidades dessa gestante, em oferecer a escuta

como uma ferramenta de cuidados para as necessidades apresentadas por essa mulher.

Nas falas de Gentileza e Afeto, essa interação é construída com muita proximidade, mostrando-se disponíveis sempre que a gestante precisar. Além disso, elas priorizam o atendimento a essa gestante, levam em consideração sua condição de ser portadora do HIV, visualizam-na como uma usuária que necessita de mais atenção e desenvolvem seu trabalho com equidade e humanização.

Sendo assim, o vínculo descrito pelas participantes pode ser entendido como este “estar-junto” sob a lógica da pós-modernidade, que Maffesoli (1996) descreve como um desejo que repousa sobre o prazer, sem objetivo particular e sem objetivo específico.

Sob essa perspectiva, o vínculo com a gestante HIV positivo se constitui numa interação em que a enfermeira busca estar junto com essa gestante pelo simples prazer de estar-com e fazer-com essa gestante, num diálogo aberto e profundo, buscando suprir as necessidades dela por meio de orientações, ações de cuidado e da escuta.

4.4 A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COMO ELO QUE FAVORECE O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

*Não devemos permitir que alguém saia da
nossa presença sem se sentir melhor e
mais feliz.
(Madre Teresa de Calcutá)*

A análise das informações demonstrou a importância do vínculo da gestante com a Uaps em paralelo com a atenção especializada, proporcionando as orientações necessárias para o enfrentamento das questões relacionadas ao HIV. Essa vinculação possibilita à enfermeira ser referência para essa mulher, conhecer sua realidade e sua condição biopsicossocial, facilitando assim a proposição de intervenções que melhor se adaptem às reais condições de vida da gestante.

As falas de Felicidade, Gentileza e Afeto mostram isso:

[...] porque eu acredito que, a partir do vínculo, você consegue trabalhar, por exemplo, uma pessoa com HIV, você vai prevenir complicações, você vai tentar promover uma melhor qualidade de vida pra ela, entendeu [...] (Felicidade).

[...] quando nascer o neném, ela vai ter dúvida quanto ao acompanhamento, vai se assustar com algumas coisas, principalmente quando é primípara, e assim, ela tendo a abertura de me ter como referência, talvez seja mais fácil dela esclarecer essas dúvidas, do que ela ter que ir ao SAE (Serviço de Atenção Especializada) pra estar argumentando, procurando, principalmente porque chega num ponto que o SAE já não tem a rotina do acompanhamento, ela já deixa de ser gestante e passa a ter um acompanhamento do soropositivo, né. E aqui não, ela vai ter o mesmo tratamento, porque aqui é o acompanhamento da família, o acompanhamento é da rotina, é do cotidiano, então ela vai no acompanhamento dela e da criança, ainda que a criança seja referenciada (Gentileza).

A questão toda de orientação eu acho importantíssimo, eu sei que no SAE eles também fazem, mas aqui a gente tem condição de fazer toda a orientação em relação ao aleitamento materno, né, que, no caso dela, é uma situação especial de não poder amamentar, a gente pode fazer toda essa abordagem, os próprios cuidados com o bebê, os cuidados com ela, como vai ser a partir desse momento que ela engravida, toda relação dela com a família, com outras pessoas, se ela tem dificuldades, muitas vezes, ela não consegue falar isso lá onde ela está, aí ela vem e procura a gente aqui, com as dúvidas, com as angústias, como vai ser todo o processo de cuidar de si, cuidar dessa criança, conduzir a questão da alimentação desse bebê, de toda essa situação, eu acho que é importantíssimo, não pode perder isso de vista (Afeto).

As falas apontam que, com o estabelecimento do vínculo, é possível fornecer as orientações necessárias que vão além da questão do HIV, indo ao encontro dos princípios do SUS, do conceito ampliado de saúde, oferecendo um cuidado voltado para prevenção de complicações e para a promoção da saúde.

As reflexões acima podem ser contextualizadas quando analisamos a fala de Gentileza, ao relatar que, em determinado momento, essa mulher passa a receber do Sistema de Atendimento Especializado (SAE) um atendimento mais voltado para as questões da doença e menos para o fato de que se trata de uma gestante. Quando ela continua vinculada à Uaps, tem a possibilidade de receber um cuidado que vai além desse modelo de saúde focado na doença, recebendo orientações sobre aleitamento materno, sobre os cuidados com o bebê e os cuidados consigo mesma, como foi exposto por Afeto.

Além disso, há uma valorização dos cuidados em saúde dentro do contexto familiar dessa gestante, como descrito por Gentileza, o que proporciona um acompanhamento longitudinal, que não termina com a gestação, continua após o nascimento do bebê e em todas as fases de sua vida.

Sendo assim, as Uaps constituem um espaço no qual essas mulheres encontram um profissional que está aberto para estabelecer com elas uma interação que possibilite trabalhar questões importantes que permeiam esse momento tão delicado e tão especial na vida de uma mulher, buscando oferecer um cuidado que as auxilie a vivenciar esse período de maneira plena e consciente.

Barros et al (2011) colaboram com essa questão, quando apontam que é imprescindível proporcionar às gestante HIV positivo um espaço no qual sentimentos possam ser expressos e trabalhados, de maneira que seja proporcionado alívio para a ansiedade.

No tocante a esse espaço, pode-se fazer uma analogia ao que Maffesoli (1996) chama de recentramento comunitário, em que estão presentes vários elementos que possibilitam o nascimento, crescimento e o fortalecimento das inter-relações como uma forma de estar-junto a partir do que se experimenta de perto. Sendo assim, esse espaço só tem sentido quando vivido com os outros de perto. O autor ainda afirma que “o mundo que sou é, portanto, um conjunto de referências que divido com os outros” (MAFFESOLI, 1996, p. 259).

Sob esse enfoque, as Uaps constituem-se nesse recentramento comunitário, em que as inter-relações se dão a partir do vínculo, desse estar-junto, que possibilita o sentir e o experimentar em comum. Isso é definido por Maffesoli (1998) como a “ética da estética”, constituída por meio de emoções compartilhadas em comum, em que a “estética” é entendida em seu sentido mais simples como um vibrar comum, sentir uníssono, experimentar coletivamente, em que, movidos pelo ideal comunitário, permitem a cada um sentir-se deste mundo e em casa neste mundo. Sendo assim, o autor afirma que “o vínculo social está, cada vez mais, dominado pelo afeto, está constituído por um estranho e vigoroso sentimento de aparência” (MAFFESOLI, 1998, p.137).

Para que as enfermeiras consigam estabelecer esse vínculo permeado pelo afeto, faz-se necessário desenvolver um exercício de empatia e refletir sobre como é para essa mulher estar grávida, sendo soropositiva para o HIV, pensar nas dificuldades que ela possa vir a enfrentar, a começar pelo medo do desconhecido, de uma doença que, muitas vezes, ela não compreende. É imprescindível o apoio profissional, auxiliando-a a enfrentar esse momento no que diz respeito às orientações que ela deve seguir durante o pré-natal, parto e puerpério.

Ainda no tocante às orientações necessárias à gestante nesse momento, Cordialidade e Atenção trazem mais contribuições:

Olha, eu acho que é, principalmente, o acolhimento a ela, a escuta e as orientações, que, como o SAE passa essas orientações, nós também temos condições de passar. Nós temos condições de passar todas as orientações e, às vezes, até, como eu já falei, de uma maneira mais informal, de forma que ela assimile melhor, ela sensibilize mais com a situação do que toda aquela formalidade lá da consulta, mas é possível atender, é possível criar o vínculo, manter o vínculo é tudo isso possível tranquilamente (Cordialidade).

Informação, educação para saúde, vigilância em saúde, acompanhamento das morbidades, ser referência para as urgências e emergências, estar preparados enquanto profissionais, saber reconhecer que essa abordagem precisa ser eficaz e acompanhar adequadamente e entender os momentos de dificuldade da própria patologia e não ter preconceito, sabe, receber essa paciente sem preconceito (Atenção).

Aderência ao pré-natal de risco, tranquilidade nessa gestação, melhoria das comorbidades, melhora da desnutrição dela, acompanhamento, a parte da vacinação que ela vai ter conosco, né, o acompanhamento, a parte de orientação educativa, dos cuidados com o bebê, a parte dos exames básicos que ela pode fazer, e, no

caso de alguma intercorrência, ela precisa saber que nós vamos fazer o encaminhamento pra ela adequadamente (Atenção).

Diante dos relatos, essa questão da orientação se mostra muito presente e importante na abordagem à gestante com HIV. Cordialidade se preocupa em passar essas orientações de uma maneira mais informal, tentando disponibilizar um atendimento diferencial em relação ao SAE, com a finalidade de fazer com que a gestante se sensibilize e assimile melhor as orientações fornecidas.

Já Atenção descreveu várias orientações importantes que podem ser trabalhadas por meio do vínculo, como educação para saúde, vigilância em saúde, dentre outras. Preocupa-se em ser referência para essa gestante, em estar preparada para abordá-la, além de perceber o vínculo como um facilitador para melhorar a adesão ao pré-natal e proporcionar tranquilidade durante a gestação. Isso se deve ao fato de a gestante poder contar com um profissional de referência dentro da sua comunidade.

Outro elemento encontrado foi a importância do vínculo no que se refere às questões relativas ao tratamento. As falas de Alegria e Amizade demonstram essa preocupação:

[...] a questão da própria continuidade dela, do tratamento, das informações necessárias que ela vai ter condições de ter acesso, do próprio acompanhamento depois da criança, porque, se ela fica vinculada distante daqui, acho que isso é um fator que dificulta os acompanhamentos da própria doença, depois do próprio desenrolar da vida dela com essa doença (Alegria).

[...] na questão de se aderir ao tratamento, né, mantendo, vendo se está sendo frequente às consultas do SAE, se ela de fato está usando as medicações em casa, então eu acho que o vínculo só trouxe benefícios, grandes benefícios, né, e a gente orientou muito ela durante esse momento do pré-natal, da questão da testagem da criança, no acompanhamento dela no follow-up, da importância da puericultura, até pra investigar a possibilidade da manifestação do vírus na criança e ela entendeu isso muito bem (Amizade).

[...] mesmo encaminhando ela para um tratamento na atenção especializada, ela tem outras condições de saúde que são inerentes à Saúde da Família, né, e, graças a isso, a gente achou possível manter ela vinculada e isso acabou fortalecendo porque a gente tem muito mais acesso a ela, de saber do seu tratamento, vê se ela está frequente às consultas lá no SAE [...] (Amizade).

Foi possível refletir que o vínculo é um facilitador para se trabalhar várias questões, como as relativas ao tratamento, à adesão medicamentosa, se ela está usando os medicamentos em casa e se está sendo frequente no pré-natal da atenção especializada.

Barros et al (2011) enriquecem essa reflexão, ao afirmarem que o vínculo construído com a gestante HIV positivo tem como essência o fortalecimento da relação entre profissional e gestante. Nessa interação, o profissional deve se atentar para conhecer a cultura, crenças, percepções e conflitos da gestante a fim de reconhecer as condições que interferem negativamente e as que a motivam a aderir ao tratamento. Somente assim será possível desenvolver estratégias de cuidado adequadas e auxiliá-la no cumprimento das recomendações de saúde de maneira mais eficaz, como na adesão ao tratamento com antirretrovirais, que se constitui em fator primordial para redução dos riscos de transmissão vertical.

Para isso, é importante identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras para a adesão, através da escuta e do estabelecimento de vínculos com criatividade e competência, de forma a sensibilizá-la a minimizar os componentes intervenientes negativos (BARROS *et al*, 2011).

Além da questão do tratamento da doença, as enfermeiras também se preocupam com outras questões importantes acerca da gestação na vigência do HIV como descrito nas falas de Sinceridade e Amizade:

Ah, eu acho que o vínculo pode melhorar mesmo a assistência pré-natal dela, a parte dela também como ser humano, né, como pessoa, né, assim, de complementar, de fazer uma complementação da assistência dela, coisas que elas não têm coragem de falar lá (SAE) e fala aqui pra gente. Por ter esse vínculo, ela tem mais liberdade com a gente (Sinceridade).

[...] ela sempre vem aqui, ela gosta de fazer o preventivo aqui, embora seja oferecido lá no SAE, porque a gente tem um vínculo muito grande e, graças a Deus, a gente manteve, eu faço a puericultura da filha dela até hoje, e é o que eu acho que ajuda ela também, é dar segurança e mostrar pra ela que ela consegue conviver bem com a doença, né. Não é que seja normal, mas é uma coisa que é possível de controlar, tanto que ela participa das outras atividades aqui da unidade normalmente, né. Não é porque ela tem HIV que ela vai ser só um HIV com hipertensão, que a gente tem que segmentar ela de todos os outros cuidados aqui da unidade. Então acho que isso não é só possível como é extremamente necessário manter essa gestante aqui com a gente sob os nossos olhos, porque

é a gente que acompanha aqui mais próximo, vê a dificuldade em casa, no domicílio, né, e que vê até como as outras pessoas da família aceitam isso, como eles convivem com isso (Amizade).

Na verdade, a gente trabalhou muito com ela a condição dela de gestante, né, e não de HIV, o que a gente quis mostrar pra ela é uma coisa que ela vai conviver não só na sua gestação, mas para o resto da vida. Durante a gestação, a gente tratava e conversava das coisas que eram pertinentes a qualquer gravidez e fazia ações educativas e já, de certa forma, preparava ela de como seria depois do nascimento, da necessidade de acompanhamento dela e da criança, né, de uma forma até mais rigorosa, das possibilidades que havia da criança ter ou não a doença [...], quanto ao que o enfermeiro possa fazer é a ajudar no controle da doença, na prevenção de algum agravo que possa vir e até na convivência com os familiares (Amizade).

Ela não é só uma pessoa com HIV, ela é uma mulher, né, em idade reprodutiva, com vida sexual ativa, ela tem parceiro, tem uma filha, então tem muitos programas de saúde, principalmente na ESF que ela ainda se encaixa e vai se encaixar ao longo da vida, ela vai entrar no climatério, menopausa, quer dizer, uma série de coisas ainda, direitos reprodutivos, hipertensão, diabetes, consulta de demanda, não só para controle, mas incentivar ao autocuidado, né, adesão às terapias antirretroviral que ela tem fazer, que não é fácil, a gente sabe [...]. (Amizade).

Foi possível concluir que as enfermeiras percebem que o vínculo com essa gestante possibilita trabalhar outras questões, como uma melhor assistência ao pré-natal relatada por Sinceridade, a realização de preventivo e a possibilidade de essa gestante participar de outras atividades desenvolvidas na Uaps.

Para Amizade, é importante trabalhar as questões acerca do HIV, mas, antes de ser uma portadora desse vírus, ela é uma mulher que necessita de todas as orientações pertinentes à sua condição de gênero e de gestante. Além dessas questões de orientação, o vínculo também possibilita à enfermeira ser referência para essa gestante como mostram as falas de Gentileza e Afeto:

[...] o pré-natal é um tempo que você precisa estar com o médico ou com o enfermeiro todo mês e, nesse ponto, a gente tem que ser a referência pra que a pessoa queira vir na consulta, que, mediante qualquer intercorrência, que ela saiba que você vai estar ali para apoiá-la (Gentileza).

[...] que a gente passa a ser uma referência muito importante na vida dessa usuária, é, quando ela te procura, ela sabe a quem procurar, porque você já sabe como vai conduzir aquela gestante, então você cria um vínculo muito importante, eu acho que, sem a vinculação, não tem como você trabalhar, principalmente numa condição dessa muito especial (Afeto).

As falas sinalizam que o vínculo possibilita às enfermeiras se tornarem referência para a gestante e desenvolverem um cuidado voltado para as questões humanísticas de nossa profissão, vivido no dia a dia, no cotidiano, alheio às normas e protocolos, sendo construído a partir das necessidades dessa mulher, voltado para o contexto em que está inserida.

Sob esse enfoque, Waldow (1998, p. 55) traz algumas contribuições afirmando que: “O cuidado humano, cumpre destacar, a despeito de algumas crenças equivocadas, não pode ser prescrito, não segue regras. O cuidado humano é sentido, vivido e exercitado”.

A mesma autora refere que a enfermagem é uma profissão que lida e interage com o ser humano, sendo necessário conhecer a sua natureza física, social, psicológica e suas aspirações espirituais, além de visualizar sua relação com o meio ambiente como um processo de vir a ser, estando em constante evolução (WALDOW, 1998).

Essa reflexão acerca da enfermagem vai ao encontro do que foi relatado pelas entrevistadas, uma vez que o vínculo é entendido como uma interação entre dois seres humanos, a enfermeira que cuida e a gestante que é cuidada. Isso possibilita àquela conhecer a natureza e o meio em que vive esta com a finalidade de proporcionar à gestante apoio, confiança e um cuidado direcionado às suas necessidades.

Outro autor que apoia esses achados é Mayeroff (1971), ao nos convidar a pensar o cuidado como uma forma de ajudar o outro a crescer e a se realizar, sendo um processo, uma forma de se relacionar com alguém que sugere desenvolvimento. Ao se realizar o cuidado com o outro, é importante visualizá-lo como um ser de potencialidades e necessidade de crescimento, como expresso na fala de Alegria:

Eu penso que o papel do enfermeiro é justamente estar trabalhando com essa cliente os potenciais de saúde que ela ainda tem, porque ela tem uma doença que possui tratamento, hoje se sabe que tem controle, mas como ela vai viver com essa doença? Porque ela tem a doença, mas também tem outro lado que pode ser trabalhado, que pode ser melhorado, fazer ela enxergar que ela tem vários potenciais para a saúde, então acho que o meu papel é despertar justamente esse olhar (Alegria).

Para cuidar de alguém, é necessário conhecer o outro, seus poderes e limitações, suas necessidades, bem como saber de que forma atendê-lo, o que leva ao seu crescimento, e reconhecer quais são os nossos próprios poderes e limitações (MAYEROFF, 1971).

Dessa forma, o cuidar adquire outra conformação, passa a ser feito com o outro e deixa de ser um procedimento, uma intervenção, passando a ser uma relação em que a ajuda adquire o sentido de auxiliar o outro a ser ou vir a ser. Nesse processo, é importante que a enfermeira desenvolva suas ações, atitudes e comportamentos com base científica, experiência, intuição e pensamento crítico junto ao paciente com a finalidade de promover, manter ou recuperar a dignidade deste e sua totalidade humana (WALDOW, 1998).

No que se refere ao desenvolvimento dessas ações, atitudes e comportamentos com base científica, experiência, intuição e pensamento crítico, os profissionais de saúde possibilitam a prevenção de agravos e a promoção da saúde, trazendo implicações relevantes no cotidiano de cuidado à saúde das mulheres (LANGENDORF *et al*, 2011).

Nesse sentido, as falas de Dedicção denotam sua preocupação com os pontos relativos à prevenção de agravos e à promoção da saúde. Relatam questões sobre o autocuidado, sobre a sexualidade, sobre a transmissão do vírus à criança e a outras pessoas, desenvolvendo um processo de cuidar interativo entre profissional e gestante.

[...] a gente ter essa gestante, ter o controle dela, proporcionar a ela um direito sexual reprodutivo não é só porque ela tem essa doença que acabou a vida dela, é uma moça jovem, né, então eu vejo o papel da equipe de saúde da família, da atenção primária importantíssima no sentido de favorecer a ela direitos, deveres, direitos dela ter consciência disso tudo [...] (Dedicção).

[...] é de ter essa pessoa, saber se essa pessoa está fazendo o acompanhamento direitinho, né, se ela sabe sobre a transmissão. É uma moça muito jovem, uma moça linda, uma moça linda, então a gente tem que acompanhar mesmo por ela, pelo bebê, pela sociedade, é uma pessoa que, se não tiver conscientização, pode disseminar para outras pessoas, né, e assim, o benefício de ter ela com a gente é garantir a saúde dela e a saúde do neném, principalmente do neném e de outras pessoas também (Dedicção).

Nesse cuidar interativo, a enfermeira desenvolve ações e comportamentos de cuidar e a gestante contribui com o cuidado na medida em que se torna responsável por ele em situações de educação em saúde (WALDOW, 1998).

Sendo assim, para se promover o autocuidado em portadoras do HIV, a enfermeira deve proporcionar o maior número de informações possíveis quanto ao uso do preservativo e sua implicação direta com o HIV. Cabe ressaltar que o seu uso, além de evitar o contágio do parceiro soronegativo, evita também o aumento de sua da carga viral quando o parceiro for soropositivo, uma vez que, a cada ejaculação, o homem introduz na mulher uma carga viral a mais, interferindo no seu quadro clínico (SCHERER, BORENSTEIN e PADILHA, 2009).

Percebe-se que, a partir do vínculo, conseguem-se trabalhar várias questões com essa gestante, uma vez que as dúvidas e o medo relacionado com sua condição sorológica podem surgir durante todo o período gestacional, o parto e o puerpério. É fundamental que ela tenha um profissional de referência que a auxilie com as orientações que vão além da questão do HIV.

5 CONCLUINDO E FALANDO DE COISAS QUE ESTÃO DENTRO DO PEITO

“Amanhã! Será um lindo dia da mais louca alegria que se possa imaginar...”

(Guilherme Arantes)

*Quero falar de uma coisa
Adivinha onde ela anda
Deve estar dentro do peito
Ou caminha pelo ar
Pode estar aqui do lado
Bem mais perto que pensamos
A folha da juventude
É o nome certo desse amor*

*Já podaram seus momentos
Desviaram seu destino
Seu sorriso de menino
Quantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança
Nova aurora, cada dia
E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê
Flor, flor, e fruto.*

(MILTON ANSCIMENTO)

Para concluir este trabalho, quero trazer algumas considerações importantes no tocante à temática, mas quero falar algumas coisas que também vêm de dentro do coração, pois não tem como refletir sobre o vínculo sem refletir sobre o que se passa na intimidade de nossa alma.

É preciso sim falar sobre o que está dentro do coração, o que vem da alma, pois o que vem de dentro do coração e da alma são coisas que se somam a nossa experiência como ser humano e que vão nos fazer crescer enquanto pessoas.

Se o vínculo é algo que acontece entre pessoas que ensejam iniciar uma relação, o coração e alma devem estar abertos e libertos de preconceitos e tabus, fazendo-se o uso dos recursos mais íntimos e sinceros para que o vínculo se consolide em nossa vida.

Penso que é assim que acontece conosco em nossa vida pessoal. Mas e na profissional? Será que tem como se estabelecer um vínculo com uma pessoa sem se envolver, apenas por profissionalismo? Acredito que não, e os resultados desse estudo também provaram que não. É preciso se envolver, se doar e enxergar o outro como um ser humano único, que possui limitações como nós. Não somos os

detentores do conhecimento só porque somos graduados, temos muito a aprender com as pessoas com quem construímos vínculo em nosso cotidiano de trabalho e valorizá-las como sujeitos ativos na grande cena que é a vida.

É preciso refletir mais sobre o vínculo. Os manuais do Ministério da Saúde trazem em seu bojo aspectos relevantes sobre a construção do vínculo como forma de modificar o paradigma atual de saúde, que o vínculo é central para a reorientação do modelo de atenção ou para a mudança do tipo de relação entre profissionais de saúde e clientela. Porém faço aqui uma pausa para discutir justamente este ponto, a formação do vínculo e como ele é abordado na literatura atual.

Acredito que essa discussão seja a maior contribuição deste estudo, para despertar nossa consciência de que o vínculo não é uma ferramenta pronta que existe uma fórmula mágica para que ele seja construído, e os resultados aqui apresentados mostraram isso. É preciso se doar e trabalhar questões que permeiam a nossa existência como a afetividade, a solidariedade, o amor ao próximo e cultivar o amor como comportamento humano.

O vínculo não pode ser encarado de forma racional e mecânica, como uma ferramenta que deve ser empregada com uma finalidade, o que reflete o modelo cartesiano e racionalista do mundo moderno. Este trabalho trouxe reflexões sobre este ponto, mostrando a necessidade de relativizar as relações e deixar transbordar a socialidade, traduzida nos aspectos passionais, não racionais, ilógicos, que estão presentes na natureza humana.

É preciso afetar as pessoas de forma a cativá-las a apostar nessa relação e o quanto poderá ser importante e enriquecedor compartilhar suas vivências com o profissional cujo vínculo está sendo construído.

Ao analisar os resultados, foi possível vislumbrar que as participantes visualizam a construção do vínculo ou pensam sobre ela em consonância com a visão pós-moderna, relatam essa relação como algo importante em seu cotidiano de trabalho junto a essas gestantes, em que o afeto, a solidariedade e a emoção são elementos constitutivos dessa relação.

Ressalto que esse achado gerou em mim grande satisfação, uma vez que está em consonância com minha atuação profissional como enfermeira ex-residente de uma Uaps, que me permitiu perceber que, sem vínculo, não se consegue atuar junto à comunidade, que é preciso se fazer presente, mostrar-se disponível e, principalmente, solícita com as questões que permeiam o sofrimento humano.

Sufrimento humano que trago nesta última reflexão como todas as adversidades que nós, seres humanos, estamos propícios a vivenciar. E essa vivência esbarra em inúmeras questões que nós, dotados de sentimentos, podemos descrever, como todas aquelas apontadas na introdução deste estudo.

A minha sensibilização pela questão do vínculo com a gestante HIV positivo surgiu durante essa atuação como enfermeira residente e me fez perceber o quanto eu era importante nesse período gestacional. O quanto as gestantes me procuravam, seja para sanar pequenas dúvidas até grandes preocupações. A partir dessa vivência, algumas contradições surgiram e se consolidaram no problema deste estudo.

Aliado a isso, essa sensibilização foi reforçada após vivenciar o privilégio de passar pela majestosa experiência de me tornar mãe, de gerar uma vida em meu ventre, pois todos os sentimentos relatados por mim na introdução deste estudo foram vivenciados e ressalto o quanto precisei estar vinculada a uma enfermeira que entendesse minhas angústias e me visse com um Ser único e diferente de todas as outras gestantes.

Ao me tornar gestante e vivenciar esse momento de passagem em que tantos sentimentos e angústias se afluíram, comecei a refletir em meu imagético como seria para mim, vivenciar esse período sendo portadora do vírus HIV. Tal movimento não me deu a possibilidade de vislumbrar a dimensão do vivido em questão, pois eu não era uma gestante soropositiva, mas o fato de ser gestante me possibilitou imergir mais na maternidade e nas questões que permeiam esse momento para qualquer mulher e me sensibilizei ainda mais pela temática.

Diante das reflexões acerca de uma atuação que se mostra tão importante para essas mulheres, finalizo este trabalho com um questionamento acerca da temática. Como romper o vínculo com aquelas gestantes que se mostram com mais problemas e às vezes mais fragilizadas pelas dúvidas e medo diante de uma doença no período de geração de uma vida?

Por isso, decidi estudar como as enfermeiras da ESF atuam junto a uma gestante HIV positivo. O vínculo é mantido? É importante manter esse vínculo? Ou elas acreditam que a Atenção Especializada é suficiente no cuidado a essas mulheres?

Várias foram as inquietações que constituíram o problema deste estudo, que mostrou que é possível sim manter esse vínculo, a importância de estimulá-lo,

mesmo encaminhando a gestante para a Atenção Especializada. Os vários estudos abordados do decorrer desta investigação apontam que não há como prover cuidados se não existe uma relação estreita entre profissional e usuário e que essa relação é construída por meio de uma vinculação permeada de sentimentos, intenção e, acima de tudo, respeito pelo outro e por todas as questões sociais, econômicas, culturais e espirituais que permeiam sua existência.

A compreensão destas questões se tornou possível por meio do olhar que a Sociologia do Cotidiano, ancorada na Razão Sensível de Michel Maffesoli, possibilitou-me desenvolver. Um olhar que foge das questões racionalistas e tecnicistas da modernidade, mas que busca uma abordagem mais humana, que leva em consideração os aspectos subjetivos e existenciais de cada SER.

Trabalhar com a Sociologia do Cotidiano me permitiu uma liberdade de pensamento e reflexão sobre a temática, o que me possibilitou analisar os fatos sobre a perspectiva das dez participantes desta pesquisa, valorizando suas vivências e experiências sobre o objeto de estudo.

Essa abordagem possibilitou explorar o mundo de significações que cada relato apresentou, buscando a essência das falas, aliada às experiências e ao imagético de cada participante, o que permitiu analisar o pensado sob a ótica daquelas que não tiveram contato com gestantes HIV positivo.

Além disso, a Razão Sensível despertou em mim um novo olhar não só para o vínculo, mas para o mundo das relações, as quais se fazem presentes no meu cotidiano existencial, que engloba minha relação como pessoa, filha, irmã, amiga, esposa, mãe, mestranda e enfermeira.

Resumo esse novo olhar por meio do próprio nome da metodologia utilizada: uma razão que é sensível, isto é, uma razão que foge dos aspectos duros e racionais e se pauta na sensibilidade que me permitiu relativizar os achados deste estudo e também relativizar o meu encontro com o mundo e perceber que não existe uma verdade única e absoluta, que nem sempre temos o controle de tudo ao nosso redor e que somos seres existenciais e fruto de nossas experiências.

A partir dessa compreensão, foi possível trabalhar questões que antes se mostravam complexas na minha jornada existencial: que nem sempre o que é bom para mim será bom para os outros e vice-versa e que cursar o mestrado, gestante e depois mãe, não seria fácil, mas consegui compreender que seria possível, mesmo diante das adversidades, que talvez não fosse como eu gostaria, mas que se tornou

possível e tênue a partir do momento que consegui relativizar minha caminhada e entender que é preciso saber dividir e compreender que a vida é feita de trocas, que o fruto colhido hoje é resultado de anos de uma semeadura que se cursou sob lindos dias ensolarados, mas também sob tortuosas tempestades.

Ao imergir na Razão Sensível, foi possível perceber que o vínculo é uma relação que está atrelada na pós-modernidade, uma vez que a socialidade se fez presente tanto na construção do vínculo como na maneira como ele poderá se estabelecer por meio do imagético das participantes.

Essa reflexão demonstra que o mundo das relações se desenvolve sob a égide da pós-modernidade e que o pensamento racionalista e cartesiano da modernidade está cada vez mais distante desse modo de viver, de sentir e de se envolver com o outro, em que a solidariedade, a emoção e o afetual se fazem presentes.

Não há como cuidar sem se solidarizar, sem se envolver, sem se emocionar, sem ser afetivo. É preciso relativizar o pensamento cartesiano e colocar em cena esses elementos constitutivos da sensibilidade que permeiam as relações humanas.

Sendo assim, o vínculo construído e pensado sob a égide da pós-modernidade vislumbra um amanhã mais doce, mais ameno e mais humano na vida dessas gestantes, uma vez que ele pode traçar um novo caminho para a assistência à saúde.

Ousarei refletir sobre esse novo caminho por meio do meu imagético, uma vez que tais reflexões surgiram a partir do olhar sensível que lancei sobre as falas das participantes, que demonstraram a construção de uma relação que pode inverter nosso atual modelo de saúde para um modelo que focaliza o ser humano e suas necessidades e não somente a doença, não apenas a gestante portadora do vírus HIV, mas sim uma mulher que é soropositiva e que possui necessidades que vão além do diagnóstico médico.

Esse vínculo construído sob a égide da pós-modernidade pode modificar a concepção da mulher que sofre com a presença da soropositividade para o HIV, romper com o preconceito e tornar as políticas mais inclusivas, configurando-se como uma nova lâmpada para a enfermagem, em que o contato, o olho no olho, o afeto, a solidariedade e os nuances de afetividade possam estar presentes no cotidiano de assistência à saúde. Essa nova chama pode ser uma esperança para que o feminino finalmente rompa com o arquétipo masculino presente no atual

modelo de atenção à saúde, que gira em torno da figura do poder médico, hegemônico e dominador.

Ao romper com o arquétipo masculino, e o feminino desabrochar no modelo de atenção, o cuidado de fato se constituirá numa ação transversal na assistência à saúde.

Apesar de vivenciarmos um modelo de saúde que não permite que o cuidado esteja presente em todas as ações de assistência à saúde, ele certamente está presente na relação de vínculo, pois não há como estabelecer uma vinculação sem o cuidar, sem se envolver e se doar. Esse vínculo pode se configurar como uma alegria para a enfermeira, pois ela poderá visualizar as transformações ocorridas no caminhar dessa mulher soropositiva para o HIV durante esse momento de passagem que é a gestação.

Essa afirmação foi realizada a partir da minha própria experiência como enfermeira, que visualizou a importância e a diferença de uma assistência ancorada no pensamento pós-moderno. Importância e diferença exemplificada na relação estabelecida com as gestantes atendidas por mim, em que a cumplicidade, a confiança, o respeito, a solidariedade, o carinho e a atenção se fizeram presentes e se configuraram em resolubilidade e satisfação para mim e para essas mulheres, refletida na alegria que ambas compartilharam diante de uma relação que não findou e que permanece em nossos imagéticos, pois, ao reencontrá-las, percebo a alegria do reencontro e a vontade de compartilhar o nosso vivido.

Em relação aos resultados apresentados neste estudo, ressalto que os objetivos foram aparentemente alcançados, uma vez que as falas reportaram para a construção do vínculo e como as participantes pensam essa construção.

Entretanto, é importante ressaltar que os achados se reportam para as realidades das participantes deste estudo, sendo inadequado estender para outras realidades a experiência vivida e o imagético destas dez participantes, uma vez que não estamos falando em números que representam a realidade, até porque a metodologia empregada não permite fazer tal inferência pautada no modelo cartesiano e racionalista, mas consente em relativizar os achados e entender que a questão da vinculação pode se apresentar diferente em outras realidades.

Tal fato é explicado a partir da compreensão de que o mundo das relações é permeado por questões subjetivas, que ultrapassam a formalidade, o rigor e a

norma, prevalecendo as experiências vividas, o que pode se apresentar de formas diferentes.

Além disso, os resultados mostraram que é possível manter o vínculo e que a preocupação das participantes não se resume apenas com a gestante HIV positivo, uma vez que muitas delas relataram a importância de manter o vínculo com os usuários que são encaminhados para qualquer tipo de acompanhamento fora da unidade, como os hipertensos e os diabéticos. Isso reforça, mais uma vez, a importância do vínculo e que essa preocupação está em consonância com o que a Política de Atenção Primária à Saúde preconiza, que é a vinculação com a comunidade.

No entanto, faço alguns questionamentos em relação a essa vinculação, que, na prática, ainda não se operacionaliza como deveria. Apesar da unanimidade em relatar a importância do vínculo com a gestante HIV positivo, apenas quatro das dez participantes prestaram assistência a essas mulheres, o que me fez refletir onde estaria o nó do cotidiano assistencial dessas enfermeiras.

Acredito que as mulheres HIV positivo, ao engravidarem, vão direto ao Sistema de Atendimento Especializado (SAE) e não procuram a Uaps para iniciar o pré-natal, talvez por já conhecerem o SAE e acreditarem que lá é o melhor lugar para seu acompanhamento. Sendo assim, penso que seria de grande relevância que os profissionais das Uaps busquem ativamente as mulheres HIV positivo, pois, quando a enfermeira descobre que a gestante que está em acompanhamento na unidade é soropositiva para o HIV, já foi estabelecido o primeiro contato, mas, quando ela já é portadora e engravida, pode ocorrer um desvio no caminho dessa mulher e ela ir direto ao SAE, o que impossibilita o primeiro contato na unidade.

Sendo assim, espero que este estudo tenha contribuído para a enfermagem no tocante ao vínculo, uma vez que apresenta, desde o seu referencial teórico, reflexões acerca do objeto de estudo, que estimule a produção de mais estudos e que fortaleça o pensar e o fazer em enfermagem acerca da temática.

Além disso, a realização deste estudo me permitiu aprofundar sobre o vínculo e visualizar que minhas colegas de profissão também compartilham da mesma concepção sobre o objeto de pesquisa, que eu não sou a única a me importar com essa temática. Tal fato me surpreendeu, pois, durante minha experiência como enfermeira da ESF, frequentei algumas reuniões realizadas pela Secretaria de

Saúde, e as enfermeiras sempre se queixavam da sobrecarga de trabalho e desvio de função.

Essa realidade constatada por mim me levou a pensar que encontraria neste estudo um resultado diferente e que a construção do vínculo não seria importante no caso de uma gestante HIV positivo, que deve ser encaminhada para atenção especializada e realizar seu atendimento lá.

Porém, a análise das falas provou o contrário e demonstrou que é possível construir esse vínculo, que a responsabilidade sobre essa gestante não é apenas da atenção especializada, e, mais do que isso, demonstrou que é muito importante essa vinculação com essa gestante, refletida na preocupação que as participantes demonstraram com as questões que permeiam esse período na vigência do HIV.

Acredito que há muito para se falar e discutir sobre o vínculo. É preciso difundir mais essa relação dentro do cotidiano assistencial das Uaps, não só com as gestantes HIV positivo, mas também com a comunidade. Essas discussões poderiam ser realizadas com os profissionais de saúde na forma de oficinas que possibilitem a eles expressar todos aqueles elementos que descrevi para nomear as participantes, pois são elementos que fazem parte da nossa constituição como seres humanos e devem estar presentes em nossas relações não só como pessoas, mas também como profissionais, principalmente da área da saúde, em que o cuidado se faz presente.

O estudo também me possibilitou conhecer melhor o universo das gestantes HIV positivo, que se traduz num mundo de ansiedade gerada pelas incertezas que essa gestante vivencia, como a possível contaminação do bebê pelo vírus, incertezas sobre sua finitude devido a sua condição e se conseguirá cuidar de seu filho.

Entretanto, o vínculo construído sob a égide da pós-modernidade pode minimizar essa ansiedade e traçar um novo caminho nesse período. Ele não pode modificar a condição sorológica da gestante, mas vai dar os subsídios necessários para essa mulher enfrentar esse momento que se resume numa mistura de alegria pela chegada de um novo ser e de incertezas sobre o futuro, através de um estar-junto que contemple os elementos constitutivos da razão sensível.

Além disso, aprendi um pouco mais sobre os recursos técnicos e científicos disponibilizados pelo SUS para evitar a transmissão vertical, como o uso de medicações e procedimentos durante o parto. Entretanto, resalto a importância de

se discutir mais sobre as tecnologias leves e valorizar o vínculo como uma relação estabelecida entre gestante e profissional que pode sim ajudar na redução da transmissão vertical diante de tudo que já foi discutido e refletido nos resultados.

Sendo assim, penso que as gestantes HIV positivo podem acreditar em um futuro cheio de esperanças e alegria, pois se sabe que, atualmente, existem vários recursos para se estabilizar a progressão da doença, que o bebê poderá nascer saudável e que existem profissionais que se importam com o bem-estar delas e de seus bebês.

Para finalizar minhas reflexões, venho discorrer sobre meu amadurecimento como enfermeira e como pessoa, pois esses dois anos de estudos me proporcionaram refletir sobre o ser humano e sobre o objetivo de nosso cotidiano assistencial que é o cuidar. Hoje tenho a convicção de que não há como entender o ser humano sem entender o que é cuidado e vice-versa, ambos se complementam, pois o cuidado é ontológico ao ser, e este não sobrevive sem o cuidado e que compreender se mostra mais eficiente do que explicar, sendo uma importante lição para o mundo das relações

Somado a isso, falo também sobre meu amadurecimento para a carreira acadêmica, uma vez que o programa me proporcionou vivenciar a experiência da docência que, aliada ao estudo em questão, possibilitou-me vislumbrar o vínculo como uma relação transversal em nosso cotidiano, pois compreendi o quanto é importante construir o vínculo com o aluno e possibilitar a ele a oportunidade de construção do conhecimento, atuando como uma facilitadora desse processo.

Sendo assim, a partir da minha vivência nesse programa, do amadurecimento conquistado e diante do tema estudado, acredito que não existe uma forma para se ensinar o vínculo. Penso que é importante entendê-lo, imaginá-lo, vivenciá-lo e construí-lo a partir de elementos que são transversais em nossa existência humana, pois só assim será possível compreender o outro em sua essência e prestar os cuidados e um ambiente de cuidados necessários para preservação do todo, que potencialize a cura, preserve a dignidade, a integridade e os processos geradores-de-vida, em nível humano, da natureza e do universo, como salientado por Watson (2002).

Cabe ressaltar a importância de que mais pesquisas sobre a temática sejam realizadas, uma vez que o objeto de estudo se mostra complexo, pois o vínculo é uma relação que deve ser regida por elementos da constituição humana, já descritos

no decorrer desta reflexão. Tais elementos podem ser facilmente extravasados por uns, mas de difícil acesso para outros, o que pode inviabilizar a construção de um vínculo sólido e duradouro. Considero que seria importante a realização de pesquisas que abrangessem as gestantes HIV positivo no tocante à construção do vínculo a fim de elucidar se realmente o vínculo construído e pensado pelas enfermeiras atende e consegue de fato auxiliar essas gestantes durante o período gestacional e pós-gestação.

Finalmente, deixo aqui um “recado” para minhas colegas enfermeiras: que elas possam acreditar na força e no poder do cuidado humano como oportunidade de se fazer o brotar da vida em toda a sua plenitude. Que elas acreditem em uma enfermagem geradora de energia vital para a vida humana, favorecendo o esplendor da vida, do viver e do existir como parte fundamental desta trama fantástica do “estar junto com” que, agora sim, depois de todos os esforços e compreensão, posso finalmente chamar de vínculo.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F. T. M.; NICHATA, L.Y.I. 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. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 140-152, mar. 2008.
- ALVES, K. R. **Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental**. 2012. 95 f. Dissertação de Mestrado. (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L., *et al.* Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.5, p.589-94, Set-Out. 2008.
- ARAÚJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R.; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm.** V.10, n. 3, p. 425-431, dez. 2006.
- ARAUJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; MELO, S.P. O Acolhimento como estratégia de atenção qualificada: Percepção de gestantes com HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.710-721, jul./Set. 2011.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1. p. 223-230. 2012.
- BARROS, E. P. A metáfora do apocalipse: uma leitura de Michel Maffesoli. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 47, n. 2, p. 185-187, mai/ago 2011.
- BARROS, V.L et al. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/AIDS à terapia antiretroviral. **Rev. Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n.4, p.396-403, out./dez. 2011.
- BORGES, M.S.; QUEIROZ,L.S.; SILVA,H.C.P. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1427-33. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2005.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília : Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012 c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012 d.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1019-26, Nov/dez. 2005.

CALCUTA, Madre Teresa de. **Fazer o bem**. Pensador. INFO. Disponível em: http://pensador.uol.com.br/fazer_o_bem/. Acesso em: 01 novembro 2013.

CAMARGO JR. K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1p.58-68, 2008.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 100p.

CARVALHO, C. M. L., BRAGA, V. A. B.; SILVA, M. J.; GALVÃO, M.T.G. Assistência à saúde da mulher portadora de hiv/aids no brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 125-134, jul./set.2008.

COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 31-41, abr. 2005.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Brasil). Legislação e normas. Belo Horizonte: COREN-MG; 2005.

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

FERREIRA, F. C.; NICHATA, L.Y.I. Mulheres vivendo com AIDS e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 483-9, jan. 2008.

FRANCISCO, Papa. **Vínculos**. Pensador. INFO. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/vinculos/>. Acesso em: 01 novembro 2013.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 150 p.

GALVÃO, M.T.G; CUNHA, G.H.; MACHADO, M.M.T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 371-6, maio-jun. 2010.

GEORGE, Julia.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375 p.

GIRONDI, J.B R.; HAMES, M.L.C. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.368-72, Set. 2007.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-72, Jun. 2009.

HALLAL, R et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus. Actas em Saúde Coletiva**, v.04, n.02, p.53-65. 2010.

LANGENDORF, T. F. et al. Rede de Apoio de Mulheres que Têm HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, v.23, n. 1, p. 16-22, jun. 2011.

LAO-TSÉ. **Confiança**. Pensador. INFO. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/frase/NzQzMw/>. Acesso em: 25 de janeiro de 2014.

MACHADO, A. G et al. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/aids. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev Rene**, Fortaleza, v.11, n. 2, p. 79-85, abr/jun. 2010.

MACHADO, A.L. et al . Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n. 4, p. 1031-6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a30.htm>. Acesso em 04 julho de 2013.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998. 207p.

_____. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996. 188p.

MARTINS, C. C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2012. 162 f. Dissertação- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1971. 95p.

MENEZES, Hudson. **Resultado**. Pensador.INFO. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/resultado/17/>. Acesso em: 01 novembro 2013.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, p.1620-1625, jul, 2009.

Merhy, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

MINAYO, M.C.S. Introdução ao desafio do conhecimento. In: Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2010 p. 21-37.

MONICA AP. O. **Relações humanas em tempos de micro-ondas**. Disponível em: <http://monicaprosaepoesia.spaceblog.com.br/145715/Relacoes-humanas-em-tempos-de-microondas/>. Acesso em: 01 novembro 2013.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.358-64, Jun. 2009. .

NEVES, M.G.C. **Adolescentes infectados por transmissão vertical: percepções sobre o exercício da sexualidade**. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências

da Saúde) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

NÓBREGA, J. F. *et al.* A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 2, p. 373-6. Abr/Jun. 2012.

OLIVEIRA, R.N.; TAKAHASHI, R.F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. **Saúde Coletiva**, v.08, n.54, p. 234-238. 2011.

PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O. Compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 3, p. 510-8, Jul/Set. 2008.

PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O.; Paula, C.C. Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 77-83, mar. 2010.

PAULA, C. C. et al. O Cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n. 4, p. 425-31, out/dez. 2004.

PEREIRA, A. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.26, n. 3, p. 316-25, dez. 2005.

PEREIRA, F. W. *et al.* Atendimento de gestantes HIV em centro de testagem e aconselhamento na perspectiva dos profissionais. **Rev. Enferm.** UFSM; v. 2, n. 2, p.232-24. Mai/Ago. 2012.

RIBEIRO, E. M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa.** 2005. 287 f. Tese. (Programa de Pós-Graduação em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

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

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov/dez. 2004.

SILVA, R. M. et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.635-42, Mar. 2012.

SILVA, G.A; TAKAHASHI, R.F. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 29-41, jan./mar. 2008.

SILVA, O; TAVARES L.H.L; PAZ, L.C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p.58-62. 2011.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v.62, n.3, p. 387-92, maio-jun. 2009.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, L.C.S.L. O cotidiano de cuidado de Enfermagem: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias. 2008. 277f. Tese. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TEDESCO, J. J. A. Componentes Emocionais da Gravidez. In: TEDESCO, J. J. A. **A Grávida: Suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo, SP: Atheneu; 2000. p. 267-276.

VIEGAS, S. M. F, PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene**.; v. 13, n. 2, p. :375-85. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Biblioteca Universitária. Normas para Elaboração de Referências. Disponível em : <http://www.ufjf.br/biblioteca/servicos/normalizacao-2/normas-para-elaboracao-de-referencias/>. Acesso em: 28 de outubro de 2013.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 1. Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 204 p.

Watson, Jean. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Edições Técnicas e Científicas, LTDA. 2002. 299p.

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma. Sr^a. Adriana Barcelos

Subsecretária da Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: “A Construção do Vínculo das Enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as Gestantes HIV positivo” que será desenvolvida por mim, Flávia Alves Condé Pires Guelber, enfermeira mestranda da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

O objetivo desse estudo é conhecer a construção do vínculo do (a) Enfermeiro (a) na assistência prestada na Estratégia em Saúde da Família (ESF) às gestantes HIV positivo com ênfase na redução da transmissão vertical e suas demais demandas em um município da Zona da Mata Mineira. Inicialmente, serão identificados os enfermeiros (as) da ESF da cidade de Juiz de Fora e posteriormente serão contatados (as) e, então, convidados (as) a serem depoentes no estudo, sendo abordadas em entrevistas abertas agendadas de acordo com suas disponibilidades e local disponível para tal.

Informo, ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Flávia Alves Conde Pires Guelber
Enfermeira mestranda

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Prof. Dr. Orientador

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Unidade possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.

Subsecretária da Atenção Primária à Saúde

Juiz de Fora, ___/___/___

ANEXO II**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilma Prof^a. Dr^a. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG.

Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: “A Construção do Vínculo das Enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as Gestantes HIV positivo” que será desenvolvida por mim, Flávia Alves Condé Pires Guelber, enfermeira mestranda da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves

O objetivo deste estudo é conhecer a construção do vínculo da Enfermeira na assistência prestada na Estratégia em Saúde da Família (ESF) às gestantes HIV positivo com ênfase na redução da transmissão vertical e suas demais demandas em um município da Zona da Mata Mineira. Inicialmente, serão identificadas as enfermeiras da ESF da cidade de Juiz de Fora e, posteriormente, serão contatadas (as) e, então, convidadas (as) a serem depoentes no estudo, sendo abordadas em entrevistas abertas agendadas de acordo com suas disponibilidades e local disponível para tal.

Informo, ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Flávia Alves Conde Pires Guelber
Enfermeira mestranda

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Prof. Dr. Orientador

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Instituição possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.

Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG

Juiz de Fora, ___/___/___

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Construção do Vínculo dos(as) Enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo

Pesquisador: Flávia Alves Condé Pires Guelber

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11817913.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 188.986

Data da Relatoria: 24/01/2013

Apresentação do Projeto:

- O projeto possui pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

- Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Pesquisa de risco mínimo. Foram citados os benefícios que a pesquisa trará. Informa que o pesquisador se responsabilizará por possíveis danos que possam ser gerados aos sujeitos, pela participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa tem valor acadêmico e científico e foi bem estruturada na sua metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O projeto está em configuração adequada.

Recomendações:

- sugiro que seja retirado do TCLE a frase "o que não acarretará qualquer penalidade ou

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



modificação na forma em que é atendida pela instituição ou pela pesquisadora", visto que se trata de entrevista com profissionais e não usuários de UAPS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Os termos estão claros e em consonância com os princípios Bioéticos que norteiam a Pesquisa Científica envolvendo seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 25 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sob o título “A Construção do Vínculo das Enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família com as gestantes HIV positivo” que está sendo desenvolvida por mim, Flávia Alves Condé Pires Guelber, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves. Neste estudo, pretendemos conhecer a construção do vínculo da enfermeira na assistência prestada na ESF às gestantes HIV positivo com ênfase na redução da transmissão vertical e suas demais demandas em um município da Zona da Mata Mineira. Sua participação nessa pesquisa consistirá em dar seu depoimento acerca das suas experiências. Para esse estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: será utilizada como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada individual com as enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, gravadas em Mp4, sendo suas informações transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica, ficando as gravações e transcrições sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos e, após este prazo, serão destruídas. O (a) sr. (a) deve estar ciente de que: não terá nenhum custo financeiro, não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovados, será indenizado pela pesquisadora responsável. Sua participação é livre e voluntária, podendo participar ou recusar-se a participar, terá esclarecimentos sobre os aspectos que desejar, permitindo-se a retirada de seu consentimento ou sua interrupção a qualquer momento, o que não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pela instituição ou pela pesquisadora. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo disponibilizada em publicações ou eventos resultantes desta pesquisa, e qualquer material a seu respeito só será liberado com sua expressa autorização, ficando os resultados da pesquisa à sua disposição quando esta for finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao(à) sr. (a) que deverá guardá-la.

Eu _____ portador(a) do documento de Identidade: _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa: “A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS GESTANTES HIV POSITIVO” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora _____ de _____ de 2013.

Pesquisadora

Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: Cep- comitê de ética em pesquisa – UFJF - Pró-reitoria de pesquisa / campus universitário da UFJF

Juiz de Fora (MG) - cep: 36036-900 - Fone: (32) 2102-3788 / e-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Flávia Alves Condé Pires Guelber

ENDEREÇO: RUA CAPITÃO BICALHO, 786/01- NOSSA SENHORA APARECIDA, JUIZ DE FORA/ MG

CEP: 36052-530 FONE: (32) 3212-9322 OU 8814-9561

APÊNDICE II**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO**NOME:****IDADE:****TEMPO DE FORMADA:****TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF****POSSUI ESPECIALIZAÇÃO**

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1) Você já assistiu, ou está assistindo alguma gestante portadora do vírus HIV?
- 2) O que é vínculo para você?
- 3) Como você constrói (ou construiria) este vínculo com as gestantes HIV positivo após serem encaminhadas?
- 4) Quais os benefícios desse vínculo para a gestante HIV positivo?
- 5) Como você define seu papel no acompanhamento dessa gestante?
- 6) Você acha importante manter a gestante soropositiva em acompanhamento na unidade? Por quê?