



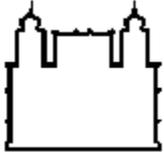
**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

A prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal: a assistência prestada às gestantes adolescentes em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

Ana Aline da Silva

Rio de Janeiro

03/ 2012.



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

A prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal: a assistência prestada às gestantes adolescentes em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

Ana Aline da Silva

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Criança e da Mulher
como requisito para obtenção
do Título de Mestre.

Orientadora: Olga Maria Bastos

Rio de Janeiro

03/ 2012.

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

S586p Silva, Ana Aline da

A prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal:
a assistência prestada às gestantes adolescentes em duas unidades
de saúde no município do Rio de Janeiro / Ana Aline da Silva. – 2012.

82f. ; tab.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) –
Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, R J, 2012.

Orientador: Olga Maria Bastos

Bibliografia: f. 67 – 74.

1. Aconselhamento. 2. HIV. 3. Cuidado pré-natal. 4. Adolescente.

I. Título

CDD - 22^a ed. 616.9792

Dedicatória

A todos os profissionais de saúde que, em meio às adversidades e desafios inerentes a um sistema público de saúde, seguem acolhendo, prevenindo e cuidando, sendo a ligação humana entre o conhecimento e a cura, a dor e o alívio.

Agradecimentos

A Fundação Oswaldo Cruz, aos *bibliotecários e funcionários da Secretaria Acadêmica* pela dedicação e presteza e em especial ao *Corpo Docente* do Instituto Fernandes Figueira, pelos dois anos de formação e aprendizado;

À *Olga Maria Bastos*, orientadora e companheira dessa jornada, pelo carinho com o qual me recebeu como orientanda, pela disponibilidade, pela serenidade na condução desse processo e pelos conhecimentos compartilhados;

A *Raquel Niskier Sanchez*, pela acolhida, atenção e incentivo, tão importantes no decorrer do caminho;

A minha turma de Mestrado, *Ariane, Melissa, Adriana, Raquel, Miriam, Aline, Maria Luciana, Daniel, Rosilene, Luciana, Mariana e Juliana* pela amizade construída e pelos momentos tão alegres, que nos fizeram sorrir e amenizaram o cansaço e as dificuldades de cada etapa;

Aos componentes da Banca Examinadora, *Maurílio Castro de Matos, Marcos Augusto Bastos Dias e Ana Lucia Tiziano*, por aceitarem participar da minha defesa, pelas sugestões, correções e contribuições que aprimoraram essa dissertação;

A *Chrystina Barros*, gerente da área técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pela atenção, por ter acolhido o projeto de

pesquisa e pelas orientações e informações fundamentais para minha inserção em campo;

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa. Pelo tempo e atenção disponibilizados e pela generosidade em compartilhar comigo um pouco de suas trajetórias, vivências e conhecimentos;

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – *CAPES* - pela bolsa concedida durante os anos do curso;

A todos os meus amigos, que são tantos e tão queridos, que fazem parte da minha vida de perto ou de longe, que sempre estiveram na torcida para que tudo desse certo e com os quais pude contar tantas e tantas vezes. Agradeço a todos e em especial aqueles que acompanharam mais de perto, no dia-a-dia, a construção desse trabalho:

À *Leticia, Emilly e Isane*, amigas com as quais dividi anos de trabalho na Secretaria de Assistência Social de Niterói. Agradeço pela compreensão diante dos momentos em que estive ausente por causa do mestrado, pelo incentivo que sempre me ajudou a seguir em frente, pelas ideias, contribuições e por terem sempre estado ao meu lado;

À *Daniele, Patrícia e Flavia Salgado*, pela parceria e amizade tão preciosas, que transformaram nossos plantões numa unidade de emergência em sábados inesquecíveis, cenário onde nos apoiamos e compartilhamos tantas discussões, tão inspiradas e construtivas, que tanto somaram e acrescentaram na minha vida e nessa produção.

À *Dayse Carvalho*, chefe do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde tudo começou... Obrigada pelo carinho, pelas supervisões, pelo apoio. À *Carol, Rita, Viviane e Mary* pelo incentivo, por acreditarem, pela torcida, por sempre estarem dispostas a ouvir e encorajar. À *Flavia Marinho* por tudo isso e pela sua amizade sempre tão presente e tão importante em minha vida.

À *Luciana, Ruth, Roberto, Carlos e Priscila*, por terem me recebido em Brasília, num momento tão feliz e ao mesmo tempo tão delicado. A acolhida, solidariedade e carinho foram fundamentais para que eu pudesse terminar o mestrado e começar uma vida nova.

E ao estimado *Robson* e a querida e talentosa *Zenia*, responsáveis pelos últimos ajustes técnicos na finalização dessa obra acadêmica.

E por fim, agradeço aos pilares de minha vida:

À Minha família, em especial, ao meu pai *João* e minha mãe *Maria (in memoriam)* por serem meus maiores exemplos de vida, por tudo que me ensinaram e que me fizeram a pessoa que sou hoje. Agradeço à *Elinete*, pela ternura e cuidado com que nos cerca e protege; aos meus irmãos *Gabriel e Antonio* por fazerem parte da minha vida. A todos, por serem fonte de tranquilidade, segurança e amor;

E a *Deus*, arquiteto e construtor zeloso de todo esse enredo, tão perfeitamente elaborado. Agradeço pelo dom da minha vida e pelo seu imenso e incondicional amor, que me fez chegar até aqui, que me acompanha, sustenta e me faz melhor a cada dia, a cada conquista. A Ele o principal e o maior de todos os agradecimentos.

Lista de Abreviaturas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CF	Clinica da Família
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico,
CTA	Centro de Testagem Anônima
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HM	Hospital Maternidade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
MS	Ministério da Saúde
SEPPM	Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
PSF	Programa de Saúde da Família

Sumário

Resumo	11
Abstract.....	12
Introdução.....	13
I - O objeto de estudo e sua justificativa	15
II – Objetivos da Pesquisa	18
III - Referencial teórico do estudo.....	19
3.1 - Integralidade e a Saúde da Mulher	19
3.2 O recorte de gênero e a feminização da epidemia de HIV/AIDS.....	21
IV O Aconselhamento em HIV/AIDS: histórico, diretrizes operacionais e relevância. .	24
V Metodologia.....	28
4.1. Natureza do estudo	28
4.2 - Apresentação do campo e contexto da pesquisa	29
4.3 - Sujeitos do estudo: critérios de seleção e perfil	31
4.4 - Instrumentos utilizados e procedimentos éticos adotados.....	33
4.5 Referencial Teórico de Análise	36
VI - Análise dos dados e discussão	38
6.1 A abordagem do HIV/AIDS no Pré-Natal e a relação profissional-usuário.....	39
6.2 - Solicitação do teste anti-HIV e comunicação de resultados: a rotina encontrada	48
6.3 - O aconselhamento em HIV/AIDS sob a ótica dos profissionais.....	53
6.4 - Potencialidades e obstáculos a realização do aconselhamento em HIV/AIDS na rotina dos serviços	57
VII - Considerações finais	64

Referências	67
IX ANEXOS.....	74
9.1 Termo de consentimento livre e esclarecido	75
9.2 Roteiro de observação	77
9.3 Entrevista semi-estruturada – roteiro.....	79
9.4 Entrevista semi-estruturada -- roteiro	81

Resumo

INTRODUÇÃO: Este resumo apresenta a síntese de uma dissertação de mestrado que tem como objeto de estudo a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal.

OBJETIVO Analisar a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro **METODOLOGIA** Utilização de

entrevista individual semi-estruturada e observação participante **AValiação**

PRELIMINAR O número crescente de mulheres infectadas pelo vírus HIV e os avanços na profilaxia para redução da transmissão vertical tornou estratégica a disponibilização do teste anti-HIV, acompanhado do aconselhamento, nos serviços de Pré-Natal. A oferta deste último reduz o nível de estresse, quebra a cadeia de transmissão das DST e HIV/AIDS, favorece a aceitação do diagnóstico e a adesão da mulher ao tratamento, contribuindo para sua saúde e a redução da transmissão vertical.

RESULTADOS a realidade encontrada aponta para a ausência da realização do aconselhamento na rotina dos serviços, estando o desenvolvimento do mesmo condicionado à iniciativa isolada do profissional, que por sua vez desconhece as diretrizes que envolvem esta prática de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** A realização do aconselhamento em HIV/AIDS pressupõe profissionais aptos e treinados, inseridos em serviços com uma organização mínima em relação ao processo de trabalho, como condição para a efetivação do mesmo. Desta forma, tem-se um desafio no campo da assistência, na medida em que esses fatores condicionantes têm relação direta com os dilemas maiores do SUS.

Abstract

INTRODUCTION: This is a synthesis of a Master's dissertation which aims at studying HIV/AIDS counseling practice during prenatal care. **GOAL** – Analyze HIV/AIDS counseling practice during prenatal care in two health care units in the city of Rio de Janeiro. **METHODOLOGY** – Individual semi-structured interviews and participant observation. **PRELIMINARY EVALUATION** – The growing number of women infected by HIV and the advances in prophylaxis in order to reduce vertical transmission made the delivery of anti-HIV tests, together with counseling, strategic, in Prenatal Care services. The delivery of the latter reduces the level of stress, breaks the chain of STD and HIV/AIDS transmission, favors diagnosis acceptance and treatment compliance by women, improving their health and reducing vertical transmission. **RESULTS** – The reality met points to the absence of counseling in service routine, whose development is dependent on professional individual initiative, which on its turn ignores the guidelines of such health practice. **FINAL COMMENTS** The delivery of HIV/AIDS counseling presupposes trained and skilled professionals, integrated in the services with a minimal organization related to work process, as a condition for its effectiveness. Thus, there is a challenge in the field of care, in as much as those conditioning factors relate directly to major dilemmas in SUS (Unified Health Service).

Introdução

Por seu caráter pandêmico e sua gravidade, a AIDS representa um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Desde a identificação do primeiro caso em 1980 até junho de 2011, já foram notificados, aproximadamente, 608.230 casos de AIDS acumulados, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino². A realidade brasileira hoje é caracterizada por uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Os dados apontam para uma participação crescente das mulheres e dos jovens. Em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres². Em todo o mundo, elas representam 50% do total de infectados⁴¹. No que tange os jovens, se observa uma tendência de aumento nas taxas de prevalência da infecção pelo HIV nessa população².

A configuração da epidemia na realidade brasileira vem sofrendo modificações significativas desde seu surgimento. Constata-se que na última década, um rápido processo de pauperização, feminização e interiorização têm marcado o perfil da mesma³. Dentre as mulheres, destaca-se entre os segmentos com maior vulnerabilidade à contaminação pelo HIV, o das mulheres jovens e adolescentes. Tal situação se dá pelas especificidades presentes na vivência da adolescência e juventude que somadas às desigualdades sociais e de gênero, conformam um cenário complexo que demanda atenção e ações estratégicas¹.

Com o aumento crescente da contaminação de mulheres pelo vírus, a transmissão vertical do HIV passou a ser um problema cada vez mais importante na saúde pública⁴. Entende-se como transmissão vertical “a passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou amamentação (...)”⁴. Com os

avanços obtidos na profilaxia desta forma de transmissão, o Ministério da Saúde ⁵ passou a recomendar a realização de teste anti-HIV também nos serviços de Pré-Natal, com aconselhamento e com consentimento, para todas as gestantes, visando o diagnóstico precoce e a redução nas chances de transmissão do HIV.

O teste para o HIV deve ser oferecido no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal. A realização do mesmo ocorre após o consentimento da mulher e estando a mesma devidamente orientada pelo profissional de saúde sobre o significado do exame, sua importância e possíveis resultados. Além do consentimento, deve ser garantido à mulher aconselhamento pré e pós testagem, realizado por profissional capacitado, independente do resultado sorológico⁴.

O aconselhamento é entendido como processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do usuário para que este se reconheça como sujeito de sua própria saúde. Também é definido como estratégia de prevenção e tem como componentes a educação em saúde, avaliação de riscos e o suporte emocional. Um dos objetivos do aconselhamento é interromper a cadeia de transmissão das DST e HIV/AIDS através da reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras. Também se encontram entre seus objetivos favorecer a adesão ao tratamento, à comunicação e tratamento de parceiro (s) sexual (is) e a redução do nível de estresse⁶.

O acesso ao diagnóstico no início da gestação através do teste anti-HIV é fundamental na prevenção e no controle da epidemia, indo além da redução das chances de transmissão vertical: a testagem pode significar a diferença entre o adoecimento e a possibilidade de tratamento e conseqüente qualidade de vida para a mulher e para os que estão em seu entorno. Desta forma, verifica-se a importância da oferta do teste anti-HIV

no Pré-Natal. Entretanto, não é suficiente que o mesmo ocorra de forma isolada; a sua oferta deve ser acompanhada do aconselhamento pré e pós testagem, como um direito da gestante a ser garantido pelos serviços de saúde.

I - O objeto de estudo e sua justificativa

Este trabalho tem como objeto de estudo a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal, em duas unidades vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O objetivo é analisar esta prática no cotidiano de tais serviços, a partir da ótica dos profissionais de saúde, tendo como recorte a abordagem às gestantes adolescentes.

A escolha pelo tema se deu a partir da experiência da Residência, realizada no ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto. A inserção neste serviço viabilizou o contato com a demanda de mulheres que, após se submeterem a testagem sorológica para o HIV, se descobriam soropositivas. A experiência cotidiana permitiu a identificação dos limites e das lacunas existentes nesse processo e despertou o interesse em explorar a oferta do aconselhamento em HIV/AIDS às gestantes atendidas no SUS.

As pesquisas e estudos realizados neste campo foram verificados em consulta na base de dados Lilacs. Através da inserção dos seguintes descritores – Aconselhamento / AIDS/ Pré-Natal; Gestante / HIV / Pré-Natal; Aconselhamento / AIDS / Profissionais; Aconselhamento / AIDS / Adolescentes; Aconselhamento / Pré-Natal / Adolescentes; Pré-Natal / adolescentes / HIV; foram localizados em torno de 22 artigos. As produções abordam vários aspectos referentes ao aconselhamento em HIV/AIDS, assistência a gestante e aspectos relacionados ao Pré-Natal. Entre as publicações encontradas, três

contribuíram para o nosso estudo: uma dissertação de mestrado ³⁶, um artigo extraído de uma tese de doutorado que aborda e discute o aconselhamento sob a ótica dos profissionais de saúde ³⁷ e um artigo que discute o aconselhamento no ciclo gravídico-puerperal ³⁸. O encontro de artigo abordando o aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal, incluindo o momento pré e pós testagem, a partir da ótica dos profissionais de saúde e apresentando recorte na atenção a gestantes adolescentes não ocorreu. É fato que a pesquisa realizada na referida base de dados não é representativa da totalidade de publicações, não se propondo a tal, mas sinaliza que a discussão da temática tal como está colocada não se encontra esgotada.

Do ponto de vista epidemiológico, a relevância do estudo em questão se justifica pelo número crescente de mulheres infectadas pelo vírus HIV, configurando um fenômeno denominado pela literatura acadêmica como Feminização da AIDS⁷ e que se confirma como uma das tendências da epidemia na realidade brasileira³. Em meio ao processo de feminização, as adolescentes e jovens se destacam como segmento que apresenta uma vulnerabilidade específica em relação à contaminação pelo HIV, gerada por uma sinergia entre fatores estruturais e fatores de ordem subjetiva e psíquica, característicos desta fase da vida e da cultura em torno da adolescência. Em relação aos fatores estruturais, têm-se as desigualdades sociais e de gênero como agravantes da vulnerabilidade dessa população, o que por sua vez aponta a necessidade de ações intersetoriais no enfrentamento desse quadro e uma abordagem diferenciada na rotina dos serviços¹.

Embora o setor saúde não seja o único responsável pelo combate a feminização da epidemia, é inegável o seu caráter central e estratégico. Em documento lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, intitulado Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização

da Epidemia de AIDS e outras DST¹, são estipulados cinco objetivos a serem alcançados, sendo eles: a promoção do acesso universal à atenção integral em DST/AIDS para as mulheres, a redução da morbidade das mesmas relacionadas às DST, redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis, redução dos índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres e a promoção da qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS, no âmbito dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Entre as instituições citadas no documento diretamente envolvidas no cumprimento de tais objetivos, o Sistema de Saúde se destaca.

Desta forma, os serviços de Pré-Natal merecem atenção especial. Além de ser um dos espaços responsáveis pelas ações relativas à redução da transmissão vertical, a cobertura significativa deste serviço na realidade brasileira - 77% das mulheres atendidas⁸ - transforma o mesmo numa oportunidade importante para sensibilização e prevenção das DST/AIDS.

Diante deste cenário, evidencia-se a importância da realização do teste anti-HIV no Pré-Natal, com o consentimento da gestante e o aconselhamento pré e pós testagem⁵.

A prática do aconselhamento em HIV/AIDS desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde, contribuindo para a promoção da atenção integral⁴. Isso significa reconhecer que o diagnóstico precoce tomado isoladamente não garante a redução das chances de transmissão vertical. Desta forma, para que as ações de saúde de fato tenham sucesso e se convertam em benefícios é fundamental a participação da mulher, não como objeto de intervenção, mas como sujeito. O aconselhamento, além de favorecer a adesão da mesma às medidas de profilaxia (trazendo benefícios para ela e o bebê) se traduz em oportunidade de acolhimento das necessidades da mulher, possibilitando a identificação

de situações de vulnerabilidade, o incentivo à adoção de medidas de prevenção e a continuidade do tratamento após o parto⁶.

O suporte emocional, um dos componentes do aconselhamento, se concretiza numa escuta ativa e qualificada, num contexto onde beneficiar o recém-nascido não deve ser a única e principal finalidade. Sendo assim, a integralidade no atendimento se traduz no reconhecimento das necessidades da mulher para além da gestação.

Partindo deste pressuposto, este trabalho se propõe a analisar como o aconselhamento em HIV/AIDS vem sendo realizado na rotina dos serviços de Pré-Natal, considerando a atuação dos profissionais de saúde e tendo como referência as diretrizes da política na área.

II – Objetivos da Pesquisa

Geral: Analisar a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no pré-natal em duas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro.

Específicos:

- Descrever as abordagens realizadas na rotina dos serviços de Pré-Natal que tenham como objeto a temática do HIV/AIDS;
- Analisar, a partir das recomendações do MS, a rotina quanto à solicitação do teste anti-HIV, a obtenção de consentimento e entrega do resultado sorológico;

- Verificar, a partir do relato dos profissionais, possíveis diferenças entre a abordagem de mulheres adultas e adolescentes;
- Identificar quais são as potencialidades e os principais obstáculos para garantir a realização da prática do aconselhamento em HIV/AIDS no cotidiano dos serviços de Pré-Natal, assim como os desafios nessa área.

III - Referencial teórico do estudo

3.1 - Integralidade e a Saúde da Mulher

Quando se discorre acerca do direito universal à saúde e dos cuidados decorrentes da aplicação deste direito, discorre-se em defesa da vida. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, o atendimento em saúde deve ser baseado na universalidade, na equidade e na integralidade das ações⁹.

De acordo com este último princípio as ações não devem apenas considerar o aspecto biológico e/ou físico das demandas trazidas pelos usuários, mas considerar também todos os aspectos e dimensões das mesmas. Isso significa perceber o usuário inserido no conjunto de suas condições materiais de vida, de modo a reconhecer suas necessidades objetivas e subjetivas. A integralidade não deve ser entendida como um conceito, mas sim como um ideal a ser buscado e embora não seja plenamente alcançável deve permanecer como algo necessário¹⁰.

No que tange a área de Saúde da Mulher, o debate sobre a integralidade tomou forma com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, instituído pelo Ministério da Saúde em 1983. O PAISM incorporava princípios que davam sustentação

a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), como descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e integralidade¹¹.

Fruto de um período histórico caracterizado pela efervescência dos movimentos sociais, a importância do PAISM se encontra no seu significado social, na mudança que o mesmo representa no que diz respeito ao atendimento das necessidades de saúde e de vida das mulheres e na incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde¹². O eixo norteador principal do PAISM é a noção de integralidade. O conceito de atenção integral a saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, questionando desta forma o olhar fragmentado direcionado às demandas de saúde e expressando uma mudança na posição das mulheres¹². A reivindicação feminina era por um atendimento médico que concebesse a mulher como um ser completo, não apenas detentora de um corpo, mas inserida num contexto social, psicológico e emocional. Não bastava a integração do colo, do útero e das mamas; era preciso ir além¹².

O olhar sobre a saúde da mulher defendido pelo PAISM se contrapõe ao enfoque meramente reprodutivo, combatido pelo movimento feminista e característico das políticas públicas de saúde anteriores. Entender a mudança de perspectiva no atendimento a mulher requer compreender como as relações de gênero determinam os papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade e como esses papéis influenciam políticas e programas¹³.

O reconhecimento do avanço representado pela nova proposta não deve impedir a constatação dos seus limites. Nesse sentido, Mattos³¹ ao discutir Integralidade e Políticas Especiais ressalta que o fato do PAISM ter assumido um formato de programa fez com que a perspectiva da integralidade proposta pelo movimento feminista fosse delimitada. Desta forma a atenção à saúde da mulher foi construída a partir de

determinadas patologias envolvendo o útero, as mamas e o planejamento familiar. Ainda segundo esse autor, as demais especificidades do adoecimento feminino, produzidas não pelas particularidades biológicas, mas pelas questões culturalmente ligadas ao gênero, não puderam ser abordadas como deveriam. Além disso, é importante ressaltar que a luta pelo PAISM se dá no contexto do SUS que é parte maior de um sistema de saúde e de organização social. Este, embora represente um avanço, não é independente da realidade mais geral caracterizada por problemas graves, advindos do projeto neoliberal e de suas implicações políticas e econômicas na gestão dos recursos e serviços³². Como consequência de todo esse contexto, a assistência à saúde da mulher permanece, até os dias atuais, sendo ofertada de forma fragmentada e focalizada.

Em suma, o PAISM pode ser considerado uma política de saúde implantada, mas não implementada. A oferta de uma assistência baseada na perspectiva da integralidade e das especificidades da questão de gênero continua sendo um grande desafio, tanto no que diz respeito à formulação das políticas quanto na operacionalização e execução das mesmas pelos profissionais de saúde, no cotidiano dos serviços.

3.2 O recorte de gênero e a feminização da epidemia de HIV/AIDS

O debate em torno das questões relacionadas à saúde da mulher pressupõe uma análise construída a partir do conceito de gênero, fundamental quando se discute a inserção feminina no contexto da epidemia de AIDS. Embora o debate de gênero não seja o propósito deste trabalho, uma introdução a esse conceito se faz necessária. De um modo geral, gênero é uma categoria firmada para análise das relações sociais¹⁴ e faz oposição ao sexo que é biológico¹⁵. Para além da dicotomia desta distinção, a discussão

de gênero envolve sexualidade, corpo e identidade social, dimensões complexas e interligadas. Sinaliza para o significado de ser homem e ser mulher no meio social e as diferenças na relação entre ambos¹⁵.

A feminização da epidemia sinaliza para uma complexidade de fatores de ordem biológica e social⁷ que conferem à população feminina uma maior vulnerabilidade à infecção pelo vírus. Essa vulnerabilidade, no que tange seu aspecto social, é caracterizada pela dinâmica de poder que perpassa as relações entre homens e mulheres, tanto numa perspectiva macro como micro social. Desta forma, considerar o recorte de gênero é também condição necessária para analisar a vulnerabilidade feminina frente ao HIV e entender como a diferença relacional existente entre homens e mulheres se converte em desigualdade. Nesse sentido, a inserção social feminina se dá de forma desfavorável recebendo a mulher um tratamento desigual em termos políticos, socioeconômicos e culturais.

Estes eixos de desigualdade compreendem a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, e tem lugar tanto no âmbito das famílias e parcerias como da sociedade ou das culturas nacionais e supranacionais⁷. A situação da mulher se agrava ainda mais quando a mesma é exposta a situações de violência ou quando se encontra num determinado perfil de raça/etnia e faixa etária.

A vulnerabilidade, no cenário da epidemia de AIDS, é entendida como

"A suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento".¹⁸ (p. 50)

Entre as mulheres, determinados grupos e populações se constituem como um público prioritário no combate à epidemia na medida em que fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, podem aumentar a vulnerabilidade dos mesmos aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania¹. Dentre os segmentos populacionais destacados nesse sentido, encontra-se o das mulheres jovens e adolescentes.

O olhar sobre a assistência prestada, durante o Pré-Natal, às gestantes adolescentes parte do reconhecimento das especificidades deste público e a relação das mesmas com uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

A adolescência pode ter várias definições, dependendo da área de conhecimento que se tenha como referência. No que diz respeito à área da saúde, a adolescência é tida como uma fase de desenvolvimento humano, entre a infância e a vida adulta e embora esse processo seja dinâmico a OMS delimita cronologicamente este período dos 10 aos 19 anos de idade. Trata-se de um momento de construção de si mesmo, de crescimento e descobertas. É através deste processo que o adolescente gradativamente alcança sua identidade, conquista intimidade, integridade e independência¹⁹. Esse contexto, no qual ocorre a interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos na definição da identidade adulta, gera uma vulnerabilidade específica, típica de uma atitude de exploração e busca de experiências.²⁰ Outros fatores tais como imaturidade biopsicossocial, dependência econômica da família e o não reconhecimento dos direitos também contribuem para o aumento da vulnerabilidade às DST/AIDS²¹.

O contexto cultural em torno da sexualidade adolescente é um fator importante e merece destaque. Nesse sentido,

“a dupla moral da sociedade em relação à sexualidade na adolescência faz com que, ao mesmo tempo em que o sexo seja incentivado á exaustão e o senso comum reconheça que os adolescentes e jovens

estejam tendo atividade sexual, esta não seja assumida como legítima nessa faixa etária”²¹ (p.145).

A não legitimidade do exercício sexual nesta fase da vida se reflete numa percepção negativa acerca da gestação de adolescentes, considerada por parte da sociedade em geral como um problema. Tal percepção parece desconsiderar o fato de que uma gravidez pode significar, para adolescentes de estratos populares, fonte de status e reconhecimento social²². Os equívocos na compreensão desse contexto e um discurso fortemente moralizador e regulador também são facilmente identificados nas instituições de saúde e nos atendimentos prestados a esse público. Nesse sentido, na área da saúde em especial, a formação dos profissionais e em particular a formação médica não prepara o profissional para o atendimento das especificidades da adolescência²¹.

Desta forma, tendo em vista todas as particularidades e a maior vulnerabilidade à infecção ao HIV nessa fase da vida torna-se ainda mais evidente a importância da oferta do aconselhamento em HIV/AIDS aos adolescentes. Faz-se necessário, entretanto o compromisso com a realização de um atendimento que considere as especificidades desse público e o momento que estão vivendo, o que exige por sua vez, profissionais de saúde preparados e um contexto institucional acolhedor.

IV O Aconselhamento em HIV/AIDS: histórico, diretrizes operacionais e relevância.

O início da oferta do teste anti-HIV no Brasil para a população interessada na testagem gratuita, anônima e confidencial ocorreu entre 1987 e 1988 quando foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), então designados Centros de

Orientação e Apoio Sorológico (COAS) voltados em especial ao que se chamava na época de “grupo de risco”³³. Devido aos processos de estigmatização e discriminação associados ao HIV/AIDS, a ampliação da testagem baseou-se nos seguintes princípios normativos: aconselhamento e informação sobre HIV/AIDS antes e depois do teste (independente do resultado sorológico), consentimento informado, específico e voluntário pela pessoa a ser testada e confidencialidade dos resultados do teste. Assim, busca-se integrar os direitos de liberdade (autonomia privada) e de igualdade (saúde e educação)³³.

A rotina preconizada pelo Ministério da Saúde referente ao aconselhamento em HIV/AIDS recomenda a realização do mesmo por profissional de saúde treinado, podendo ser realizado de forma individual ou coletiva, dependendo do momento em que o teste anti-HIV é ofertado⁶. Esse atendimento pode ocorrer inclusive em momentos não relacionados a realização do teste e não se reduz a um único encontro entre duas pessoas.

O atendimento realizado deve ser guiado por eixos norteadores, que são os componentes do aconselhamento, já citados anteriormente, que são a educação em saúde, avaliação de riscos e suporte emocional⁶. Além destes eixos gerais também estão definidos alguns itens específicos a serem abordados com determinados públicos, em especial as mulheres. O foco dado pelo profissional a cada item vai depender do momento em que o aconselhamento é feito, do resultado sorológico e da relação estabelecida com o usuário. É importante frisar que tais eixos não objetivam engessar ou padronizar a atuação de cada profissional, mas garantir que o aconselhamento atinja seus objetivos. Sendo assim é de fundamental importância o conhecimento desses eixos norteadores por parte de quem presta esse atendimento, possibilitando assim um momento de reflexão e uma ação resolutiva.

A extensão da oferta do teste anti-HIV com aconselhamento aos serviços de Pré-Natal ocorreu devido aos avanços na profilaxia da transmissão vertical que por sua vez ocorreram no bojo do processo de feminização da epidemia. Embora esses avanços tenham destaque nesse cenário, duas questões merecem serem problematizadas. A primeira diz respeito à histórica medicalização do corpo feminino, reforçada nesse contexto pela realização indiscriminada e a vinculação compulsória da testagem ao pré-natal. Nesse sentido, para que o teste anti-HIV não se transforme em mais um instrumento de controle e vigilância corpórea, o mesmo deve ser realizado respeitando sempre a vontade da mulher, tendo desta forma o consentimento da mesma e garantindo o suporte profissional necessário, através do aconselhamento²⁵.

A segunda diz respeito ao impacto subjetivo que um possível diagnóstico positivo de HIV pode causar. Nesse sentido, cabe ressaltar que “para as mulheres, a AIDS é uma doença que afeta diretamente a identidade social”¹⁶ causando grande sofrimento psíquico. A descoberta da soropositividade mobiliza sentimentos e faz suscitar reações adversas como angústia, raiva, medo e a negação da situação, o que reflete diretamente nas relações conjugais e familiares¹⁷. Portanto, no que diz respeito à maternidade, vivenciar a mesma juntamente com a infecção pelo vírus HIV ou simplesmente se defrontar com essa possibilidade durante o Pré-Natal, é motivo de grande tensão e sofrimento. Desta forma, para além dos benefícios relacionados diretamente com a profilaxia da Transmissão Vertical deve-se atentar para as demandas e necessidades da própria mulher, não resumindo a mesma a uma figura reprodutiva. Logo, ela deve ser considerada enquanto sujeito desse processo, sendo atendida enquanto tal e tendo respeitada sua autonomia e vontade. Nesse sentido, a realização do aconselhamento tal como previsto e o compromisso com a realização do mesmo

desempenha papel fundamental nesse cenário, contribuindo de forma decisiva para um atendimento de qualidade prestado a mulher.

A relevância do aconselhamento se torna mais evidente diante do público adolescente, em especial das adolescentes que se encontram em acompanhamento gestacional. Nos manuais do Ministério da Saúde – Aconselhamento em DST/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos⁶, Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis⁴ e Aconselhamento em DST/AIDS para a Atenção Básica²³ não há nenhuma referência à abordagem com esse público em especial. No primeiro manual citado, há referências específicas para o atendimento às mulheres, mulheres soropositivas e gestantes soropositivas. Apenas no último, consta uma nota específica acerca do atendimento aos jovens²³.

Se por um lado as especificidades da adolescência exigem uma abordagem diferenciada, por outro favorecem bons resultados diante das orientações fornecidas, uma vez que a “população jovem é mais sensível a mudanças de comportamento do que a mais velha”²⁴ (p.91). Desta forma, um atendimento diferenciado e atento às necessidades dos adolescentes pode gerar benefícios significativos e um impacto positivo na vida e na saúde desse grupo populacional, em especial no que tange a saúde sexual e reprodutiva. Sendo assim, a realização do aconselhamento para esse público, de forma atenta as questões inerentes a essa fase da vida e contrário ao discurso moralizador recorrente, pode contribuir para minimizar a vulnerabilidade pessoal e influenciar positivamente estilos e hábitos de vida.

O aconselhamento como prática de saúde, como já assinalado, transcende o âmbito da testagem, contribui para a qualidade das ações educativas em saúde, fundamenta-se em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST/AIDS que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na

plena utilização dos seus direitos⁶. A realização do mesmo tem como referência a integralidade das ações e está diretamente ligada à qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde. Nesse cenário, a atuação dos profissionais merece atenção especial, pois vai depender dela o acesso das mulheres, adultas e adolescentes, aos benefícios que o aconselhamento pode propiciar.

V Metodologia

4.1. Natureza do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. A pesquisa privilegiou o conhecimento de uma determinada realidade a partir da interação com os atores envolvidos, numa abordagem dialética. Por sua natureza, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, valores e atitudes, contextualizados na realidade pesquisada. Essa modalidade de investigação requer por parte do pesquisador a abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos²⁶.

Ainda em relação a sua natureza, Minayo afirma que o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e percepções, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. A autora acrescenta que a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela impiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo²⁹.

Partindo deste entendimento e tendo em vista os objetivos da pesquisa, o grupo ou público alvo da mesma são os profissionais de duas unidades de saúde descritas a

seguir. A escolha deste grupo parte da preocupação desse estudo com o atendimento prestado as mulheres, no que diz respeito especificamente ao Aconselhamento em HIV/AIDS. É importante ressaltar que o mesmo não possui um caráter avaliativo, mas o intuito de conhecer e explorar a atuação e a visão dos profissionais a partir desta determinada prática de saúde e relacioná-las com as diretrizes políticas e operacionais da mesma.

No que tange a amostragem, Minayo afirma que uma boa amostra possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões²⁹. Nesse sentido, as entrevistas foram realizadas com o profissional responsável pelo Pré-Natal de cada unidade, os profissionais que fazem a solicitação do teste anti-HIV e a revelação dos resultados sorológicos e demais profissionais envolvidos na assistência à gestante, especificamente no que envolve o objeto de estudo. A identificação dos profissionais e o convite para participação da pesquisa se deram no decorrer do trabalho de campo.

4.2 - Apresentação do campo e contexto da pesquisa

O campo onde se realizou a pesquisa foi composto por duas unidades de saúde, um Hospital Maternidade e uma unidade de Saúde da Família. Tais unidades foram selecionadas a partir de contato prévio com a área técnica de Saúde da Mulher da SMSDC/RJ. A seleção das duas unidades mencionadas considerou o fato de ambas receberem um número significativo de gestantes adolescentes, sendo locais de referência para esse público. Tal critério atende a um dos objetivos específicos da pesquisa, que busca verificar possíveis diferenças no atendimento de aconselhamento em HIV/AIDS entre gestantes adultas e adolescentes. A estrutura e a capacidade das

unidades para receber a figura do pesquisador foi um segundo critério adotado na escolha.

A entrada nas duas unidades se deu de forma tranqüila, tendo a aceitação por parte da direção e dos profissionais responsáveis pelos serviços a serem pesquisados. As unidades apresentam perfis diferenciados no que tange o nível de complexidade e o modelo de atenção à saúde. O hospital Maternidade é referência na rede para atendimento a mulheres com gestações de risco, incluindo as adolescentes. A caracterização do risco da gestação na adolescência pauta-se nas recomendações da OMS, porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico⁴².

A unidade em questão possui diversas categorias de profissionais em seu quadro, com atendimentos nas seguintes especialidades: médica, enfermagem, nutrição, odontologia, serviço social e psicologia. Trata-se também de unidade de ensino com estagiários e residentes compondo as equipes. Entretanto, apesar do contexto aparentemente rico em possibilidades, o cenário encontrado foi outro. O contexto no qual ocorreu a pesquisa foi caracterizado por uma unidade com o serviço de Pré-Natal fechado para novas admissões, um número extremamente reduzido de profissionais e uma visível desmotivação dos mesmos, verbalizada inúmeras vezes durante o desenvolvimento do estudo. As falas relatavam um pesar significativo pelo momento e pela situação em que a unidade se encontrava, com as portas fechadas. Apesar do clima institucional desfavorável, não houve recusa por parte dos profissionais em conceder informações e contribuir com a pesquisa.

A segunda unidade, denominada como “Clínica da Família” apresentou um contexto particular, com uma rotina pautada nos princípios da Estratégia de Saúde da Família. Um desses princípios é o da territorialização e vinculação, de forma que a ação dos profissionais se dá em micro áreas de abrangência, definidas por meio do

cadastro e do acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe. Sendo assim, a Clínica da Família em questão atende uma determinada comunidade do município, dividida em oito territórios, cada um com uma equipe de referência composta por nove integrantes, sendo: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde, totalizando oito equipes.

O relato dos profissionais apontou um serviço recente, com uma rotina ainda incipiente, onde cada equipe operacionalizava seus atendimentos de forma independente, de acordo com a demanda, a realidade da região, perfil da população e dos profissionais. Nessa unidade a atenção Pré-Natal faz parte de um conjunto de atendimentos, não sendo o foco principal da assistência prestada à população. O acompanhamento se destina às mulheres gestantes sem fatores de risco, com um número significativo de adolescentes atendidas. Os profissionais abordados foram solícitos e se mostraram disponíveis para contribuir com a realização do estudo e o acesso às informações.

4.3 - Sujeitos do estudo: critérios de seleção e perfil

O contexto encontrado em cada uma das duas unidades e a configuração dos serviços e das equipes foi determinante na seleção dos entrevistados. Em ambas as unidades foram eleitos os profissionais com maior proximidade em relação ao objeto de estudo.

A escolha dos mesmos no Hospital Maternidade considerou também a organização hierárquica do serviço, característica de uma unidade de ensino. Desta forma, dentro da categoria médica, foram convidados a participar do estudo um médico “staff” e uma residente de primeiro ano. Além destes, foram convidados uma psicóloga,

uma assistente social e uma enfermeira. A inclusão de diversas categorias profissionais teve como objetivo possibilitar o acesso a visões diferenciadas do atendimento e do serviço prestado.

As equipes da Clínica da Família totalizam dezesseis profissionais, considerando apenas os de nível superior. Dada à impossibilidade de alcance de todos eles (oito médicos e oito enfermeiros) optou-se por selecionar – a partir do critério da disponibilidade de cada um – quatro profissionais, sendo um de cada equipe e dois de cada categoria (dois médicos e dois enfermeiros). Desta forma, tem-se a representação das equipes e dos profissionais.

Em ambas as unidades foram selecionados entre os profissionais, os responsáveis por cada um dos serviços. Desta forma, foi convidada a participar do estudo a responsável pelo ambulatório de Pré-Natal do Hospital Maternidade e a gerente da Clínica da Família. Para ambas foi construído um roteiro específico para entrevista, diferente dos demais (anexo 9.3), partindo do pressuposto de que o lugar ocupado por ambas na estrutura dos serviços é determinante no estabelecimento dos fluxos e na organização da rotina dos mesmos.

No total foram onze entrevistados na pesquisa, sendo seis profissionais no Hospital Maternidade (HM) e cinco na Clínica da Família (CF). Os profissionais das duas unidades apresentam perfis diferenciados, de forma que o grupo teve as características levantadas de forma separada, de acordo com a unidade de saúde. Segue quadro com apresentação dos profissionais, identificados através de pseudônimos.

Identificação dos entrevistados

Pseudônimo	Categoria	Tempo de formação	Unidade	Vínculo	Tempo na unidade
Pérola	Assistente Social	10 anos	HM	Estatutária	05 anos
Safira	Enfermeira	25 anos	HM	Estatutária	16 anos
Esmeralda	Médica*	32 anos	HM	Estatutária	19 anos
Citrino	Médico**	34 anos	HM	Estatutária	18 anos
Cristal	Médica***	01 ano	HM	Estatutária	09 meses
Turmalina	Psicóloga	20 anos	HM	Estatutária	02 anos
Ametista	Enfermeira	08 anos	CF	Celetista	02 anos
Agatha	Enfermeira	02 anos	CF	Celetista	1 ½ ano
Ônix	Médico	07 anos	CF	Celetista	03 meses
Topázio	Médico	07 anos	CF	Celetista	01 ano
Rubi	Enfermeira*	03 anos	CF	Celetista	03 meses

* Profissional responsável pelo Pré-Natal

** Médico “staff”

*** Médica Residente

4.4 - Instrumentos utilizados e procedimentos éticos adotados

A observação participante e a entrevista individual semi-estruturada foram os instrumentos utilizados no trabalho de campo para a coleta dos dados. A observação participante é descrita por Cruz Neto como uma técnica que se realiza através do

contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com o intuito de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos²⁶.

A observação participante apresenta dois extremos: a participação plena e o distanciamento total de participação, por parte do pesquisador. Entre esses dois extremos, uma variação da técnica foi a opção desta pesquisa: o pesquisador como participante observador. Quanto à utilização desta técnica, o autor citado afirma que o pesquisador pode desenvolver uma participação no dia-a-dia do grupo estudado, através da observação de eventos do cotidiano²⁶.

Desta forma, o período de observação do estudo se deu entre os meses de agosto e outubro de 2011, totalizando 90 dias. Foram feitas diversas visitas institucionais a fim de verificar a dinâmica de cada unidade e a rotina cotidiana a fim de organizar e distribuir o tempo de observação em cada uma. Sendo assim, a quantidade de dias durante a semana e a divisão dos mesmos entre as duas unidades considerou a dinâmica de cada serviço, a rotina de atendimentos e a presença dos profissionais. No total foram três dias inteiros semanalmente destinados à observação, divididos entre os dois serviços. O registro dos dados da observação se deu através da utilização do diário de campo, e na ocasião também verificou-se de forma complementar, documentos institucionais (fichas de registro, termos de consentimento, protocolos de fluxos de atendimento) relacionados ao objeto de estudo, que poderiam contribuir para a compreensão do contexto e da rotina da unidade.

No que se refere ao segundo instrumento, Cruz Neto, ao estudar técnicas de pesquisa, procura demonstrar que a entrevista é o procedimento mais comum no trabalho de campo. Segundo ele, é através deste instrumento que o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Desta forma, a entrevista não deve ser entendida como uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como

meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo estudada²⁶.

Dentre as diversas técnicas de entrevista²⁹ optou-se pela utilização da semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada realiza-se através de um processo que constitui uma combinação de perguntas fechadas com perguntas abertas, possibilitando ao entrevistado expor suas opiniões²⁹. Desta forma foram elaborados um roteiro para as profissionais responsáveis pelos serviços e outro para todos os demais profissionais diretamente envolvidos com a assistência (anexos 9.3, 9.4), conforme foi descrito e justificado no item anterior. Durante o período de permanência nas unidades, os profissionais foram sendo conhecidos e convidados a participar do estudo. Diante do aceite de cada um foi agendado um dia específico para realização da entrevista. A mesma foi realizada com garantia de privacidade, em espaços físicos sempre adequados. Em todas as situações foi entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada profissional, que foi devidamente orientado sobre o objeto de estudo e o conteúdo da entrevista. A mesma foi gravada com o consentimento dos mesmos e em momento posterior transcrita para sistematização dos dados e análise.

Quanto aos riscos advindos do estudo, por se tratar de uma pesquisa social qualitativa, os mesmos poderiam se relacionar à identificação dos sujeitos entrevistados, mas estes estão protegidos pela garantia do sigilo e anonimato. Não haverá nenhum benefício individual aos mesmos. Os benefícios serão coletivos e nesse sentido, espera-se poder contribuir na formulação e no aperfeiçoamento de políticas públicas através da identificação das possibilidades e lacunas existentes nos serviços, tendo em vista o compromisso em contemplar as necessidades de saúde da população.

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, referidas na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho

Nacional de Saúde, esta pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz sob o registro 0030.0.008.314-11, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do RJ enquanto instituição co-participante. A realização do estudo não contou com nenhum tipo de apoio financeiro público ou privado, ficando seus gastos, com impressão de material e uso do computador, sob responsabilidade do pesquisador.

4.5 - Referencial Teórico de Análise

Como proposta para realização da análise dos dados tem-se o método da hermenêutica em profundidade²⁸. Segundo Thompson, a HP coloca em evidência o fato de que o objeto de análise é uma construção simbólica significativa, que exige uma interpretação. Essa interpretação deve considerar o fato das formas simbólicas estarem inseridas em contextos sociais e históricos particulares e sendo construções simbólicas significativas, estão estruturadas internamente de várias maneiras. O autor explica, portanto, que os seres humanos fazem parte desses contextos mais amplos e que a experiência humana é sempre histórica, no sentido de que uma nova experiência é sempre assimilada aos resíduos do que passou e ao procurar compreender o que é novo, nós necessariamente construímos sobre o que já está presente²⁸.

A HP é um referencial metodológico amplo, que compreende três procedimentos principais ou fases, sendo elas: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. Tais fases devem ser vistas não como etapas separadas de um método seqüencial, mas antes como dimensões analíticas distintas de um processo interpretativo complexo.

A primeira fase tem como objetivo compreender o contexto social e histórico no qual as falas dos entrevistados foram produzidas e reproduzidas. Referente a esse

contexto, o autor identifica quatro aspectos básicos que devem ser considerados no processo de análise, sendo eles: situações espaço-temporais (as formas simbólicas são produzidas e recebidas por pessoas situadas em locais específicos, agindo e reagindo a tempos particulares), os campos de interação (espaço de posições e um conjunto de trajetórias que conjuntamente determinam algumas das relações entre pessoas e algumas das oportunidades acessíveis a elas), as instituições sociais (conjuntos relativamente estáveis de regras e recursos situadas dentro de campos de interação, aos quais elas dão forma através da fixação de uma gama de posições e trajetórias) e a estrutura social, que segundo o autor demanda um nível de reflexão mais teórico, pois exige que o analista se debruce sobre as assimetrias ou diferenças sistemáticas da vida social, como os recortes de gênero e classe social.

Quanto à análise formal ou discursiva, a mesma é descrita por Thompson como um caminho para desvendar as construções simbólicas que circulam nos espaços sociais. Ele define estas formas simbólicas como sendo

*“produtos contextualizados e algo mais, pois elas são produtos que, em virtude de suas características estruturais, tem capacidade, e tem por objetivo, dizer alguma coisa sobre algo. É esse aspecto adicional e irredutível das formas simbólicas que exige um tipo diferente de análise, uma maneira diferente de olhar as formas simbólicas”.*²⁸
(p.369)

É importante ressaltar que essa análise não deve ser tomada de forma isolada, podendo se tornar um exercício abstrato, desconectado das condições de produção e recepção das formas simbólicas. Sendo assim a mesma deve ser articulada à análise sócio-histórica e a fase de interpretação/reinterpretação.

A última e terceira fase da HP implica um movimento novo de pensamento, sendo definida pelo autor como uma síntese, uma construção criativa de possíveis significados. A interpretação transcende a contextualização das formas simbólicas, pois

as mesmas representam algo, elas dizem alguma coisa sobre algo e é esse caráter transcendente que deve ser compreendido pelo processo de interpretação. Esse processo, segundo ele, é simultaneamente um processo de reinterpretação, pois as formas simbólicas a serem interpretadas já o são pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico. Deste modo, ao desenvolver uma interpretação, mediada pelos métodos da HP expostos anteriormente, estamos reinterpretando um campo pré-interpretado, projetando assim um significado possível que pode divergir do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico. Sendo assim, o processo de interpretação é necessariamente permeado por conflitos e aberto a discussão.

Tendo a HP como referencial para a análise dos dados, os instrumentos utilizados e descritos no capítulo anterior foram construídos visando à apreensão da dinâmica presente no cotidiano de cada unidade, o contexto no qual ocorre a atuação dos profissionais e a relação destes com o objeto de estudo.

VI - Análise dos dados e discussão

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se com as etapas de ordenação e classificação dos dados²⁹, para posterior análise. A primeira etapa compreendeu a leitura do material e a organização dos relatos e dos dados de observação, obtendo desta forma um mapa inicial das descobertas em campo. A etapa seguinte compreendeu, num primeiro momento, na identificação das idéias centrais transmitidas nas falas de cada profissional, e num segundo momento no agrupamento das mesmas a partir de suas semelhanças, diferenças e conexões. Num terceiro momento, foram identificados os seguintes temas ou eixos de discussão: a abordagem do tema do HIV/AIDS com a população, a atuação dos profissionais na rotina da testagem anti-HIV, o entendimento dos mesmos a respeito da prática do aconselhamento e as dificuldades apontadas quanto

a sua operacionalização. Os relatos foram analisados com base no referencial teórico exposto anteriormente e estruturados a partir dos eixos de discussão identificados.

6.1 A abordagem do HIV/AIDS no Pré-Natal e a relação profissional-usuário

Enquanto uma estratégia para a atenção integral⁶, o aconselhamento permite a promoção da saúde e a prevenção das DST/AIDS através de uma abordagem educativa. Tal abordagem pode ocorrer tanto a nível individual quanto coletivo e embora a testagem para o HIV pressuponha a realização do aconselhamento, este não está necessariamente atrelado ao teste, podendo ocorrer independente dele²³. Deste modo, um dos objetivos deste estudo foi verificar nas unidades pesquisadas a existência de atividades como grupos ou salas de espera que abordassem a questão do HIV/AIDS com as gestantes, independente da rotina envolvendo a realização do exame em questão.

Desta forma, no que tange tais atividades, os dados obtidos durante o período de observação em campo apontam para o seguinte cenário: no hospital Maternidade foi constatada a inexistência de abordagens coletivas, embora a unidade apresentasse cartazes com dias, horários e temas para grupos de gestantes, inclusive um específico para adolescentes. Durante as semanas em que permaneci na unidade, nos dias e horários divulgados, nenhum dos grupos foi realizado. Em relação às condições para a efetivação dessas atividades – espaço físico adequado e recursos humanos – cabe lembrar que o serviço de Pré-Natal se encontrava fechado a novas admissões por ausência de recursos humanos suficientes para atender a demanda, segundo informações da própria direção da unidade e da médica responsável pelo Pré-Natal. O relato desta última é ilustrativo deste contexto, que aparece na sua fala como justificativa para a não realização dos grupos.

“Agora não tem nem médico pra pré-natal, como é que você vai pegar um grupo se você não tem nem como encaixar alguém para se explicar alguma coisa? Se dessem condições para a gente trabalhar mais...”. Esmeralda.

Na Clínica da Família, segundo relato da responsável pela unidade havia um grupo de planejamento familiar sendo realizado, mas não foi possível conhecer o mesmo. Deste modo, em ambas as unidades prevalecem às ações de caráter individual.

Em relação a esse contexto, há que se considerar a existência de uma cultura assistencial que reproduz o modelo de atenção à saúde tradicional (centrado em patologias) e dificulta o investimento nas atividades coletivas. A superação deste modelo pressupõe, por sua vez, mudanças internas no processo de trabalho e na forma de organização dos serviços e para que isso ocorra, o planejamento e a avaliação são passos necessários, especialmente quando se estabelece como meta a busca da qualidade na atenção à saúde³⁷. Nesse sentido, as duas unidades pesquisadas apresentaram realidades pouco favoráveis a essas mudanças. A situação crítica envolvendo o déficit de recursos humanos no Hospital Maternidade e o modelo de gestão terceirizado da Clínica da Família se apresentaram como elementos limitantes no que diz respeito à organização do processo de trabalho, planejamento e desenvolvimento das ações.

Sobre como os profissionais abordam da temática do HIV no pré-natal, durante o atendimento, as falas dos mesmos evidenciaram um entendimento do assunto restrito ao teste, a possibilidade de comunicação de um resultado positivo ou à doença em si, como nas falas a seguir:

“Eu ainda não tive a oportunidade de pegar nenhum paciente HIV positivo.” Cristal.

“Eu aqui eu não recebo... Por nós não sermos Pólos de AIDS a gente não recebe essa informação, o que a gente tem é assim, se ela soropositivou encaminha para outro setor, porque nós não temos tratamento de AIDS aqui no serviço. Pra ser sincera se eu peguei nestes últimos cinco anos dois positivos aqui, no pré-natal, foi muito. Então nós não temos rotina para HIV”. Esmeralda.

Dentro desse grupo de profissionais, as falas de duas enfermeiras além de corroborarem tal entendimento demonstram a dificuldade de ambas no que diz respeito à abordagem do assunto nos atendimentos, tanto em relação ao teste quanto a uma possível comunicação de sorologia positiva.

“Pra gente é sempre muito complicado, assim, não só na gravidez, no pré-natal, mas de uma maneira geral você dar uma resposta dessas em um exame, confesso que eu nem sei como eu abordaria essa questão, se acontecesse”. Ametista.

“Meio que põe na verdade, se a gente ficar falando que ela vai fazer exame de HIV..., a gente já prefere assim, é padrão... E aí já faz todos os exames que contém aquela bateria toda de hemograma, tanto de hepatite, HIV e aí a gente já inclui tudo. Porque tem aquele tabu de HIV e a gravidez já é uma época que a mãe fica desesperada, porque a gente acha que nosso filho vai ter todos os problemas, que a gente vai ter todos os problemas.” Agatha.

Dentre o total de profissionais da área médica e de enfermagem entrevistados, dois apresentaram um entendimento diferente sobre a abordagem do tema.

“No pré-natal eu começo fazendo algumas perguntas no conhecimento da família... pra ter uma abertura para o início da conversa de como é o relacionamento familiar... Junto disso aí eu sempre pergunto sobre doenças que são transmitidas através do sexo de uma maneira genérica”. Ônix.

“Penso que é necessária essa abordagem... por mais que ela seja negativa (HIV -) é muito importante ela saber que dependendo da conduta dela durante a vida sexual ela pode pegar o vírus e se tornar uma portadora”. Safira.

Destacam-se nas falas dos profissionais os seguintes aspectos: o entendimento da abordagem da temática do HIV/AIDS restrita a situação da infecção já instalada e a dificuldade dos mesmos em abordar esse assunto com as gestantes. O primeiro aspecto revela uma concepção de saúde igualmente restrita que se opõe diretamente ao princípio da integralidade da assistência e das ações, que por sua vez se fundamenta num conceito de saúde ampliado⁹. Corrobora tal afirmação a explanação de Mattos ao discutir os sentidos da integralidade³¹. Segundo o autor, as respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões e o profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. Em relação ao segundo aspecto nota-se o despreparo profissional diante da necessidade da comunicação de um resultado de HIV positivo e o desconhecimento a cerca do aconselhamento e das diretrizes que norteiam a prática do mesmo⁶.

É fato que as falas dos profissionais revelaram uma realidade, mas por si só não a explicam. Segundo Minayo²⁹, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas se realiza no sujeito, que vive, pensa, sente e reflete o mundo. Desta forma, segundo a autora, partir do princípio que a verdade está nos resultados do

trabalho de campo, principalmente nas falas dos informantes, é se pautar no mais completo empirismo, o que empobrece a análise.

Partindo deste entendimento e tendo como referencial de análise a Hermenêutica em Profundidade²⁸, as falas dos profissionais não devem ser analisadas de forma separada dos contextos em que as mesmas são produzidas. Desta forma, tendo como ponto de partida a análise sócio-histórica - uma das dimensões analíticas compreendidas pela HP – tem-se no contexto o espaço de interação social, onde as relações são estabelecidas entre as pessoas e destas com as instituições sociais. Segundo Thompson, estas por sua vez são definidas como um conjunto relativamente estável de regras e recursos, juntamente com relações sociais que são estabelecidas por elas²⁸.

Partindo deste referencial de análise, a abordagem reducionista sobre o HIV/AIDS e o despreparo para abordar o assunto, verificados nas falas dos entrevistados, possuem relação direta com a formação, as experiências vividas e as trajetórias profissionais de cada um, forjadas num determinado tempo histórico nas instituições pelos quais passaram ou que se encontram no momento. Estas por sua vez, produzem relações, rotinas e processos de trabalho nos quais os profissionais se inserem e têm condicionadas as suas práticas. Ou seja, o entendimento deles é tão restrito quanto o próprio processo de trabalho no qual estão inseridos. Contextualizar a atuação dos mesmos se faz necessário, pois do contrário, corre-se o risco de individualizar e personificar as questões.

Ainda em relação à abordagem da temática do HIV no Pré-Natal, foi verificada junto aos profissionais a forma como os mesmos tratam do assunto com as gestantes adolescentes, por se tratar de recorte do presente estudo.

O conjunto de profissionais entrevistados caracterizou o atendimento a adolescentes como algo difícil. A capacidade de entendimento deste público foi apontada pela Assistente Social e por um dos Médicos como a razão da dificuldade.

“Quando é adolescente, eu acho um pouco mais complicado... ela recebe a notícia e não tem a dimensão do que é tudo aquilo que vai mudar daqui pra frente, não sei se é certo anestesiamiento, uma dificuldade de entender ou então as próprias limitações que tem, porque é o perfil da nossa usuária, porque nós temos um perfil de usuária muito da Zona Oeste, de uma área empobrecida com falta de políticas públicas”. Pérola.

“Olha, é um pouco mais difícil porque o adolescente... A gente fica na dúvida se tá entendendo o que a gente está falando, se ele está entendendo. Se ele está aderindo realmente ao que você está falando, achando importante. Porque esta comunidade tem um problema grande de droga, de famílias desestruturadas, pobreza (...) então isso é muito difícil, muito difícil mesmo, tentar explicar, mas não sabe até que ponto realmente, se esta a fim de atender aquilo né, porque falar é fácil né. Mas a pessoa pegar aquilo e enxergar que aquilo é uma coisa útil pra si é complicado”. Topázio.

As falas da enfermeira e da médica apontam por sua vez, a postura dos adolescentes como problema. O entendimento delas é que esse público não “se abre” aos profissionais e não considera as orientações dadas por estes.

“As adolescentes são um pouquinho mais difícil porque muitas são bem rebeldes, então é um público assim, que você vê que entra em um ouvido e sai no outro você tem um trabalho de comunicar e elas não estão dando a mínima para você”. Cristal.

“Tudo no adolescente é mais complicado, a abordagem eles não são muito de se abrir, eles são muito nessa parte introspectiva... então assim a gente faz essa abordagem no total sobre DST, falar sobre planejamento familiar, você aborda também a questão que o anticoncepcional previne a gravidez, mas a camisinha previne HIV, a Hepatite, Doenças Sexualmente Transmissíveis, então assim, mas eles ficam muito... Se parar pra sentar fala “uso” e aí você quer? “Ah não, quero anticoncepcional”. Eles não são de se abrir”. Ametista.

A psicóloga entrevistada, provavelmente pela sua formação, relacionou a dificuldade encontrada ao complexo processo de formação da identidade, vivenciado pelo adolescente, junto com a maternidade e em alguns casos, com a soropositividade.

“O adolescente está no meio de um processo muito complicado, porque ele está na formação da identidade dele, então ele está tendo um filho, por exemplo, onde essa questão da delimitação do que é ser mãe e do que é ser adolescente já fica comprometida, em cima disso você tem uma doença estigmatizante, para alguém que está formando uma identidade percebe? Quem sou eu?”. Turmalina.

Desta forma, têm destaque nas declarações dos profissionais duas justificativas para a dificuldade no atendimento aos adolescentes: a capacidade de entendimento e a postura dos mesmos. Em relação à primeira, os entrevistados se referiram ao entendimento dos adolescentes quanto às questões que envolvem a saúde deles e as orientações que eles recebem durante os atendimentos. Essa capacidade de entendimento é determinada por fatores característicos da vivência da adolescência e pela inserção social.

A adolescência é considerada como uma etapa da vida em que representações, valores, práticas, papéis e condutas sociais estão sendo consolidados, num processo social de passagem para a vida adulta³⁴. Esse processo é caracterizado por uma imaturidade típica de quem se encontra numa fase de desenvolvimento e formação²¹ e que, portanto, percebe nas experiências de saúde e doença um significado particular. Por outro lado, os profissionais não apresentam preparo para lidar com esse sujeito em transformação e no campo dos significados e valores, costumam utilizar em suas práticas, conceitos advindos de suas próprias experiências e de sua formação moral como indivíduos²¹.

No que tange a inserção social, o relato dos entrevistados em ambas as unidades, apontou para o atendimento de um perfil de gestantes adultas e adolescentes advindas dos extratos mais pobres da população, com acesso precário aos direitos sociais básicos. Esse contexto além de ser produtor de vulnerabilidade²¹ é determinante na vivência de uma experiência particular de adolescência e no entendimento do que é saúde, assim como as questões que nesse sentido, merecem ou não atenção³⁵. Quanto a isso, Minayo²⁹ afirma que

“as concepções de saúde e doença são frutos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos que se vinculam ao acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes sobre o assunto e da inter-relação disso tudo. Portanto, saúde e doença são fenômenos sociais não apenas por que expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas porque são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo” (p.355).

Desta forma, o entendimento que a população desse extrato social tem sobre sua própria saúde tem relação direta não com a concepção de saúde dos profissionais, mas com contexto em que ela vive, sendo expressão dele. Soma-se a esse quadro o fato desse perfil da população, pelas condições de vida que possui estruturar sua própria

resistência por meio de estratégias e formas de subjetivação que escapam a capacidade de compreensão dos profissionais³⁵.

Esse cenário, caracterizado pela sinergia entre desigualdade social e fatores subjetivos e psíquicos típicos da adolescência é o responsável pela vulnerabilidade maior deste público em relação ao HIV/AIDS^{1, 21}. Essa vulnerabilidade, por sua vez, deveria ser a razão para uma maior atenção na assistência à saúde dos adolescentes, porém, se apresenta para os profissionais como um obstáculo, um elemento dificultador, transformando a realização de um atendimento de qualidade e resolutivo em um grande desafio.

No que se refere à segunda justificativa, a identificação da postura dos adolescentes como um problema revelou – além da dificuldade em lidar com as especificidades da adolescência - uma determinada concepção do outro, que é visto pelo profissional como alvo de intervenção e não como sujeito, dotado de personalidade, vontade própria e sem a obrigação de corresponder às expectativas de quem atende³¹.

A relação estabelecida entre profissional e usuário caminha na direção da integralidade quando se sustenta numa relação sujeito-sujeito, o que pressupõe uma abertura para o diálogo com o outro, considerando sempre o universo de resistências que ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima do mesmo. Ou seja, esse outro sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos^{30, 31}.

Sendo assim, discutir essa relação é de suma importância quando se tem como propósito a abordagem do HIV/AIDS. Por ser um assunto que envolve a intimidade e a privacidade dos indivíduos, além do preparo técnico no sentido de ter os conhecimentos necessários ao atendimento faz-se indispensável também a capacidade de construção de uma relação de confiança⁶, que por sua vez só pode ter chances de existir entre dois

sujeitos. Desta forma, o sucesso da prática do aconselhamento em HIV/AIDS depende entre outros fatores, da qualidade do encontro entre quem atende e quem é atendido.

6.2 - Solicitação do teste anti-HIV e comunicação de resultados: a rotina encontrada

A realidade em ambas as unidades envolvendo a rotina de solicitação e comunicação de resultados do teste anti-HIV apresenta o seguinte quadro: no que tange a solicitação, a mesma é feita por profissionais médicos e enfermeiros. Não há oferta, o exame é pedido de rotina, junto com os demais exames do Pré-Natal. Do total de entrevistados envolvidos diretamente na solicitação do exame, dois profissionais informaram orientar a gestante sobre o que é o teste, seu objetivo, importância e possíveis resultados.

“Eu explico o que é o teste, qual seu objetivo e a importância dele, explico também o que pode acontecer quanto aos resultados”.
Topázio.

“agente explica o motivo do exame, o porquê tem que pedir, pede para a mulher assinar (...)”. *Ametista.*

As demais falas revelaram a ausência de orientação ou a tentativa de banalizar a realização do exame.

“Eu não peço de uma maneira muito formal tipo: “Olha, eu vou pedir um exame que precisa de uma autorização sua e tal” Falo “olha vamos fazer o exame de HIV topa?” “Ah topo”. Pronto! Não entro muito em questão”. *Ônix.*

“O teste normalmente é solicitado na primeira consulta. A rotina é essa”. Citrino.

Em relação à obtenção do consentimento das mulheres para fazer o exame, o mesmo se dá através da assinatura de um termo padrão, utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para realização de exame de HIV. Diante de gestantes adolescentes os profissionais relataram não haver diferença nessa rotina, com exceção de uma profissional, enfermeira, que afirmou que nessa situação solicita a assinatura de responsável no termo de consentimento.

*“(...) quando é menor peço para a mãe assinar do lado se responsabilizando também e já estando ciente de qual é o pedido”.
Ametista.*

No que diz respeito à oferta e teste anti-HIV para o público adolescente, as recomendações são dadas pelo Ministério da Saúde³⁹, que por sua vez baseou as mesmas em Marcos Legais, entre eles a Convenção Internacional dos Direitos da Criança. Segundo esta, garantir direitos aos adolescentes (menor de 18 anos) nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Esse olhar parte do reconhecimento da importância do protagonismo juvenil como mola propulsora de mudanças positivas, considerando o adolescente sujeito ativo de sua própria vida e participante no que diz respeito às questões do cotidiano e em especial aquelas que envolvem a sua saúde⁴³.

Com base nisso, o MS recomenda que quando se tratar de adolescente (10 a 19 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrito à sua vontade a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras

pessoas. O envolvimento da família é, obviamente, desejável, mas está condicionado à decisão do próprio adolescente³⁹. Desta forma reafirmam-se o respeito às questões como a autonomia sobre a decisão de fazer o teste, o sigilo e a confidencialidade sobre o resultado, independente da idade, conforme preconiza a literatura.

Quanto ao momento de revelação do resultado do exame, ou seja, o momento pós-teste há, em ambas as unidades, condições adequadas de privacidade e a entrada de acompanhantes fica a critério da gestante. As rotinas para comunicação de um resultado negativo para HIV é semelhante nos dois serviços e diante de um resultado positivo há diferenças entre uma unidade e outra. Em relação à primeira possibilidade, tanto o enfermeiro quanto o médico fazem a comunicação. Segundo o relato dos mesmos, a comunicação de um resultado negativo é algo comum em suas rotinas e não há orientações específicas.

“A maioria dos resultados que a gente entrega é negativo e com isso eu já oriento que daqui a uns meses terá que fazer outro”. Safira.

“Se for negativo que é o que a gente tem do grosso aqui a abordagem vai ser feita normalmente”. Citrino.

Quanto à comunicação de um resultado positivo, na Clínica da Família os profissionais entrevistados relataram nunca terem vivenciado a comunicação do mesmo. Perguntados se havia uma rotina para esses casos e como a equipe se organizava diante de tal demanda, as falas apontaram para a ausência de um fluxo de atendimento definido e de preparo para lidar com a situação.

“Quando tiver um positivo, que espero que não tenha... (risos). Aí não sei o que vai ser... Aí tanto adulto quanto adolescente acho que vai ser o mesmo transtorno”. Agatha.

Além da ausência de rotina, a possibilidade da comunicação de um resultado positivo foi citada por uma das entrevistadas como uma situação que impõe ao profissional a necessidade de orientação, diferentemente de um resultado negativo.

“Agora se vier o resultado positivo, assim, na hora a gente como é profissional não tem muita escolha... é explicar como se pega, porque, aí vem a questão dos parceiros, quantos parceiros que teve, se já fez o exame anteriormente, o risco que vai correr com a gravidez”.
Ametista.

Em relação à segunda unidade – o Hospital Maternidade – a realidade encontrada é semelhante, no sentido de que os entrevistados também relataram não terem comunicado até aquele momento, nenhum resultado positivo. Entretanto, há uma rotina pré-definida caso haja a necessidade de tal comunicação. Segundo a profissional responsável pelo Pré-Natal, cabem a ela a revelação e condução da situação.

“Se o resultado der positivo eu entro em contato e marco um dia pra mim e ela vem geralmente com o parceiro... E ao passo que tem o resultado como nós não temos contagem de nada aqui e tem que continuar o tratamento, encaminho para outro serviço pra fazer isso”.
Esmeralda.

A assistente social e a psicóloga entrevistadas, segundo relato, são chamadas a intervir diante das consequências da comunicação de um resultado positivo, atendendo as mulheres que receberam tal diagnóstico na internação para o parto ou no período pós-parto e não no Pré-Natal.

“A situação da AIDS aparece pra mim não no pré-natal, ela vem para mim no pós-parto. Então eu como profissional sou chamada na medida em que essa circunstância (a existência de uma gestante ou puerpera soropositiva) passa a gerar o que a unidade poderia chamar de problema pra ela”. Turmalina.

“Olha, no pré-natal eu nunca peguei, eu já peguei na internação ou depois no puerpério/ pós-parto. Tento fazer a abordagem dentro da perspectiva dos determinantes sociais que envolvem aquela mulher”. Pérola.

O contexto apresentado nas duas unidades apontou a comunicação de um resultado positivo como uma situação de exceção, um problema, a ponto de ser centralizado na figura da responsável pelo serviço, como descrito em relação ao Hospital Maternidade. Já a comunicação de um resultado negativo foi entendida pelos profissionais como algo que dispensa orientações. No que diz respeito às falas da Assistente Social e Psicóloga, o atendimento realizado por elas além de ser isolado e desconectado da estrutura do serviço, é demandado pela unidade em decorrência da formação de ambas, diante da dificuldade de uma equipe em lidar com uma situação envolvendo pacientes diagnosticadas com HIV na emergência da maternidade. Sendo assim, é visível pelos relatos apresentados, que não há fluxo ou rotina que envolva a realização do aconselhamento por parte dos profissionais e estes não procedem com as orientações preconizadas quanto à solicitação do teste e a entrega dos resultados.

A realidade encontrada apontou para o despreparo dos profissionais e o desconhecimento dos mesmos em relação às diretrizes que envolvem a prática do aconselhamento em HIV/AIDS⁶. Soma-se a esse quadro, uma determinada forma de gestão e de organização do serviço e do processo de trabalho encontrado em cada uma das unidades, que por sua vez tem relação direta com a qualidade da atenção prestada a

população. Nesse sentido, os próprios profissionais relataram a vivência de situações conflituosas do ponto de vista ético e o constrangimento a que a população está exposta devido à ausência de rotina envolvendo revelação de resultados positivos para HIV.

“Já vivi sim. Exatamente porque não existe um processo, um fluxo, a ordenação desse processo às vezes se dá de maneira muito conflituosa então uma coisa vem antes da outra, a saúde mental e o serviço social muitas vezes funcionam como organizador de idéias, como um elemento que vai ajudar esse ser que está em desamparo no meio de um tiroteio de informações”. Turmalina.

“Sim. Já presenciei falas como “ah você que não está amamentando que está com HIV não é?” Isso aparece muito na enfermaria e a gente entende que a mulher não precisa ser exposta nesse sentido”. Pérola.

Segundo Matos³¹, cabe aos serviços de saúde organizar suas ações e práticas voltadas para uma apreensão ampliada das necessidades da população - tendo em vista o princípio da integralidade da assistência - não sendo aceitável que essa organização responda exclusivamente às doenças.

Sendo assim, a realização do aconselhamento em HIV/AIDS e a sua efetiva implementação depende, além de profissionais com treinamento específico para tal, de uma organização dos serviços que estabeleça um fluxo definido, de forma a garantir que a realização do teste anti-HIV seja uma oportunidade de incentivo a prevenção e a promoção da saúde.

6.3 - O aconselhamento em HIV/AIDS sob a ótica dos profissionais

Embora tenha se constatado a ausência de uma rotina envolvendo a prática do aconselhamento, os entrevistados afirmaram já ter feito ou fazer o mesmo. Sobre o que eles conhecem a respeito desta prática de saúde, no que tange sua definição, eixos

norteadores e objetivos, as falas revelaram que cada profissional tem um entendimento e uma percepção diferente, não havendo um eixo comum nas abordagens realizadas. O relato a seguir, por exemplo, revelou o aconselhamento entendido como um esclarecimento quanto ao teste anti-HIV e o motivo de sua solicitação.

“Eu realizo aconselhamento... Tento explicar o que é o significado do teste, porque a gente está pedindo, que não é uma coisa “ah estou pedindo porque ela é da favela, é pobre, to pedindo porque são pessoas sujas e tem AIDS”, não é isso. Então acho que é importante também você mostrar para a pessoa que você está fazendo não é motivado por preconceito... É você clarificar as coisas, fazer vínculos, por ai.” Topázio.

As falas da Assistente Social e da enfermeira relacionaram o aconselhamento ao suporte emocional, diante da entrega de um resultado positivo e as orientações a gestante quanto à infecção pelo HIV, no que envolve o tratamento e a transmissão vertical.

“Acredito que não se deva pegar o aconselhamento como uma coisa que eu tenho que dizer para o outro como ele deve se comportar daqui pra frente, porque eu não sei como ele está naquele momento... Então eu vejo muito mais como acolher, como ele entendeu aquele resultado e isso tem que ser trabalhado aos poucos, não de uma forma única... tento trabalhar as novas possibilidades de vida”. Pérola.

“Mostrar os caminhos, o que tem de tratamento, mostrar que ela pode ter uma vida relativamente normal e que o bebê pode não ter a doença, esse que eu acho que é o mais importante em uma mulher grávida”. Agatha.

Um médico entrevistado percebeu a realização do aconselhamento como oportunidade para a promoção da saúde sexual e acolhimento diante da comunicação de um resultado positivo. O entendimento da psicóloga expressou um questionamento quanto ao conceito de aconselhamento, que foi visto por sua vez, pelo viés da orientação.

“Eu acho que tem duas situações assim, uma que acho que tem a ver com promoção de uma boa vida sexual. Daí, essa pessoa faz parte de uma comunidade, tem seus relacionamentos afetivos e sexuais. Como é que essa pessoa se relaciona? E eu sempre pergunto assim. A outra situação de aconselhamento é a questão do soropositivo no diagnóstico. O que eu procuro transmitir para as pessoas é isso: “o diagnóstico teve? Teve. “Mas você está aqui com a gente, estamos te acompanhando”. Ônix.

“Aconselhamento é uma palavra complicada para a gente de saúde mental. Às vezes a história passa por um viés da orientação devido à precariedade da compreensão e pela força cultural como as coisas são estabelecidas na vivência dessa adolescente ou adulta. A gente leva a reflexão, mesmo quando existe uma precariedade...”
Turmalina.

As falas revelaram que cada profissional realiza o aconselhamento ao seu modo, a partir de um determinado entendimento sobre o mesmo e relaciona a sua realização a situações diferentes. Pode se identificar, pelos relatos, o aconselhamento como oportunidade para esclarecimentos e orientações, promoção da saúde sexual e acolhimento.

É fato que cada profissional tem habilidades, formação e uma experiência profissional distinta, o que explica a variedade de olhares e enfoques sobre o aconselhamento em HIV/AIDS. Entretanto, esta prática de saúde possui diretrizes, eixos norteadores que, como o próprio nome indica, não tem a intenção de padronizar a realização do aconselhamento, mas de garantir que o mesmo atinja seus objetivos junto ao usuário⁶. Desta forma, faz-se necessário que os profissionais conheçam tais diretrizes.

Em suma, neste estudo identificou-se que a realização do aconselhamento depende da iniciativa individual do profissional e da relação que o mesmo estabelece ou não com o usuário. O conteúdo abordado variou com a formação, a vivência profissional de cada um e a inserção no processo de trabalho das equipes e na rotina das instituições. Essas variáveis vão determinar o foco que cada um vai dar no momento em que se propor a realizar o aconselhamento ou verificar a necessidade do mesmo.

Corroboram nossos dados o estudo de Carneiro e Coelho³⁸, que analisou o cuidado profissional a mulheres que tomaram ciência da positividade para o HIV durante o trabalho de parto ou puerpério. Segundo as autoras, “as mulheres não são aconselhadas, seja no pré-natal, no trabalho de parto ou puerpério, contrariando o que é defendido pelo Ministério da Saúde” (p.1224). Em relação à incorporação da prática do aconselhamento na rotina dos serviços, o estudo em questão aponta que a ausência do aconselhamento e as orientações superficiais em torno do teste anti-HIV são reflexos da incorporação do exame segundo o modelo fragmentado de atenção à saúde, o que por sua vez reforça a subalternidade do poder decisório da mulher que é submetida ao teste de forma compulsória e sem as devidas orientações.

Um segundo estudo³⁷, que teve como objetivo conhecer e discutir a realização do aconselhamento pré-teste coletivo, identificou situação similar ao constatar que tal

prática não faz parte da rotina de atividades dos profissionais, apesar destes reconhecerem a importância do mesmo. Deste modo, percebe-se que a efetivação da prática do aconselhamento em HIV/AIDS se caracteriza como um desafio, algo que está distante de se efetivar no cotidiano dos serviços de saúde.

6.4 - Potencialidades e obstáculos à realização do aconselhamento em HIV/AIDS na rotina dos serviços

Como foi descrito nos capítulos anteriores, constatou-se o desconhecimento por parte dos entrevistados acerca das diretrizes que envolvem o aconselhamento e uma ausência de rotina nos serviços pesquisados que garanta a realização do mesmo. Desta forma, no que tange especificamente esta prática de saúde, foi verificada junto aos profissionais a participação dos mesmos em treinamento e os limites e potencialidades identificados nesse contexto. Quanto às responsáveis pelos serviços em questão, foi verificada a oferta de capacitação ou atualização para a equipe e aspectos quanto à organização do processo de trabalho.

No que tange a primeira questão, verificou-se com os entrevistados se os mesmos tiveram, em algum momento, a oportunidade de ter acesso a treinamento ou capacitação. Do conjunto de nove entrevistados, oito afirmaram nunca ter tido oportunidade de treinamento para aconselhamento em HIV/AIDS.

“Não, nunca, em dez anos de profissão, nunca recebi nenhuma possibilidade de capacitação nesse sentido”. Pérola.

“Não, eu tive treinamento na época que eu trabalhei lá na Bemfan, na década de 80”. Citrino.

“Até o momento aqui na Unidade não... Tive isso só na minha residência. Aqui ainda não tive”. Topázio.

Em relação aos fatores que podem favorecer ou dificultar a realização do aconselhamento, os profissionais apontaram a ausência de vínculo com o usuário, a dificuldade de abordar o assunto do HIV/AIDS e falta de prática como dificultadores.

“é ruim não ter um elo com o paciente... Porque pra gente também é uma barreira, é difícil dar um resultado desses. Então esse é um dificultador.” Ametista.

“Como eu falei acho que tudo é uma questão de vínculo, o quanto o paciente confia em você, o quanto ele entende o que você está falando...”. Topázio.

“A falta de prática dificulta muito. Não é conhecimento teórico... Conhecimento teórico ele está na base obviamente, mas eu acho que para atuar você não pode ser... recém-formado. Pra lidar com isso você tem que ter capacidade de ver o todo, para enxergar as partes, Então o técnico ele tem de ser antes de tudo alguém que saiba ouvir muito bem, que tenha experiência em ambiente de resolutividade, porque ele vai olhar para esse indivíduo e ele tem que saber para o que encaminhar, de onde este sujeito está vindo e em que ponto esse sujeito se encontra pra que ele possa alinhar questões essenciais daquele indivíduo naquele momento”. Turmalina.

A realização do aconselhamento em HIV/AIDS pelos profissionais de saúde envolve, no âmbito da atuação em particular, duas questões. A primeira diz respeito à relação estabelecida com o usuário e a capacidade para a formação de vínculo com o mesmo. Esse aspecto, assim como as questões complexas que envolvem a construção

dessa relação, foi discutido no primeiro item da análise dos dados, no capítulo seis deste trabalho.

A segunda questão está relacionada ao preparo técnico do profissional para realizar o aconselhamento. Esse preparo envolve além de conhecimentos teóricos específicos, o desenvolvimento de habilidades particularmente necessárias para uma abordagem resolutiva e acolhedora diante do problema do HIV/AIDS⁶. Nesse sentido, o treinamento tem fundamental importância e apresenta um formato próprio para a capacitação nesta área temática.

Segundo as diretrizes contidas em manual de referência⁶, a metodologia dos treinamentos deve ser essencialmente participativa, possibilitando aos profissionais o resgate e o aprimoramento de suas habilidades para lidar com os aspectos afetivo-emocionais presentes na relação de assistência aos usuários. Os treinamentos, além de sessões expositivo-dialogadas, devem contemplar dinâmicas de grupo, oficinas de sensibilização e vivência assim como técnicas de expressão de sentimentos, tendo como objetivo oferecer o suporte necessário também ao profissional. Cabe lembrar que a dificuldade em abordar o assunto do HIV/AIDS esteve presente de forma recorrente nas falas dos entrevistados e mesmo sendo inquestionável a importância da oferta do treinamento é fato que o mesmo por si só não é capaz de solucionar os dilemas da formação moral que envolve a atuação de cada um na abordagem de temas como sexualidade.

A ausência de oportunidade de treinamento em aconselhamento relatada pelos profissionais indica lacunas e necessidades no que diz respeito à Política de formação e educação permanente do SUS. Essas lacunas por sua vez explicam o descompasso entre os avanços no debate em torno da assistência no campo do HIV/AIDS e a compreensão restrita que os profissionais entrevistados expressaram sobre o tema. Essa compreensão

é produto do contexto histórico e social no qual os mesmos se formaram e no qual a epidemia de HIV/AIDS apresentava uma conformação diferente da realidade de hoje. Considerar o fator tempo é fundamental, pois segundo Thompson²⁸ a reconstrução dos contextos espaço-temporais elucida as condições em que as formas simbólicas são ou foram produzidas.

Há de se considerar também que a participação dos profissionais em treinamento e a oferta isolada do mesmo não são suficientes para que o aconselhamento seja realizado. Corrobora tal afirmação estudo de Araujo³⁷ que apontou que, mesmo depois de treinados, os profissionais não realizam o mesmo. Desta forma, para garantir a efetivação desta prática de saúde faz-se necessário também a discussão em torno das questões que envolvem o processo de trabalho e a gestão em saúde, considerando desta forma o contexto em que a atuação dos profissionais se realiza.

Segundo as diretrizes que envolvem o aconselhamento em HIV/AIDS, estabelecer uma uniformidade mínima das ações é condição essencial para a avaliação da sua efetividade⁶. Deste modo, é preconizado que os serviços se organizem no sentido de viabilizar a existência de um sistema de registro das atividades de aconselhamento e a elaboração e utilização de instrumento padrão de monitoria, visando à reflexão permanente da equipe e a resolutividade desta prática de saúde⁶. Em ambas as unidades foram verificadas a inexistência de tais instrumentos, assim como de projetos para implantação dos mesmos. Durante o período de observação, foi constatada apenas a existência de impressos e divulgação de material informativo sobre a importância do teste anti-HIV nos murais das unidades.

É recomendado também que existam, no cotidiano do trabalho dos profissionais, momentos de supervisão e avaliação, capacitação e treinamento, e reuniões de equipe regulares. É importante ainda a existência de um profissional de saúde mental nos

momentos de supervisão, avaliação e de capacitação, tendo em vista a predominância do componente psicológico no processo de aconselhamento⁶. Quanto à supervisão e avaliação, foi constatada a inexistência das mesmas, de acordo com as responsáveis pelos serviços. Questionadas se havia uma rotina de capacitação ou atualização das normas do MS, as falas revelaram a inexistência desse aspecto ou o desconhecimento quanto ao mesmo.

“Não há atualização. Há muito tempo que não tem. Uns cinco anos que não tem. Treinamento... que tipo de treinamento? o que tem que ter é mão de obra e hoje isso não tem mais; eu acho assim, o erro primário hoje em dia não é esse não, o erro primário é o RH-Recursos Humanos”. Esmeralda.

“Toda e qualquer orientação e instrução são passada pela CAP. Os nossos treinamentos, e as nossas organizações, as nossas discussões, oficinas, são sempre propostas da CAP”. Rubi.

Em relação a esta última fala, cabem algumas considerações. Embora a profissional em questão ocupe o cargo de gerente da unidade, sua fala evidencia sua ingerência em relação à organização do serviço. Em relação a essa situação vale lembrar que a Clínica da Família é uma unidade de saúde terceirizada, sob a responsabilidade administrativa de uma Organização Social que por sua vez, presta serviços a Prefeitura. Esta última, através da Coordenação de Área Programática – CAP supervisiona os serviços prestados, segundo relato da própria profissional.

Quanto à existência de reuniões de equipe, a realidade de cada unidade é diferente. Em relação ao Hospital Maternidade, as reuniões não ocorrem, conforme explanação abaixo.

Não, não há reunião de equipe. Hoje em dia não tem equipe. Hoje a equipe consta de dois médicos que fazem cada um, um horário. Então são dois médicos fazendo dois horários de pré-natal. Mas existia, há uns quatro anos atrás quando existiam uns dez médicos, agente fazia, buscava, chamava “vamos tentar, vamos discutir o caso, o que vamos fazer”, mas não tem mais. Acabou. Esmeralda.

A situação encontrada na Clínica da Família aponta para a existência de reuniões de equipe, seguindo a lógica de organização do serviço.

“Em cada equipe. Cada equipe faz a sua reunião, por isso que elas são distintas”. Rubi.

A dinâmica da CF também é distinta em relação à lógica de trabalho. O território atendido pelos profissionais é dividido em 08 microrregiões, cada uma com sua equipe de profissionais. Desta forma, as oito equipes se reúnem de forma isolada, não havendo uma reunião com todos os profissionais que compõem o serviço.

A preocupação em entrevistar as profissionais responsáveis pelos serviços partiu do reconhecimento do papel estratégico das mesmas na articulação do processo de trabalho e na conformação das rotinas das equipes, fundamental para a efetivação do aconselhamento em HIV/AIDS nos serviços. Entretanto, a realidade encontrada revelou que o desenvolvimento das atribuições esperadas por parte destas profissionais é condicionado por variáveis complexas, anteriores ao processo de gestão em si. Nesse sentido, a situação crítica de recursos humanos encontrada no HM e o modelo de gestão da CF influenciam diretamente no desempenho das profissionais na gestão dos serviços pesquisados.

Os dados encontrados nesse estudo refletem a realidade de serviços que, além da precariedade no que diz respeito à questão de Recursos Humanos, apresentaram um nível significativo de fragmentação das ações e do processo de trabalho. A clínica da família, cuja proposta é o fortalecimento da atenção básica, apresentou na unidade pesquisada um serviço focado em consultas e exames, centrado num modelo de queixa-conduta, distante da promoção e prevenção da saúde que deveriam ser os eixos principais da assistência prestada à população. Como já citado anteriormente, a unidade (que atende uma das maiores comunidades do município do RJ) é administrada por uma prestadora de serviços contratada pela prefeitura, responsável também pela contratação dos profissionais. Em relação ao impacto deste modelo de gestão, cabem algumas considerações.

Um estudo que analisou a lógica da gestão de recursos humanos na atenção básica em determinadas regiões do país⁴⁴ apontou que esse modelo terceirizado (comum em vários municípios) dificulta o estabelecimento de vínculo dos profissionais com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho no PSF. Os resultados desta pesquisa apontaram também que as formas adotadas pelas secretarias municipais de saúde para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do PSF geram alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas, alta rotatividade de profissionais, podendo levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos, por vezes, extremamente deletérios sobre os usuários⁴⁴. Cabe lembrar, a título de exemplo, que a CF em questão tinha a época da pesquisa um pouco mais de 01 ano de existência e uma gerente com apenas 03 meses de trabalho.

Quanto ao Hospital Maternidade, uma das maiores referências na oferta de atendimento às mulheres no município, foi encontrada uma equipe com um número

extremamente reduzido de profissionais, situação que impôs a necessidade de fechar o serviço de pré-natal para novas gestantes, como condição para manter funcionando a emergência da unidade. O contexto, marcado pela racionalização dos recursos humanos, é consequência do déficit na reposição do quadro de servidores ao longo dos anos.

Em suma, a questão dos recursos humanos se destaca como problemática central em ambas as unidades e as consequências desta vulnerabilidade institucional implicam diretamente no processo de trabalho, na medida em que dificulta o planejamento e limita o desenvolvimento das ações, ocasionando a descontinuidade das mesmas e impactando diretamente na oferta e na qualidade do serviço prestado. Fica evidente que nesse contexto, o aconselhamento - que está intrinsecamente ligado à qualidade do atendimento - passa a não ser prioridade.

VII - Considerações finais

A realidade encontrada nos serviços que serviram de campo de investigação para o presente estudo revelou o desafio que perpassa a oferta de um atendimento de qualidade para a população. Se por um lado nós temos uma política de saúde extremamente progressista em sua concepção, com avanços internacionalmente reconhecidos no campo da política de AIDS e um debate fortemente emancipatório no que tange os direitos das mulheres, por outro nos deparamos com a dificuldade e a complexidade que envolve a operacionalização de todos esses avanços no campo da assistência. Exemplifica a ambigüidade dessa situação o próprio objeto de estudo em questão. O teste anti-HIV foi estendido aos serviços de Pré-Natal justamente na tentativa de enfrentamento do processo de feminização da epidemia de HIV/AIDS (citar). Entretanto, os dados expostos neste trabalho revelam que o mesmo vem sendo feito de forma indiscriminada e compulsória, e na medida em que o aconselhamento não

é incorporado ao mesmo, a testagem acaba por não beneficiar a mulher, pois reforça a medicalização e o controle do corpo feminino, não aproveita a dimensão preventiva inerente ao exame e põe em dúvida a qualidade dos serviços de Pré-Natal.

Nesse sentido, o olhar se direciona aos serviços de saúde, esfera na qual se efetiva a assistência e onde ocorre o encontro entre profissionais e usuários. Em relação a esse encontro, algumas considerações devem ser feitas.

A concepção de sujeito que o profissional possui define o tipo de relação que o mesmo estabelece com o usuário, seja a nível individual ou em trabalhos coletivos. As relações hierarquizadas, caracterizadas pela ausência de escuta e acolhimento, contribuem para a imposição de saberes e práticas em contraponto ao conhecimento e as escolhas pessoais das mulheres, desconsiderando desta forma a história e singularidade das mesmas. A compreensão dos usuários não como pessoas que precisam de informação, mas como homens e mulheres sujeitos de suas vidas e capazes de fazer suas escolhas diante do mundo é fundamental para mudar esse quadro.

Os profissionais que trabalham com questões como prevenção e aconselhamento, em sua grande maioria, não possuem conhecimentos a cerca das questões de gênero que perpassam a inserção de homens e mulheres na sociedade. Em relação às adolescentes, esse quadro se torna ainda mais preocupante, ao se verificar a dificuldade encontrada na abordagem a essa público que desconsidera todas as especificidades que caracterizam essa fase da vida e tornam ainda mais necessária um atendimento de qualidade. Desta forma, a atuação profissional acaba contribuindo e reforçando determinados estigmas e preconceitos. Segundo Bastos⁷

“Atendimentos inadequados são dirigidos preferencialmente sobre mulheres de classes mais pobres, infantilizadas por orientações e aconselhamentos parciais e errôneos. Portanto, do ponto de vista das intervenções preventivas desenvolvidas por profissionais, as mulheres pobres não se beneficiam, como deveriam, das melhores

praticas disponíveis, que poderiam, ao menos em parte, compensar a maior vulnerabilização dessa população frente à infecção pelo HIV e as demais IST” (p. 14).

Acrescentam-se a ausência de preparo técnico, os dilemas subjetivos que surgem diante dos profissionais ao se depararem com todas as questões que envolvem a abordagem de um assunto como a AIDS.

Quanto ao cenário onde ocorre esse encontro, o mesmo vem sendo alvo de um processo de sucateamento, consequência das implicações advindas do modelo neoliberal na gestão da saúde e de seus recursos. A falta de capacitação e qualificação dos profissionais, assim como a precarização no âmbito das relações laborais são algumas das consequências deste processo. É fato que o trabalho dos profissionais de saúde demanda mais coordenação, avaliação externa e supervisão como condição para se obter serviços eficientes e profissionais motivados e criativos. Entretanto, isso só é possível em condições adequadas de trabalho, o que depende por sua vez do enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de recursos humanos no SUS⁴⁴.

Entender o panorama estrutural e a relação dialética entre a esfera macro e micro social é o ponto de partida para uma análise de fato crítica. Existem limites e possibilidades e o reconhecimento destes é fundamental na construção de estratégias que visem à melhoria do serviço e a qualidade da assistência. Nesse sentido, Mattos⁴⁰ sinaliza para a necessidade da superação da dicotomia entre uma postura voluntarista - que ignora os constrangimentos que a estrutura conforma - e uma postura estruturalista que não encontra alternativas ao que é criticável na realidade.

Normas, protocolos e diretrizes se efetivam por meio de ações concretas, desenvolvidas por profissionais que estão na linha de frente das políticas públicas. Sendo assim, a identificação das possibilidades passa pelo reconhecimento de que o

trabalho de todos os trabalhadores do SUS se institui como um desafio cotidiano, de construção complexa e permanente.

Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Programa Nacional de DST e AIDS – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST, Ano VIII – nº 1. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Programa Nacional de DST/AIDS. Editora do Ministério da Saúde, 2011.

3. BARBOSA, R. M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In. BERQUÓ, Elza (org.). Sexo e Vida – Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e de Sífilis – Manual de Bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Programa Nacional de DST/AIDS. Editora do Ministério da Saúde, 2007.

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em gestantes. Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2006.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 1997.

7. BASTOS FI, A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. In Saúde Sexual e Reprodutiva nº 3. Coleção ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS / 2000.

8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006, Relatório. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2008.

9. MINISTÉRIO DA SAÚDE Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90 de 19.9.1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

10. CAMARGO JR, KENNETH, R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R. Matos, R. Kenneth, R. Camargo, JR. Organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO: 2003. p. 35-43.

11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Assistência Integral á Saúde da Mulher: bases para uma ação programática. Brasília, 1983.

12. OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 14, supl. 1; Rio de Janeiro, 1998.

13. COSTA, Ana Maria. "Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil". In: GIFFIN, Karen, COSTA, Sarah. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

14. CORRÊA, Sonia. "Saúde reprodutiva", gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In Giffin, Karen e Costa, Sarah (orgs.), Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

15 MATHIEU, Nicole-Claude. "Sexo e Gênero". In: H. HIRATA, F. LABORIE, H. LE DOARÉ e ad. Senatier, Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: UNESP: 2009

16. KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In. PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria (orgs). Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidade e poder- IMS/UERJ - pp. 122-136, 1999.

17. FERACIN, J. C. F. Atitudes e sentimentos das mulheres que vivenciaram a gravidez e a soropositividade ao vírus HIV. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP. [s, n], 2002.

18. AYRES, J.R.C. M; FRANÇA, Jr., I. CALAZANS, G.J; SALETTI, F.C.H. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de AIDS. In: PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria (orgs.). Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidade e poder-IMS/UERJ - pp. 50-72, 1999.

19. REATO, L.F.N.; PICANÇO, M.R.A. Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência. In: LOPES, F. A.; CAMPOS, JR, D. Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de pediatria. Barueri, São Paulo: Manole, seção 9: cap. 3, 2007.

20. SUAREZ, E.N, Y KRAUSKOPF, D. El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Uma perspectiva psicossocial. Washington D.C. Organización Panamericana de La Salud, 1995.

21. TAQUETTE, S.R., O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/AIDS. In: TAQUETTE, Stella R (org). AIDS e juventude, gênero classe e raça. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, p. 135-154, 2009.

22. AQUINO, E. M. L; HEILBORN, M. L; KNAUTH, D. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública. Vol.19. Rio de Janeiro, p. 377-388, 2003.

23. MINISTERIO DA SAUDE. Aconselhamento em DST e HIV/AIDS para a atenção básica. Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2003.
24. TAQUETTE, S.R., Contribuições para as políticas públicas de enfrentamento à feminização da AIDS e outras DST. In: TAQUETTE, Stella R (org). AIDS e juventude, gênero classe e raça. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, p. 87-93, 2009.
25. FRANÇA, Jr., I. CALAZANS, G.J; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 84-97, 2008.
26. MINAYO, M. C. S Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 22ª edição, 2003.
27. CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.) Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 22ª edição, 2003.
28. THOMPSON, JB. Teoria Social Crítica na Era dos Meios de Comunicação de Massa. Petrópolis: Vozes, 1998.

- 29 MINAYO, M. C. S., 1992. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 12^a edição.
30. AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, 2001, p. 63- 72
31. MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In. PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
32. SORRENTINO, S. O SUS e a saúde da mulher. *J. Rede*, 2(7): 1, 1994.
33. FRANÇA, J. I; CALAZANS, G; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública* / v. 42, p. 84-97, 2008.
34. HEILBORN, M. L. Uma abordagem sociológica da adolescência. In. TAQUETTE, S.R. (org.). *AIDS e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2009. 289 p.
35. CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde. In. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 573-583 jul.-set. 2005.

36. ARAUJO, C. L. F. A solicitação do teste anti-HIV no Pré-Natal em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: políticas e realidades. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
37. ARAUJO, M. A. L; VIEIRA, N. F. C; ARAUJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV no Pré-Natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.33, p.122-135, 2009.
38. CARNEIRO, A. J. S; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*. Jun 2010. v.15 suppl.1, p.1216-1226.
39. MINISTÉRIO DA SAUDE Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: 2005. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
40. MATTOS, R. A. de. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In. MATTA,G.C; LIMA, J. C. F. (org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / EPSJV, 2008. p. 313-352.
41. UNAIDS/ONUSIDA. Relatório para o dia mundial de luta contra a AIDS/SIDA 2011. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/arquivos/FS -Global.pdf> / Acesso em 20/01/2012.

42. VITALLE, M. S. S; AMANCIO, O. M. S; Gravidez na adolescência. In Brazilian Pediatric News, São Paulo, v. 3, n. 3, 2001.

43. ZILAH, V. M; RUZANY, M. H. Promoção de Saúde e Protagonismo Juvenil. In. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

44. JUNQUEIRA, T. S; COTTA, R. M. M.; GOMES, R. C.; SILVEIRA, S. F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; PINHEIRO, T. M. M; SAMPAIO, R. F.. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5): 918-928, mai, 2010.

IX ANEXOS

9.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

A prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal: um olhar sobre a assistência prestada às gestantes no município do Rio de Janeiro.

Você está sendo convidado a participar como voluntário desta pesquisa que tem como objeto de estudo a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal de unidades de saúde deste município.

O objetivo desta pesquisa é analisar a prática do aconselhamento em HIV/AIDS no Pré-Natal, tendo em vista as diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde e a importância desta prática na efetivação de um atendimento integral as mulheres.

Acreditamos que ela seja importante devido ao crescente número de mulheres infectadas pelo vírus HIV e o impacto dessa contaminação na vida e na saúde das mesmas e de suas famílias.

Esta pesquisa será realizada da seguinte forma: a pesquisadora responsável permanecerá no serviço, por um período de tempo determinado com o intuito de observar a rotina e o cotidiano do trabalho desenvolvido. Concomitante a observação serão realizadas entrevistas individuais com perguntas sobre a rotina para solicitação e realização do teste anti-HIV na unidade, os profissionais envolvidos na assistência à gestante e o atendimento prestado por estes.

Sua participação na pesquisa será através da entrevista individual descrita acima, que será gravada e registrada por meio de um questionário, sendo transcrita em momento posterior para análise.

Devido à natureza da pesquisa, os riscos em participar da mesma são nulos e os benefícios esperados serão de ordem coletiva, na direção do fortalecimento das políticas públicas relacionadas ao objeto de estudo.

As informações que você prestar estarão sob total sigilo profissional, de forma que seus dados pessoais não serão divulgados ou revelados de forma a não possibilitar sua identificação. Em caso de publicação da pesquisa, sua contribuição será anônima.

É importante esclarecer que você pode se recusar a participar da pesquisa, retirando sua permissão a qualquer momento sem dano ou prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar dúvidas ou solicitar qualquer esclarecimento que se faça necessário com a pesquisadora responsável Ana Aline no telefone (21) 99334499. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que estará sob contato

permanente; ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone 3971-1590.

Eu,

.....
após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado sobre a natureza, propósito e demais aspectos do estudo. Ficou claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos aos quais serei submetido, assim como da ausência de riscos e da natureza dos benefícios. Estou ciente também da garantia de confidencialidade de meus dados pessoais e da garantia de esclarecimentos sempre que desejar. É de meu conhecimento que os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e concordo que não procurarei restringir o uso que se fará sobre os resultados do estudo. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar do mesmo.

Nome do voluntário: _____

Assinatura do Voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para participação neste estudo.

Nome do investigador/ responsável pela pesquisa: _____

Assinatura do Responsável pela Pesquisa e investigador

Pesquisador

Nome: Ana Aline da Silva

Telefones para contato: (21) 99334499

Endereço eletrônico: ana.alinerj@uol.com.br

CEP responsável pela autorização da pesquisa

Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo

Telefone: 2554-1730

Endereço eletrônico: cepiff@iff.fiocruz.br

Rio de Janeiro, ____/____/____

9.2 - Roteiro de observação

Instrumento para registro das informações obtidas: Diário de campo.

Aproximação inicial com a unidade

- Mapeamento dos profissionais que trabalham no ambulatório de Pré-Natal para selecionar os entrevistados;

Acesso:

- Organização da porta de entrada: recepção, critérios para inserção no Pré-Natal, rotina para marcação de consulta;
- Horário de chegada das usuárias;
- Horário de início das consultas;

Atendimento:

**Momento da oferta, solicitação do teste anti-HIV entrega de resultado:*

- Aspectos quanto ao espaço físico das salas para consulta (garantia de privacidade);
- Profissionais envolvidos nas consultas (categorias e hierarquia – staff e residentes)

**Momento da oferta do teste anti-HIV*

- Existência de atividades educativas e coletivas;
- Aspectos quanto ao espaço para atividades educativas e coletivas;
- Profissionais envolvidos nas atividades educativas;
- Tempo aproximado das atividades educativas;
- Participação das mulheres nas atividades;
- Conteúdo abordado nas atividades educativas;
- Outros atendimentos prestados - nutrição, serviço social, psicologia – formas de acesso;
- Número aproximado de gestantes atendidas por dia na unidade; (volume de atendimento);
- Número aproximado de gestantes atendidas por profissional;
- Número aproximado de gestantes adolescentes inseridas no Pré-Natal da unidade;
- Presença e entrada de acompanhantes com gestantes adultas;
- Presença e entrada de acompanhantes com gestantes adolescentes;

9.2 - Roteiro de observação

Instrumento para registro das informações obtidas: Diário de campo.

Aproximação inicial com a unidade

- Mapeamento dos profissionais que trabalham no ambulatório de Pré-Natal para selecionar os entrevistados;

Acesso:

- Organização da porta de entrada: recepção, critérios para inserção no Pré-Natal, rotina para marcação de consulta;
- Horário de chegada das usuárias;
- Horário de início das consultas;

Atendimento:

**Momento da oferta, solicitação do teste anti-HIV entrega de resultado:*

- Aspectos quanto ao espaço físico das salas para consulta (garantia de privacidade);
- Profissionais envolvidos nas consultas (categorias e hierarquia – staff e residentes)

**Momento da oferta do teste anti-HIV*

- Existência de atividades educativas e coletivas;
- Aspectos quanto ao espaço para atividades educativas e coletivas;
- Profissionais envolvidos nas atividades educativas;
- Tempo aproximado das atividades educativas;
- Participação das mulheres nas atividades;
- Conteúdo abordado nas atividades educativas;
- Outros atendimentos prestados - nutrição, serviço social, psicologia – formas de acesso;
- Número aproximado de gestantes atendidas por dia na unidade; (volume de atendimento);
- Número aproximado de gestantes atendidas por profissional;
- Número aproximado de gestantes adolescentes inseridas no Pré-Natal da unidade;
- Presença e entrada de acompanhantes com gestantes adultas;
- Presença e entrada de acompanhantes com gestantes adolescentes;

Organização do serviço quanto à oferta e testagem anti-HIV

- Observação quanto à:
 - existência de protocolos de fluxos e rotinas;
 - existência de termos de consentimento para testagem;
 - existência de um sistema de registro das atividades de aconselhamento.
 - existência de instrumento de monitoria da atividade de aconselhamento;
 - existência de projetos para implantação de tais instrumentos;
 - existência de impressos e a divulgação de material informativo (cartazes, folders e murais sobre a importância do teste anti-HIV);

Organização do processo de trabalho da equipe quanto à prática do aconselhamento

- Observação quanto à:
 - existência de momentos de capacitação / treinamento;
 - existência de momentos de supervisão e avaliação;
 - existência de reuniões de equipe regulares e os profissionais envolvidos;
 - existência de um profissional de saúde mental nos momentos de capacitação/ treinamento, supervisão e avaliação.

9.3 – Roteiro entrevista semi-estruturada

Profissional de saúde responsável pelo Pré-Natal

Unidade:

Apresentação do profissional

Nome e sexo:

Categoria profissional e especialidade.....

Tempo de formação..... Tempo na unidade.....

Quanto tempo no cargo de chefia.....

Experiência anterior em cargo de chefia: () sim () não

Vínculo de trabalho com a unidade.....

- 1). Existe uma rotina para atualização das normas do MS? Com acontece?

- 2) Como você percebe a abordagem do problema AIDS no Pré-Natal nos últimos anos?

- 3) O que você entende por aconselhamento em HIV/AIDS e como isto se dá no seu local de trabalho?

- 4) Como se dá esse processo quando envolve gestantes adolescentes?

- 5) Qual o papel do Pré-Natal diante da infecção pelo HIV entre as adolescentes?

- 6) Como é feito o monitoramento dos casos de aconselhamento?

- 7) Como o serviço se organiza para atender a necessidade de treinamento em aconselhamento para a equipe?

- 8) há uma reunião regular de equipe? Como se dá?

9) Que fatores podem impedir ou dificultar os profissionais de realizarem o aconselhamento na rotina dos serviços de Pré-Natal?

10) o que você considera que o aconselhamento representa para as mulheres atendidas?

9.4 - Roteiro entrevista semi-estruturada

Profissional de saúde

Unidade:

Apresentação do profissional

Nome e sexo.....

Categoria profissional e especialidade:.....

Hierarquia no serviço – Staff ou Residente:.....

Tempo de formação..... Tempo na unidade.....

Vínculo de trabalho com a unidade.....

Professa alguma religião?.....

- 1). Como é para você abordar o problema do HIV/AIDS no Pré-Natal?

- 2). Como você procede quanto à solicitação do teste anti-HIV e a revelação do resultado junto à gestante?

- 3). Como se dá esse processo quando envolve uma gestante adolescente?

- 4). No que tange a questão ética, já vivenciou alguma situação conflituosa envolvendo revelação de teste para HIV?

- 5). O que você entende por aconselhamento?

- 6). A seu ver, qual é a finalidade do aconselhamento?

- 7). Na sua percepção, você realiza ou em algum momento já realizou aconselhamento em HIV/AIDS? Se sim, o que você aborda junto à gestante?

- 8). Como é para você abordar a questão do HIV/AIDS com as adolescentes?

- 9). Que fatores podem dificultar ou favorecer a realização do aconselhamento na rotina do Pré-Natal?

10). Você teve acesso a treinamento ou atualização profissional p/ fazer o aconselhamento? Se sim, como foi?

11). O que o aconselhamento representa para a mulher que você atende?

Organização do serviço quanto à oferta e testagem anti-HIV

- Observação quanto à:
 - existência de protocolos de fluxos e rotinas;
 - existência de termos de consentimento para testagem;
 - existência de um sistema de registro das atividades de aconselhamento.
 - existência de instrumento de monitoria da atividade de aconselhamento;
 - existência de projetos para implantação de tais instrumentos;
 - existência de impressos e a divulgação de material informativo (cartazes, folders e murais sobre a importância do teste anti-HIV);

Organização do processo de trabalho da equipe quanto à prática do aconselhamento

- Observação quanto à:
 - existência de momentos de capacitação / treinamento;
 - existência de momentos de supervisão e avaliação;
 - existência de reuniões de equipe regulares e os profissionais envolvidos;
 - existência de um profissional de saúde mental nos momentos de capacitação/ treinamento, supervisão e avaliação.