

ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE ANTI HIV EM GESTANTES EM FORTALEZA, CEARÁ*

ANTI-HIV PRE AND POST TEST COUNSELING IN PREGNANT IN FORTALEZA, CEARÁ

Maria Alix Leite Araújo¹; Neiva Francenely Cunha Vieira²; Marli Teresinha Gimenez Galvão³

¹ Doutora. Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

² Doutora. Professora do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

³ Doutora. Professora do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Correspondência: (alix.araujo@secrel.com.br)

* Artigo extraído da tese: Avaliação da Implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal.

RESUMO

Analisar o aconselhamento individual pré e pós-teste anti-HIV em uma Unidade básica de Saúde da Família de Fortaleza – Ceará. Desenvolveu-se pesquisa avaliativa com participação de médicos e enfermeiros entre 2004 e 2005, em Fortaleza- Ceará. Para a coleta de dados utilizaram-se entrevista aberta e observação participante e para a análise o referencial teórico de aconselhamento do Ministério da Saúde. Os resultados apontam que os profissionais não realizam o aconselhamento individual pré e pós-teste anti-HIV durante as consultas de pré-natal. Desconsideram que o aconselhamento pré-teste pode instrumentalizar a gestante na decisão de realizar o teste. Os profissionais de saúde se limitam a incluir o teste anti-HIV no rol de solicitação dos exames de rotina do pré-natal e não contemplam os componentes do aconselhamento.

Palavras-chaves: Aconselhamento, Gestantes, Sorodiagnóstico da Aids, Atenção Primária à Saúde, HIV.

ABSTRACT

To analyze how health professionals develop the individual counseling before and after a HIV testing in family health units in Fortaleza Ceará. Three doctors and four nurses participated in the study. The data was compiled from august 2004 to February 2005 by open interview, participant observation and analyzed used the theoretical counseling referential of the Ministry of Health. The results show that health professionals do not use individual counseling skills for pre and pos-testing during prenatal based upon their educational support, emotional support and risk evaluating compounds. They do not recognize that pre-test counseling can help pregnant women to decide to do HIV test. The anti-HIV test is included and requesting together with the other routine prenatal exams and it is not consider the counseling components.

Keywords: Counseling, Pregnant women, AIDS Serodiagnoses, Primary Health Care, HIV.

INTRODUÇÃO

No Brasil, entre as políticas públicas para a prevenção da transmissão vertical (TV) do vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹⁻², destaca-se a indicação do teste anti-HIV para gestantes² e para parturientes não testadas durante o pré-natal¹. A ampliação da cobertura do teste anti-HIV em gestantes tem como pressuposto a realização do aconselhamento pré e pós-teste e a garantia da testagem. Entretanto, diversos estudos apontam falhas na implementação dessas ações³⁻⁶.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como um espaço privilegiado para o aconselhamento e testagem das gestantes para o HIV. Com vistas a melhorar a cobertura do exame, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com as Coordenações Estaduais e Municipais de DST/aids, promovam capacitações dos profissionais que atuam na ESF. Essas capacitações ocorrem em momentos pontuais e os profissionais, mesmo capacitados, não conseguem implementar o aconselhamento na rotina de suas atividades.

Apesar dos investimentos do MS para a implementação da testagem anti-HIV em gestantes, ainda são baixas as coberturas do teste no pré-natal⁶, evidenciando a necessidade de identificar formas de otimizar as ações de prevenção da transmissão vertical. Essa situação conduz aos seguintes questionamentos: os profissionais de saúde realizam o aconselhamento individual pré e pós-teste durante a solicitação e entrega do teste anti-HIV no pré-natal? Se o realizam, o aconselhamento atende aos pressupostos de informação, educação, apoio emocional e avaliação de riscos?

Assim, esse estudo tem como objetivo analisar como se desenvolve o processo de aconselhamento individual pré e pós-teste anti-HIV no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) de Fortaleza-Ceará.

Aspectos Conceituais do Aconselhamento para DST/HIV/Aids

Inicialmente, o aconselhamento individual para DST/HIV/Aids foi definido como um processo de escuta ativa, individualizado e centralizado no cliente, pressupondo o estabelecimento de uma relação de confiança entre os interlocutores com vistas ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha a possibilidade de reconhecer-se

como sujeito de sua saúde e transformação⁷. No geral, os conceitos filosóficos que fundamentam esta definição estão embasados na psicologia, sendo de difícil compreensão e apropriação por parte dos profissionais da área de saúde.

O conceito de aconselhamento foi então revisado e reelaborado para melhor se adaptar às propostas de trabalho desenvolvidas na atenção primária em saúde. Aconselhamento passou a ser conceituado como um diálogo baseado em uma relação de confiança, no intuito de proporcionar à pessoa condições para avaliar seus próprios riscos, tomar decisões e encontrar maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids⁸.

O aconselhamento se apresenta, pois, como um espaço oportuno para o resgate da integralidade dos indivíduos e dos aspectos subjetivos que envolvem a realização e entrega do teste anti-HIV e possibilita melhor qualidade na relação profissional e usuário(a). Devem se desenvolver, de forma qualificada e humanizada, condições propostas na política do HumanizaSUS, que entre outros valores destaca que os usuários devem ser tratados como protagonistas no processo de cuidado e que deve ser estabelecidos, vínculos solidários⁹.

Nesta perspectiva, é fundamental ser a solicitação do teste anti-HIV acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, pois este sobressai entre as estratégias adotadas pelo MS por desempenhar papel decisivo, na promoção da saúde e prevenção do HIV. Proporciona ainda a oportunidade de oferecer suporte emocional, tão útil às pessoas interessadas em se submeter ou que se submeteram ao teste anti-HIV.

No âmbito das DST/HIV/aids, três componentes integram o processo de aconselhamento e estes devem interagir de forma dinâmica e integrada: informação/educação, apoio emocional e avaliação de riscos/desenvolvimento de estratégias de prevenção⁷.

O componente informativo/educativo relaciona-se à troca de informações sobre HIV/aids, formas de transmissão, prevenção e tratamento; o apoio emocional tem em vista estabelecer relação de confiança, fazendo com que o usuário se sinta acolhido em suas necessidades. Ao se sentir acolhida, a pessoa poderá ficar mais segura para explicitar sua situação de vulnerabilidade e de práticas de risco; e o componente de avaliação de riscos/desenvolvimento de

estratégias de prevenção propõe explorar aspectos íntimos da sexualidade e/ou uso de drogas, bem como definir estratégias conjuntas de prevenção⁷.

Ante a urgência de explorar aspectos íntimos da sexualidade e/ou uso de drogas, a avaliação de riscos deve ser trabalhada em momentos individuais. Exige habilidade do profissional de saúde e atenção aos seus próprios preconceitos com vistas a possibilitar ao usuário expressar-se abertamente. Esse momento é muito oportuno para incluir o planejamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde⁷.

Acolhimento e sigilo são aspectos envolvidos com a qualidade do aconselhamento, pois favorecem a aproximação entre o profissional e o cliente e podem contribuir para se estabelecer a relação de confiança, essencial quando se desenvolvem trabalhos relacionados ao HIV/aids.

No caso específico da prevenção da TV, o aconselhamento individual é um momento oportuno para refletir com as mulheres situações de vulnerabilidade e risco e também contribuir para a reflexão e tomada de decisão tanto para a realização do teste como para a adoção de medidas preventivas.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa avaliativa, do tipo estudo de caso¹⁰, desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza- Ceará, durante os meses de agosto de 2004 a fevereiro de 2005. Referida unidade possui cinco equipes completas de saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem) que acompanham em média 1.400 famílias, e cadastrou 274 gestantes no ano de 2004¹¹.

Como critério de participação dos sujeitos do estudo adotou-se: Solicitar e entregar o teste anti-HIV na rotina do pré-natal e ter recebido capacitação em aconselhamento. Assim, aplicados esses critérios, participaram três médicos e quatro enfermeiros. Dois médicos e um enfermeiro foram excluídos por não terem recebido capacitação em aconselhamento.

Para a coleta de dados utilizaram-se a observação participante e a entrevista aberta. Para apreender como os profissionais percebiam a realização do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, formulou-se uma questão que norteou o processo inicial da entrevista: "Fale-me como se desenvolve o aconselhamento pré

e pós-teste anti-HIV na atenção pré-natal nesta unidade". No decorrer do processo outras perguntas emergiram, sempre considerando os componentes de apoio educativo, apoio emocional e avaliação de riscos recomendados pelo Ministério de Saúde para a realização do aconselhamento⁷.

A observação foi desenvolvida durante todo o período de coleta de dados e se centrou na implementação do aconselhamento durante o atendimento pré-natal e no uso das recomendações do Ministério da Saúde para a sua efetivação.

Para a análise dos dados adotou-se como referencial teórico os procedimentos técnicos recomendados para realização do aconselhamento⁷⁻⁸. Por se tratar de um estudo de avaliação do aconselhamento individual, previamente foram definidas categorias a serem estudadas com base nos componentes do aconselhamento, a saber: apoio educativo/informativo, apoio emocional e avaliação de riscos.

Deve-se esclarecer que a separação das categorias visou facilitar o entendimento e a compreensão do leitor, pois, conforme se entende esses componentes interagem entre si, ocorrem de forma integrada, não se configurando em momentos distintos.

Em cumprimento ao exigido o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo nº 186/04. Todos os participantes formalizaram anuência no termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantir o anonimato dos sujeitos, adotou-se a nomenclatura "M" para médico e "E" para enfermeiro, seguida do número da ordem da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos do estudo tinham entre 31 e 55 anos e trabalhavam na Estratégia Saúde da Família entre dois e seis anos, portanto, com um mínimo de dois anos de atuação. Quatro eram do sexo masculino (três médicos e um enfermeiro).

A seguir apresenta-se a análise das categorias predefinidas que são os componentes do aconselhamento.

O Apoio Educativo/Informativo

Durante as consultas de pré-natal, foi observado que os profissionais de saúde não realizam o aconselhamento pré-teste, limitando-se a incluir a solicitação do teste anti-HIV no rol dos outros exames de rotina do pré-natal. Pode-se ainda constatar

que a solicitação do teste anti-HIV é compulsória, não proporcionando, à gestante, esclarecimentos acerca dos benefícios da sua realização, nem as implicações dos possíveis resultados. Estudo desenvolvido no noroeste do Paraná aponta situação semelhante, na qual 45% das parturientes tomaram conhecimento da solicitação do teste anti-HIV durante a leitura da requisição de exames, na coleta do material ou após o resultado¹².

Solicitar o teste anti-HIV de forma compulsória, sem orientação parece uma atitude comum entre os profissionais de saúde. Em Salvador, Bahia, um estudo com obstetras de maternidades públicas encontrou que 90% concordavam com a solicitação compulsória da testagem rápida para o HIV¹³. Na região metropolitana da cidade de São Paulo, estudo mostrou que os resultados dos testes eram entregues às gestantes sem quaisquer orientações prévias¹⁴. Tais resultados são corroborados no presente estudo, conforme depoimentos a seguir:

“Eu peço os exames de rotina de pré-natal e coloco logo para a gestante: Tem o teste anti-HIV que o MS implantou e devemos pedir para toda gestante” (M 2).

“Você tem que pedir [referindo-se ao teste], foi a colocação que fizeram para a gente. Eu coloco logo junto aos exames de rotina de pré-natal” (M 2).

“Hoje eu já digo para a gestante que esse exame está fazendo parte da rotina do pré-natal” (E 1).

Ao que parece, existe distorção acerca do que seja considerado procedimento de rotina nos serviços de saúde. Na visão destes profissionais, deve-se incluir a solicitação do teste no rol dos outros exames solicitados durante o pré-natal sem qualquer troca de informações, situação observada também com os demais exames solicitados. Dessa forma, desconsidera-se o direito da gestante de exercer escolhas autônomas, respaldadas nas orientações e esclarecimentos acerca dos benefícios que a realização do teste possa trazer a ela e ao bebê.

Determinados autores¹⁵ já enfatizaram a necessidade de discutir o entendimento dos profissionais acerca do que é um procedimento de rotina na assistência à saúde. Respaldaos nessa

visão distorcida em relação a procedimentos de rotina, os profissionais desconsideram a importância do diálogo com a gestante, mas reconhecem que sua falta pode comprometer a qualidade da assistência pré-natal, situação evidenciada nos depoimentos a seguir:

“O pré-natal aqui na unidade eu diria que está regular. É exatamente devido a essa falta de discussão com a pessoa, para ela ter consciência daquilo que ela está fazendo certo? Eu acho que isso ainda deixa a desejar” (E 1).

“O pré-natal aqui na unidade está funcionando muito ruim. Eu acho que a assistência pré-natal em si está ruim e com relação a testagem das gestantes também. É que não se faz o aconselhamento” (M 1).

Como mostram os dados, inexistente relação dialógica entre as usuárias e os profissionais e nenhuma orientação é fornecida à gestante quando da solicitação e entrega do teste anti-HIV. Conforme outros estudos também apontam, o aconselhamento individual desenvolve-se de forma burocrática, comprometido na escuta e na comunicação¹⁶ e a ação é descontextualizada¹⁷. A falta de aconselhamento à gestante persiste após o diagnóstico e o parto¹⁸.

Desse modo, a dimensão relacional, elemento essencial para a boa qualidade do aconselhamento em saúde, fica totalmente comprometida, pois os profissionais não estão capacitados para desenvolver o aconselhamento³ e suas diretrizes e objetivos são completamente desconhecidos por um grande número de profissionais¹⁵.

A dificuldade de diálogo com as usuárias demonstra limitações nas atividades dos profissionais de saúde, no trato de questões relativas ao HIV. Essa situação pode estar relacionada com a formação desses profissionais que é tecnicista e incipiente no que se refere a compreensão integral do ser humano, especialmente quando se trata da sexualidade, tema estritamente necessário de ser abordado durante o aconselhamento.

Historicamente, as atividades de educação em saúde sempre foram implantadas de maneira verticalizada e o aconselhamento sofre as consequências desse modelo de educação. Talvez, por esse motivo, o aconselhamento não se

configure como um espaço de prevenção¹⁹, nem de educação²⁰.

Talvez também, os profissionais não estejam tecnicamente preparados para argumentar com as mulheres a importância de realização do teste. Caso a gestante se recuse ao exame, eles não conseguem identificar os motivos, esquivando-se assim de proporcionar ajuda e apoio emocional nessa decisão. Essa afirmativa está ilustrada nos depoimentos:

“Para mim nunca nenhuma disse: Eu não quero fazer esse exame. Se ela chegar e disser eu não quero? O Ministério diz que você tem que pedir. Eu não sei nem qual é a conduta nestes casos. Se ela não quiser, eu acho que pelo meu bom senso eu entregaria para ela a requisição e dizia: . Esta aí, se você quiser fazer, está aí a requisição” (M. 2).

“Discutir se ela está disposta a fazer o teste, por que não vai fazer, porque acha que não dá para fazer, isso não é discutido com a mulher. A gente não entra nesse assunto” (E. 3).

Segundo evidenciam os depoimentos, inexistente o diálogo profissional/usuária. A falta de abertura ao diálogo pode levar muitas mulheres a não sentirem tranquilidade para manifestar a insegurança e o medo em realizar o teste. É possível que elas o recusem por medo do resultado ou pela falta de conhecimento e percepção da vulnerabilidade e do risco.

“A gestante não compartilha as dificuldades para realizar o teste na consulta. Algumas não compartilham quando elas têm alguma dificuldade para fazer o teste” (M. 1).

“Na hora que a gente aconselha elas não dizem que não aceitam. Por trás realmente elas não o fazem [referindo-se ao teste]. Algumas não fazem, outras o fazem, mas não vão retornar para pegar o resultado” (M. 1).

Determinadas condições interferem no processo de comunicação. Por exemplo, o tamanho da demanda, ou seja, o quantitativo de atendimentos exigidos para cada profissional parece comprometer a relação, pois impede a criação de uma atmosfera propícia à comunicação. A falta de tempo foi relatada pelos profissionais, especialmente pelos médicos. Em virtude,

talvez, da procura por esses profissionais para consulta propriamente dita e prescrição de medicamentos²¹, eles são mais solicitados para dar respostas aos problemas de saúde já instalados ao invés de promover atividades de prevenção.

“Quando eu estou atendendo gestante, tem um número excessivo de gente na porta querendo se consultar comigo e eu não tenho tempo suficiente para escutar a gestante” (M. 1).

“É um problema para a gente [médico] fazer o aconselhamento; gestantes para atender; consultas subseqüentes. A gente está com sobrecarga” (M. 2).

“É a questão do tempo. A gente tem de cumprir uma meta de atendimentos. Então eu acho que a gente deixa escapar algumas oportunidades para fazer o aconselhamento, inclusive no pré-natal” (E. 4).

A falta de orientação na decisão de realizar o teste pode ser um dos motivos que levam as gestantes a desenvolverem estratégias de fuga, mediante a não realização ou não do comparecimento para receber o resultado. Como observado, o não retorno das gestantes para segunda consulta pré-natal, momento em que tomariam conhecimento do resultado do teste anti-HIV, foi constatada em outro estudo desenvolvido em Fortaleza²².

Ante estas afirmações, enfatiza-se a importância da reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde da família, priorizando a promoção e educação em saúde. De acordo com estudo realizado na ESF do Ceará, ocorrências de reuniões periódicas entre os profissionais e a comunidade, o desenvolvimento de um processo de atualização dos profissionais e uma maior disponibilização de recursos físicos e materiais são condições necessárias para a educação em saúde²³.

O Apoio Emocional

Inegavelmente a solicitação e entrega do teste anti-HIV envolvem momentos de tensão. Apesar dos sujeitos do estudo não terem vivenciado uma situação de comunicação de um teste positivo, percebe-se a inabilidade deles em lidar com as situações que envolvem o aconselhamento, deixando evidente a

ambiguidade de sentimentos a depender do resultado do teste (negativo ou positivo).

Ademais, os profissionais solicitam o teste anti-HIV sem refletir acerca dos seus resultados, sobre como encarar a possibilidade de informar a revelação do diagnóstico. Tampouco refletem a possibilidade de enfrentar tensões emocionais. É especialmente no momento da informação que a gestante precisa de orientação, da garantia de encaminhamento e de acompanhamento especializado, além de apoio emocional. As ponderações a seguir ilustram essas situações:

“Eu nunca vivi a experiência de entregar um teste anti-HIV positivo. Eu não estou preparado para dar um resultado desses a nenhuma gestante” (M.2).

“Eu me sinto inseguro se o teste for positivo. Eu nunca passei pela experiência, mas pelo que eu pude ver nos treinamentos é uma situação difícil, então como eu nunca vivenciei eu não me sinto seguro para isso não.” (E. 2).

Para praticamente todos os profissionais de saúde, a entrega de um resultado positivo geraria insegurança e dificuldade. Um processo de educação permanente desenvolvido na unidade poderia facilitar a entrega dos resultados positivos através de discussões acerca das dificuldades enfrentadas pelos profissionais. Ademais, proporcionaria esclarecimentos sobre a atual conjuntura da aids, que após o advento dos anti-retrovirais, tornou-se uma doença crônica. Esse fato poderia contribuir para a comunicação do diagnóstico uma vez que não significaria mais a eminência de morte.

Gestantes com HIV revelaram que após o diagnóstico enfrentam conflitos, sentimentos negativos, medos, angústia e negação do resultado²⁴⁻²⁵. Esses estudos enfatizam a importância do aconselhamento e suporte emocional continuados. Nessa circunstância, segundo se evidencia, as mulheres grávidas, após o diagnóstico do HIV, ficam desprovidas de tal assistência. Desse modo, o apoio emocional se compromete. Ainda, como se demonstra, os profissionais também necessitam de suporte e apoio emocional.

Certamente, as dificuldades da informação do resultado do teste devem ser mais trabalhadas nos programas de educação continuada em aconselhamento.

Deparar-se com um caso positivo é uma possibilidade e os benefícios da condução adequada do caso poderão influenciar na aceitação do diagnóstico por parte da gestante e na sua adesão ao acompanhamento e ao tratamento, indispensáveis para a efetiva prevenção da transmissão vertical do HIV.

Os profissionais reconhecem que necessitam de apoio para revelação dos resultados dos exames anti-HIV positivos. Como os enfermeiros disseram, eles solicitariam esse apoio aos médicos da própria equipe da unidade, o que poderia ser embaraçoso, pois a dificuldade nessa circunstância foi referida por toda a equipe.

“Primeiro eu conversaria com o médico da equipe” (E. 1).

“Eu acho que entregar um resultado positivo seria assim angustiante. Apesar da gente ter sido treinado para fazer, mas é muito diferente a teoria da prática. Eu ia precisar da ajuda de um colega” (E. 4).

Dificuldade para o enfrentamento da revelação do diagnóstico positivo foi comum para enfermeiros e médicos. Como afirmaram, a procura por outro profissional para informar uma situação gerada em face do resultado de um exame solicitado é constrangedora e inadequada.

“Na minha área nunca houve um caso positivo. Se houvesse com certeza eu pediria licença à gestante e daria uma ligada para outro médico para ver o que a gente fazia. Eu iria pedir ajuda com certeza [risos]” (M. 2).

“Eu tenho a impressão que se hoje eu tivesse aqui com um resultado positivo de uma paciente com quem eu convivo, a gente tem um vínculo já com essas pessoas da comunidade, eu com certeza, antes, procuraria ajuda, procurava alguém, outro profissional para ver como fazer” (E. 1).

Essa situação é considerada preocupante, e pode constituir um marcador decisivo para o retorno da gestante com HIV ao tratamento, uma vez que ela precisa elaborar o resultado do teste e os profissionais não conseguem ajudá-la nesse momento. A falta desta ajuda, a gestante pode se negar ao tratamento. Estudo realizado com parturientes com HIV em cinco capitais

brasileiras encontrou que um percentual considerável não fez uso do AZT oral, apesar de terem sido diagnosticadas durante o ciclo gravídico-puerperal²⁶.

A disponibilidade e a garantia da testagem anti-HIV na atenção primária são fundamentais para o controle da transmissão vertical do vírus. Entretanto, o processo, deve ser bem conduzido e o profissional deve estar preparado para lidar com as situações emocionais que geralmente ocorrem, sobretudo diante de um resultado positivo²⁴⁻²⁵. Nesse espaço as mulheres iniciam o pré-natal e devem estabelecer a confiança interpessoal e o vínculo com os profissionais.

Consoante, percebeu-se ao longo das entrevistas, na ótica dos profissionais o componente de apoio emocional só deve ser valorizado diante da necessidade da revelação de um resultado positivo. Desconsideraram, portanto, que durante o pré-teste a gestante requer de apoio e que, nesse momento, o papel do profissional torna-se decisivo ao desvendar, acolher e trabalhar com as gestantes os medos e os obstáculos porventura presentes.

Tempo é fundamental ante a indisponibilidade deste e a urgência de atender um grande quantitativo de pessoas por turno de trabalho, os profissionais sentem-se ainda mais impossibilitados de desenvolver a escuta, condição básica do apoio emocional. É preciso acolher a gestante, identificar e discutir com ela suas dificuldades para realizar o teste. Assim, é possível evitar que o atendimento se torne mecânico, repetitivo e desprovido de vínculo.

Avaliação de Riscos/Vulnerabilidade e Desenvolvimento de Estratégias de Prevenção

Ao longo da epidemia de HIV, o enfoque de risco teve diversas conotações. Inicialmente se referia às características pessoais e à forma de contágio do HIV. Posteriormente foi substituído por "comportamento de risco". Esse novo conceito atribuía culpa aos indivíduos por terem falhado no emprego de medidas de prevenção. Tais, termos foram abolidos, pois só fortaleciam o estigma e o preconceito.

A partir de 1990 incorporou-se a expressão vulnerabilidade, cujo conceito é mais amplo e conforme determinados autores²⁷, busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos,

contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento, e de modo inseparável maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Portanto, a inclusão do conceito de vulnerabilidade não se baseia unicamente em atributos e comportamentos individuais; vai além e incorpora situações institucionais e a importância da rede social na transmissão das DST e do HIV/aids²⁸.

Como o documento do Ministério da Saúde usa o termo avaliação de riscos, esta nomenclatura foi mantida no presente estudo, apesar da clareza das suas limitações e entendendo-o como o espaço do aconselhamento restrito exclusivamente à abordagem das questões de foro íntimo que envolvem a transmissão do HIV.

A avaliação de riscos para DST/HIV/aids, acompanhada da recomendação da testagem para o HIV e o estímulo a práticas sexuais mais seguras, deve ocorrer em todas as oportunidades de atendimento à mulher nos serviços de saúde. É neste ambiente informativo e educativo que os profissionais de saúde junto aos clientes avaliam as possibilidades de comportamentos passíveis de aumentar a transmissão do HIV.

Entretanto, a incorporação de perguntas relativas à avaliação de riscos para DST/HIV/aids se configura como uma atividade de difícil execução. Pelo evidenciado, os profissionais não conseguem provocar o diálogo acerca do risco vivenciado pelas gestantes, e, comprometem as orientações preventivas, tornando-as descontextualizadas.

“Quando eu falo em comportamento de risco eu procuro ver se a pessoa fala alguma coisa, se ela deixa à mostra alguma coisa” (E. 4).

“Eu acho que a gente não entra muito nesses assuntos (avaliação de riscos), devido ao preconceito que gira em torno deles” (E. 1).

“Não faço avaliação de riscos. Eu coloco basicamente a importância do teste, por que fazer o teste. Afinal é outra vida que está em jogo” (M. 2).

Ressalta-se o seguinte: durante as observações de campo do aconselhamento pré e pós-teste, em nenhum momento os profissionais realizaram avaliação de riscos/vulnerabilidade, tampouco orientaram sobre práticas preventivas.

Diante destas situações como se depreende, o momento da solicitação e da entrega do resultado do teste anti-HIV não se configura como um espaço estratégico para o desenvolvimento de atividades de prevenção das DST/HIV/aids.

Ainda como observado, a falta de avaliação de riscos acontece inclusive em locais especializados, a exemplo dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Nesses serviços o aconselhamento limita-se ao aspecto informativo-prescritivo e é pouco definido quanto aos seus objetivos, principalmente entre as pessoas negativas para o teste anti-HIV¹⁷.

As formas de transmissão do HIV/aids estão intimamente relacionada ao sexo e ao exercício da sexualidade, além de incluir temas inerentes às práticas sexuais, homossexualidade, bissexualidade e o uso de drogas injetáveis, todos vinculados a tabus e preconceitos. Reafirma-se: a abordagem desses assuntos é difícil tanto para a mulher como para o profissional de saúde. Em decorrência da falta de preparo, os profissionais enfrentam dificuldades do ponto de vista técnico, pessoal e institucional para desenvolver o aconselhamento, somadas à inabilidade de incluir na abordagem dos atendimentos as questões que envolvem sexualidade, drogas e direitos humanos, todas indissociáveis dos campos da avaliação de riscos.

Admite-se outra possibilidade, isto é, talvez ainda esteja incorporado nesses profissionais o conceito de grupos de risco e eles desconheçam a importância de valorizar o conceito de vulnerabilidade. Conforme evidenciado, eles desconsideram a importância de aproveitar esses espaços de atendimento para implementarem conjuntamente estratégias preventivas e não simplesmente atenderem à recomendação de inserir a testagem do HIV no pré-natal.

CONCLUSÃO

Os resultados possibilitaram reflexões importantes acerca do processo de aconselhamento e testagem do HIV em gestantes na atenção primária, situação pouco investigada no país. Pode-se concluir que os componentes do aconselhamento não são contemplados durante a solicitação e entrega do teste, e, assim, comprometem a qualidade dessa atividade.

É notória a falta de habilidade dos profissionais para lidar com as questões

subjetivas relacionadas à solicitação e à entrega do resultado do teste anti-HIV em gestantes. Estas situações interferem na adesão da gestante ao teste e conseqüentemente na prevenção efetiva da TV do HIV. Ademais, falta clareza quanto ao que realmente envolve o processo de aconselhamento, especialmente os seus componentes.

Urge repensar os papéis das equipes da ESF e seu envolvimento na prevenção da TV do HIV, fortalecendo efetivamente o trabalho de educação e promoção da saúde da comunidade e institucionalizando o aconselhamento. Ao longo do trabalho, não se evidenciou o aconselhamento como um momento de trocas, de estabelecimento de vínculos solidários, de trabalhar as demandas individuais. As poucas orientações relativas à questão do pré e pós-teste anti-HIV ocorreram de maneira prescritiva e normativa. É evidente que não há por parte dos profissionais a compreensão do que realmente envolve o processo de aconselhamento.

No concernente à atenção primária, o aconselhamento deveria receber maior atenção dos órgãos governamentais, pois esta é uma atividade a ser inserida no rol de ações já desempenhadas pelos profissionais que atuam nesses serviços, gerando uma sobrecarga maior de trabalho.

Faz-se necessário, portanto, compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para promover o aconselhamento na sua prática cotidiana, com vistas a se qualificar o trabalho de prevenção da TV. Identificar tecnologias e estratégias diferenciadas de aconselhamento para a atenção primária é urgente, pois o quantitativo de atendimentos diários nesse nível de assistência muitas vezes impede o profissional utilizar o devido tempo com o usuário.

Embora o presente estudo tenha sido desenvolvido em uma única unidade de saúde, as entrevistas e as observações de campo mostraram lacunas importantes do aconselhamento que podem efetivamente comprometer a prevenção da transmissão vertical do HIV. Provavelmente essas situações se repetem em outras unidades primárias de saúde. Por tal motivo, esses resultados podem auxiliar no desenho de estratégias locais.

Salienta-se a necessidade de valorizar os aspectos relativos à qualidade do aconselhamento em estudos que avaliam a prevenção da TV do HIV.

REFERÊNCIAS

1. **Portaria 2.104/GM**, de 21 de novembro de 2002. Institui o Projeto Nascer. Publicada no DOU nº 225, de 21/11/2002, seção I, p. 48. Brasília, DF, 2002.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília; 2006.
3. Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Cien Saude Colet** 2007; 15(Sup. 1):1216:26.
4. Marques HHS, Latorre MRDO, Dellanegra M, Pluciennika AMA, Salomão MLM. Falhas na identificação pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev Saude Publica** 2002; 36(4):385-92.
5. Santos NP, Castro BG, Rios-Grassi MF. Aplicação do protocolo do “Projeto Nascer Maternidades” em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant** 2009; 9(1):69-76.
6. Cavalcante MS, Ramos Júnior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2004; 26(2):131-7.
7. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. **Aconselhamento em DST/HIV/aids: diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília, 2000.
8. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica**. Brasília, 2003.
9. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização – HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2ª ed. Brasília, DF, 2004.
10. Marconi MA, Lakatos EM. **Metodologia científica**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2004.
11. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Organograma**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2004.
12. Misuta NM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Andrade SM. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant** 2008; 8(2):197-205.
13. Farias JPQ, Franco A, Santos KP, Dourado I, Galvão-Castro B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2008; 30(3):135-41.
14. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2009; 25(Sup. 2):S240-S250
15. Barbosa RHS, Casanova AO. Pré-natal e transmissão vertical do HIV: a perspectiva de profissionais de saúde da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro. In: Bosi MLM & Mercado FJ, organizadores. **Pesquisa Qualitativa dos Serviços de Saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2004. p 278-336.
16. Feliciano KVO, Kovasc MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Rev Bras Saude Matern Infant** 2003; 3(4):393-400.
17. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad Saude Publica** 2008; 24(7):1536-44.
18. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. **Texto Contexto - Enferm** 2007; 16(3):463-9.

19. Araújo CLF. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: Pinheiro R & Mattos RA, organizadores. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editoras UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p. 145-168.
20. Miranda KCL, Barroso MGT. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. **Rev Latino-Am Enferm** 2007; 15(1):100-5.
21. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, Ramos LR. Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2009; 25(6):1316-24.
22. Araújo MAL. Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal [tese de doutorado]. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2005.
23. Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad Saude Publica** 2002; 18(6):1809-11.
24. Araújo MAL, Silveira CB, Silveira CB, Melo SP. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. **Rev Bras Enferm** 2008; 61(5):589-94.
25. Araújo MAL, Queiroz, FPA, Melo SP, Silveira CB, Silva RM. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. **Cienc Cuid Saude** 2008; 7(2):216-23.
26. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev Bras Saude Matern Infant** 2005; 5(4):483-92.
27. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saketti Filho HC, França - Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec; Ed. Fiocruz; 2006. p. 375-417.
28. Perrise ARS, Nery JAC. The relevance of social network analysis on the epidemiology and prevention of sexually transmitted diseases. **Cad Saude Publica** 2007; 23(Sup. 3):S361-S9.

Recebido em 18/2/2010.

Aceito em 7/1/2011.