

O ACONSELHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA SOROLOGIA ANTI-HIV EM GESTANTES

COUNSELING FOR THE REALIZATION OF ANTI-HIV SEROLOGY AMONG PREGNANT WOMEN

Fátima Regina de Almeida Lima Neves & Elucir Gir

RESUMO

Introdução: devido à importância do número de casos de aids entre mulheres e o consequente aumento da transmissão materno-infantil, o município de Ribeirão Preto/SP instituiu em 1996 o “Protocolo de oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal com aconselhamento pré e pós-teste” em toda rede básica de saúde. **Objetivo:** contextualizar como se dá o processo de aconselhamento na percepção de enfermeiros e médicos ginecologistas. **Métodos:** como referencial teórico utilizamos o conceito de vulnerabilidade e no metodológico utilizamos a análise de prosa de André (1993), pós-realização de grupos focais. O tópico explorado foi o aconselhamento. **Resultados:** Foram extraídos dois núcleos temáticos: aconselhamento e processo de trabalho. No aconselhamento emergiram subtemas: o caráter voluntário do teste anti-HIV; a percepção de risco; a quebra da cadeia de transmissão e os sentimentos mobilizadores frente ao HIV/aids. No núcleo temático processo de trabalho foram gerados os subtemas: planejamento das ações nas unidades de saúde e recursos humanos em saúde. Levamos em consideração as múltiplas dimensões da prática do aconselhamento frente ao modelo assistencial vigente e à subjetividade dos atores envolvidos. **Conclusão:** apesar de todo o avanço no campo científico e tecnológico, a aids continua sendo uma doença que mobiliza muitos sentimentos, entre eles medo, confusão, desinformação e discriminação. Ficou evidente a necessidade de se priorizar temas transversais como sexualidade e drogas na formação destes profissionais, marcador indelével deste estudo. Para melhorar a qualidade da assistência usando a estratégia do aconselhamento serão necessárias reflexões e análises da prática do aconselhamento, sob a ótica da relação profissional de saúde/usuário, visando a sensibilização para a necessidade de mudança no modo de fazer o trabalho em saúde.

Palavras-chave: aconselhamento, gestantes, teste anti-HIV, DST

ABSTRACT

Introduction: due to the large number of cases of aids among women and the consequent increase in mother-to-child transmission, the city of Ribeirão Preto – SP established in 1996 the “Protocol to offer of anti-HIV testing in prenatal advice on pre and post-test” in all core network of health. **Objective:** to discuss the process of counseling in the perception of nurses and doctors gynecologists. **Methods:** the concept of vulnerability was used as theoretical reference and Analysis of Prose, André (1993), was used as the methodology post-execution of focus groups. The topic explored was counseling. **Results:** we extracted two thematic groups: counseling and work process. In counseling emerged the sub themes: the voluntary character of HIV test; perception of risk; breaking the chain of transmission and feelings facing the HIV/aids. At the core thematic work process, were generated the sub themes: planning of actions in units of health and human resources in health. We took into account the multiple dimensions of the practice of counseling based on the existing care model and subjectivity of the actors involved. **Conclusion:** despite all the progress in scientific and technological fields, aids remains a disease that mobilizes many feelings, such as fear, confusion, misinformation and discrimination. The need to prioritize cross-cutting themes such as sexuality and drugs in the training of these professionals was evident. To improve the quality of care using the strategy of counseling necessary with reflection and analysis of practical counseling, from the perspective of the relationship of health professional-patient, aimed at raising awareness of the need to change in the way of doing the work in health.

Keywords: counselling, pregnant women, anti-HIV test, STD

INTRODUÇÃO

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) constitui um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade, transcendendo as ações de um Programa de Prevenção e Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, uma vez que existem facetas socioeconômicas e culturais arraigadas, difíceis de serem transpostas, que não serão trabalhadas apenas com informação, e sim, em um contexto mais amplo, na formação do indivíduo, objetivando mudanças de atitudes e comportamentos.

Ribeirão Preto teve seu primeiro caso de aids registrado em 1986. Dos 4.913 casos acumulados, 1.520 são do sexo feminino (30,93%) e 3.393 são do sexo masculino (69,07%): a razão masculina/feminina é de 2,2:1¹. O número expressivo de casos de aids entre heterossexuais chama a atenção, principalmente no que se refere à feminilização da epidemia, preocupando-nos a faixa etária

em que estas mulheres estão se descobrindo doentes de aids. Dos 1.520 casos notificados do sexo feminino, 83% estão na faixa etária entre 15 e 39 anos. Faixa etária que está relacionada com o período esperado para que tenham vida sexual ativa e, encontrando-se em idade reprodutiva, possam engravidar, e conseqüentemente, ocorra a transmissão materno-infantil do HIV.

Considerando que a adequada assistência no pré-natal possibilita o diagnóstico e o tratamento das gestantes positivas para o HIV, o que é fundamental para prevenir a contaminação do recém-nascido e reduzir a taxa de transmissão vertical, o Programa Municipal de DST/Aids instituiu, a partir de agosto de 1996, o oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde². A implantação desta atividade não se fez de maneira isolada, mas ocorreu de acordo com as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)³, norteada pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

O aconselhamento e a realização da sorologia anti-HIV acontecem nas unidades de saúde municipais e as gestantes com diagnóstico positivo para o HIV são referendadas ao Ambulatório de Moléstias Infeciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para realização do pré-natal.

Enfermeira Sanitarista. Mestre em Enfermagem pelo Depto de Enfermagem Geral e Especializada – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP.

Apesar de as atividades protocolares estarem bem estabelecidas, a experiência tem mostrado que existe, entre os profissionais de saúde, grande dificuldade de fazer o aconselhamento para a realização da sorologia anti-HIV. As dificuldades talvez se devam a fatores diversos, tais como: 1. o diagnóstico da infecção pelo HIV não ser cogitado pelo profissional de saúde em relação às usuárias de seu serviço, uma vez que estas não correspondem ao estereótipo criado para um portador do HIV; 2. por ser uma doença incurável, havendo dificuldade em lidar com esta limitação; 3. pelo modelo de assistência à saúde vigente ser centrado na doença.

OBJETIVO

Diante desta problemática, propusemos-nos a analisar o processo de aconselhamento para a realização da sorologia anti-HIV no pré-natal da rede pública municipal. O tópico explorado foi o “aconselhamento”, conforme preconizado pelo Manual de Aconselhamento em DST/HIV e Aids: Diretrizes e Procedimentos⁴.

A avaliação de um programa de intervenção é quase tão importante quanto os ideais que nos orientam e as ações que realizamos. Ela nos ajuda a dar corpo a esses ideais e ações – quando nos obriga a antecipar mentalmente o ponto onde queremos chegar e os caminhos que devemos trilhar – e a assegurarmos-nos de que, pelo menos no que compete a esses ideais e ações, estamos fazendo a coisa certa⁵.

O alcance deste objetivo permitirá construir explicações contextualizadas da situação atual do processo de aconselhamento para diagnóstico da infecção pelo HIV realizado em gestantes que procuram o pré-natal na rede pública municipal de Ribeirão Preto. Estes dados contribuirão para superar os diagnósticos tradicionais quantitativo, estáticos e nortear ações de prevenção e assistência a serem instituídas dentro do serviço público municipal de maneira dinâmica, sistemática e humanitária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A população foi composta por enfermeiros e médicos ginecologistas que atuam na assistência pré-natal nas unidades de saúde da rede pública municipal. Compuseram a amostra 63 enfermeiros (68,47% do número total destes profissionais na assistência direta) e 41 médicos ginecologistas (66,12%). O projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo secretário municipal de saúde de Ribeirão Preto e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foi solicitado aos participantes o consentimento espontâneo, através do termo de consentimento livre e esclarecido. Para o alcance dos objetivos específicos, utilizamos a técnica de grupo focal⁶, considerando-se que para o uso desta técnica é imprescindível que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado, a pergunta norteadora e disparadora do trabalho do grupo foi: “Como se dá o aconselhamento durante a realização do oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal dentro de suas atribuições diárias?”

Utilizamos a análise de prosa de André⁷ para identificar o significado dos dados coletados durante a realização dos grupos focais. Por ser um processo dinâmico, as interpretações eram questionadas e ofereciam indicações para interpretações alternativas, um exercício frequente de fazer a leitura nas entrelinhas, entender seus significados. A categorização dos núcleos temáticos exigiu o

conhecimento prévio pessoal e intelectual dos pesquisadores, bem como a experiência profissional com a temática desenvolvida.

Usamos como referencial teórico o emergente conceito de vulnerabilidade, conceito este utilizado com muita propriedade na área da saúde, produto do ativismo sobre direitos humanos frente à epidemia da aids. A aids com toda sua magnitude, por estar intrinsecamente relacionada a práticas, concepções e valores relativos à saúde, ao corpo e a sexualidade, coloca, aos profissionais de saúde, a necessidade de romper paradigmas, a um só tempo, com conhecimentos adquiridos, experiências vivenciadas e criatividade, enfrentando conflitos inerentes à forma como estes se apresentam na sociedade contemporânea.

RESULTADOS

A partir dos grupos focais realizados, emergiram dois grandes núcleos temáticos: o aconselhamento e o processo de trabalho. Os dados encontrados nos grupos focais dos enfermeiros pouco diferiram no momento da análise do grupo dos médicos, os mesmos núcleos temáticos emergiram em ambos os grupos, porém cada um relatou as especificidades de seu núcleo de atuação profissional.

No núcleo da enfermagem, observamos profissionais mais generalistas, versáteis, desenvolvendo seu papel em várias frentes de atuação dentro das unidades de saúde. Neste sentido, são profissionais muito mais integrados com a rotina da unidade e com o diagnóstico mais preciso do contexto social em que sua clientela adstrita está inserida. Na visão da grande maioria dos enfermeiros, a prática do aconselhamento já está mais bem sedimentada, é percebida sua importância, conforme identificamos nos fragmentos das falas:

“Devemos aproveitar o momento, mesmo se for um resultado negativo, para fazer educação em saúde, para que aquela mulher permaneça negativa” (E-12).

“Acho que no processo de aconselhamento precisamos ter bom senso, quando um teste é positivo para o HIV ou até mesmo uma gravidez não desejada, não devemos despejar informações, mas esperar ela digerir” (E-30).

“Aconselhamento deve ser algo reservado” (E-4).

Quanto ao núcleo médico, observamos que os procedimentos assistenciais referentes à mulher são realizados a partir da queixa de conduta e de sua função reprodutiva. Seus procedimentos ainda estão muito voltados para o determinismo biológico e pouco direcionados aos fatores determinantes da vulnerabilidade feminina. Ficou evidenciado que a sexualidade da mulher tem sido associada, pela grande maioria dos médicos, à maternidade e à reprodução.

“Eu explico para a paciente o que é a doença, como se faz o diagnóstico, as opções de tratamento para a própria paciente e para o feto” (M-2).

“Toda paciente que inicia o pré-natal eu informo sobre a importância do exame para saber seu estado de saúde e que se houver algum problema, há a possibilidade de cuidado para não afetar o feto” (M-11).

Observamos no grupo focal um certo descompasso entre o objetivo, a importância de se realizar aconselhamento e o sentimento mobilizado, conforme observamos a seguir:

“Eu acho que o tema aconselhamento é eufemismo, existe um carimbo que é sorologia anti-HIV no pré-natal” (E-2).

“Eufemismo” significa abrandamento de uma ideia desagradável⁸, e podemos considerar que a realização do teste anti-HIV pela mulher na visão de alguns profissionais é um ato desagradável, tanto para ela, que está sujeita a realizar este teste, quanto para o profissional, que deve estar realizando o aconselhamento. O aconselhamento vem apenas para abrandar o ato da realização do exame em si.

Os médicos participantes do grupo focal apresentaram uma certa unanimidade no discurso de como veem o aconselhamento, através de caráter puramente normatizador, de pouco envolvimento com a complexidade da temática.

No âmbito das DST e HIV/aids, o aconselhamento contempla alguns pressupostos básicos: apoio emocional, ação educativa sobre as DST e HIV/aids, suas formas de transmissão e os métodos preventivos e assistenciais, propiciando às usuárias dos serviços uma avaliação dos riscos aos quais estão expostas auxiliando-as no planejamento de estratégias de redução de riscos. A oferta do exame sorológico anti-HIV é parte do processo de aconselhamento realizado por profissionais de saúde. É esperado que o aconselhador tenha conhecimento atualizado sobre DST e aids. Profissionais de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento, e, particularmente, os profissionais médicos e enfermeiros, pelas características do trabalho que desenvolvem junto à população, assim como pelo papel social que ocupam no contexto de atenção à saúde. A prática do aconselhamento implica em um trabalho de educação preventiva, em que onde as relações sejam estabelecidas linearmente, fazendo com que o indivíduo seja protagonista de sua história, objetivando o fortalecimento de seus recursos internos para o cuidado com sua saúde. Para esta prática é necessário que os usuários dos serviços se sintam acolhidos em suas necessidades, como observado:

“Estou lembrando como eu fazia aconselhamento, que a paciente na hora da primeira consulta não tem cabeça para ouvir tudo o que temos para falar para ela. Acho que devemos ser mais acolhedoras e menos aconselhadoras” (E-23).

Acolher significa apreender, compreender e atender às demandas dos usuários, dispensando-lhes a devida atenção, com o encaminhamento de ações direcionadas para a sua resolutividade⁹. É dar continência à assistência prestada, é entender esta assistência como algo benéfico para a mulher, procurando minimizar sua dor, dar conforto, esclarecer, orientar.

“Normalmente não aconselhamos, nem discutimos com ela as situações de risco” (E-41).

“Quando é necessário colher a segunda amostra do HIV, é mais complicado, porque tem que chamar a cliente, ela quer saber o que aconteceu, e você tem que falar o que é” (E-24).

Neste sentido, como é esperado no grupo focal, o próprio grupo deu resposta às questões que não estavam totalmente equacionadas, como podemos observar:

“É, mas se tivéssemos falado na consulta, será que a reação seria a mesma?” (E-21).

Os profissionais de saúde devem orientar a cliente sobre o procedimento da coleta do exame, conforme as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids estabelecidas pelo Fluxograma para Detecção de Anticorpos Anti-HIV⁷.

O diagnóstico de uma doença incurável como a aids mobiliza uma série de sentimentos no indivíduo. O paciente que busca fazer

o exame voluntariamente demonstra ser capaz de: reconhecer em si mesmo o risco de estar com uma doença fatal e preconceituosa; sofrer a longa espera do resultado do exame; admitir à sociedade que se submeteu ao exame; aceitar os riscos das perdas sociais; evitar as complicações psicológicas de um resultado positivo; e voltar ao lugar do exame para o retorno¹⁰. Isso demonstra as dificuldades e implicações psíquicas dolorosas de se submeter ao exame anti-HIV. No caso da gestante, estes sentimentos podem ser mobilizados se ela tiver a percepção da possibilidade de risco, pois não foi objetivando o teste anti-HIV que ela procurou o serviço de saúde, e sim para realizar acompanhamento pré-natal.

“...ela nos procurou para fazer o pré-natal e aí...” (E-10).

O processo de aconselhamento estabelece ainda que a entrega de um resultado de exame para detecção do HIV dependerá basicamente de seu resultado. Diante de um teste positivo para o HIV, o acolhimento é uma estratégia que confere ao cliente um tempo para assimilar o impacto diagnóstico e expressar seus sentimentos, sendo raiva, ansiedade e medo, os mais comuns. Se for oportuno, deve-se estabelecer um diálogo sobre estes sentimentos. O profissional de saúde que estiver assistindo a esta cliente deverá lembrá-la que, mesmo sendo portadora do HIV assintomática, poderá estar transmitindo o vírus para outras pessoas; neste sentido deve-se enfatizar a necessidade da revelação diagnóstica a seu(s) parceiro(s), que pode ser tanto sexual quanto o que compartilha drogas injetáveis.

Quem faz este tipo de aconselhamento deve sempre se colocar à disposição do cliente para auxiliá-lo na revelação diagnóstica às suas parcerias, pois estas parcerias também devem ser aconselhadas a realizar a sorologia anti-HIV.

Dentro do núcleo temático do aconselhamento emergiram ainda os subtemas: o caráter voluntário do teste anti-HIV; a percepção de risco; a quebra da cadeia de transmissão da infecção e os sentimentos mobilizadores frente ao HIV/aids. Como o aconselhamento pode implicar na oferta do teste sorológico anti-HIV, lembramos que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário.

Um outro aspecto do aconselhamento que emergiu foi referente à sexualidade e à saúde reprodutiva desta mulher identificada como soropositiva para o HIV, como observamos nas falas a seguir:

“Na minha unidade uma mulher identificada com HIV-positivo no pré-natal teve um aborto espontâneo, ela falou que assim que se recuperar ela vai tentar ter outro filho. Fiquei muito preocupada!” (E-29).

“Sabendo que ela é soropositiva, e se ela engravidar?” (E-23).

“Mas ela tem o direito de querer ter filhos”(E-17).

Os serviços de saúde devem se preparar para o atendimento e a orientação de mulheres HIV-positivo no que diz respeito à saúde reprodutiva e ao exercício de sua sexualidade. Neste sentido, é papel dos profissionais de saúde oferecer aos clientes orientações atualizadas sobre as DST/HIV/aids, visando com isso o resgate dos recursos internos deste cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e na transformação com a tomada de decisões.

No grupo focal vivenciado pelos enfermeiros, um dos grandes questionamentos era se a mulher gestante poderia recusar-se a fazer o teste, conforme detectamos nas falas:

“... a vontade do paciente de fazer o exame, é obrigatório? E se ela se recusar?” (E-27).

Um outro enfermeiro interveio:

“Ela pode recusar, mas entra o aconselhamento, cabe aí a gente usar de todo o argumento para que ela concorde, mas se mesmo assim ela se recusar? Já não sei como proceder eticamente, legalmente, pois ela está gerando um filho, e se ela estiver infectada, pode vir a infectar o bebê” (E-16).

“... quando trabalhei no hospital-maternidade, era rotina o exame anti-HIV. Também teria que pedir autorização?” (E-13).

“Na maternidade a gente não pergunta muito, faz o HIV de urgência, até porque ela não pode amamentar depois, e ela que vai fazer e faz” (E-22).

Uma enfermeira questiona a atitude com certa resignação:

“Para nós é cômodo, fazer e acabou” (E-21).

“No momento do parto ela é submissa e aceita tudo” (E-22).

Profissionais de saúde devem esgotar seu poder de convencimento para que a gestante aceite realizar a sorologia pelo inegável benefício da detecção precoce do HIV e sua consequente possibilidade de inibição da transmissão vertical.

Embora em Ribeirão Preto haja disponibilidade de testes sorológicos em toda rede pública municipal desde 1996, e teste rápido em todas as maternidades do SUS desde 1999, ainda chegam às maternidades mulheres sem a informação de terem realizado a sorologia anti-HIV no pré-natal ou até mesmo mulheres que não realizaram o pré-natal. Entendemos que muitas mulheres, por perceberem-se em risco de infecção pelo HIV e/ou por já conhecerem sua condição sorológica, não conseguindo lidar com estes fatos concretos em sua vida, afastam-se do serviço de saúde, não querendo ser identificadas. Se a mulher chega à maternidade sem informação do exame, deve ser oferecido o teste rápido. Reconhece-se que esta não é a melhor hora para o oferecimento do teste, pela peculiaridade do momento, entretanto, negar a esta mulher a possibilidade de ser testada e de disponibilizar o tratamento quimioprolático adequado a este binômio, parece-nos mais danoso do que a discussão sobre a propriedade desta testagem no momento do parto¹¹. O manual Projeto Nascer – Maternidades¹² estabelece para a prevenção da transmissão vertical do HIV, entre outras recomendações: oferecer o teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as parturientes não aconselhadas e testadas durante o pré-natal, ou sem pré-natal, devendo a testagem ser igualmente sempre voluntária e confidencial.

Percebemos este avanço quando, entre as mulheres assistidas no pré-natal, a oferta do teste anti-HIV já está mais bem difundida, sendo inclusive solicitado pelas usuárias do serviço, conforme se apresenta nesta fala:

“Faço o aconselhamento, falo de todos os exames que devem ser realizados, explico sobre as doenças e no meio do aconselhamento, ela pergunta, e o da aids também vou fazer?” (E-44).

Somente dois profissionais médicos participantes do grupo focal referiram não fazer o aconselhamento para a realização do teste sorológico anti HIV.

“Não aconselho, peço o exame de rotina” (M-7).

“Eu também não aconselho, comunico que é rotina realizar este exame dentro do pré-natal” (M-14).

A Lei nº 10.449, de 20 de dezembro de 1999, institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis, em todo pré-natal realizado pelos

serviços públicos e privados no estado de São Paulo¹³. Com referência à compulsoriedade do teste, estes mesmos profissionais utilizaram os seguintes argumentos:

“A realização do teste deve ser obrigatória, pois trata da sua importância em termos de saúde pública e da proteção de toda a equipe que assiste a paciente” (M-7).

“Hoje, devido a questões judiciais inclusive, o exame anti-HIV é obrigatório no pré-natal para proteção mais intensa da equipe obstétrica e pediátrica, além do feto” (M-14).

O conhecimento científico sobre a infecção pelo HIV/aids não justifica posturas equivocadas referentes a biossegurança, porém podemos depreender destas falas o sentimento de medo da infecção pelo HIV através do acidente ocupacional.

Considerando o número elevado de gestação entre adolescentes, uma preocupação manifestada pelos enfermeiros durante o trabalho do grupo focal foi a indicação de teste sorológico anti-HIV no pré-natal.

“E quando esta adolescente faz o teste de gravidez e é positivo, oferece a sorologia anti-HIV?” (E-54).

“E no caso das menores acompanhadas pela mãe? Tem que falar para a mãe o resultado” (E-22).

O parecer técnico da Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/Aids¹⁴, trata da idade mínima para a testagem e entrega de resultados de exame anti-HIV a menores. Inicialmente, deve-se analisar o conceito de menor, que se distingue em criança e adolescente. Segundo este parecer: criança e adolescente são etapas distintas da vida humana, tanto no aspecto psicológico, quanto no social, no jurídico e no biológico, reconhecendo-se a condição especial de pessoas em desenvolvimento. O adolescente em determinadas circunstâncias possui maturidade suficiente para formar opinião e decidir sobre assuntos que afetam sua vida e seu destino. Neste mesmo documento ainda encontramos uma referência ao art. 103 do Código de Ética Médica, que versa sobre os impedimentos médicos, entre eles o de revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Com base nestas considerações legais, a realização do teste sorológico anti-HIV deverá ser um ato consciente e voluntário do adolescente, após avaliação de suas condições de discernimento pelo profissional de saúde. A entrega do resultado sorológico deverá ser de caráter confidencial e sigiloso, e somente poderá ser quebrado mediante seu consentimento.

Em geral, é na adolescência que se inicia a atividade sexual e, na maioria das vezes, a primeira relação se dá sem o uso de nenhum método de prevenção da gravidez indesejada ou das DST/HIV/aids¹⁵. A falta de informação e a falta de acesso aos métodos de prevenção são apontadas como questões cruciais para o desenvolvimento saudável da sexualidade. Pelo número significativo de gravidezes na adolescência e pela magnitude de números de casos de aids em mulheres na faixa etária entre 15 e 39 anos; por sabermos hoje que, da infecção pelo HIV até a manifestação da doença aids, passam-se em média 8 a 10 anos, faz-se urgente que profissionais de saúde se apropriem de conhecimento para o desenvolvimento de educação preventiva, principalmente para adolescentes e adultos jovens.

Na transmissão sexual do HIV, as relações de gênero, ou seja, um comportamento construído socialmente e marcado pela cultura do que é próprio do homem e do que é próprio da mulher tornam ambos mais frágeis e vulnerabilizados. A cultura machista fragiliza os homens, que são cobrados na sua virilidade e potência para provarem-se homens. Estes mesmos condicionantes de gênero apresentam a mulher submissa, criando um contexto psicossocial que dificulta a negociação do sexo seguro, tornando mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids, com consequente feminilização da epidemia.

Segundo relatos dos enfermeiros, pudemos apreender que as mulheres assistidas na rede pública municipal não se percebem em risco com o sexo não protegido e não se percebem vulneráveis, e quando se percebem, não encontram mecanismos internos para a redução destes riscos. Em alguns fragmentos das falas dos profissionais, o ideal de amor romântico está muito presente em nossa cultura, como percebemos nas seguintes falas:

“...tem a certeza da fidelidade...” (E-24).

“Tem a questão cultural, muito enraizada; vou me prevenir com todos, mas quando eu tiver um companheiro estável, vou me liberar; nossa cultura latina nos permite achar que o amor é tudo, não vai pegar DST, aids” (E-49).

Um outro aspecto relevante que emergiu no grupo focal dos enfermeiros foi com as dificuldades para intervirem na quebra da cadeia de transmissão da infecção pelo HIV e outras DST. Marcador indelével da discussão pareceu-nos o pouco preparo dos profissionais para lidar com assuntos da intimidade da cliente como, por exemplo, aspectos da sexualidade. Profissionais de saúde devem se envolver com esta temática tão relevante no contexto das DST e do HIV/aids. Se a população assistida ignorar os fatores biológicos que podem ser fatores predisponentes de uma DST, podemos considerar que estamos sendo negligentes nos aspectos de orientação da prevenção destas doenças. Quando se fala em sexualidade, pressupõe-se falar de intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivas¹⁶, e como falar de nossa intimidade, que pressupõe vínculo, quando estes são tão frágeis dentro do processo de trabalho vigente?

“Se a mesma continuasse o pré-natal na unidade, poderíamos estreitar os laços e acabar com a noção de ‘despachar’ a gestante HIV-positivo”(M-15).

Como os casos de infecção pelo HIV/aids normalmente são tratados em serviços especializados, neste caso, o médico deve estar ciente de que nem sempre o paciente procura imediatamente o profissional ou o serviço. Esta demora em procurar o serviço de referência normalmente acontece em virtude de o paciente não ter conseguido absorver o impacto do diagnóstico. Em decorrência deste encaminhamento, o que se observa é a não criação de vínculo com a unidade de assistência básica, tão importante no processo complementar da assistência. A quebra na possibilidade de vínculo faz com que as mulheres identificadas como anti-HIV-positivo não sejam assistidas na sua integralidade pelas unidades de saúde. Profissionais de saúde estão suscetíveis ao discurso hegemônico e científico a respeito da sexualidade, das DST e sua quebra da cadeia de transmissão, delegando a “especialistas” esta atividade básica de educação em saúde, distanciando-se da maneira como os elementos da comunidade se percebem frente às estratégias de prevenção.

Dentro do Protocolo de Oferecimento da Sorologia anti-HIV no pré-natal e na sistematização da assistência aos portadores de DST/HIV/aids nos ambulatórios de DST e aids do município de Ribeirão Preto existem referências para a quebra da cadeia de transmissão destas doenças. O profissional de saúde tendo em mãos o diagnóstico de uma DST, dentre elas a infecção pelo HIV, deverá desenvolver todo seu poder de convencimento para que o cliente faça a revelação diagnóstica à(s) sua(s) parceria(s) sexual(is). Se não obtiver sucesso nesta empreitada, os profissionais devem colocar-se à disposição para procederem juntos à revelação diagnóstica. Se, mesmo assim, não obtiverem sucesso, deverá ser feita a convocação da parceria sexual e a revelação diagnóstica. Todos estes procedimentos deverão estar rigorosamente registrados no prontuário do cliente, servindo como respaldo, respeitando-se os limites legais e éticos da quebra do sigilo profissional.

Podemos observar esta preocupação nos fragmentos das seguintes falas:

“Acho inadmissível não se colocar o parceiro a par da saúde do outro” (M-18).

“O que temos enquanto respaldo legal, para, enquanto profissionais, podermos intervir interrompendo a cadeia de transmissão?” (E-19).

“Mas e o parceiro? Ele não vem, a gente dá o remédio, mas ele não vem” (E-2).

“Resolveu a questão de não ter filho e pronto, até porque um corrimentozinho, uma gonorreia, isto trata” (E-21).

Emergiu durante o desenvolvimento do grupo focal uma preocupação com a não corresponsabilização com o processo de saúde/doença da paciente:

“A gente coloca toda a responsabilidade nas costas da cliente, eu falei, eu ofereci, mas ela é que não quis. A gente tem que resgatar nossa cidadania. O que eu sou nesse cotidiano de trabalho? Posso modificar alguma coisa?” (E-22).

A adesão da paciente ao tratamento e à vida é fundamental para o alcance de melhores resultados, a paciente deve estar ciente da importância de se dedicar ao seu próprio tratamento.

“Depois da minha avaliação no consultório eu aciono a assistente social para contatar o parceiro” (M-3).

“Oriente que ela possa ser transmissora em potencial e sugiro que use sempre o preservativo em suas relações” (M-11).

Como vimos, o discurso é técnico, superficial, mecânico. Parece-nos que as DST, entre elas a aids, expõem os limites humanos destes profissionais, obrigando-os a reconhecer sua limitação e impotência. Devolve-se à paciente a responsabilidade sobre sua saúde, enfatizando-se a necessidade que ela adote comportamentos desejáveis, por exemplo, o uso sistemático e correto do preservativo.

O fato de não haver ainda cura para a aids, aliado ao estigma e ao preconceito que ela traz, exacerbado pelo medo da infecção através de acidente ocupacional com material biológico provoca, nos profissionais de saúde, atitudes defensivas que fazem com que suas ações sejam guiadas por atos especificamente biologizantes. Nestas ações, ele acredita ter domínio da situação, não se aproximando muito da clientela, até mesmo não se vinculando, em virtude da dificuldade na abordagem.

“Com a aids é tão complicado fazer ouvir. Mas outras doenças também são difíceis, câncer, hanseníase – mas porque a aids é tão difícil assim?” (E-13).

“Cada situação dessa é muito difícil, você sai sugada, acabada” (E-22).

Além do fato de ser, até os dias de hoje, uma doença para a qual não há cura, o que desperta sentimentos como consternação, tristeza, dó e desconforto, também emergiu no grupo focal a preocupação com o medo da infecção através do atendimento ao cliente.

“Eu me cuido, ponho luva, tem muita coisa que nós estamos expostas, eu tenho o direito de saber o resultado de exame do paciente” (E-14).

“Se uma paciente tem HIV, temos que saber, para poder tratar melhor” (E-14).

Apesar de muito se ter evoluído frente ao conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV e as formas de evitá-la, o medo de contrai-la não diminuiu. A magnitude da aids trouxe em seu bojo estratégias de intervenções assistenciais e preventivas sem uma maior elaboração teórica que as explicasse, dada a urgência que se requeria no início da epidemia. Estas estratégias foram adotadas sem se avaliar o modelo assistencial vigente na saúde pública brasileira, e Ribeirão Preto não foi exceção, fez parte da regra. Estratégias estas pouco efetivas, como por exemplo, na área de prevenção, em que as orientações são voltadas basicamente para o uso do preservativo em todas as relações sexuais, sem se avaliar a dificuldade da negociação do sexo seguro, as relações de gênero, dentre outras. Na área da assistência, o enfoque se deu na necessidade do uso de equipamento de proteção individual em procedimentos com material biológico que envolva riscos, sem avaliar outros determinantes para esta prática.

Em que se pesem críticas aos ditos programas verticalizados, tão questionados por alguns estudiosos, as ações programáticas foram fundamentais para se minimizar a problemática, abrindo espaço para outros tipos de questionamento dentro do setor saúde, no que se refere à vulnerabilidade. As diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids e as dificuldades de sua implantação ou implementação pelos programas municipais vieram a desnudar problemas relacionados ao processo de trabalho em saúde que devem ser equacionados.

Dentro dos fragmentos das falas, identificamos o núcleo temático: processo de trabalho interagindo dentro da prática do aconselhamento. A rede pública municipal tem oferecido um modo tradicional de atenção à saúde. As consultas são previamente agendadas segundo uma lógica burocrática determinada pela disponibilidade de vagas, voltadas para o procedimento individual médico centrado, com enfoque na doença, como identificamos nas falas:

“Não fazemos planejamento da ação, nossas unidades estão voltadas para a queixa-conduta” (E-49).

“Nosso trabalho não é sistemático, trabalhamos muito com o pronto-atendimento” (E-10)

“Como posso fazer o aconselhamento como é preconizado se não tenho tempo para escutar a usuária, nem mesmo me vincular a ela, tenho uma fila me esperando lá fora, nos cobram é procedimento” (M-36).

Alguns entraves foram observados para se realizar o aconselhamento, deparamo-nos com inadequações dos espaços físicos das unidades de saúde.

“Eu faço atendimento da gestante em uma sala onde a porta abre e fecha não sei quantas vezes, não tenho garantia nenhuma de privacidade. Quando não, tenho que interromper a con-

versa para atender uma urgência, sou a única enfermeira do plantão, e tem alguns procedimentos que são de competência da enfermeira” (E-11).

A grande maioria destas unidades não possui sala específica para a consulta de enfermagem. Existem as salas de pré e pós-consultas, que em decorrência do grande número de pacientes que ali são assistidos e a não preconização de um outro modo de trabalho, fica limitada à verificação de sinais vitais e anotação de queixas trazidas pela clientela no prontuário do paciente. Na pós-consulta, a ação também se limita a orientações sobre agendamento, coleta de exames e uso de medicamentos prescritos.

Percebemos que o modo de trabalho dos profissionais não é processual, suas atividades são fragmentadas, de forma descontínua, pouco planejando a ação. Quando observamos que o SUS preconiza a integralidade, por mais tímida que seja esta avaliação, já percebemos profissionais questionando colegas no desenvolver do grupo focal:

“A equipe precisa entender que o teste anti-HIV não é só uma técnica, precisamos enxergar esta mulher com tudo o que ela traz, para podermos assisti-la” (E-35).

Quando se falou em equipe, alguém questionou “que equipe?”, referindo-se ao desempenho individualizado das atividades profissionais. O trabalho em saúde é cooperativo. Enfermeiros, médicos e demais membros da equipe não devem trabalhar isoladamente, fazendo-se necessário rever as redes de relações de poder que se apresentam no desenvolvimento do processo de trabalho¹⁷.

A melhor estratégia para se diminuir a fragilidade dos profissionais de saúde e da própria instituição é a sensibilização para que se rompa com o modelo assistencial vigente e sejam protagonistas de um novo modelo assistencial, mais personificado e prazeroso. Para que haja inversão deste modelo sanitário, devemos quebrar muros, sair do espaço físico da unidade de saúde e interagir, conhecer a real necessidade de nossa comunidade, ir ao encontro do contexto social onde esta clientela está inserida, sem nos desfazermos de nosso papel profissional de agentes transformadores na área da saúde.

Dentro deste processo de reconstrução, de reorganização, os espaços coletivos de discussão devem ser priorizados, como foi este espaço do desenvolvimento do grupo focal com enfermeiros e médicos ginecologistas, para que as práticas assistenciais, neste caso, do aconselhamento, pudessem ser contextualizadas com vistas a possibilidades de mudanças.

CONCLUSÃO

Praticamente inexistem processos formais de avaliação de atividades assistenciais desenvolvidas na área da saúde. Devido à ausência de instrumentos e ferramentas de avaliação de impacto das ações de saúde, inexistem avaliações de desempenho centradas nos resultados de protocolos assistenciais. Este estudo é inovador no sentido de contextualizar o aconselhamento frente ao oferecimento da sorologia anti-HIV no pré-natal. Com a análise dos dados obtidos através do grupo focal, identificamos que o aconselhamento, conforme preconizado pela Coordenação Nacional de DST e Aids, configura-se dentro do conhecimento científico como uma estratégia ideal, porém não factível, na prática, em sua totalidade, frente ao modelo assistencial vigente. Para melhorar a qualidade da assis-

tência pré-natal, usando o aconselhamento como ferramenta, serão necessárias reflexões e análise crítica desta prática, sob a ótica da relação profissional de saúde/usuária, pelos próprios profissionais em espaços coletivos de discussão.

Constatamos que a sorologia anti-HIV está sendo oferecida a todas as mulheres gestantes atendidas na rede pública municipal, porém sem uma uniformidade na realização da ação, nem sempre precedido da prática do aconselhamento.

Detectamos dificuldades de compreensão, na prática de enfermagem, porém em maior grau, da prática médica, do espaço da prevenção das DST/HIV/aids como lugar de relevância nas atividades de pré-natal. Fica evidente a necessidade de se priorizar temas transversais como sexualidade e uso indevido de drogas na formação, na capacitação e na educação permanente dos profissionais de saúde. Planejar as ações assistenciais, de educação preventiva, é um desafio que se apresenta e precisa ser assumido para que seja refletido na mudança do modelo assistencial.

Paradoxos frequentemente são observados no campo das DST/HIV/aids quando se tem que repensar valores, crenças, adquirir embasamento técnico e aproximar-se de uma comunidade, muitas vezes em contexto de miséria, marginalidade e exclusão. Lidar com preconceitos, estigmas, tabus como sexualidade e uso de drogas, com uma doença transmissível e incurável como o caso da aids, não é uma tarefa fácil, mas necessária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Divisão de Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Dados provisórios acumulados. Acessados em: 01/07/2008.
2. Programa Municipal de DST/Aids. Protocolo de Oferecimento da Sorologia Anti-HIV no Pré-natal. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/progama/aids/protocolos/i16protocolos.htm>. Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto, 1996.
3. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde da Mulher: Diretrizes para prevenção de DST/Aids no Estado de São Paulo. São Paulo, 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1999.
5. Ayres JRC. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: A vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e aids entre crianças e adolescentes. In: Tozzi, DA. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/aids – São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação. (Série Ideias, 29), 1998; 15-23.
6. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
7. André MEDA. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. Caderno Pesquisa, São Paulo, 1983; 45: 66-71.
8. Ximenes S. Mímidicionário Ediouro. 6ª ed. Rio de Janeiro, 1999.
9. Seidl EMF. Humanização da Assistência Obstétrica – Acolhimento da Parturiente. In: Brasil. Ministério da Saúde, Projeto Nascer – Maternidades. Brasília, 2002.
10. Santos FP. Alterações psicológicas e de qualidade de vida após a devolutiva do resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência humana. Mestrado – Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
11. Neves FRAL. O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias. Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de novembro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades e da outras providências. DOU de 21/11/2002.
13. São Paulo. Lei nº 10.449, institui a obrigatoriedade do oferecimento às gestantes do teste para detecção de anticorpos anti-HIV e da sífilis em todo pré-natal realizado pelos serviços públicos e privados no Estado de São Paulo. São Paulo: DOE de 21/12/1999.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Direitos Humanos – HIV/aids. Parecer técnico (07/05/97): Testagem em menores, consultor: Santana PP. Brasília, 1997.
15. Cromack LMF. Adolescentes e o uso do preservativo feminino. Programa de Atenção Primária: Núcleo de Estudo de Saúde do Adolescente. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
16. Gherpelli MHBV. A educação preventiva em sexualidade na adolescência. In: Tozzi DA. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/aids – São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação. (Série Ideias, 29), 1998; 61-71.
17. Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudo e análise. Organizado por Falcão A. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003; 137-156.

Endereço para correspondência:

FÁTIMA REGINA DE ALMEIDA LIMA NEVES

Avenida Dr. José Herbert Faleiros, nº 600, casa 44

Núcleo São Luís – Ribeirão Preto – São Paulo

CEP: 14098-780

Tel.: 16 3977-9332 fax: 16 3977-9334

E-mail: progaid@saude.pmrp.com.br

Recebido em: 12.02.2009

Aprovado em: 25.08.2009