



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



PATRICIA DE LIMA FONSECA

**O ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS ÀS GESTANTES QUE
REALIZARAM O ANTI-HIV NA ADMISSÃO PARA O PARTO: OS
SENTIDOS DE UMA PRÁTICA**



Salvador - BA
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



PATRICIA DE LIMA FONSECA

**O ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS ÀS GESTANTES QUE
REALIZARAM O ANTI-HIV NA ADMISSÃO PARA O PARTO: OS
SENTIDOS DE UMA PRÁTICA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Jorge Bernstein Iriart.

Salvador – BA

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do ISC

F676a Fonseca, Patrícia de Lima.

O aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática / Patrícia de Lima Fonseca. - Salvador: P.L. Fonseca, 2010.

210f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^o. Jorge Bernstein Iriart.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. DST/AIDS. 2. Transmissão Vertical do HIV. 3. Sorodiagnóstico da AIDS. 4. Gestação. 5. Profissional de Saúde. I. Título.

CDU 616.9

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRICIA DE LIMA FONSECA

O ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS ÀS GESTANTES QUE REALIZARAM O ANTI-HIV NA ADMISSÃO PARA O PARTO: OS SENTIDOS DE UMA PRÁTICA

Dissertação apresentada à banca examinadora do programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária.

Banca Examinadora:

Jorge Alberto Bernstein Iriart

Doutor em Antropologia, Universidade de Montreal (UM)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (RJ)
Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Monica de Oliveira Nunes

Doutora em Antropologia - Université de Montreal (UM)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Salvador, 22 de Julho de 2010.

DEDICATÓRIA

Foi uma jornada difícil. A trilha muitas vezes tornou-se íngreme, difícil de caminhar, tive de superar limites, fazer renúncias, suportar a dor e, acima de tudo, escolher os melhores caminhos que me trouxessem aqui, sem risco de me perder. Contudo, valeu a pena pelas pessoas que encontrei no caminho, pelo que errei, questionei, busquei, superei e, acima de tudo, por crer na força do movimento para a construção de um mundo melhor.

A meus pais, Maria Alice e Edvaldo, pela compreensão que, apesar dos momentos difíceis devido ao estado de saúde da minha mãe, sempre se orgulhavam e demonstravam afeto e respeito pelas minhas escolhas.

A Carlos, meu marido, pelo carinho, companherismo e apoio nos momentos difíceis e por compartilhar dúvidas e desafios. Sempre ao meu lado, me fazia ver e acreditar num futuro melhor para a nossa vida.

A Da. Vera, pelo incentivo e preocupação constante, que mesmo a distância estava sempre disposta a me ouvir.

A Omar, meu filho, minha vida... por entender os meus objetivos e minha vontade de ir sempre em busca da felicidade. Você muito colaborou com todo esse processo e dizia sempre de forma madura, serena, que tinha muito orgulho de mim. Continue assim, filho, encantando pessoas, com a sua franqueza e sensibilidade.

À minha mãe: “Não sei por que você se foi. Quantas saudades eu senti. E de tristezas vou viver. E aquele adeus, não pude dar (...)”. Você marcou na minha vida. Viveu, morreu na minha história. Chego a ter medo do futuro (...) e da solidão que em minha porta bate (...)E eu! Gostava tanto de você...Gostava tanto de você [...]”.¹

¹ Trecho da música Gostava tanto de você de Tim Maia.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Jorge Iriat, meu orientador, agradeço por acreditar, pela parceria, presteza e respeito com que conduziu todo o trabalho; mesmo no momento em que me senti repreendida e limitada com algumas questões, você sempre se mostrou paciente e pronto para compartilhar e contribuir no que fosse preciso.

A Regina, enfermeira que me acolheu com muito entusiasmo e compromisso no campo de pesquisa, tornando-se uma grande aliada no processo de investigação. A sua parceria foi fundamental para a minha inserção no campo.

A Areni, Simone, Edilene e toda a equipe do ex-CTA estadual, enquanto profissionais atuantes e comprometidas com a qualidade do serviço, acolhimento dos sujeitos e com o trabalho pertinente à prevenção das DST/AIDS nos seus diversos cenários. Muito obrigada pelo entusiasmo e presteza por ajudar na construção desse conhecimento.

A Lígia, colega, amiga, foram muitas alegrias e descobertas que trocamos. Tenho muita admiração e respeito pela sua luta, pela sua vida. O seu acolhimento e apoio, durante todos esses anos, foram e têm sido fundamentais para eu sobreviver às adversidades, desapontamentos e incertezas dessa minha passagem por aqui.

A Zeca, pelo carinho e conhecimento que trocamos. É muito bom dizer que foi através das nossas diferenças que nos encontramos e nasceu essa grande amizade no ISC.

A Márcia Marinho, amiga, que já na reta final, quando pensei que não tinha forças para prosseguir, me deu a mão e se prontificou a me ajudar no que fosse preciso, doando conhecimento e plenitude.

A Cristina Camargo, gestora do CEDAP, a minha admiração, mesmo entre encontros e desencontros, trocamos experiências e incentivos enquanto profissionais, mulheres e pessoas simples que somos na esperança de ver um dia um mundo melhor.

A Maria, minha colega de mestrado, por ter se disponibilizado com a maior paciência, a me ajudar nas vésperas de imprimir esse trabalho, quando já estava no meu limite de exaustão, ela se mostrou amiga, chegou junto trazendo paz e calma. Qualquer palavra seria pouco para agradecer a sua atenção.

A Valéria Góes, médica, coordenadora-técnica de Saúde do CEDAP, pelo incentivo e alegria que via nos seus olhos ao acompanhar o meu crescimento e a minha busca pelo conhecimento.

A Cláudia Diaz, médica, amiga, minha terapeuta, por acreditar que a cura está em outro plano, no mundo sutil, e que, para chegarmos lá, precisamos alinhar os chakras (pontos de energia que se relacionam com as principais glândulas do organismo) e harmonizar com as pessoas, o ambiente e a natureza.

A Denise Serafim, pela oportunidade que tive de trabalhar junto ao Departamento Nacional de DST/AIDS com treinamentos e capacitações e contribuir para o fortalecimento das ações de aconselhamento nos diversos segmentos e contextos.

À professora Inês Dourado, pelo acolhimento no atual grupo de AIDS/ISC e incentivo para fazer o mestrado.

A Heloise, colega, companheira, entramos juntas para o mestrado em instituições de ensino diferentes. A riqueza das nossas reflexões ante as nossas dificuldades como mãe, mulher e profissional me fortaleceu nesse processo.

A Joselina, colega de muitos anos, que na medida do possível se empenhou com o seu conhecimento para me atender no que precisei.

RESUMO

Embora o trabalho de parto não seja o momento adequado para a realização do teste anti-HIV, o Ministério da Saúde considera indispensável disponibilizar o exame e tratamento quimoprofilático para mãe e bebê visando impedir a transmissão do HIV durante a gestação e parto. Assim, está preconizado que o teste rápido anti-HIV seja ofertado mediante aconselhamento em situações consideradas especiais, como em maternidades. Este trabalho teve por objetivo analisar a ação de aconselhamento em DST/AIDS para as parturientes e puérperas que são submetidas ao teste anti- HIV, na admissão para o parto, em Salvador-BA. Foi realizado um estudo qualitativo em uma maternidade com observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 20 informantes, sendo 13 puérperas sem diagnóstico prévio para o HIV e 07 profissionais de saúde. Observou-se que a Unidade de saúde pesquisada não desenvolve ações específicas de aconselhamento para a oferta e comunicação do resultado do teste anti-HIV no trabalho de parto, limitando-se a solicitar o exame de forma compulsória e a informar o diagnóstico no pós-teste somente às usuárias, cujos resultados foram positivos para o HIV. A experiência das mulheres na passagem por maternidade de Salvador revela que não há diálogo entre profissional e paciente na triagem pelo teste anti-HIV na admissão para o parto. Muitas nem percebem que foram submetidas a esse tipo de testagem. A significação que permeia um diagnóstico positivo ou negativo para o HIV e o entendimento dos valores e sentidos dados por essas mulheres, principalmente quando se descobrem positivas para o HIV não são abordados pelos profissionais de saúde. Para estes, na dinâmica do hospital não há espaço para a escuta qualificada. Há dificuldade na capacitação desses profissionais para lidar com esse tipo de abordagem no seu cotidiano em que as atitudes e práticas hegemônicas pautada na biomedicina mecanicista e centrada na doença, muitas vezes, se contrapõem as experiências e necessidades dessas mulheres.

Palavras chaves: transmissão vertical do HIV, teste rápido anti-HIV, aconselhamento em DST / AIDS, parturiente/puérpera, profissional de saúde.

ABSTRACT

Although labor is not the right time for anti-HIV test, the Ministry of Health considers it essential to be offered and its treatment by chyme prophylaxis for mother and baby in order to prevent HIV transmission during pregnancy and childbirth. It is therefore recommended that the rapid/fast test for HIV is offered with counseling considering special situations, such as in children's birth centers. This study aims to analyze the action of counseling in STD / AIDS for pregnant women and mothers who are submitted to HIV testing during admission for delivery/childbirth in Salvador, Bahia. It was conducted a qualitative study in a maternity hospital with participant observation and semi-structured interviews with 20 informants (13 women with no previous diagnosis for HIV and 7 health professionals).It was observed that there was no specific action offering any type of counseling previous to the offering and. communication of the results of HIV testing. The exam is done by compulsory requests and the results are communicated only to the HIV positive women. In Salvador, the experiences of these women reveal that there is no dialogue between professionals and patient screening for HIV testing at admission for delivery. Many do not realize they have been subjected to such exam. The meanings and experiences that permeate a positive or negative diagnosis for HIV for women that find themselves HIV positive are not addressed by health professionals. In the dynamics of the hospital here is no physical space for qualified hearing. There are difficulties in training these professionals to deal with this approach that confront mechanistic and disease oriented biomedicine hegemonic practices that often oppose the experience and needs of these women.

Key Words: *prevent HIV transmission during pregnancy and childbirth, rapid/fast test for HIV, counseling in STD / AIDS pregnant women and mothers, health professionals.*

LISTA DE SIGLAS

Centers for Disease Control – CDC

Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS

Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA

Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP.

Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP

Centro Obstétrico – CO

Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

Hospital Dia – HD

Método Mãe Canguru – MMC

Ministério da Saúde – MS

Organização Mundial da Saúde – OMS

Organizações Não Governamentais – ONGs

Papiloma Vírus Humano – HPV

Recém-nascidos – RN

Região Metropolitana de Salvador – RMS

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Serviço Social e o Serviço de Arquivo Médico da Unidade – SAME

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA

Sistema Único de Saúde – SUS

Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS

Terapia Antirretroviral – TARV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Teste Rápido – TR

Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil de puérperas HIV positivo entrevistadas de maio a novembro de 2009	55
Quadro 2 – Perfil das puérperas HIV negativo entrevistadas de maio a novembro de 2009	57
Quadro 3 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados que atendem parturientes / puérperas na maternidade	59

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
CAPITULO I – ACONSELHAMENTO	21
1.1 Aspectos conceituais do aconselhamento-origem do conceito	21
1.2 Aconselhamento no cenário das DST e AIDS	25
1.3 Aconselhamento DST e AIDS na prevenção da transmissão vertical do HIV	31
1.3.1 Manuais protocolos e diretrizes do aconselhamento na prevenção da transmissão vertical do HIV	37
CAPITULO II – METODOLOGIA	39
2.1 Referencial teórico	39
2.2 Local da pesquisa	42
2.3 Entrada no campo	45
2.4 Estratégias e técnicas de produção de dados	50
2.5 Os sujeitos da pesquisa	53
2.6 Plano de análise	61
2.7 Consideração éticas	62
CAPITULO III – CENAS DE PARTO: A DINÂMICA DO ATENDIMENTO AS PARTURIENTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE	64
3.1 O hospital maternidade	64
3.1.1 Cena 1- A admissão para o trabalho de parto	66
3.1.2 Cena 2 - O parto	75
3.1.3 Cena 3 – Enfermaria pós-parto	79
CAPITULO IV – A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA MATERNIDADE: O QUE O CORPO NÃO MOSTRA O CORAÇÃO NÃO SENTE	83
4.1 Gestação	84
4.1.1 A experiência de estar grávida	84
4.2 Pré-natal	87
4.2.1 Acesso ao anti-HIV	87
4.3 Na maternidade aconselhamento e testagem	91
4.3.1 Admissão: oferta do teste anti-HIV	91
4.4 O Parto	94
4.5 A comunicação do resultado	97
4.6 Amamentação	101
4.7 Pós-parto	105

CAPITULO V – O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS	112
5.1 A prática profissional cotidiana	112
5.2 Concepções sobre o aconselhamento DST/AIDS no contexto do hospital maternidade	117
5.3 A testagem: aspectos éticos e administrativos	122
5.4 A comunicação do resultado	131
CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICES	
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- NEGATIVAS ADMITIDAS PARA O PARTO	159
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- POSITIVAS ADMITIDAS PARA O PARTO	162
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE	165
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES NO PÓS-PARTO	167
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	168
ANEXOS	169
ANEXO I – FLUXOGRAMA NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NA MATERNIDADE	170
ANEXO II – PORTARIA n.º 2104/GM	172

APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresento este trabalho, parte da trajetória de quinze anos como aconselhadora de um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Durante esse percurso, no enfrentamento da epidemia, foram muitas aprendizagens, realizações e dificuldades de ordem administrativa e organizacional relativas a um serviço de saúde pública vulnerável às mudanças de governo.

Nesse contexto, vale ressaltar a história do Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, implantado em Salvador-BA conjuntamente com um ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis² – DST. Em 1997, por iniciativa do Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde e com o objetivo de mais adequadamente informar à população, dos objetivos e atividades realizadas por esses serviços, o COAS muda a sua nomenclatura para CTA. Assim, com uma estrutura mínima de serviços (recepção, consultórios, sala de coleta e laboratório) os CTA foram se organizando em todas as regiões do país, dando acesso ao diagnóstico do HIV à população, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade. Atualmente, o acesso à testagem do HIV, por demanda espontânea, está sob os cuidados da rede básica como mais uma conquista da municipalização e descentralização das ações de prevenção em comunidades.

²O CTA do estado da Bahia que atuava na prevenção da DST/HIV/AIDS e testagem do HIV, HTLV, sífilis e hepatites virais foi desativado em 2009 e a unidade passou a denominar-se Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP, que integra a estrutura da SESAB, vinculada à Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, cujo atendimento é direcionado aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis e do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS. Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/cedap>

A experiência como aconselhadora num centro de testagem me possibilitou conhecer fortes histórias de vida, que expressam as múltiplas dimensões do impacto da epidemia na vida das pessoas. Uma das lições apreendidas foi identificar o amplo contexto de caráter subjetivo por trás da simples demanda para testagem do HIV, que funciona como “porta de entrada” do sistema de prevenção e controle. Os relatos de vidas, cujo modo de viver das pessoas falava por si só, mostravam os desafios que tínhamos de enfrentar como aconselhadoras, no momento da comunicação do resultado sorológico para o HIV, positivo ou negativo. Entre as pacientes havia muitas puérperas, encaminhadas pelos hospitais maternidades ao CTA para confirmação de diagnóstico positivo para o HIV, após serem triadas pelo *Teste Rápido Anti-HIV* na admissão para o parto. As situações vividas e relatadas por elas, diante do resultado positivo para HIV, revelavam sinais de fragilidade, surpresa, sentimento de exclusão, angústia e incerteza em relação à nova condição. Muitas nem mesmo entendiam porque estavam ali e que haviam sido encaminhadas porque foram informadas na maternidade de que era preciso fazer outro teste, oferecido pelo CTA. Percebia-se, no entanto, que o aconselhamento no pós-teste talvez não estivesse cumprindo o papel de orientá-las sobre os significados dessa segunda testagem e situações recorrentes, como parte dos procedimentos necessários para os cuidados com a saúde da mulher e seu bebê. A partir disso, surgiu a necessidade de entender melhor a trajetória dessas mulheres e responder a indagações sobre as condições para realizar a testagem rápida para o HIV das gestantes / parturientes na admissão para o parto nas maternidades.

Assim, no intuito de dar visibilidade à referida temática e contribuir para a construção e reconstrução de novas formas de assistir às diferentes demandas, contextos e práticas em saúde, os conteúdos discutidos nesta dissertação trazem uma reflexão sobre o aconselhamento voltado para *as gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto* em um serviço de saúde médico-hospitalar.

INTRODUÇÃO

A epidemia de AIDS desde o seu início, no final da década de 70, vem apresentando mudanças importantes em relação ao perfil dos indivíduos acometidos. Assim, atualmente a feminização da AIDS constitui-se realidade nos diversos contextos de vulnerabilidade e, dentre esses, destaca-se o fato de muitas mulheres acreditarem que ter um único parceiro é suficiente para imunizá-las da infecção por DST/AIDS (BRASIL, 2007 [a]).

Conforme relatório denominado Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS – UNAIDS (BRASIL, 2007 [b]), estima-se que, das pessoas vivendo com HIV no mundo, cerca de 90% não sabem que estão infectadas e dessas, especificamente, mulheres com 15 anos ou mais respondem por cerca de 46% (15,4 milhões).

No Brasil, de 1980 a 2008, foram notificados 432.890 casos de AIDS. Nesse período, no ano de 2007, evidencia-se a taxa de incidência correspondente a 9,5 a cada 100.000 habitantes. Entretanto, no que se refere à razão entre os sexos, os dados apontam decréscimo, passando de aproximadamente 3:1, ou seja, 3 casos de AIDS em homens para 1 caso em mulheres no ano de 1998 para 2:1, no ano de 2008, respectivamente. Esta tendência vem se observando em nível do Brasil (BRASIL, 2008). Verificou-se também, no ano de 2008, que enquanto a taxa de incidência para o sexo feminino foi de aproximadamente 7 para cada 100.000 habitantes, para o sexo masculino a taxa foi mais que o dobro (17/100.000 habitantes) (BRASIL, 2008).

A proporção de pessoas que buscaram o teste anti-HIV no Brasil apresenta significativas variações regionais, por sexo e características socioeconômicas. As maiores taxas de realização de testes encontram-se na região sudeste (34,9%) e centro-oeste (32,2%); as regiões que menos realizam o teste anti-HIV são norte (20,7%) e nordeste (15,5%) (BRASIL, 2006 [a]).

Assim, no que diz respeito à profilaxia da transmissão vertical TV do HIV, a cobertura nacional, que era de 51,6%, em 2002, passou para 63,5%, em 2004; e nos serviços de pré-natal, a realização de diagnóstico do HIV é duas vezes maior do que a observada para sífilis, exame que

deve, por lei, ser realizado durante o pré-natal (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Entretanto, apesar do aumento da cobertura da testagem para o HIV em mulheres grávidas, as taxas observadas no país ainda permanecem mais baixas do que as de diversos países em desenvolvimento (UNAIDS, 2004).

Sabe-se que a transmissão do HIV da mãe para o bebê pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação e de que 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2004). Nesse contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 [b]) estima que, com a prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano.

No Brasil, a partir de 1996, a Coordenação Nacional de DST e AIDS (atualmente Departamento Nacional de DST e AIDS) estabeleceu como meta o controle da transmissão vertical do HIV e iniciou a divulgação das ações para a sua prevenção (BRASIL, 2002 [b]). Posteriormente estudaram-se estratégias de intervenção com esquemas abreviados de AZT e outros antirretrovirais com o objetivo de tornar mais acessíveis e efetivas as recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV. O protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007 [a]) para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis passou a recomendar, a partir de 1994, o uso de antirretrovirais a partir da 14^a semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia antirretroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida; e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.

Em 2000, a vigilância dos casos de grávidas infectadas pelo HIV e crianças expostas tornou-se compulsória no Brasil, tendo, além da perspectiva epidemiológica, importante caráter operacional para a avaliação das intervenções (CAVALCANTE, *et al.*, 2004).

O ano de 2003 foi marcado pelo investimento do Ministério da Saúde em novo projeto, denominado “Projeto Nascer”, “para atendimento às parturientes que não fizeram os exames no pré-natal da rede SUS” (BRASIL, 2003 [a]). Portanto, o projeto visava a aumentar a cobertura do tratamento da AIDS e da sífilis nas maternidades brasileiras localizadas em municípios

considerados prioritários e que atendiam a mais de 500 partos por ano. Atualmente, iniciativas continuam sendo estabelecidas no Brasil visando à assistência integral à grávida infectada pelo HIV, a exemplo de revisões periódicas de condutas do pré-natal e parto de mulheres HIV positivo e a documentação em “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes”.

Nesse contexto, ressalta-se o uso de testes rápidos para a detecção de anticorpos anti-HIV. Estes, por fim, produzem resultados em, no máximo, 30 minutos e apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou náilon, látex, micropartículas ou cartelas plásticas), e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras. Estes testes foram desenvolvidos no final da década de 80 e ganharam maior popularidade no começo dos anos 90. Os testes rápidos, em geral, apresentam sensibilidade e especificidade similares aos ELISAS EIA – e *Western Blot* (WB) (BRASIL, 2007 [a]). A sensibilidade é de 100%; a especificidade, 99,5%; o valor preditivo para positivo, 87,5%; e o valor preditivo para negativo, 100%. Pode-se concluir, então, que os resultados obtidos na avaliação do teste para o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV-1 em gestantes revelam sensibilidade, especificidade e valores preditivos que o credenciam como recurso extremamente importante na indicação de medidas que reduzem a transmissão perinatal desse vírus (CARVALHO *et al.*, 2004). O resultado do teste rápido, seja ele reagente ou não-reagente, deve sempre ser comunicado por profissional de saúde devidamente treinado.

O Ministério da Saúde reconhece que o trabalho de parto não é o momento adequado para a realização do teste anti-HIV, entretanto, considera indispensável, pela ocorrência de possíveis falhas no acesso das gestantes ao pré-natal, disponibilizar o exame e o tratamento quimioprofilático para a mãe e o recém-nascido.

Assim, a portaria nº 34/GM, de 2002, determina que “o teste rápido anti-HIV deve ser ofertado mediante aconselhamento às mulheres sem sorologia prévia para HIV, em situações consideradas especiais, como em maternidades” (BRASIL, 2003 [a]).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, o aconselhamento define-se como:

[...] um diálogo confidencial entre usuário e profissional de saúde com o objetivo de capacitar o usuário a lidar com situações estressantes e a tomar decisões pessoais relativas às DST/HIV/AIDS, incluindo a avaliação dos próprios riscos para as infecções e adoção de prevenção (BRASIL, 1999).

De acordo com a OMS, o acesso dessas mulheres à prática de aconselhamento é fundamental para iniciar a prevenção da transmissão vertical do HIV, por se acreditar que sem esta o consentimento informado para conhecer o *status* sorológico para o HIV e garantir a sua inclusão no processo de cuidado fica comprometido, seja com sorologia positiva ou negativa para o HIV.

O processo de aconselhamento em DST e AIDS no contexto de maternidade constitui-se prática indispensável, não apenas em relação às orientações de caráter técnico para a adesão à testagem do HIV como também, em caso de mães HIV positivo, às recomendações para a profilaxia do parto e encaminhamento para a rede especializada na atenção, viabilizando a abordagem consentida, por parte das mulheres, no que se refere aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Entende-se que as mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura³ não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados (DINIZ, 2005).

A situação até aqui descrita nos remete também ao conceito ampliado de vulnerabilidade no campo da AIDS, cuja prevenção dos determinantes da transmissão do HIV vão dos aspectos de suscetibilidades orgânicos à forma de estruturação das ações e programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES *et al.*, 2003).

A não realização da ação de aconselhamento perpassa pela questão da vulnerabilidade programática. O componente programático, segundo Ayres *et al.* (2003) é necessário para viabilizar os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger. Para tanto, devem estar disponíveis de modo efetivo e democrático. Assim, quanto maior o grau e a qualidade de compromisso, insumos, gerência e monitoramento das ações,

³Iniciativa Maternidade Segura – assistência baseada nos direitos (*rights-based*), demandando um cuidado que promova o parto seguro e a assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos” (DINIZ, 2005).

serviços e programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativos ao HIV/AIDS, maiores serão as chances de se canalizar os recursos sociais existentes, aperfeiçoar seu uso e identificar outras necessidades, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia.

Conforme Araújo, Vieira e Bucher (2006), por ser o aconselhamento abordagem que privilegia a relação dialógica entre pessoas (profissional e usuário) e que ressurge, devido à epidemia da AIDS, como uma das estratégias de prevenção no cenário da saúde coletiva, torna-se imperativo pensar as especificidades dessa ação. Portanto, é essencial que se obtenha mais informação sobre as condições em que se desenvolve o aconselhamento em DST e AIDS na prevenção da transmissão vertical do HIV no parto, principalmente porque muitas dessas gestantes não tiveram oportunidade de fazê-lo no pré-natal e serão submetidas ao teste anti-HIV nessa ocasião.

O presente projeto teve por objetivo geral analisar como se realiza o aconselhamento para as gestantes submetidas ao teste anti-HIV na admissão para o parto na cidade de Salvador. Mais especificamente, buscou-se analisar as ações de aconselhamento em DST/AIDS realizadas no pré e pós-parto, tendo como contraponto as práticas preconizadas nos protocolos e manuais do Ministério da Saúde e conhecer as representações e práticas dos profissionais de saúde sobre o aconselhamento nesse contexto, assim como a experiência das gestantes HIV negativo e HIV positivo com o aconselhamento pré e pós-teste no processo de parturição.

Essas questões e seus desdobramentos relativos à problemática até aqui exposta nortearam todo o percurso da pesquisa, buscando evidências que pudessem trazer à tona o aconselhamento, o cenário, a dinâmica, os atores, além da discussão com o olhar das ciências sociais em saúde.

O estudo pretende contribuir para preencher lacunas do conhecimento devido à existência de poucos estudos que abordam o aconselhamento, sobretudo no momento do pré e pós-teste do anti-HIV na prevenção da transmissão vertical.

A dissertação está dividida em cinco capítulos. No Capítulo I, é realizada a revisão da literatura sobre o aconselhamento e seus aspectos teóricos e conceituais para definir uma abordagem centrada na pessoa, pautada na não-diretividade e na mudança dos indivíduos e das organizações. Em seguida, discute-se o sentido do aconselhamento no cenário DST e AIDS como estratégia de prevenção primária e secundária conduzida e regulamentada, a princípio, pelos Centros de

Controle de Doença (*Centers for Disease Control*), depois incorporada pelo Ministério da Saúde até a implantação dos CTAs. Aborda-se também o aconselhamento na perspectiva da prevenção da transmissão vertical do HIV, destacando aspectos da feminização da AIDS e das políticas públicas que marcaram iniciativas nesse campo, como o Projeto Nascer.

No Capítulo II, abordam-se os pressupostos teórico-metodológicos que orientaram o percurso da investigação. Descreve-se a maternidade em que foi realizado o estudo, os sujeitos da pesquisa, a entrada em campo, as estratégias e técnicas de produção de dados, assim como o plano de análise os aspectos éticos.

O Capítulo III traz à tona as cenas registradas no caderno de campo sobre a dinâmica de serviço da maternidade nos atendimentos às parturientes e puérperas. Evidencia-se neste capítulo, a dinâmica da Unidade descrita, na qual se mostram alguns fragmentos apreendidos durante a observação do campo no que se refere às rotinas na pré-admissão, admissão, parto e enfermaria – itinerário realizado pela paciente no processo de parturição. Cenários onde as ações de aconselhamento pré e pós-teste não acontecem, de fato, como preconizadas pela política nacional de DST/AIDS.

No Capítulo IV, são analisados os relatos das mulheres em relação às suas respectivas passagens por algumas maternidades de Salvador, no que se refere ao acesso à oferta do teste anti-HIV em concomitância com aconselhamento pré e pós-teste. Neste capítulo, procura-se compreender a prática de aconselhamento a partir da experiência vivida pelas parturientes e puérperas que são submetidas ao teste anti-HIV na admissão para o parto.

No Capítulo V, é exposto o ponto de vista dos profissionais sobre prática de aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto. Os relatos trazem à tona a discussão das ações de saúde como um todo e sua relação com o cotidiano dos serviços prestados pelo hospital maternidade à população. A partir daí, tem-se uma ideia de qual aconselhamento estamos falando dentro da lógica da assistência às parturientes, cuja prioridade é a urgência e emergência, focada na experiência corpórea do parto. Por fim, na conclusão, levantaram-se algumas considerações importantes na tentativa de sintetizar os achados, as discussões e reflexões pontuadas nos respectivos capítulos. Estas, de alguma forma, apontam recomendações e desafios para a melhoria da qualidade da atenção relativa às intervenções no

âmbito da prevenção da transmissão vertical do HIV. Além de sinalizar para as políticas de saúde pública e para a necessidade de acionar recursos para preservar ou redimensionar a ação de aconselhamento nos seus diversos contextos. Uma estratégia de cuidado fundamentada no respeito às diferenças, na proposta pedagógica que prima por uma relação dialógica entre os sujeitos - instituição e comunidade, serviço e necessidades, profissional e paciente - não pode ficar fora das agendas e rodas de conversa no âmbito da gestão e do planejamento, se realmente se quer construir uma proposta integral das ações na assistência.

CAPÍTULO I – ACONSELHAMENTO

1.1 Aspectos conceituais do aconselhamento: origem do conceito

Conforme Lima (2006), com o advento da epidemia da AIDS surgem novos paradigmas. O aconselhamento ressurgiu no cenário da prevenção das DST e AIDS, em um mundo globalizado, onde a informação exerce poder sobre os atores sociais.

As buscas na literatura científica sobre o aconselhamento e sua origem levam a crer que há dificuldade de delinear um modelo teórico para o conceito de aconselhamento. Com base em Pupo (2007), percebe-se que, em alguns artigos sobre estudos qualitativos do aconselhamento em DST e AIDS, nas suas diversas perspectivas, há referências à Teoria Humanista⁴ como eixo norteador dos modelos teóricos até então utilizados para o aconselhamento, tanto na perspectiva de mudança de comportamento, quanto na perspectiva cognitiva.

Oriundo da prática da psicoterapia e dos primeiros experimentos pedagógicos, o aconselhamento fundamentava-se em uma abordagem libertadora. Dessa maneira, Carl Rogers (1961) prioriza a abordagem centrada na pessoa, cujos indivíduos vão optando por expressar de maneira plena os seus sentimentos reais e terminam por descobrir que podem abandonar suas fachadas defensivas e estabelecer uma comunicação verdadeira com outras pessoas.

⁴ Teoria Humanista - os alicerces filosóficos da abordagem encontram-se nas perspectivas fenomenológica e existencial, que concebem a pessoa como capaz de escolher o próprio destino. A fenomenologia foi sistematizada no início do século XX, por Edmundo Husserl. As principais Teorias Psicológicas surgidas a partir da Psicologia Humanista na década de 40 e 50 são: Logoterapia, por Victor Frankl, Abordagem Centrada na Pessoa, por Rogers, Gestaltterapia, por Fritz e Laura Perls (ARAÚJO.; FARIAS; RODRIGUES, 2006).

No seu desenvolvimento histórico, o aconselhamento atravessa múltiplas abordagens, dando lugar ao aparecimento de várias correntes teóricas, clínicas e práticas. O aconselhamento nasceu nos Estados Unidos, no início do século XX, quando Frank Pearson desenvolve a modalidade de atendimento psicológico individual destinado a auxiliar os jovens na escolha da carreira profissional (BRASIL, 1999).

Em 1942, Carl Rogers, psicólogo americano e teórico, dá uma dimensão clínica ao aconselhamento e revoluciona o campo propondo a intervenção centrada na pessoa. Com os movimentos sociais urbanos nos EUA dos anos 60 e 70, criam-se os chamados centros de aconselhamento, que funcionavam como espaços de escuta para o compartilhamento de questões individuais e coletivas.

No Brasil, o aconselhamento ganhou força dentro da prática da psicologia clínica; as proposições de Rogers para o trabalho com grupos e para a psicossociologia foram suplantadas pelas contribuições dos psicanalistas argentinos Pichon Rivière e Bléger. Assim, as propostas de Rogers, pautadas na não-diretividade e na mudança dos indivíduos e das organizações, não irão encontrar eco nos princípios defendidos pela “contracultura”, isto é, a ruptura e a contestação da ordem estabelecida, ordem esta que privilegia o indivíduo em detrimento dos anseios coletivos (BRASIL, 1999).

Verifica-se que Rogers inicia seu trabalho num posto modesto, onde tenta obscuramente ajustar menores desajustados e desprezados a viverem de forma mais significativa a tentativa de participar construtivamente no molde que a sociedade imprime ao seu próprio destino. Em sua obra mais recente, *Carl Rogers on Power*, ele se concentra na política da abordagem centrada na pessoa, tal como ela se coloca inerente em todo e qualquer relacionamento. A premissa básica é que “o ser humano é, em seu cerne, um organismo em que se pode confiar”, e a abordagem *centrada na pessoa*, nas mais diversas circunstâncias, consiste em “prover certas condições psicológicas que facilitam a liberação desse fluxo subjacente para a realização construtiva das complexas possibilidades da pessoa” (ROGER; ROSEMBERG, 1997).

Meireles (2002), em um estudo da *abordagem centrada na pessoa* em método, influências, visão de ciência e aplicações, sobre a teoria de Carl Rogers, demonstra de forma muito clara as formas para se chegar ao sucesso em terapia, por meio do que ele chama de três atitudes facilitadoras:

consideração positiva incondicional, que consiste em considerar o cliente como um todo, sem submetê-lo a qualquer tipo de julgamento de valores sociais, para que este possa experimentar-se livremente, sem qualquer empecilho ou bloqueio de sua consciência aos seus sentimentos ou atitudes; a empatia, a capacidade de colocar-se no lugar do outro como se fosse o outro, fazendo com que este outro saiba que está sendo compreendido e respeitado, mesmo que, na relação, haja uma gama de diferenças entre este e o terapeuta. Aliás, a diferença, para a Abordagem Centrada na Pessoa é algo fundamental, pois implica saúde em “ser você mesmo”, no sentido de não se deixar guiar por outro referencial que não o da própria avaliação como sujeito livre; a autenticidade, a capacidade do terapeuta de ter abertura para a alteridade do cliente, sem precisar se esconder por trás da máscara de profissionalismo, tendo acessíveis, à sua consciência, os dados do momento em que se desenvolve a relação e expressar o que sente ou pensa a qualquer momento em que achar conveniente.

Rogers (1977) afirma que na abordagem centrada na pessoa:

[...] o comportamento do orientador minimiza influências prejudiciais sobre as atitudes expressas. A pessoa, normalmente, sente-se motivada a comunicar seu próprio mundo especial, e os procedimentos utilizados encorajam-na a isso” (ROGERS; ROSEMBERG, 1977).

Pupo (2007) coloca que desde o início as fronteiras entre aconselhamento e psicoterapia sempre passaram por grandes discussões, tanto por parte dos autores que contribuíram para estabelecer o aconselhamento como um novo campo de especialização na psicologia, como também por parte de teóricos que discutiam o conceito que embasava o atendimento psicoterapêutico.

Desse modo, essa autora, em sua análise de documentos sobre o aconselhamento em geral e o aconselhamento em DST/ AIDS e suas principais correntes teóricas, concluiu que a linha teórica mais claramente explicitada e identificada, tanto nos manuais nacionais como internacionais foi a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers. Além disso, no seu estudo quanto à origem histórica do aconselhamento, a autora identifica imprecisão quanto à operacionalização do conceito como prática social, evidenciando as potencialidades e fragilidades da Abordagem Centrada na Pessoa - linha teórica adotada para lidar com a complexidade e minúcias da epidemia de AIDS (PUPO, 2007).

No entanto, no cenário da saúde, o aconselhamento aparece como ação que requer a construção de relação de confiança mútua e o estabelecimento do diálogo entre profissional e cliente. Esta prima pela utilização de linguagem acessível, pela confidencialidade e pelo respeito às diferenças e à cidadania.

Desse modo, observa-se, em algumas análises sobre a função comunicativa das práticas de aconselhamento, a associação com os estudos habermasianos sobre a tríplice função da linguagem comunicativa, que são: da expressão daquilo que se tem em mente (função expressiva), sobre algo no mundo (função representativa), para comunicar-se com o outro (função interativa). Nesta lógica, o aconselhamento torna-se instrumento na área de saúde que visa a atender às necessidades de pessoas que procuram ajuda para resolver, em tempo relativamente breve, problemas que não têm necessariamente profundas determinações psicológicas (MORENO, 2008).

Em face das novas demandas da epidemia de AIDS, torna-se premente a realização do atendimento centrado no cliente e que priorize o movimento do sujeito ao personalizar as informações, refletindo-as com base em suas vivências. É importante motivar o usuário do serviço a expor suas reais dificuldades para a adoção de determinadas ações que reduziriam seus riscos. Entretanto, não deve haver ruptura entre informar e escutar; ao contrário, o ideal é que estejam articulados (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Portanto, o aconselhamento, no âmbito da saúde coletiva, resgata o afetivo-emocional presente na assistência aos usuários, propondo reflexões sob um modelo de atenção em saúde que, segundo Lima (2006), ainda estão pautadas em ações curativas, hegemônicas, hierárquicas e individualizadas para intervenção nos corpos.

1.2 Aconselhamentos no cenário DST e AIDS

Em sua abordagem sobre a arqueologia do vírus, da doença e das normas, Lima (2006) também relata que em 1980, no Centro de Controle de Doenças norte-americano, foram agregadas as notificações de 26 casos de uma forma de câncer rara em pacientes jovens: o sarcoma de Karposi. Em maio de 1981, o boletim norte-americano, *Morbidity Mortality Weekly Report*, publica o relato sobre cinco mortes por um tipo específico de infecção pulmonar aguda. Conforme o infectologista Gottlieb, a infecção resultou em morte devido ao baixíssimo grau de imunidade em que se encontravam os organismos dos cinco pacientes. O comprometimento do sistema imunológico também foi registrado pelo infectologista em relação às vítimas do sarcoma de Karposi. Nota-se que outro fato agrega-se a esses acontecimentos: os cinco pacientes de Gottlieb eram homossexuais masculinos (Lima, 2006). Em 1983, a equipe francesa do Instituto Pasteur anuncia a descoberta do agente causador da AIDS, um vírus que eles denominaram LAV. Em março de 1984, uma equipe norte-americana também isola o vírus, denominado HTLV-3 (*The Human T Leukemia Lymphoma Viruses*). Em 1986, o Comitê Internacional para Toxicomania de Vírus propõe a denominação HIV – *Human Immuno-Deficiency Virus* (LIMA, 2006).

A epidemia de AIDS, que se disseminou mundialmente na década de 1980, passa a exigir tecnologias de percepção, de olhar e de organização do saber que articulem o contexto social das estruturas de poder e suas formações históricas. Essas tecnologias extrapolam o quadro metodológico da racionalidade moderna. A própria epidemia de AIDS produz a formação discursiva onde se encontram as referências de sua significação (LIMA, 2006).

A epidemia desafia todos a construir estratégias educativas para deter o seu avanço, colocando em cheque os modelos de assistência à saúde, além de viabilizar a discussão crítica sobre saberes e práticas em saúde.

Nesse sentido, o aconselhamento DST/AIDS começou a se implantar como uma das principais estratégias de prevenção primária e secundária conduzidas pelo *Centers for Disease Control – CDC*, e a partir de março de 1985, nos EUA, o *Food Drug Administration* licenciou e

disponibilizou o primeiro teste ELISA para a detecção de anticorpos anti-HIV (VALDISSERI, 1997).

Segundo Divine *et al.* (1999), em “*Revised Guidelines for HIV Counseling*”, ano de 1986, evidenciou-se a importância do aconselhamento para a oferta do teste, para todas as pessoas consideradas “em risco”, de forma confidencial e voluntária. Em 1987, novos manuais enfatizavam a necessidade de diminuir as barreiras para o aconselhamento e testagem, especialmente no que se refere à revelação pessoal da informação. Nesta linha de pensamento, em 1993, um relatório adicional descreve o modelo didático, focado no plano específico de redução de risco do HIV e, logo em seguida, em 1994, o aconselhamento em HIV/AIDS e os procedimentos de testagem são padronizados e referenciados nos manuais, reiterando a importância da prevenção do HIV, o modelo de aconselhamento e a necessidade da confidencialidade (DIVINE *et al.*, 1999).

Assim, à luz dos estudos de Pupo (2007), em sua análise crítica quanto aos fundamentos históricos e conceituais sobre o aconselhamento, a ênfase dada pelos primeiros manuais ao sigilo e à confidencialidade no aconselhamento em DST/AIDS tem grande contribuição da sociedade civil organizada, como, por exemplo, a da *American Civil Liberties Union*, que lutou por leis que protegessem a confidencialidade dos registros médicos para garantir ao teste o anonimato, como proteção contra a discriminação.

No Brasil, a associação entre a prática do aconselhamento e AIDS surgiu, inicialmente, no âmbito das Organizações Não Governamentais – ONGs, a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares. Esta é uma das estratégias de *Educação em Saúde*, ou seja, um processo de influência de um grupo de pares educadores em relação a outro grupo de pares educando. Esses grupos partilham determinadas características demográficas, psicológicas, sociais e culturais de forma que os indivíduos se identifiquem com os seus pares e interajam em clima de respeito e aceitação recíprocos. Ao mesmo tempo, essas ações se desenvolveram e se expandiram para diversos segmentos populacionais, com vistas a implantar intervenções de prevenção (PUPO, 2007).

O Ministério da Saúde, diante da mobilização social no país em torno da epidemia, adota, a partir de 1989, estratégias de testagem e aconselhamento que passam a ocupar lugar de destaque nos

programas de prevenção. Portanto, para maior controle da cadeia de transmissão, surge a necessidade de ampliar a oferta do teste sorológico acompanhado de aconselhamento, inclusive para reordenar a demanda específica que recorria aos “bancos de sangue”. O Ministério da Saúde propõe a implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA – em todo o Brasil, que inicialmente eram denominados Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS (SORELLE, 2000).

Diante dos esforços para a interrupção da epidemia do HIV e AIDS, percebe-se que o aconselhamento se inseriu como prática no Programa Nacional de DST/AIDS pautado na lógica do pré e pós-teste anti-HIV que, até então, tinha abordagem voltada para a aceitação da doença, suporte emocional, morte, luto, enfim, problemas oriundos do impacto diagnóstico. No entanto, com a proposta dos CTA, nasce um novo modelo de intervenção, oriundo das práticas de prevenção, ampliando a concepção de assistência e educação em saúde.

Neste novo contexto das DST/AIDS, os objetivos do aconselhamento são: promover a redução do nível de estresse; refletir sobre a possibilidade da percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras; aderir à testagem (anti-HIV) e ao tratamento; comunicar e tratar as parceria(s) sexual(is) e parceria(s) de uso de drogas injetáveis (BRASIL, 1997).

Portanto, configura-se como uma ação em saúde, que contribui, potencialmente, para a quebra da cadeia de transmissão da AIDS e de outras DST, uma vez que promove a reflexão do indivíduo, tornando-o, sobretudo, sujeito no processo de prevenção e cuidado de si.

Isso acontece, segundo Filgueiras e Deslandes (1999), por meio da relação educativa diferenciada, pois o conteúdo informativo do aconselhamento não se perde em discursos generalizantes e impessoais; ao contrário, é apreendido à medida que se traduz em reflexões voltadas para a tomada de decisões e atitudes situadas no contexto das vivências de seu interlocutor.

No entanto, em 1997, a UNAIDS já tinha publicado documento que trazia reflexões sobre a avaliação dos diversos estudos a respeito de um bom aconselhamento e citou os seguintes resultados: a ação de aconselhamento ajudou as pessoas a tomarem decisões informadas, tais como se submeter ou não ao teste de HIV e contribuiu para que muitas pessoas que vivem com o

HIV ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA enfrentem melhor a sua situação e levem a vida mais positivamente, tornando-se úteis para prevenir a transmissão do HIV (UNAIDS, 1997).

Não obstante, muitas pessoas responsáveis pela tomada de decisões e muitos gestores de serviços, como os formuladores de políticas dos ministérios, os diretores de hospitais ou os dirigentes de organizações não-governamentais, ainda duvidam da eficácia do aconselhamento. Seu ceticismo é obstáculo importante ao desenvolvimento e à prestação de bons serviços de aconselhamento (UNAIDS, 1997).

Conforme relato da UNAIDS (1997), entre os efeitos resultantes dessa atitude destacam-se: a falta de aprovação de medidas para estabelecer serviços de aconselhamento; o espaço ou os recursos insuficientes proporcionados para os assessores ou conselheiros; as exigências realizadas em relação ao tempo de trabalho dos conselheiros; o difícil acesso dos clientes ao serviço; a atmosfera intimidadora ou inapropriada dos serviços de aconselhamento; a falta de privacidade e confidencialidade; a falta de apoio complementar às pessoas infectadas pelo HIV e sua família, cônjuge ou parceiro.

Ainda dentro deste panorama sobre o aconselhamento na prevenção da transmissão do HIV apresentado pela UNAIDS (1997), ressalta-se que a divulgação dos resultados de estudos sobre o efeito benéfico do aconselhamento pode ajudar a ultrapassar e fortalecer o apoio que se presta a este serviço.

Desse modo, em 1997, o relatório da UNAIDS apresenta os seguintes elementos necessários para um serviço de aconselhamento eficaz: a escolha cuidadosa dos candidatos que poderão prestar serviços de aconselhamento; a supervisão depois do período de formação inicial e o acompanhamento complementar por um período de tempo de experiência profissional; a retenção dos conselheiros formados, por meio da concessão de espaço suficiente e horário laboral razoável; apoio administrativo, profissional e dos seus colegas; a criação de ambientes apropriados para o aconselhamento; a confidencialidade do cliente, a fim de assegurar o consentimento informado deste antes de fazer o teste de HIV, no momento do aconselhamento; sistemas de encaminhamento que ponham em contato os serviços de aconselhamento, consultórios médicos e outros serviços que as ONG oferecem, para que possam prestar apoio

social, apoio jurídico e apoio às comunidades religiosas que prestam serviços (UNAIDS, 1997: 2).

Assim sendo, Souza e Czeresnia (2007), em suas considerações sobre os discursos do aconselhamento nos Centros de Testagem Anti-HIV, analisam a inserção dessa prática nesses centros como decorrência da construção do discurso social da AIDS, no contexto da modernidade tardia.

Por conseguinte, neste artigo, as autoras afirmam que o aconselhamento é como uma combinação dos diferentes discursos em condições sociais particulares, ou seja, mudanças nos discursos e práticas sociais no âmbito da prevenção, tendendo a seguir determinada ordem cronológica, conforme o desenvolvimento histórico da epidemia e seus significados.

Nesta linha de pensamento, o processo de institucionalização do aconselhamento perpassa a evolução dos discursos preventivos vinculados pela periodização da epidemia (SOUZA; CZERESNIA, 2007).

Estes discursos se configuram, segundo Ayres *et al.* (2003), pelas seguintes fases: na primeira, instalou-se o discurso preventivo-normativo e homofônico, centrado em abordagem alarmista, devido à descoberta do *status* sorológico, cujas estratégias produziam estigma, medo e preconceito; na segunda, entre 1985 e 1988, diante do caráter epidêmico da AIDS, o acometimento, por ambos os sexos, independentemente da orientação sexual, não apenas individuais, mas também coletivos e em diferentes regiões, produziu-se o discurso voltado para o “comportamento de risco”; a terceira e atual fase, também fruto das modificações da dinâmica da epidemia, caracteriza-se pelos chamados processos de feminização, pauperização, juvenilização e interiorização da AIDS, que vêm estimulando reflexões quanto às necessidades de mudanças estruturais e respostas a setores sociais.

Ante a necessidade de uma visão mais ampliada e reflexiva é que se desenvolveu o conceito de *vulnerabilidade*, assim entendido:

[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de

modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2003, p.123).

Conforme já haviam dito Souza e Czeresnia (2007), os manuais com procedimentos básicos, que norteiam a implantação e o desenvolvimento dos Centros de Testagem e Aconselhamento lançados pelo Ministério da Saúde, acabam por reproduzir a evolução cronológica do discurso do aconselhamento conforme a trajetória da epidemia. Assim, as ações foram divididas em pré e pós-teste, possibilitando a interlocução entre o profissional e o usuário e o delineamento de medidas preventivas viáveis de acordo com as singularidades e visão dos sujeitos.

As autoras acrescentam ainda em suas análises que a organização discursiva do aconselhamento, preconizada pelos manuais oficiais com perguntas de investigação, faz-se necessária para sua interação e, ao mesmo tempo, para obter controle sobre o sujeito, portanto, as assimetrias permanecem, conquanto o objetivo das referidas etapas do aconselhamento destinava-se à participação do sujeito na prevenção, bem como na criação de um espaço onde ele pudesse ser ouvido e auxiliado.

Para Filgueiras e Deslandes (1999), na avaliação sobre as ações de aconselhamento no âmbito da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CNDST/AIDS), a prática de aconselhamento teve sua validade reconhecida e acumulou uma massa crítica de conhecimentos teórico-práticos que vem sendo incorporada ao processo de trabalho da maioria dos serviços que atuam em DST/AIDS (BRASIL, 1997). Contudo, percebia-se, na maioria dos serviços estudados, que esta prática de aconselhamento não se realizava plenamente. Verificava-se a existência de confusão entre aconselhamento e outras práticas de orientação, como palestras, aplicação de questionários aos usuários e “conselhos” no sentido normativo de condutas.

Assim sendo, as autoras Filgueiras e Deslandes (1999) sugerem que seja discutida, no âmbito dos serviços, a diferença entre o uso de determinado roteiro como base para o aconselhamento e a ficha a ser aplicada de forma mecânica, como um *check-list* dos aspectos da vida íntima do usuário. Os roteiros utilizados (ficha de anamnese, roteiro de entrevista) não podem ser vistos como meta a ser cumprida a qualquer custo sem considerar os limites e possibilidades dos sujeitos naquele momento, seja no pré ou pós-teste anti-HIV. Os dados a serem questionados com o usuário devem fazer sentido e serem trabalhados mais organicamente no atendimento,

desencadeando a reflexão. Considera-se que o roteiro precisa ser visto como base para aquele “encontro”, um “pré-texto” para o verdadeiro “texto” que será construído a dois, na relação profissional-usuário e diante das reais demandas deste. Dessa forma, busca-se que se incorpore a prática do aconselhamento na rotina dos atendimentos realizados nos serviços de saúde.

Diante da trajetória do aconselhamento nos programas e serviços de prevenção e controle da AIDS, verifica-se a multiplicidade de sentidos atribuída ao aconselhamento, demonstrando, dessa maneira, que esta não é uma prática com marcos conceituais, e mesmo aplicações homogêneas. A aplicação de seus princípios e diretrizes transcende o âmbito da testagem e tem se mostrado ferramenta útil nos vários locais onde atuam ou podem atuar os profissionais de saúde coletiva (BRASIL, 1999).

1.3 O aconselhamento em DST e AIDS na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Ao final da década de 80, a frequência de casos entre heterossexuais favorece o aumento de casos de AIDS entre mulheres. A razão de sexo entre indivíduos com AIDS passou de 28 homens para 1 mulher em 1985, e 2 homens para 1 mulher em 2000. A feminização da AIDS é um reflexo do comportamento sociosexual da população, associado aos aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero (BRASIL, 2007 [b]).

Esse quadro tem desencadeado preocupações em relação à prevenção da transmissão vertical e o Ministério da Saúde reconhece que a comprovada eficiência das medidas de prevenção da transmissão vertical tem sido insuficiente para impedir que mais de 90% dos casos de AIDS entre menores de 13 anos tenha a TV como causa. Atribui-se este fato, então, à cobertura de realização de testes para o HIV no pré-natal no país, muito inferior à desejada. Esta situação preocupante motivou o Ministério da Saúde a criar, em 2003, o Projeto Nascer, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV, a morbimortalidade da sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal (BRASIL, 2003 [a]).

Vale recordar que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto nesse período. Os programas materno-infantis implantados nessa época limitavam seu papel social à função reprodutiva, considerando a mulher apenas como mãe e cuidadora da saúde da família, preconizando atenção nos períodos do pré-natal, parto e puerpério. Nota-se que as medidas, em relação às ações de saúde, refletiam preocupação com a função reprodutiva da mulher. A partir dos anos 80, diante da forte influência na conformação das políticas públicas de saúde, iniciaram-se, com a participação do movimento feminista, novas reivindicações por políticas. Estas últimas tinham que valorizar o ciclo vital feminino, isto é, a assistência à mulher que a contemplasse em todas as fases da vida. Então, o movimento social exige a formulação de políticas públicas e práticas em saúde que privilegie o cuidado por meio do acolhimento e escuta sensível das demandas femininas, valorizando a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (BRASIL, 1984).

No entanto, entre as ações do Projeto Nascir, destacam-se a capacitação de equipes multiprofissionais para acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivo e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. O enfoque prioritário da capacitação é a mudança no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério, com garantia de sistema de referência especializada para as mulheres HIV positivo e crianças expostas (BRASIL, 1984). Daí percebe-se que as ações preconizadas pelo Projeto Nascir trazem discussões relacionadas à bioética.

Israel (2002), em seus resultados sobre a situação das gestantes em trabalho de parto, perpassada pelos dilemas morais da oferta do teste anti-HIV, concluiu que a implantação do teste rápido anti-HIV no trabalho de parto encerra uma intenção beneficente e protetora em relação à criança, mas pressupondo consonância com o querer das mães, o que sugere o respeito *prima facie* da autonomia pessoal destas. Ela ainda assinala que durante o referido estudo não apreendeu qualquer referência à possibilidade de redução efetiva da autonomia ou, mesmo, à impossibilidade de exercê-la de fato, nesse momento, haja vista a condição de evidente vulnerabilidade das parturientes.

Com efeito, Israel (2002) explica que os problemas relatados pelas parturientes triadas pelo anti-HIV só estiveram relacionados aos significados simbólicos do parto e do nascimento, não havendo menção à discussão em torno dos direitos do feto *versus* direitos da mãe. Por vezes, enfatiza a autora que essas mulheres fizeram questão de destacar que o momento do parto, embora inadequado para a testagem, constituía-se a última chance para o bebê de não ser contaminado e para a mãe de ter feito todo o possível, e a tempo, a fim de evitar-lhe a transmissão e, com isso, também, aliviar-se da culpa que necessariamente sentiria diante do diagnóstico positivo no futuro.

Desse modo, tomando como referência os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, tais como proposto nas Conferências de Cairo, 1994, de Beijing, 1995, e na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, as estratégias do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS, lançado pelo governo brasileiro em 2007, contempla as mulheres e suas especificidades: gestantes; mulheres vivendo com HIV e AIDS; adolescentes e jovens; lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; transexuais; negras; indígenas; mulheres em situação de prisão; profissionais do sexo; trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres em situação de violência sexual e doméstica; portadoras de deficiência; mulheres no climatério e as mulheres idosas (BRASIL, 2007 [b]).

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização representa a consolidação de política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de AIDS, incluindo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres, tendo como uma das metas a redução, até 2008, da taxa de transmissão. A construção de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade, que deixam as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis, é importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção em geral (BRASIL, 2007 [b]).

No contexto delineado pelo Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização, encontram-se as gestantes que, além da questão social (ser mulher) à qual estão suscetíveis em relação à infecção pelo vírus HIV, encontram-se vulneráveis, também, pela deficiente oferta de serviços, ou seja, falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV no pré-natal. As falhas acontecem em

virtude dos seguintes pontos: ausência ou início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia para o HIV e a devida intervenção; atendimento pré-natal adequado, porém sem oferta de teste do HIV; atendimento pré-natal adequado, com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio deste (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2004).

Nesse sentido, fica clara a preocupação das entidades governamentais e não governamentais em atender às *nuances* desse cenário aqui descrito, desde o Projeto Nascer até as estratégias delineadas pelo Plano de Enfrentamento, no âmbito da prevenção da transmissão vertical do HIV. Nessa perspectiva, Carneiro e Coelho (2007) enfatizam que os manuais e protocolos editados pelo governo preconizam a realização da sorologia para HIV na gestação e o teste rápido no trabalho de parto para as que não realizaram o exame na gestação, ressaltando a importância do aconselhamento antes e após o resultado do exame, independentemente do seu resultado.

Para o Ministério da Saúde, o aconselhamento consiste em:

[...] Um processo de escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 2000).

Assim, de acordo com a ação de aconselhamento preconizada pelo Ministério da Saúde, esta parece ser condição fundamental para a mulher receber o resultado do teste rápido positivo ou negativo para o HIV no parto. Como afirmam Carneiro e Coelho (2007), o impacto emocional é muito forte, mesmo considerando-se o caráter não definitivo do resultado, uma vez que é exame de triagem. Nessas situações, soma-se às alterações físicas e emocionais do trabalho de parto a possibilidade de infecção pelo HIV e a consequente possibilidade de transmissão para o (a) seu (sua) filho (a). A autora ressalta que, para reduzir esse impacto, é necessário encontrar formas adequadas de cuidar das mulheres que apresentam teste rápido positivo, buscando-se estabelecer a comunicação de maneira a lhes permitir o esclarecimento de dúvidas e fazer as próprias escolhas, evitando a imposição de normas institucionais.

No protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis, editado em 2006, há um texto que cita algumas recomendações específicas para a realização do aconselhamento DST/AIDS em contexto de maternidade. Embora se afirme no protocolo que o momento do parto

não é o ideal para a realização dessa prática, considera-se importante estabelecer o vínculo e acolhimento mínimo visando a garantir o consentimento informado, a comunicação do diagnóstico e as recomendações necessárias para o manejo das situações pré e pós-parto.

Israel (2002) diz que, apesar das controvérsias existentes em relação à utilização dos medicamentos antirretrovirais para todas as gestantes soropositivas, tendo em vista a possibilidade de efeitos danosos em longo prazo, isto não ocorre no que diz respeito às propostas de realização do teste anti-HIV em grávidas. Com relação a este último, parece não haver discordância sobre a sua legitimidade, pois a necessidade de oferecimento do exame à gestante tem como finalidade dar-lhe a oportunidade de escolher se deseja ou não saber seu *status* sorológico.

Com efeito, de acordo com a OMS:

[...] a testagem rotineira de mulheres grávidas sem seu consentimento ou sem acesso ao aconselhamento é prática inaceitável e suas desvantagens poderão invalidar qualquer benefício obtido pelo conhecimento do status sorológico das mulheres para o HIV. Isto incluiria uma relutância em utilizar os serviços de pré-natal por medo de discriminação, a negação de um diagnóstico positivo e a estigmatização (WHO, 1999, p. 27).

O objetivo da proposta é evitar que a mulher grávida chegue ao momento do parto sem ter conhecimento de seu *status* sorológico, e que o diagnóstico da infecção seja realizado precocemente, possibilitando os melhores resultados com relação ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Portanto, esta é a razão pela qual o teste anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, independentemente de sua situação de risco para o HIV, tão logo ela inicie o pré-natal, tendo, no entanto, a preocupação de que o teste seja “sempre voluntário e confidencial”. Percebe-se que, neste contexto, existe o respeito à autonomia feminina em relação a sua saúde no que se refere a seu processo de cuidados (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o aconselhamento configura-se momento importante para ampliar e/ou reforçar a relação de confiança interpessoal, da gestante com o profissional e da clientela para com o sistema de saúde. Conseqüentemente, a abordagem para as mulheres grávidas incluiria a transmissão de informações; o esclarecimento de dúvidas sobre as formas de prevenção do HIV, sobre a infecção e as maneiras de contraí-la; os tratamentos disponíveis e seus efeitos; as

possibilidades de evitar a contaminação do bebê, como a não-amamentação, se confirmada a infecção. No caso de resultado negativo do teste, que se verifica na maioria das gestantes, seria a oportunidade de reforçar a prevenção e enfatizar a necessidade do uso de *condom* durante as relações sexuais, principalmente até o final da gestação (ISRAEL, 2002).

O Ministério da Saúde (2003 [b]) ressalta que, dentre as tantas questões que permeiam esse período, encontra-se a amamentação no puerpério, que é fortemente marcada pela relação afetiva entre a mãe e a criança para se cultivar a intimidade, o carinho e a segurança do bebê. No Brasil, a recomendação é que mães HIV positivo não amamentem seus filhos nem doem leite para Bancos de Leite Humano (BLH), inclusive contraindica-se o aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher) orienta-se a “secagem” do leite da lactente e disponibiliza-se gratuitamente a fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida de crianças expostas (BRASIL, 2003 [b]).

Moreno, Rea e Filipe (2006) acrescentam ainda que as recomendações sobre a amamentação também são viabilizadas no aconselhamento diante do resultado positivo para o HIV. Neste momento, a mulher soropositiva enfrenta uma série de outros desafios, como a cobrança quanto ao impedimento da amamentação do seu bebê por outras mulheres internadas, amigos e familiares. Diante disso, os referidos autores, num estudo sobre mães HIV positivo e a não-amamentação, refletem sobre um novo impasse para esta mulher soropositiva com o seu bebê: suportar as pressões sociais ou revelar o verdadeiro motivo que as impede de amamentar o filho?

Araújo, Vieira e Bucher. (2006) voltam-se para o profissional (aconselhador) neste processo, seja no serviço de pré-natal ou no parto, enfatizando que estes necessitam da atenção especial dos gestores, no que diz respeito à sua capacitação e supervisão.

Estudos sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV, apontam para a questão dos treinamentos, isto é, apenas um treinamento parece não ser suficiente para garantir melhoria da assistência, especialmente no caso das DST e do HIV/AIDS, cujos temas ainda são alvos de preconceitos por parte da sociedade. Logo, é preciso esforço para desconstruir o que se estabeleceu no imaginário social desde o início da epidemia de AIDS, o que não é tarefa fácil,

reforçando a importância do trabalho continuado com os profissionais (ARAÚJO; VIEIRA; BUCHER, 2006).

Ainda assim, é preciso também considerar, conforme verificou Israel (2002) no seu estudo sobre os dilemas morais envolvidos na oferta do teste rápido às gestantes em trabalho de parto, que os profissionais de assistência às gestantes têm sido convocados a incluir no elenco das atividades essenciais à assistência pré-natal de qualidade a oferta, mediante aconselhamento, do teste anti-HIV. Porém, sabe-se que esses profissionais não foram preparados para esta atividade.

1.3.1 Manuais protocolos e diretrizes do aconselhamento na prevenção da transmissão vertical do HIV.

O Manual de Treinamento de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, editado em Brasília (BRASIL, 1999), e tantos outros trazem em seu contexto um objetivo comum: o aconselhamento no âmbito da AIDS como instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/AIDS, à medida que propicia a reflexão sobre os riscos de infecção e necessidade de sua prevenção.

Observa-se que o processo de *escuta* recomendado nos manuais de treinamento em aconselhamento DST/AIDS está posto como forma de reconhecer que a epidemiologia da AIDS traz para a discussão as dimensões existenciais diversas e plurais, que precisam ser acolhidas e acordadas no âmbito da prevenção. Conforme Pinheiro e Mattos (2009), *a escuta* é quesito fundamental para apreender as necessidades de saúde, considerando-se a alteridade do usuário, respeitando a diversidade humana, cultural, social e de compreensão do processo saúde-doença, e, ao mesmo tempo, oportunidade de construção de caminhos para mudanças na clínica.

Diante do exposto, Póvoa (2002) discute a biomedicina, à medida que questiona se é possível o profissional de saúde, mais especificamente o médico, integrar à visão científica, que valoriza a técnica objetiva, a prática pautada na percepção de dados subjetivos ou nas dimensões socioculturais da doença.

A análise do manual e protocolo de transmissão vertical mostra que o modelo biomédico ainda prevalece em detrimento das recomendações de caráter mais subjetivo, como as questões femininas em situação de parto e vulnerabilidades para o HIV. As recomendações específicas para as intervenções no parto em parturientes com diagnóstico positivo para HIV, como a realização da cesárea e a suspensão da amamentação, ainda não trazem reflexões quanto às questões socioculturais implicadas neste contexto. Percebe-se, na prática, que alguns profissionais que trabalham diretamente no manejo dessas condutas biomédicas têm certa dificuldade de articular as implicações subjetivas que essas práticas podem trazer para o universo dessas mulheres que acabam de se tornar mães.

Apesar das dificuldades de ordem prática para que o aconselhamento aconteça de fato, as produções de manuais, protocolos e diretrizes parecem marcar a trajetória do aconselhamento no cenário das DST/HIV/AIDS, contribuindo para legitimá-lo como prática necessária para diminuir as barreiras para o acesso à testagem e revelação pessoal do resultado, de forma consciente e informada.

Em suma, as observações realizadas até aqui têm mostrado que os avanços ocorridos na área de tratamento das DST/HIV/AIDS, mais precisamente a introdução dos testes rápidos nas maternidades, a terapia antirretroviral (TAV), conjuntamente com a política de descentralização para garantir o acesso, sugerem dar outro rumo às abordagens de aconselhamento, tendo em vista as adversidades contidas nos cotidianos das estruturas organizacionais dos serviços, como nos hospitais maternidades.

CAPITULO II – METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo que utilizou como técnicas de produção de dados a observação participante e entrevistas semiestruturadas. O estudo foi realizado em uma maternidade de Salvador, tendo como sujeitos da pesquisa profissionais de saúde e gestantes triadas pelo teste anti-HIV na admissão para o trabalho de parto.

2.1 Referencial teórico

O presente estudo buscou analisar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV no contexto de uma maternidade buscando compreender a visão dos profissionais e a experiência das puérperas com o aconselhamento.

Parte-se do pressuposto de que as percepções e interpretações sobre a existência ocorrem somente em termos da compreensão vivida e, portanto, pela experiência de “ser no mundo”, em que o corpo assume papel fundamental. Apesar de viver em sociedade, o indivíduo ocupa um lugar e um tempo onde adquire experiências no decorrer de sua vida, e estas o fazem ser diferente dos demais, apesar das semelhanças. Essa relação com o viver é resumida por Minayo (2006): “O aqui onde eu estou – lá onde meu semelhante está: jamais podemos estar no mesmo lugar, estar na mesma posição...” (MINAYO, 2006, p. 148). O autor parte de uma situação concreta, a posição do sujeito na sociedade, que tem uma biografia que o situa no mundo. Essa biografia é também determinada pelas sedimentações das experiências e situações vivenciadas, que o teórico denomina de estoque de conhecimento, e este último, por sua vez, irá determinar as ações desse sujeito no mundo da vida.

Minayo (2006) afirma que cada ator social experimenta e conhece o fato social de forma peculiar. E é o conjunto de informações vivenciadas em comum por um grupo que permite compor uma espécie de quadro referencial das estruturas de relevância e das relações, em que o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e das particularidades das determinações.

O conceito de representações sociais introduzido no campo da saúde por Herzlich (1991) resgata a teoria durkheimiana, cuja ideia é a existência de “um pensamento social” que não é independente do conjunto dessas construções mentais de expressão. Esse pensamento, muitas vezes, é via de acesso ao conjunto dessas concepções, seus valores e sentidos. Herzlich discute os duplos conceitos “saúde-doença” e “indivíduo-sociedade”; estes organizam as representações sociais, dando sentido à doença. A autora afirma que é através da saúde e doença que se tem acesso à imagem da sociedade, suas ‘imposições’ e como o indivíduo as vive. Os estudos de Herzlich (1991) sobre as representações sociais contribuíram para entender a infecção pelo vírus HIV como um evento que ameaça ou modifica irremediavelmente, às vezes, a vida individual, a inserção social como também o equilíbrio coletivo. A autora enfatiza que uma das tarefas da sociologia é indicar, por meio dos conceitos, símbolos e estruturas, de que modo essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la.

À luz dos estudos de Minayo (2006), representação social é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Segundo Queiroz (2000), as representações sociais permitem conhecer os modos e processos de constituição do pensamento social, por meio do qual as pessoas constroem e são construídas pela realidade social. Para o autor, os intercâmbios verbais da vida cotidiana fazem parte desse contexto, que exigem mais do que um mesmo código linguístico, considerando que as pessoas produzem os significados para compreender, avaliar, comunicar e atuar no mundo social:

A representação social é um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão do mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social (QUEIROZ, 2000:9).

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) discutindo a relação entre os conceitos de representações sociais e experiência da doença, acredita que as ações em saúde coletiva possam dar continuidade ao seu repensar para contemplar, ao mesmo tempo, as dimensões sociais e individuais da doença, refletidas nas permanências culturais das representações e presentes nas experiências individuais que ocorrem no processo de adoecer. Rabelo, Alves e Souza (1999) fazem considerações sobre significação e metáforas na experiência da enfermidade, ressaltando que, para a antropologia, a enfermidade não é apenas uma entidade biológica que deva ser tratada como coisa, destarte, deve ser considerada também a experiência, que, no processo de interação com o outro (indivíduos, grupos e instituições) adquire sentido. Os autores trazem como exemplo a sensação de mal-estar, da dor, como algo inquestionável, partindo do princípio de que não é vivida por mim, mas trata-se da dor do outro, mesmo que este outro seja próximo e íntimo da minha pessoa. Essas experiências terminam por levar os indivíduos a assumirem determinadas posturas perante as diversas situações da vida, como, por exemplo, o viver a oferta e a comunicação de resultados do teste rápido anti-HIV às mulheres em contexto de maternidade, conferindo a esse cenário, significados e desenvolvendo rotinas.

Camargo Jr. (1997) discute que a questão da racionalidade médica na medicina contemporânea perpassa um consenso do exercício da prática e um grupo de representações que desempenha um papel já esperado pela doutrina geral que o alicerça. Tal representação transforma-se em uma espécie de “corpo teórico” paracientífico com um conjunto de categorias próprias. Esta lógica da biomedicina traz consequências concretas na determinação de um modelo de atenção técnico curativo, centrado na fisiologia humana, e que privilegia o binômio saúde/doença, deixando em segundo plano a subjetividade do paciente.

Joffe (1998, *apud* Oltamari 2005), em uma pesquisa sobre as representações da AIDS, revela a importância da influência das emoções como medo, ansiedade e impotência diante da enfermidade. Estes fatores participam da formulação de uma representação social da doença. A autora afirma que estas emoções são coletivas e não individuais, ou seja, elas são “o produto de representações emocionais da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje circulam

no meio científico e nos meios de comunicação de massa e do pensamento popular” (JOFFE, 1998 *apud* OLTAMARI, 2005:9).

Por fim, a maneira como os profissionais pensam e lidam com as suas práticas envolvem fatores de ordem estrutural, simbólica, do contexto da vida diária. Gomes, Mendonça e Pontes (2002) enfatiza que os profissionais de saúde, embora imbuídos pelo discurso médico-científico, reinterpretem o saber a partir da experiência (profissional e pessoal), passando-a pelo crivo das representações. De qualquer forma, o autor reafirma que a possibilidade de adoecimento mobiliza saberes e práticas que, reciprocamente, são reelaborados em função da experiência, das representações e pela intermediação dos elementos contextuais na perspectiva fenomenológica.

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) entendem que as análises de narrativas pessoais e narrativas de eventos marcantes exigirão uma leitura do mundo narrado que nos remeterá também ao discurso contextualmente estabelecido. Além de que as representações sociais no jogo da vida implicam pensar a produção de significados com base em um coletivo que interpreta os eventos do mundo vivido.

Desse modo, os conceitos de representações sociais e experiências trazidas pelos autores citados contribuíram para conhecer e interpretar tanto a experiência vivida por parturientes e puérperas no trabalho de parto, mediante a oferta do teste anti-HIV e comunicação do resultado, como também o fazer científico dos profissionais neste contexto, ressaltando que as suas significações, inclusive as relativas a questões de gênero voltadas para a construção da maternidade, serão consideradas.

2.2 Local da pesquisa

Salvador foi a primeira grande metrópole portuguesa nas Américas. Configura-se como cidade multicultural e referenciada no mundo pela sua forte característica afrodescendente. Atualmente, possui 2,7 milhões de habitantes, sendo a terceira cidade mais populosa do Brasil.

A maternidade em que foi realizado o estudo fica localizada em um antigo bairro de Salvador que se caracteriza pela diversidade social de sua população e que até o início do sec. XX chamava a atenção pela sua extensa área verde, onde moravam famílias tradicionais e abastadas em chácaras e sítios. Atualmente, ao se chegar a este bairro, depara-se com prédios de classe média alta, misturados a muitos conjuntos habitacionais e outras habitações mais humildes localizadas ao longo de sua avenida principal. Com a urbanização, a área hoje é de intenso movimento com muitas linhas de ônibus, *shoppings centers*, agências bancárias, igrejas de diversas religiões, cemitérios e um comércio bastante variado.

O hospital onde se realizou o trabalho de campo foi fundado em 11 de novembro de 1975, com recursos obtidos por doações de grupos suíços. O objetivo da instituição era atender à população carente e servir como maternidade escola vinculada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a administração da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Durante algum tempo o hospital funcionou como maternidade modelo e polo de especialização para médicos do extinto INAMPS, pela disponibilidade e qualidade dos recursos, na vanguarda da tecnologia aplicada às especialidades de obstetrícia, pediatria neonatal, ultrassonografia (3º serviço instalado no Brasil), motorização fetal, pesquisa bioquímica fetal e amniótica (BAHIA, 2004). A partir da década de 80, pela falta de recursos, a maternidade entrou em processo de declínio na estrutura física e de equipamentos e foi fechada em fevereiro de 1988. Constatam-se alguns registros que mesmo nessa época, a maternidade continuou atuando no atendimento ambulatorial ao pré-natal e ultrassonografia. Esse fato leva o governo do estado, diante do histórico de 9.000 casos atendidos/ano e da declaração da Fundação Bahiana de não dispor de recursos para a continuidade do atendimento, a publicar no Diário Oficial o Decreto 834/1987 de desapropriação do imóvel. A medida visava a adotar providências necessárias à reforma do espaço físico para o retorno imediato do atendimento à população e o exercício do ensino e da pesquisa (BAHIA, 2004). A maternidade ficou desativada por três anos; as obras começaram em novembro de 1990 e foram concluídas após 106 dias, quando a Unidade foi reinaugurada, em janeiro de 1991 (BAHIA, 2004).

Atualmente configura-se como hospital de médio porte e é referência em atendimento especializado à saúde da mulher e do recém-nascido, com cobertura ambulatorial e hospitalar, para prestar assistência de média complexidade à demanda espontânea do estado. É uma Unidade

credenciada pelo MEC como hospital de ensino e mantém equipe com as seguintes especialidades: obstetrícia clínica; obstetrícia cirúrgica; ginecologia clínica; ginecologia cirúrgica; neonatologia; uroginecologia; mastologia; anestesiologia; oftalmologia; psicologia; medicina do trabalho; enfermagem; farmácia hospitalar; fisioterapia; terapia ocupacional; nutrição (SESAB, 2008).

Ressalto que o hospital maternidade nesse estudo foi denominado de “Maternidade VIDA”.⁵ A escolha desta para o trabalho de campo da pesquisa se deu em razão de ser entidade pública, com rotina específica e oferecer serviços de grande valia à população de Salvador, referência no estado da Bahia para atendimento à gestante de risco, ensino e pesquisa. Além disso, quando fiz breve contato no início de 2008 com setor responsável por assuntos de pesquisa, ensino e aprendizagem, houve demonstração de interesse em acolher o presente estudo.

Segundo dados da SESAB (2008), são atendidas cerca de 250 mulheres e realizados 30 partos por dia na emergência de obstetrícia e ginecologia da unidade (SESAB, 2008), que oferece atenção a mulheres em processo de abortamento, além de realizar a interrupção de gestação nos casos previstos em lei (violência e risco de vida para a mulher) (SESAB, 2008).

Conforme a Coordenação Estadual do Programa de DST e AIDS do Estado da Bahia, nos últimos 05(cinco) meses foram fornecidos à referida maternidade 2.400 (dois mil e quatrocentos) testes rápidos de triagem para a detecção de anticorpos anti-HIV, cujo resultado é obtido em 30 minutos.

A extensão da pesquisa ocorreu no centro de atendimento a pacientes soropositivos, que será referido neste trabalho com o nome fictício GIRASSOL, unidade à qual são encaminhadas as puérperas HIV positivas para confirmação do teste anti-HIV, consulta ao infectologista e consulta pediátrica para acompanhamento do bebê e recebimento do leite artificial. Este Centro nasceu como resposta à necessidade premente de combater a epidemia, visando a propiciar atendimento ao portador HIV/Aids, com racionalização da terapêutica e otimização da assistência ao portador do HIV (SESAB, 2008) e, ainda, como normatizador de condutas médicas e paramédicas dentro de critérios técnicos estabelecidos, propiciando condições para homogeneização da atenção a

⁵ O nome fictício visa preservar o sigilo e anonimato dos informantes e da própria instituição.

estes pacientes, facilitando, assim, a descentralização dos cuidados aos atingidos pela epidemia (SESAB, 2008). O Centro, além de seu papel de assistência, oferece forte ênfase na pesquisa clínica, na qual a busca de novas opções terapêuticas é priorizada, assim como de novas abordagens sociais e psicológicas para enfrentamento da epidemia.

Por outro lado, a ação de aconselhamento e o trabalho de prevenção têm papel importante no contexto de atendimentos na instituição, onde os indivíduos usuários do serviço sejam eles denominados pacientes, portadores do HIV e/ou multiplicadores, têm permanente assistência e apoio.

O Centro oferece à população os seguintes serviços: testagem e diagnóstico - oferta dos testes sorológicos HIV, VDRL (sífilis), HTLV, AGHBS e HCV; ambulatório de DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis e ambulatório de infectologia; farmácia; laboratório próprio; Hospital Dia – HD (SESAB, 2008).

Além destes, serviços como psicologia, serviço social, odontologia, fisioterapia, brinquedoteca, ambulância, central de esterilização, lavanderia, nutrição e dietética, Serviço Social e o Serviço de Arquivo Médico da Unidade – SAME, serviço de vigilância em saúde, recursos humanos (RH) e educação permanente, como também comissões específicas – ética médica, humanização, notificação de doenças, apropriação de custos, controle de infecção hospitalar, revisão de prontuários (BRASIL, 2008).

2.3 Entrada em campo

Os trâmites burocráticos para entrar em uma unidade de saúde do Estado, até então, pareciam-me familiares, devido à experiência com o serviço público, na condição de profissional de saúde. No entanto, assim como as comunidades, as instituições também possuem um universo particular com regras, posturas e saberes construídos no decorrer de suas práticas historicamente institucionalizadas.

Assim, no segundo semestre de 2008 fiz o primeiro contato com a coordenação de Recursos Humanos. Ao chegar, fui até a portaria principal, dirigi-me ao funcionário da recepção que me pediu para aguardar enquanto ele fazia contato com o setor a que eu pretendia ir. Em seguida, minha entrada foi permitida e me deram uma etiqueta de visitante na qual constava a data, o setor a que ia e uma frase de boas-vindas que dizia: “*Quem vier, de onde vier, venha em paz*”. Segui, conforme orientação da recepção, para a sala de coordenação de RH, no subsolo do prédio.

A princípio, o ambiente, mais especificamente as escadas e corredores trouxeram uma sensação de morbidez e desconforto. O cheiro de comida que se misturava à pouca circulação de ar nos corredores com pouca luz natural, as paredes eram revestidas até a metade de azulejos de cor azul nas quais se afixavam diversos cartazes. Entre eles, chamaram minha atenção os de campanhas sobre a importância do aleitamento materno, anunciados por artistas que estão atualmente na mídia. Nesses corredores, transitavam simultaneamente pacientes e profissionais de diversas categorias como serventes, enfermeiros, técnicos e auxiliares, identificadas pelos uniformes e jalecos que usavam.

Ao chegar, entreguei o documento ao médico responsável pelo setor e que atuava como preceptor do hospital. Este ressaltou a importância do estudo e salientou, diante do objeto a se pesquisar, as ações de aconselhamento com o teste anti-HIV, que aquela maternidade não era local ideal para o desenvolvimento dessa pesquisa, justificando que o aconselhamento é uma ação que pertence aos centros de referência para DST/AIDS, como o CREAIDS, atualmente Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP.

Naquele instante não tive palavras para argumentar, até porque não era o momento e estava começando a me fazer conhecida. Mesmo assim tentei convencê-lo da importância da investigação acontecer naquele contexto, tendo em vista que ali havia, de alguma forma, o manejo do teste rápido de triagem no trabalho de parto, como parte importante do processo de cuidado para a prevenção da transmissão vertical.

No decorrer da conversa, ele concordou com o que eu disse, mas reafirmou que o aconselhamento mesmo é no atual CEDAP, mas que estavam “abertos” para a pesquisa, pois se trata de maternidade referência em ensino e aprendizagem, e, portanto, já estavam acostumados a “acolher” muitas pesquisas no âmbito da saúde reprodutiva materno-infantil.

Saí da unidade preocupada, procurando encontrar outros caminhos que pudessem me aproximar do meu objeto de estudo. O trabalho de campo constitui-se etapa essencial da pesquisa qualitativa; é nele que ocorrem as interações entre teoria e prática. Assim, a imersão no campo ajuda o investigador a confrontar-se diretamente com o seu objeto, promovendo um tipo especial de ciência: “sociologia de carne e osso que mostra os homens engajados no seu próprio devir histórico e instalados em seu espaço geográfico concreto” (MINAYO, 2006, p.202).

Ainda voltei à maternidade, dessa vez à procura de uma assistente social que fora minha colega em uma das disciplinas que cursei como aluna especial antes do mestrado. Resolvi procurá-la sem contato prévio e coincidentemente era o seu dia de plantão. Na recepção do serviço social informaram-me de que ela estava na instituição, fazendo “visitas” rotineiras nas enfermarias e pediram-me que aguardasse. A ex-colega recebeu-me com surpresa, levou-me até a sua sala, pediu que me sentasse e indagou-me quanto ao motivo da visita. Eu prontamente expliquei e solicitei que ela me falasse sobre a oferta do teste rápido e do aconselhamento naquela unidade, que traçasse um panorama da atenção à saúde da mulher naquele contexto, se o teste era feito em todas as parturientes e outros detalhes relativos à temática – prevenção da transmissão vertical.

O serviço social tem espaço próprio, algo raro de se ver dentro das unidades de saúde pública. Neste espaço, há uma recepção que parece uma antessala e em frente a esta três salas/*box* com mesas e cadeiras para atendimento individualizado; em uma destas salas/*box* se instala a coordenação, com arquivos e um banheiro com cabideiro, para guardar pertences pessoais dos profissionais que lá trabalham.

Ressalto que o espaço no qual funciona o serviço social fica fora das dependências internas do hospital, em um corredor em frente à sala de recepção principal da maternidade, ao lado da sala da diretoria. Portanto, para se ter acesso ao serviço social não é necessário entrar no hospital propriamente dito ou se apresentar à recepção.

A minha informante-chave deu-me informações desalentadoras. Ela confirmou a realização da testagem naquela maternidade, mas não forneceu detalhes sobre a rotina e a dinâmica das ações, alegando não participar desse processo. Acrescentou que o tratamento da equipe de profissionais para com as parturientes-usuárias daquele serviço tinha melhorado bastante nos últimos tempos e

estava mais humanizado. Orientou-me a procurar alguém da área de RH por não ter condições de me dar detalhes sobre o assunto.

Alguns obstetras com os quais fiz contato me relataram como ocorriam os partos e os pré e pós-teste anti-HIV nesse contexto. Por recomendação de uma colega psicóloga, com a qual trabalho há muitos anos e que sabe da importância da temática no contexto de enfrentamento da epidemia por ser aconselhadora em DST/AIDS em um CTA, fiz importante contato com uma das obstetras que integra o quadro médico da maternidade na qual pretendia fazer o trabalho de campo. A profissional me atendeu muito bem, demonstrando disponibilidade todo o tempo. Obtive muitos informes sobre pré-parto, trabalho de parto e pós-parto e como acontecem as rotinas em meio à execução dos protocolos na atenção às parturientes HIV positivas. Estes relatos foram importantes por me permitirem visualizar panoramicamente a dinâmica interna daquele hospital. Afinal, eram informações importantes, que muito contribuíram para a montagem de estratégias de investigação de maneira mais realista, fornecidas por quem atuava no campo onde eu faria a pesquisa, palco da observação participante com as anotações em diário.

Na segunda ida ao hospital, obtive oficialmente a autorização para realizar o trabalho em campo. Nesse mesmo dia, tive a oportunidade de me informar mais sobre a testagem do HIV na admissão para o parto, naquela unidade. O preceptor, pessoa responsável pelas pesquisas, estágios e residência estava presente e afirmou que, ao dar entrada no hospital, a gestante é submetida ao teste rápido para detecção do vírus HIV mesmo que apresente os resultados desses exames realizados no pré-natal. Este era o critério da maternidade, aplicado a todas as gestantes em trabalho de parto que nela ingressavam. Ressaltou que poderia haver dificuldades de se encontrar parturientes com diagnósticos positivos para HIV, o que, segundo ele, devia-se à importante modificação desse quadro nos últimos tempos, devido à descentralização do teste anti-HIV, hoje disponível no pré-natal, além de outros avanços no trabalho de prevenção das DST e AIDS.

No decorrer da investigação esta informação se comprovou. A frequência de eventos dessa natureza era muito baixa naquela maternidade, para não dizer rara, apesar de a unidade ser capacitada e referenciada para acolher partos de risco, e a despeito da feminização da epidemia da AIDS.

Acredito que esse fato ocorra por duas razões. Primeiramente porque o teste anti-HIV, como insumo, mesmo muitas vezes inacessível, está disponível na rede básica, o que o torna um recurso para iniciar a prevenção da transmissão vertical juntamente com o aconselhamento. Ambos, fortemente preconizados, fazendo parte dos protocolos do pré-natal. Em segundo lugar, porque atualmente existem na cidade de Salvador e em toda a região metropolitana várias maternidades com esse perfil, com pessoal treinado e especializado para esse e para outros tipos de assistência.

No entanto, apesar de a maternidade ser referência para a rede básica e centros especializados no atendimento ao pré-natal de gestantes para parto de risco, como as soropositivas, durante o período no qual fiquei em campo, obtive informação de apenas um caso com esse tipo de demanda. Era uma gestante sabidamente HIV positiva, encaminhada para realizar o parto naquela unidade, conforme recomendação prévia do acompanhamento pré-natal.

Vestir o jaleco⁶ e colocar o crachá de identificação contribuiu de certa forma no relacionamento com o corpo técnico funcional da Unidade, que atuavam na assistência, no sentido do acesso as salas, aos ambientes estritamente médicos, laboratório, aos prontuários quando necessário, e até a algumas discussões de caso entre profissionais. O significado de vestir o jaleco para a assistência a saúde institucionalizada, parece que vai além do aspecto funcional de biosegurança, ou seja, significa *fazer parte de, aderir, agrupar-se, incluir-se*. Em síntese, a representação do jaleco contribuiu para inserir-me na intimidade dos ambientes do hospital, que por sua vez subsidiou a construção do trabalho descritivo do campo.

Por meio de conversas diárias me fazia conhecida e oportunamente expressava quais os meus propósitos com as entrevistas. Dessa forma, penso que conseguia desmistificar o significado do jaleco na assistência, estabelecer um vínculo de confiança, desde quando não fazia parte do corpo técnico da unidade. O importante foi perceber a relevância da construção de um vínculo de

⁶Segundo a literatura sobre saúde e assistência o “avental branco” foi utilizado para simbolizar a vida e a esperança. Uma representação da limpeza e da idéia de que pacientes não causavam dano nenhum. Esta barreira era uma barreira disfarçada, cujo médico que tinha o senso de autoridade, com o uso da roupa branca era automaticamente, lembrado de suas responsabilidades profissionais, para com o paciente (PELLEGRINO, 2006).

confiança, mesmo de forma breve, para facilitar que as depoentes narrassem, sem muitas resistências, as experiências vividas naquele local.

Assim, no decorrer da minha estadia naquela unidade, por mais que me esforçasse para me apresentar como pesquisadora, ao transitar pelos corredores do hospital ocasionalmente as pacientes solicitavam-me informes ou orientações sobre a assistência, mais frequentemente ao visitar os alojamentos conjuntos onde ficavam após parir.

Assim, frequentei o campo duas vezes por semana e quando se fazia necessário, pois ficava de sobreaviso para os casos de pacientes com diagnóstico positivo para o HIV na admissão para o trabalho de parto. Desse modo, naquele dia de terça feira do mês de maio se firmou o “acordo de convivência” com a instituição e ainda fui orientada a começar pela sala de admissão. A partir daí, iniciei a minha jornada no campo, em busca de evidências sobre as ações de aconselhamento.

Diante disso, restava-me a responsabilidade de desbravar esta realidade e o desafio de *descrever* e *analisar* as diversas cenas nos atendimentos às mulheres, como as da admissão para o parto, no parto - centro obstétrico ou puérperio - alojamento conjunto, dentro da rotina hospitalar, com sua dinâmica própria e especificidades, urgências e determinantes sociais, políticas e culturais.

2.4 Estratégia e Técnicas de Produção de Dados.

A observação participante / observação direta transcorreu por seis meses mantendo-me como observadora em uma relação face a face com os observados, participando da vida deles no cotidiano do hospital para colher dados, mas precisamente de maio a outubro de 2009, em média de duas visitas semanais, em diferentes dias e turnos. Embora fosse outras vezes à unidade para observar plantões de alguns profissionais, inclusive médicos, pois à medida que ia me aproximando da assistência os profissionais sugeriam e apontavam alguns momentos, situações, serviços específicos e até outros ambientes do hospital que eu poderia visitar, presenciando os acontecimentos pertinentes ao tema da pesquisa.

Desse modo, a observação do atendimento às gestantes da admissão para o parto até o puerpério, no alojamento conjunto nas enfermarias, propiciou *descrever* e *analisar* as expressões verbais, comportamentais, estruturais e elementos culturais presentes em todo o processo de acolhimento e aconselhamento no atendimento à parturiente e puérpera, bem como as percepções dessas usuárias e profissionais em relação à realidade vivenciada. A relação face a face com os agentes sociais permitiu captar uma variedade de situações ou aspectos da realidade, que muitas vezes não se conseguia obter por meio de perguntas.

Para as observações foi utilizado o diário de campo, que serviu como ferramenta básica e fundamental para a investigação nesse processo. Do caderno de campo constaram registros sobre as impressões pessoais da dinâmica do cotidiano como o fluxo dos atendimentos e perfil das demandas, além de resultados de conversas informais, observação de comportamentos e várias outras manifestações dos interlocutores na “cena” social.

Vale ressaltar que o acesso aos espaços de observação dos profissionais de saúde foi inicialmente intermediado por uma funcionária pertencente ao setor de Recursos Humanos da unidade. No decorrer do trabalho obtive ajuda de uma das enfermeiras do hospital, que se interessou pelo tema da pesquisa, tornando-se importante informante-chave. Ela fazia questão de me facilitar o acesso aos ambientes, como também aos prontuários e a outros informes pertinentes às rotinas de serviço do hospital e da assistência às puérperas que chegavam a sua enfermaria.

A realidade empírica é mutante e ao mesmo tempo cíclica, por mais que o serviço de saúde tenha uma rotina para nortear os atores nos seus diversos papéis, a realidade se transforma a cada dia, a cada instante pela própria natureza das demandas e estas, muitas vezes, adentravam em caráter de urgência pelas “portas abertas” de um hospital maternidade que presta serviço de relevância pública à população de Salvador. O roteiro de observação procurou contemplar as questões relativas a esse movimento e prioridades emergidas do cotidiano e centrou-se nos seguintes pontos: o *cenário* – a posição dos sujeitos (profissionais e parturientes) fisicamente e socialmente, característica do protocolo de atendimento utilizado para a realização das práticas biomédicas, como também as características físicas e socioculturais do local; o *aconselhamento DST/AIDS - pré e pós-teste anti-HIV* como quesito fundamental para apreender as necessidades de saúde – o acesso ao teste, aos resultados e as recomendações dentro da concepção da

vulnerabilidade programática; o critério de inclusão e exclusão para a oferta do teste anti-HIV; a testagem - apreensão quanto à ação de oferecer o teste e suas consequências; consentimento informado; o diálogo entre profissionais e usuárias nesse momento; *as usuárias do serviço (parturiente e puérpera)* – o acesso delas à testagem, a relação com os profissionais durante o trabalho de parto e suas demandas e apreensão dos significados da experiência vivida da admissão ao puerpério na passagem pelo hospital; *os profissionais* - na admissão, no parto e puerpério e suas abordagens e condutas, as categorias profissionais que compõem a equipe que realiza as ações de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, o papel de cada profissional na rotina desse atendimento às gestantes / parturientes, no que se refere às suas práticas; a relação profissional com as práticas biomédicas e suas determinações, a linguagem verbal e corporal utilizada; os profissionais (médico, enfermeira e técnicos) que participam das intervenções no centro obstétrico, no manejo de procedimentos profiláticos para a prevenção da transmissão do HIV nas gestantes com resultados reagentes para o HIV, em trabalho de parto e pós-parto.

Além disso, também foram utilizadas anotações registradas em prontuários pelos profissionais que participaram da experiência e outras descrições do sistema de classificação das gestantes na produção do parto. Ou seja, ao entrarem no trabalho de parto, gestantes são denominadas parturientes e, ao darem a luz, passam para a classificação de puérperas.

A segunda técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, que efetivada junto aos sujeitos informantes viabilizou a interação direta com eles permitindo conhecer tanto a experiência da parturiente e puérpera (pós-parto), enquanto usuárias dos serviços, com o ponto de vista dos profissionais de saúde que participaram diretamente e indiretamente no atendimento pré e pós-parto, no que se refere ao teste rápido anti-HIV.

2.5 Os sujeitos da pesquisa

Foram entrevistadas treze (13) puérperas. Sete (07) são mulheres que se descobriram soropositivas para o HIV, em situação de parto ou puerpério na maternidade VIDA ou em outros hospitais maternidades de Salvador-BA, e seis (06) são puérperas soronegativas para o HIV que também obtiveram esse diagnóstico na maternidade. Nenhuma das mulheres entrevistadas⁷ tiveram acesso ao diagnóstico prévio sobre as suas sorologias no pré-natal.

Os critérios de escolha das mulheres para participar da pesquisa foram: estar na faixa etária entre 18 a 40 anos e não ter sido testada para o HIV durante o pré-natal ou ter sido testada no pré-natal, mas não ter tido acesso ao resultado antes da chegada à maternidade. Portanto, conforme os critérios de elegibilidade para as informantes incluírem-se na pesquisa, o importante era certificar-se de que a puérpera soronegativa ou soropositiva, elegida para o momento da entrevista, tinha chegado ao hospital para parir, sem diagnóstico prévio para o HIV.

Assim, as mulheres com *status* sorológico *negativo* para o HIV foram entrevistadas na própria maternidade (VIDA), enquanto as mulheres com *status* sorológico *positivo* para o HIV, ou seja, aquelas com resultado REAGENTE do teste rápido na triagem para o HIV foram entrevistadas quando estiveram sob os cuidados do GIRASSOL⁸ - Centro de Atendimento a paciente soropositivo - para o qual são referenciadas as pessoas com o diagnóstico positivo para HIV. Recorrer às puérperas que chegavam a esse Centro permitiu não somente ter acesso a um número maior de sujeitos, conforme os critérios de elegibilidade da pesquisa, como também propiciar maior visibilidade às situações vividas pelas puérperas HIV positivas em diferentes hospitais maternidades. Desse modo, não somente as puérperas HIV positivas advindas da Maternidade (VIDA) foram entrevistadas sobre as experiências vividas no trabalho de parto neste Centro, como também puérperas de outros hospitais maternidades, independentemente de terem sido encaminhadas pela Maternidade (VIDA), onde foi realizada a observação participante/direta.

⁷ A todas foram dados nomes fictícios de flores.

⁸ Referido neste trabalho com nome fictício GIRASSOL. Esse se configura como um Centro de Referência Estadual, localizado no centro da cidade de Salvador, longe da maternidade VIDA.

As entrevistas com mulheres, quanto as suas experiências na passagem pelos hospitais maternidades de Salvador pertinentes ao aconselhamento/teste rápido/devolução do resultado procederam da forma mais livre possível, mediante consentimento informado. O roteiro (ver APÊNDICE B) foi utilizado mais como um guia, para explorar tópicos (gestação, pré-natal, parto, amamentação e puerpério) importantes para a pesquisa.

Quanto ao perfil sociodemográfico das sete mulheres referidas que apresentaram *sorologia positiva* para o HIV no parto em diferentes maternidades, múltiparas na maioria dos casos, tinham idade que variavam entre 20 e 32 anos e apenas uma era do interior da Bahia, natural da cidade de Cruz das Almas, no recôncavo baiano, próximo de Salvador. As demais afirmaram residir ou pelo menos terem vindo de bairros populares e adjacentes de Salvador. Quanto à escolaridade, apenas uma puérpera tinha o 2º grau completo; as demais tinham cursado até a 4ª série do 1º grau. Das sete mulheres entrevistadas, quatro afirmaram estar inseridas em alguma ocupação “formal”, enquanto as duas restantes definiram a sua situação ocupacional como desempregadas. No que se refere à situação conjugal, um das puérpera definiu-se como solteira e as demais se consideravam casadas ou conviviam maritalmente com os parceiros.

Ressalto que os resultados positivos para o HIV foram obtidos em hospitais maternidades da rede pública de Salvador, mais especificamente em 05(cinco) unidades, incluindo o hospital que foi campo da pesquisa. São serviços que realizam atendimento especializado à saúde da mulher e do recém-nascido, e duas dessas unidades são referências para partos de risco, ensino e pesquisa.

Quanto ao perfil sociodemográfico, das seis mulheres que apresentaram resultado *sorologia negativa* para o HIV, a maioria é natural de Salvador-BA; uma é de Nilo Peçanha, região sul da Bahia e a outra é natural de Camaçari, Região Metropolitana de Salvador – RMS. Todas afirmaram residir ou pelo menos terem vindo de bairros populares e adjacentes de Salvador. Quanto à escolaridade, duas cursaram até o 1º grau do ensino fundamental, enquanto as demais referiram ter o 2º grau completo. Naquele período, das seis mulheres entrevistadas, cinco afirmaram estar inseridas em alguma ocupação “formal”, enquanto apenas uma definiu a sua situação ocupacional como desempregada. No que se refere à situação conjugal, foi definida por todas as puérperas *soronegativas para o HIV* como casadas ou conviviam marital com os parceiros.

Dada a participação multidisciplinar dos profissionais no processo de triagem do HIV no parto e outros procedimentos, consideramos importante contemplar a diversidade de categorias profissionais para as entrevistas. Assim, foram entrevistados 07 profissionais de saúde, (03) médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, (01) psicóloga, (01) assistente social, (01) enfermeira - coordenadora técnica do centro obstétrico e assistência ao parto da maternidade (VIDA), (01) pediatra - Gestora da Unidade. Nem todos os profissionais fazem parte do quadro funcional permanente do hospital e exceto a gestora, todos atuam diretamente na assistência ao parto na Maternidade (VIDA).

Quadro 3 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados que atendem parturientes / puérperas na maternidade

	1	2	3	4	5	6	7
INTERLOCUTOR	CARLA	MARIANA	PATRICIA	MARITANEA	SHEILA	ALESSANDR A	DOLORES
INSTITUIÇÃO	MAT-VIDA	MAT-VIDA	MAT-VIDA	MAT-VIDA	MAT-VIDA	MAT-VIDA	MAT-VIDA
PROFISSÃO	Enfermeira Obstetra	Medica Residente GO*	Medica Residente GO*	Assistente Social	Médica obstetra	Psicologa	Psicologa
SETOR	Enf. Chefe CO*	Residência médica	Residência médica	Serviço Social	Centro Cirurgico	Psicologia	Diretoria / Gestora
TEMPO DE FORAMADA	24 anos	2 anos	3 anos	25 anos	8 anos	5 anos	25 anos
TEMPO SERVIÇO	17 anos	2 anos	3 anos e meio	10 anos e meio	2 anos e meio	2 anos	7 anos e 3 meses

O roteiro (ver APÊNDICE B) da entrevista abrangeu questões pertinentes à prática do aconselhamento para a oferta e comunicação do resultado do teste anti-HIV no atendimento a gestantes, parturientes e puérperas em contexto de maternidade, além dos seus sentidos e representações como profissional que participa desse momento, tendo em vista a redução da transmissão vertical do HIV. Os referidos entrevistados foram abordados nos seus locais de trabalho, quando foi possível, muitas vezes após as intervenções, ou conforme a disponibilidade dos mesmos.

Para discutir as ações de aconselhamento em DST/AIDS nos diversos segmentos sociais e contextos foi realizada a leitura crítica dos seguintes documentos:

- a) Manual de Treinamento de Aconselhamento em DST, HIV e AIDS. Ministério da Saúde, Brasília, 1998.
- b) Avaliação das Ações de Aconselhamento em DST/AIDS/ Coordenação Nacional de DST e AIDS. Ministério da Saúde Brasília, 1999.
- c) Diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA: manual Ministério da Saúde, Brasília, 1999.
- d) Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- e) Oficina de Aconselhamento em DST/AIDS para a Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.
- f) Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical. Manual de Bolso. Ministério da Saúde, Brasília, 2007.
- g) Consenso de Gestante - 2009. Versão Preliminar. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

2.6 Plano de análise

Foi realizada a análise de conteúdo qualitativa temática. O tema foi considerado como unidade de significação que serviu como guia de leitura para interpretar a presença de determinados valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes nos discursos e práticas. O objetivo da análise por temática é descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha significado para o objeto analítico (MINAYO, 2006). Com isso, buscou-se realizar a leitura de todo o material discursivo oriundo da produção de dados para iniciar a categorização destes com base no referencial teórico. Como categoria *analítica* foi utilizado o conceito de representações sociais. Segundo Minayo (2008),

As representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto podem e deve ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação, privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como uma forma de conhecimento e interação social. Mesmo sabendo que ela traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial, freqüentemente contraditória, possui graus diversos de clareza e nitidez em relação à realidade (MINAYO, 2008, p.108).

Destaco algumas categorias *analíticas* que auxiliaram na análise e interpretação dos dados:

- a) Representações de profissionais de saúde sobre o aconselhamento.
- b) A prática do aconselhamento em DST/AIDS no pré e pós-parto.
- c) Experiência das parturientes/puérperas no aconselhamento.

Operacionalmente, a análise *temática* se desdobrou em três etapas (MINAYO, 2006). A primeira constou das transcrições das entrevistas e *leitura flutuante* do conjunto de comunicações e notas de observações apreendidas, inclusive do trabalho de campo, para compor o *corpus de texto*. A leitura exaustiva de todo o material produzido permitiu a familiarização com os dados e a identificação de temas emergentes viabilizando a formação da segunda etapa, na qual foram organizados sistematicamente os achados em subcategorias e enquadrados nas respectivas matrizes de análise.

Assim, as estruturas de análises se centraram *no ponto de vista dos profissionais de saúde que atuam na maternidade (VIDA)*, onde foram realizadas inferências sobre as categorias emergidas do campo como a prática profissional cotidiana, o aconselhamento, o anti-HIV e a comunicação de resultados. No que diz respeito aos relatos das puérperas sobre as suas experiências com o aconselhamento na passagem pelo hospital maternidade, foram contemplados temas relacionados à gestação, pré-natal / acesso ao teste anti-HIV, na maternidade / o aconselhamento e testagem, parto, comunicação do resultado, amamentação e pós-parto.

Para o processo de identificação das categorias empíricas foram capturados comportamentos, expressões, ou palavras presentes nos depoimentos organizados pelos atores sociais. Enfim, para a composição do *corpus de texto* buscaram-se as recorrências e diferenças nos discursos dos entrevistados e a codificação dos dados segundo as categorias analíticas (experiência e representações) e as categorias empíricas emergidas. Nesse processo, destaco a realização do resumo de cada entrevista e uma descrição dos temas emergentes tanto para as gestantes/parturientes como para os profissionais.

A terceira fase correspondeu ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, ou melhor, descrição das categorias, análises e discussão dos “achados” à luz do referencial teórico proposto, contextualizando as experiências, representações e práticas em seu contexto sociocultural mais amplo e sugerindo novos rumos para a problemática aqui estudada.

2.7 Considerações éticas

No tocante aos aspectos éticos foi preservado o anonimato dos participantes (gestantes/parturiente/puérpera e profissionais) da pesquisa, como também o sigilo e a privacidade. Foram apresentados aos participantes da pesquisa os objetivos e finalidades e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ver APÊNDICE D), que garantiu a privacidade e a identidade destes, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Os sujeitos da pesquisa tiveram “livre arbítrio” para decidirem responder a qualquer pergunta e, muitas vezes, quando achavam necessário, interrompiam a entrevista por alguns momentos, ou até

desistiam. Todos os formulários de dados e bases de dados foram armazenados em arquivos trancados e/ou protegidos por senha em computadores pessoais.

Especial atenção foi dada à questão emocional no momento das entrevistas com as mulheres, especificamente com aquelas que tiveram um diagnóstico positivo para o HIV. Houve momentos de forte emoção durante as entrevistas, quando as informantes relatavam a passagem pelo hospital maternidade e suas experiências no que se refere ao anti-HIV e a comunicação do diagnóstico e até outras lembranças significativas para o universo delas. Essas situações requisitaram de mim, como pesquisadora, sensibilidade e habilidade suficientes para realizar o “alívio de tensão” com as mulheres. A experiência profissional conquistada por muitos anos de prática do aconselhamento em DST/AIDS ao lidar com os dilemas de pacientes que apresentaram diagnóstico positivo para o HIV, no Centro de testagem, possibilitou-me manejar com responsabilidade as questões apresentadas por essas mulheres.

CAPÍTULO III – CENAS DE PARTO: A DINÂMICA DO ATENDIMENTO ÀS PARTURIENTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE.

É inegável que um resultado positivo para o HIV possui caráter impactante na história de qualquer pessoa, mesmo estando ela “preparada” para recebê-lo. No entanto, deve-se levar em consideração que quando o sujeito está sendo orientado corretamente durante o seu processo de diagnóstico, é muito mais provável que ele venha construindo capacidades pessoais para lidar com essa informação e com todas as consequências delas [...] (DOMINGUES, 2000:80).

3.1 O hospital maternidade

Queremos o retorno para melhorar as condições de assistência. Precisamos de um olhar para toda a equipe da Unidade que atua nesse processo [...] (Coordenação de Enfermagem da Unidade).

O hospital é composto de enfermaria para a mãe adolescente, para a chamada mãe-canguru⁹ e para a gestante de risco, que aguarda a realização de um parto sujeito a complicações; além de comportar uma enfermaria para parto cirúrgico (cesárea) e outra para parto simples, também denominado parto normal. A sua estrutura tem três pavimentos. O primeiro funciona como a porta de entrada da unidade, é composta de uma antessala que fica na parte externa do hospital propriamente dito, onde se encontram um balcão de recepção, sala da diretoria, sala de ultrassonografia, sala de estimulação precoce, SAME. Ao cruzar a porta principal, deparamo-nos à esquerda com mais uma sala de espera próxima a uma grande porta que dá acesso ao centro cirúrgico, alojamento de auxiliares - técnicos de enfermagem, sala de pré-parto e sala de médicos plantonistas. À direita de quem vem da porta principal, fica a chamada sala de admissão, que funciona como uma espécie de sala de triagem, atendendo às demandas relativas ao trabalho de parto e também a outras demandas de urgência vinculadas à

⁹O Método Mãe Canguru – MMC, é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo assim uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2002 [a]).

saúde da mulher. Nesse andar, situam-se também a sala designada para o acolhimento, o berçário com UTI neonatal, a sala de coordenação de enfermagem e o alojamento dos médicos.

No subsolo do hospital, ficam as enfermarias e seus respectivos postos, onde as mulheres ficam alojadas depois do parto. Nesses postos, encontram-se os prontuários das pacientes e dos recém-nascidos – RN. Trabalham nesse espaço enfermeiras (os) e técnicos de enfermagem em esquema de plantão. Os postos funcionam como um balcão de atendimento, ponto de suporte às pacientes que estão instaladas nesses alojamentos, identificadas pela numeração dos leitos, registrada, por sua vez, nos respectivos prontuários para identificá-las. Além das enfermarias, nesse piso estão as salas da nutrição, da psicologia, do descanso para os funcionários de plantão, de RH, biblioteca e auditório, além de banheiros para funcionários.

Esse espaço físico estruturado para comportar a prática dos profissionais no âmbito da atenção à saúde da comunidade é composto por um corpo funcional representado pelas seguintes especialidades: obstetrícia clínica; obstetrícia cirúrgica; neonatologia; uroginecologia; mastologia; anestesiologia; oftalmologia (gestante de risco e RN); psicologia; medicina do trabalho; assistência social; enfermagem; bioquímica; farmácia hospitalar.

As descrições a seguir dizem respeito às diversas cenas registradas no caderno de campo, que emergiram nos atendimentos às mulheres na maternidade, especialmente na sala de admissão com a prescrição ou solicitação da testagem do HIV; centro cirúrgico; e pós-parto. Essas anotações retratam a dinâmica particular de um serviço que faz parte da rede de hospitais no cuidado da saúde reprodutiva materno-infantil em Salvador que desde a implantação do “Projeto Nascer - Maternidades” empenha-se em cumprir seu papel na prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis, conforme suas condições objetivas de trabalho,

O intuito é dar visibilidade ao trajeto das mulheres quando são admitidas para o trabalho de parto, conforme a terapêutica adotada pelos profissionais para o cumprimento do protocolo na prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS. As cenas a seguir discorrem sobre a ambientação e estrutura física, as relações entre os sujeitos na execução das práticas, assim como os dilemas propiciados pela experiência vivida na produção do parto como um todo.

3.1.1 Cena 1: A admissão para o trabalho de parto

Na sala da recepção...

A sala de recepção é o local em que se espera por uma vaga para a internação; em que as gestantes esperam pela dilatação adequada para entrar na sala de parto; ou em que parentes esperam por uma puérpera prestes a obter alta. Nele, manifestam-se as expectativas de quem aguarda por informação, atenção, atendimento e resolução.

No balcão da recepção atendem-se às mulheres que serão iniciadas no trabalho de parto. Geralmente há três funcionários para o atendimento, encarregados de registrar a entrada da gestante na unidade, a partir do contato prévio com profissionais da assistência. A gestante que chega no período expulsivo do trabalho de parto tem passagem livre para a sala de admissão ou centro obstétrico, a depender da evolução da paciente para o trabalho de parto.

Pode acontecer de se encontrar, nesse cenário, mulheres grávidas andando de um lado para o outro, geralmente as que já iniciaram o trabalho de parto, já foram atendidas pelo médico de plantão e estão apenas se exercitando, conforme recomendação para acelerar o processo de parturição.

Encontravam-se na sala de espera cinco pessoas que aguardavam talvez uma resposta da recepção. No lado de fora da porta principal que dá acesso a essa sala da recepção, encontrava-se uma mulher grávida com mais ou menos uns nove meses que trajava um vestido longo de cor branca, usava sandália rasteira e andava ansiosamente de um lado para o outro ofegando. Ouvi-a dizer que estava sentindo dor, mas que estava ali andando porque já havia sido atendida e o médico a recomendou andar, para agilizar o processo do parto (Notas de campo, 13 de setembro de 2009).

Nesse ambiente, começa a configurar-se o acolhimento, que, segundo Brasil (2004 [b]), não se limita ao espaço ou ao local, mas na postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, providências, ouvir necessidades, criar possibilidades para aliviar angústias e incertezas da usuária. Desse modo, os autores enfatizam que o acolhimento se diferencia da triagem, por não se constituir etapa do processo, mas a ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Percebe-se que, em meio à circulação dos usuários, o hospital tem à disposição o serviço denominado “*posso ajudar?*”, realizado por uma estagiária de relações publicitárias lotada na ouvidoria daquela unidade. Dentre suas atividades diárias estão apoiar os familiares de pacientes atendidas em caráter de emergência, além de oferecer suporte a gestantes que aguardam a realização de partos considerados de risco. As atividades da estagiária fazem parte da política de humanização, uma das preocupações atuais dos hospitais. Penso que esse conceito não está atrelado apenas à idéia de humanização do parto, mas também à assistência prestada pelos serviços de saúde de modo geral, considerando-se que a humanização do atendimento hospitalar não se resume apenas a uma atividade isolada, ela requer mudança de valores, comportamentos, conceitos e práticas, exigindo dos atendentes reflexão e reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários.

Desse modo, prossegue a imersão no ambiente hospitalar e no *hall* de entrada, situado nas dependências do hospital, a mulher aguarda seu nome ser chamado antes de entrar na sala de admissão para o parto, onde acontece a triagem dos casos, para definir os que são ou não de competência daquela unidade de urgência e emergência¹⁰.

Na sala de admissão...

Gestante na 36ª semana - período em que o parto é considerado prematuro, segundo o profissional médico, teve a última menstruação em 11 de agosto de 2008 e está na 4ª gestação. O médico residente que atende à gestante solicita a última ultrassonografia e inicia o preenchimento da ficha para a admissão da paciente.

¹⁰A RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina de 10 de março de 1995 [publicada no Diário Oficial da União em 17.03.95 - Seção I - Página 3666] estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. “**Parágrafo Primeiro** - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. **Parágrafo Segundo** - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

- O que está sentindo? A médica obstetra pergunta.
- Sinto muitas dores e dormência nas mãos, ânsia de vômito e tontura.

A médica afere a pressão arterial, que registrou 10 por 7 e em seguida o médico residente pergunta:

- Você sente mais alguma coisa? Tem outras queixas?
- Dor de cabeça e vistas escurecendo. Fui ao Hospital Caribé, mas lá disse que não estava no tempo.
- Você fez pré-natal?
- Fiz. Tive dois abortos (a paciente geme de muita dor.)

O profissional pergunta se todos os outros partos foram normais e pede para ela se levantar e seguir para a sala de exame. A paciente se dirige sozinha até o *box*, sobe alguns degraus da pequena escada/suporte que dá acesso à cama, tira a roupa íntima e fica em posição ginecológica para o “exame de toque”, que verifica a dilatação e posição do bebê para o trabalho de parto. A paciente continua se queixando de dor e geme muito.

A partir desse momento, de tempo em tempo o médico introduz o dedo (percepção tátil) na vagina da paciente para verificar a evolução do parto. Esta evolução é representada graficamente em um dos instrumentos avaliadores para definição da hora do parto, “o partograma. [...] Quatro centímetros é o início para o nascimento [...]”, diz o médico residente de plantão.

Segundo Paim (1998), algumas mulheres entendem as dores do parto vaginal como algo inerente ao processo de parturição, como parte da experiência de “tornar-se mãe” (passagem para o *status* de adulta), levando-as à escolha do parto pela via vaginal. Já Diniz, Mello-e-Souza e Portela (1998) definiram as dores do parto vaginal como processo de “naturalização do sofrimento”. Enquanto Who (1999) informa que esse é um processo incluso na assistência, cujo objetivo é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.

Esse tipo de diálogo é constante no dia-a-dia desses atendimentos e informa a tensão que se estabelece entre médico e gestante em início de trabalho de parto na sala de admissão. A paciente sentindo muita dor e desconforto abandona-se e aceita passivamente os cuidados

médicos. Nesse momento, nota-se que prevalece o saber médico, para buscar informações que possam se agregar à história clínica da paciente.

A descrição deste cenário dá visibilidade ao cotidiano de uma sala de admissão que funciona como porta de entrada das necessidades relativas à mulher no que tange à sua saúde reprodutiva, materno-infantil. Os atendimentos se dão a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido conforme o grau de necessidade da usuária, proporcionando atenção centrada tanto no nível de complexidade, como também pela ordem de chegada.

Dentre esses protocolos, está o da prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis que recomenda:

Na entrada da parturiente na maternidade, deve ser oferecido o teste rápido para o HIV para todas as gestantes que não tenham realizado investigação para o HIV no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável, quando a parturiente não estiver em condições de fazê-lo (distúrbio psiquiátrico, por exemplo) (BRASIL, 2007, [a], p. 60).

Assim, prossegue o atendimento da médica obstetra, com o preenchimento da ficha para a internação, em que são registrados os antecedentes clínicos e anexados os exames realizados no pré-natal; neste caso, não constava o teste anti-HIV entre os exames trazidos pela parturiente. A médica faz a solicitação da testagem em formulário próprio para encaminhar ao laboratório, responsável pela coleta e execução do teste rápido para *triagem*, reafirmando-se que a testagem do anti-HIV (*teste rápido de triagem*) é solicitada.

Assim, o que acontece de fato é um pedido ao laboratório, via solicitação impressa, de mais um exame para iniciar o trabalho de parto, nesse contexto. Não houve, ao menos brevemente, informe, comunicação verbal à mulher sobre a realização da testagem naquele momento. E a cena se repete no outro dia, em outros plantões, em outros atendimentos, cuja demanda é o trabalho de parto sem ser caracterizado parto de urgência, onde a mulher encontra-se no período “expulsivo”, prestes a parir. Não se trata desse momento, mas sim de demanda que ainda depende de avaliação médica para decidir quanto ao internamento e definir outros procedimentos necessários para a iniciação do parto, como a oferta do teste para a detecção do vírus da AIDS.

A parturiente simplesmente é colocada numa cadeira de rodas, seus pertences entregues ao acompanhante, e levada para o centro cirúrgico, onde ficará até a hora do parto.

Merece destaque essa sala de pré-parto, composta de poucos leitos, que serve de apoio ao centro cirúrgico, onde algumas mulheres gritam e gemem aguardando a sua hora. Muitas delas ficam em posição ginecológica, deixando a genitália à mostra para facilitar o exame de toque vaginal, realizado a todo instante para verificar o grau de dilatação ideal da paciente para o parto e encaminhá-la à sala de cirurgia. Percebe-se que essa sala é permeada por uma atmosfera de medo entre as mulheres que estão lá, até porque a dor do parto tende a acelerar-se e a intensificar-se.

No entanto, durante a observação realizada nessa sala, em nenhum momento presenciei uma abordagem focada no teste rápido às pacientes que estavam lá, subalternas aos procedimentos do “ritual de parto”. Não percebi menção alguma, sinal, código, informe nem registro, menos ainda diálogo entre profissional e parturiente sobre a testagem para a detecção do HIV. No entanto, o Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007 [a]) preconiza:

A situação de parto não se constitui o momento ideal para o aconselhamento relacionado às DST/AIDS. Diante da necessidade da realização do teste anti-HIV para as mulheres [...], é importante que se estabeleça um vínculo e acolhimento mínimo para: reafirmar sigilo; informar das necessidades e vantagens do teste; obter o consentimento, por escrito. (BRASIL, 2007[a]).

Desse modo, segue o processo do parto, com a emissão, de forma prescritiva, da requisição para a realização do teste rápido de triagem, anexada aos demais exames complementares, conforme preconiza o regulamento da unidade afixado na parede. Assim, os profissionais facilitam a operacionalização (do teste) para o laboratório.

Sob o comando do laboratório da unidade, a testagem é encaminhada para a execução, em meio aos demais exames de rotina. Estes merecem destaque pelo papel fundamental no fluxo de atendimento às parturientes.

[...] Hemograma, glicemia, rotina de DHEG – ureia, creatinina, TGO e TGP, ácido úrico, hematócritos, ABO/Rh – grupo sanguíneo, sumário de urina, Beta HCH, HIV e VDRL são os exames solicitados ao laboratório para o trabalho de parto [...] (Técnico do laboratório).

O anti-HIV é um insumo que traz muitos significados, é a partir de sua execução que todas as intervenções podem ou não ser iniciadas, em casos de resultados “REAGENTES”, cuja recomendação no trabalho de parto compreende desde a suspensão do aleitamento à administração de medicamentos e outros procedimentos.

Com intuito de enfatizar o significado da testagem do HIV no tocante aos sentimentos e expectativas, quanto à possibilidade de vir a estar infectada com o vírus, abro parênteses para expor o depoimento de uma das profissionais do laboratório sobre a sua experiência de acidente com objeto perfurocortante quando manipulava material na bancada do laboratório.

Foi uma experiência que tive no ano-novo, quando estava no plantão e me acidentei com objeto perfurocortante. [...] Me senti vulnerável diante da situação, apesar de saber dos antecedentes da paciente fonte. Eu só fiquei descansada quando repeti o anti-HIV após três meses do acidente [...] (Profissional do laboratório).

A resposta social à AIDS é reconhecidamente de rejeição, por meio do pânico e do preconceito. Embora amplamente difundido o debate sobre o tema pelos meios de comunicação, o que se observa nos serviços de saúde é a desinformação e o despreparo da maioria dos profissionais para lidar com o problema. Este fato, associado à crise existente no setor, agrava a situação. Não existe nas referências.

Segundo a Coordenação Estadual de DST/Aids, o laboratório segue rotina diária sequenciada em relação ao teste rápido do HIV, que vai desde “ronda” diária realizada por auxiliar de laboratório à sinalização à equipe de parto quanto a necessidades de realizar condutas e encaminhamento de paciente para um centro especializado em realizar testes confirmatórios e seguimento.

O teste rápido – TR¹¹ é realizado na admissão, no Centro Obstétrico – CO, ou no leito. Segundo a profissional, em último caso se realiza no leito. Muitas vezes assisti à realização do TR no leito por punção venosa, para retirar maior quantidade de sangue visando à realização dos demais exames solicitados, contrariando a prescrição da realização por punção digital do laboratório fabricante.

Segundo a coordenadora do laboratório:

[...] a realização do Teste Rápido para detecção de anticorpos para o HIV implica um diálogo, até porque precisa explicar à paciente os limites desse tipo de testagem, que pode dar um falso reagente [...] (Coordenadora do laboratório).

¹¹ O kit Teste Rápido para HIV-1/2 Bio-Manguinhos deve ser utilizado apenas com amostras de sangue total (da ponta do dedo ou venoso), soro ou plasma. Outros tipos de amostra ou amostras de sangue coletadas em tubos contendo anticoagulantes que não citratos, heparina ou EDTA, podem gerar resultados inadequados. Fonte: Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

O que também está em jogo é a autonomia dos sujeitos em relação às suas escolhas mediante informações claras e precisas sobre o que está sendo feito no seu corpo e o dever sobre a sua saúde. Ribeiro (2006) afirma que o princípio da autonomia perpassa a ideia de *health empowerment*, ou seja, de empoderamento do paciente sobre a sua saúde, que atualmente constitui-se na passagem de sujeito passivo a titular do direito, e o profissional de saúde, de sujeito ativo a titular de uma obrigação.

Durante o período em que estive lá, observei que geralmente as rotinas dos atendimentos para o parto contavam com quatro médicos plantonistas. Para os atendimentos específicos de triagem, realizados nessa sala de admissão, nas vezes em que estive presente, sempre se encontravam à disposição um médico plantonista e um ou dois residentes e três auxiliares.

É nesse cenário que chegam as demandas, que se apresentam não apenas no formato de gestantes em processo de parturição, como também vários casos e queixas relativos à saúde da mulher em geral.

Ao observar a dinâmica dos atendimentos, além de gestantes com fortes contrações para o trabalho de parto, assisti à chegada outras demandas que me chamaram a atenção, como gestantes com gripe; queixas de ausência de menstruação com suspeita de gravidez, ajuda para retirar absorvente interno que a paciente não conseguia encontrar o cordão para retirá-lo; suspeita de má-formação fetal; suspeita de DST, mas especificamente de condiloma, provocado pelo papiloma vírus humano – HPV; pré-eclampsia, caracterizada por quadro hipertensão, edema (retenção de líquido) e proteinúria (presença de proteínas na urina), além de presenciar um atendimento a gestante de quatro meses de gravidez com queixa de paralisia facial à esquerda.

C.1 [...] Todo mundo querendo saber se está grávida na emergência! Hum?

Você deve procurar um lugar para saber se está grávida, meu bem. Aqui não faz não [...] (Profissionais médicos de plantão na sala de admissão, notas de campo).

Nesse momento, a médica preenche uma ficha e a encaminha para realizar o BETA HCG em outra unidade.

C.2 [...] Às vezes, a gestante tem um acidente e é encaminhada para a maternidade para atendimento [...]. Verificando a temperatura do corpo [...] (médica assistindo uma gestante com quadro de gripe).

C.3 [...] Eu já solicitei de imediato o VDRL (sífilis) e HIV. Os demais exames, não há condições de solicitar, devido à emergência do parto [...].

Após a argumentação dessa profissional, ocorreu uma discussão com os demais médicos presentes em torno da agilidade dos exames. O que pedir? O que recomendar?

Neves (2006) cita autor que ao fazer um estudo etnográfico em um serviço público de saúde, dá-nos indícios do funcionamento da saúde pública no Brasil, pois sabemos que a emergência funciona como um termômetro do funcionamento do sistema de saúde e suas falhas. É na porta das emergências que vão aparecer a falência da atenção primária em saúde, a não acessibilidade universal, a iniquidade, a miséria e a agudização da desassistência da população, ou seja, o sucateamento da saúde pública pelas diferentes instâncias de governo e o descaso com a vida da população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS.

Durante a frenética dinâmica de urgência e emergência dentro de um modelo do tipo queixa – conduta que caracteriza os atendimentos nessa sala de admissão da maternidade, muitas demandas não são atendidas. Muitas queixas são automaticamente encaminhadas ou orientadas para outros serviços especializados, mesmo que a maioria das queixas seja pertinente à saúde reprodutiva da mulher.

Segundo os profissionais da unidade, não há condições para cuidar de tudo, pois por vezes são casos que exigem o olhar médico especializado e, portanto, estrutura mais adequada para o trato da questão. Outras vezes, são demandas tão simplificadas diante da complexidade hospitalar que a rede básica teria condição suficiente e obrigação de acolher e resolver o problema e não o faz.

Neves (2006) aponta em pesquisa que realizou sobre urgência e emergência em saúde que, apesar das diferentes perspectivas que embasam as triagens do que seriam urgência e emergência para os diferentes profissionais envolvidos, médicos e não médicos, elas convergem em alguns pontos: prioridade dos aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais constitutivos dos processos vitais; a comunhão de preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de pacientes categorizados como “*essencialmente não urgentes*” (alcoólatras, drogados e pacientes psiquiátricos).

Talvez seja nesse ponto que se encontre o “nó” para a não-realização da prática do aconselhamento nesse contexto, no qual a prioridade é o que a dor física evidencia, o que está na pele, na química, sem haver lugar para a escuta, para os aspectos da alma, dos sentidos e das questões sociais e culturais que atravessam as dores no mundo da vida.

Sendo assim, questiona-se até que ponto a dinâmica, as circunstâncias do parto obstaculizam a realização mínima do aconselhamento para a oferta do teste. Ou, se analisarmos por outro ângulo, veremos que a problemática também está na dificuldade de o profissional disponibilizar tempo para empreender a escuta e a comunicação, por se tratar de temática tão delicada e ainda permeada de preconceitos, requerendo desse profissional habilidades para trabalhar com os princípios educativos, emocionais e de avaliação de risco, os quais norteiam a prática de aconselhamento em DST e AIDS.

Talvez a urgência na hora do parto, por si só, não justifique a não-existência do trabalho de aconselhamento. Por duas vezes, nos atendimentos, pude observar solicitações a gestantes para aguardar mais um pouco a hora do parto, porque ainda não estava em condições para realizá-lo. Não estaria ali a oportunidade ímpar de informá-la sobre a necessidade de realizar o teste anti-HIV, obter o seu consentimento informado, explicando brevemente do que se trata e a sua importância no processo de iniciação do parto?

Portanto, ainda há que se discutir e refletir e sobre o papel das instituições de saúde e seu corpo clínico na prevenção da transmissão vertical do HIV, apesar das adversidades da assistência no parto, as dores e gemidos das pacientes.

Neste estudo, esse cenário aponta que o exame anti-HIV não é ofertado e sequer apresentado às parturientes, apenas é incorporado à prática clínica como mais uma engrenagem. Destituindo-o das suas especificidades, nega-se à mulher, sobretudo, o direito de conhecer a importância desse exame para a sua saúde e a do seu bebê, de modo que ela possa se posicionar, agir, não somente quanto à realização do exame, como também se dar conta da importância da prevenção da AIDS em sua vida.

3.1.2 Cena 2: O parto

Segundo idéias expostas por Diniz (2005), pelo modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20 nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido e assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos”.

Em posição ginecológica, uma mulher jovem grita na mesa do centro cirúrgico da maternidade, pede por Deus e, ao mesmo tempo, levanta a pélvis frequentemente, contorcendo-se de dor. Compondo a cena, a pediatra da equipe verbaliza para a parturiente:

Tem que amarrar as pernas, porque parece que ela quer parir no ar [...] (Pediatra da unidade.)

A situação empírica demonstra que o momento do parto é único para aquela mulher, mesmo que não seja a sua primeira vez. Para quem está assistindo, a situação se assemelha a um espetáculo de horrores. Naquele momento, tudo parecia muito sofrido e angustiante, quando aos gritos e gemidos da parturiente se misturavam às duras recomendações médicas, ditas em tom bastante imperativo e disciplinar. A atenção dos personagens que ali atuavam compondo a cena daquele parto estava voltada, naquele exato instante exclusivamente para o nascimento da criança.

Nesse contexto, configura-se a vulnerabilidade da mulher ante as manobras do parto, quando parece não haver espaço para o diálogo, escolhas e o reconhecimento da dor física e emocional, como gestora dos seus próprios sentidos e direitos, desde quando entenda e reconheça o que está se passando com o seu corpo.

Além disso, a cena sugere a exigência dos profissionais a todo custo por um comportamento exemplar da parturiente, no sentido de corroborar o processo de intervenção médica. Essa atitude subestima a experiência corpórea feminina, acentua o estresse e a tensão típicos da situação do parto e contribui para o afrouxamento do vínculo entre equipe médica e a paciente.

Vale ressaltar o poder das estruturas do sistema diante da impotência das mulheres que estão sendo submetidas a uma “disciplinaridade”, na qual, segundo Foucault (1979), a margem individual de ação fica bastante limitada.

No contexto dos ritos de passagem do parto, com base não apenas nas cenas descritas até aqui, como também pelos relatos das mulheres em relação à testagem do HIV, percebe-se que não há, na maternidade, ocasiões de aprimoramento do nível de informação para prevenção e conscientização, para que se apropriem efetivamente do próprio corpo.

As observações e as narrativas das pacientes reafirmam que o papel da mulher em situação de parto é seguir o discurso médico sem consciência plena do significado de todos esses fatos ou ações de saúde que são fundamentais para dar prosseguimento à própria vida e às de suas crianças.

Essa é um das questões que reforçam o descaso no trato da oferta do anti-HIV e na comunicação dos resultados com o aconselhamento no trabalho de parto, tendo em vista não apenas a evidente vulnerabilidade feminina nesse momento de passagem, como também a hierarquização de ações médicas priorizadas nesse momento, que não favorecem a prática do aconselhamento.

Desse modo, a busca de evidências sobre a real efetividade das ações de aconselhamento nesse contexto tem demonstrado, de fato, que estas ações ainda não fazem parte do “leque” de preocupações da assistência no parto, nem estão nas pautas de discussões dos profissionais que trabalham na assistência. O enfrentamento diário de tantos problemas que permeiam os cuidados no trabalho de parto é tamanho que parecem roubar a cena da testagem do HIV.

Nessa perspectiva, Lima (2006) enfatiza que os médicos, como individualidades construídas nas sociedades modernas, são os autorizados a regulamentar, controlar e punir a vida de todos, transformando-se eles próprios em agentes de tensão.

Com o advento da epidemia de AIDS, embora a medicina já tenha lugar legitimado pela sociedade, apesar de toda a tecnologia, parece que ainda não está bem caracterizada qual a melhor estratégia para disciplinar os corpos.

Concordo com Lima (2006) quando insere a AIDS em um rico quadro de demonstração da vida social, no qual a sexualidade, o uso de drogas, questões de classe, raça e gênero, bioética

e o próprio serviço de saúde ficam em evidência, exigindo e obrigando os profissionais a mergulharem no contexto social para encontrar características peculiares da doença.

O centro cirúrgico configura-se o ambiente onde as intervenções médicas acontecem em caráter de emergência/urgência ou de forma eletiva, previamente agendadas. São eventos referentes à própria dinâmica do trabalho de parto e também aos procedimentos relacionados à saúde reprodutiva da mulher de maneira geral. Neste ambiente, costumam circular profissionais que trabalham diretamente com os procedimentos cirúrgicos, além das pacientes. Muitas destas aguardam o momento do parto ou alguma cirurgia; outras, em observação, aguardam o momento de descer para as enfermarias, após as intervenções. De vez em quando, ocorre uma paciente entrar na cadeira de rodas, quase parindo, aos gritos, aos prantos, queixando-se de muita dor, o que provoca uma mobilização imediata dos profissionais para auxiliar no trabalho de parto, incluindo-se a obstetra e a pediatra que, nestes casos, ficam a postos para iniciar os procedimentos. Tudo é muito rápido e instantâneo.

[...] não precisa gritar, o parto será limpo, sem complicações [...] (Médica obstetra no CO).

Enfim, é nesse cenário que se dão os ritos de passagem pela maternidade e nele prevalece o medo; segundo McCallum e Reis (2005), este é tema frequente nos relatos de parturientes e apresenta-se de diferentes formas: medo da dor; medo de ser incapaz de expelir o bebê; medo da morte, de si próprias ou de seus bebês e, em alguns casos, medo dos maus-tratos dos profissionais de saúde.

A cena de repressão à dor traz um ar de pleno desconforto e mal-estar, até para quem a assiste, e a parturiente fazia grande esforço para atender aos pedidos das profissionais. Era visível o sofrimento daquele momento, que precisava ser levado em consideração.

[...] coragem, coragem, pois a criança está por vir, só depende de você, força... (Médica obstetra na sala de parto – CO).

A fala revela uma dentre tantas as passagens da mulher pelo processo de parturição no hospital-maternidade. Prosseguindo com a cena, geralmente esse é o momento em que a obstetra costuma anestesiá-la e cortar a vagina da mulher no sentido anal para abrir o canal e facilitar a passagem da criança. Essa é uma manobra muitas vezes utilizada pelos obstetras imediatamente, para facilitar o nascimento do bebê, que, ao ser expelido, é aparado pela

pediatra da equipe de trabalho responsável pelo parto. De maneira geral, fica muito sangue sob o corpo das mulheres paridas, que não gemem mais e tendem a pedir para ver o filho.

[...] – eu tenho problemas no coração (parturiente na sala de parto).

[...] – por que você não avisou? Isto é um fato grave e que poderia levar a uma complicação maior... (Médica obstetra no CO).

[...] – Você queria morrer, é? Filho precisa de mãe [...] (Pediatra no CO).

O desfecho do diálogo citado após o parto diante dos sermões daqueles profissionais é um agradecimento fervoroso por parte da parturiente aos (às) profissionais que realizaram o parto. Cenas como essa ainda acontecem com frequência durante o processo de parturição.

Nations e Gomes (2007), num estudo sobre a conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado, revelam:

Essa conduta desumanizada choca-se com a expectativa de *ser tratado como gente*. Pacientes esperam uma ligação carinhosa, empática e honrada. A dificuldade de sentir o sofrimento do paciente inibe uma relação solidária. É *desatenção, descortesia e descaso* não ver a pessoa no paciente... (NATIONS; GOMES, 2007).

Desse modo, os autores acima avaliam a qualidade da atenção também pelo grau de proximidade que o cuidador, ou não, estabelece com o paciente nos contextos da assistência. Conforme resultados do estudo, é um trato *distante* e *frio* como um desligamento afetivo. Saber aproximar-se e interagir *delicadamente* foram as habilidades mais referidas na pesquisa, para diferenciar os profissionais que apresentam conduta pautada na assistência humanizada de outros que assim não procedem.

Sobre a história da parturiente (o diálogo supracitado) na sua passagem pela experiência do parto naquela maternidade, este era o seu segundo filho e ela não tinha resultado positivo para o HIV¹². Não acompanhei sua admissão porque o parto foi emergencial. Embora ninguém comentasse durante o trabalho de parto sobre a testagem do HIV, uma das técnicas de enfermagem que estava na sala orientou-me a fazer contato com o laboratório.

Ressalto que, um dia após o parto, no alojamento conjunto, fiz contato breve com essa paciente e conversamos sobre o parto; ao comentar com ela sobre o teste rápido para o HIV realizado quando foi admitida naquela unidade, fui surpreendida com a sua total

¹² Informação obtida no laboratório da Unidade, após saber que o sangue já tinha sido coletado.

desinformação sobre a realização daquele procedimento e o resultado sorológico obtido. A paciente sabia do que se tratava, por ter se submetido à testagem no nascimento do primeiro filho, e na última gravidez, por solicitação no pré-natal.

3.1.3 Cena 3: Enfermaria pós-parto

As enfermarias da maternidade são alojamentos conjuntos que acolhem as pacientes vindas do centro cirúrgico. Há ainda o posto de enfermagem responsável pelo alojamento de gestantes que aguardam o momento do parto, considerado de risco. Até a alta hospitalar, neste local, as mulheres são acompanhadas, dia a dia, por enfermeiras, auxiliares e técnicos, profissionais que dão continuidade aos cuidados iniciados na admissão e fazem a interligação entre as prescrições médicas determinadas pela biomedicina e as questões de ordem psicológica e social vivenciadas por algumas pacientes. Embora já tenham dado à luz e passado pelos momentos de aflição e dor característicos do trabalho de parto, algumas puérperas se mostram preocupadas com a sua condição, pois podem estar passando por situações de dificuldades relativas às condições de parto, saúde do bebê e o retorno à família e comunidade.

A dinâmica dos atendimentos de um hospital maternidade é muito imprevisível, tudo pode acontecer no que se refere à admissão, parto e puerpério. Vários fluxos de atendimentos acontecem simultaneamente, cada um com o seu protocolo visando a atender às diferentes demandas. Por mais que se organize a oferta, sempre há dificuldades, que vão desde a falta de leito para acolher a parturiente em trabalho de parto até complicações no próprio parto, decorrentes de limitações de ordem biomédica.

Conforme o perfil dessa maternidade, alguns dos profissionais da assistência referem-se a ela como uma unidade de “porta aberta”, ou seja, em que não pode negar atendimento, alegando reservas de leito, pois se trata de emergência ginecológica e obstétrica.

Durante o trabalho no campo, muitas observações e registros foram relevantes nesse contexto, mas um caso merece ser relatado para ilustrar não só a dinâmica do serviço, mas também o nível de atenção, postura, condução e até constrangimentos vivenciados não somente por pacientes internadas como também por profissionais, na posição de cuidadores.

Um dia, a enfermeira responsável pelo plantão sinalizou-me que havia na enfermaria uma paciente que poderia participar da pesquisa concedendo-me entrevista. A paciente tinha parido na noite anterior, com diagnóstico positivo para o HIV, estava ciente da sua nova condição sorológica e prestes a obter alta hospitalar. Resolvi ir imediatamente ao seu encontro ao anoitecer, pois poderia perdê-la de vista se deixasse para ir ao hospital no dia seguinte. Na enfermaria de partos simples, não-cirúrgicos, pedi licença para consultar o prontuário da paciente, no qual havia registro de que a paciente estava amamentando o recém-nascido mesmo conhecendo o seu diagnóstico.

[...] a paciente está orientada a não amamentar, mas, mesmo assim, ela está dando mama por conta própria [...] (Registro da enfermeira plantonista).

Um resultado positivo para o HIV pode acarretar grave impacto na vida das mulheres, especialmente quando o diagnóstico ocorre em um período tão significativo da vida quanto o da maternidade, que se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte ainda relacionada à AIDS.

Porém, muitos profissionais se veem em situação de extrema dificuldade quando têm de revelar um resultado positivo para HIV nesse contexto, cuja atmosfera prima pelo romantismo do “nascer”, do “dar à luz”, traduzida em esperança de dias melhores, pelo fato de aquela mulher tornar-se mãe.

A puérpera teve a alta concedida, mas permanecia no hospital, pois o seu filho ainda tomava medicação para a sífilis. Constava no prontuário da criança que a sua genitora não realizou o acompanhamento pré-natal e tinha diagnóstico positivo para HIV, tuberculose e VDRL 1/4 (diagnóstico de sífilis). A auxiliar de enfermagem que me recebeu neste dia disse:

[...] ela fica direto no corredor com a criança, que está ainda com o cateter, por causa da penicilina, pois o exame de VDRL deu reagente 1/4. Por isso, a criança foi prescrita pra ficar por mais tempo aqui na maternidade e fazer tratamento [...] (Auxiliar de enfermagem).

Após consultar o prontuário para saber da real situação daquela paciente antes de abordá-la, dirigi-me até o seu leito, onde estava com o bebê. Eu me aproximei, ela se levantou do leito com o filho nas mãos e veio ao meu encontro de forma bem discreta; parecia me esperar. Saímos do alojamento e fomos sentar a um canto, no fim do corredor, para conversarmos. Apresentei-me, expliquei o motivo da minha vinda e a convidei para participar da pesquisa

relatando a sua experiência na passagem pela maternidade diante do teste do HIV e o seu resultado.

Estávamos prestes a marcar o dia para fazer a entrevista no centro especializado em DST/AIDS, para onde seria encaminhada para confirmar o diagnóstico. Naquele momento, o horário e o local não pareciam propícios para iniciarmos qualquer narrativa, a televisão estava ligada em volume alto e algumas recém-paridas demonstravam curiosidade ao transitar proximamente ao lugar onde estávamos. Tudo contribuía para que a puérpera não quisesse falar da sua experiência diante de um resultado positivo para o HIV. Assim, ela se levantou inesperadamente e disse:

Eu não quero mais falar desse assunto. Não quero saber. Pode ser até outro dia, não sei, vou ver. Mas agora não. Volte amanhã [...].

Ayres (2004) diz que a mentira e a omissão servem, muitas vezes, como importante estratégia de defesa para muitas situações estigmatizantes, especialmente na fase inicial de convívio com a soropositividade. É um meio de manter a privacidade e o sigilo, evitando estabelecer conflitos abertos, os quais, muitas vezes podem ser vivenciados de forma polarizada, ou seja, de solidariedade, apoio e compreensão a estigmas, discriminação e exclusão social.

Saí daquele hospital muito preocupada com a situação da paciente, com o que ela poderia estar vivendo diante das curiosidades e especulações das colegas de alojamento. E me questionei sobre até que ponto aquela pessoa que não quis conceder-me entrevista *se reconhece ou deveria se reconhecer* como uma mulher que se tornou mãe e agora é sabidamente HIV positivo, embora ainda não se tratasse de diagnóstico definitivo e exigisse exames confirmatórios. Considero este questionamento importante para se pensar sobre o posicionamento do profissional de saúde relativo à adoção da prática do aconselhamento em DST/AIDS, ação que se constitui o primeiro passo para se inserir a mulher nos cuidados com a própria saúde e a da sua criança, no âmbito da prevenção da transmissão vertical do HIV.

A cena descrita também traz reflexões significativas sobre o processo de negação do *status* sorológico para HIV, pelo menos naquele contexto. Além de alguns estudos inferirem sobre o assunto, pude perceber durante o trabalho de campo, principalmente em alguns relatos de profissionais, que muitas das pacientes, manifestam certa dificuldade de aceitar o diagnóstico, ao receberem alta do hospital e ao serem encaminhadas para o Centro de Referência

Especializado em DST e AIDS para o prosseguimento dos cuidados com a sua saúde e do seu bebê. Como relata o profissional da equipe:

A mulher não quer olhar para si, quer logo voltar para a casa, não acreditando na veracidade dos fatos, na experiência vivida. Inclusive muitas terminam por amamentar escondido [...] (Assistente social do hospital).

A situação pode contribuir para retardar o acesso à atenção para com saúde no que se refere à confirmação de diagnóstico e seguimento ambulatorial em instância especializada de serviço. Visto que a puérpera necessita de tempo para conceber o resultado recebido no hospital-maternidade e ressignificar-se como mulher diante da sorologia positiva que, embora passível de confirmação, causa impacto. Percebe-se ainda que o período puerperal, diante do diagnóstico positivo para o HIV, traz implicações que vão desde a relação com o parceiro ao receio de retornar à rede social a que pertence.

Tudo parece complicar-se com essa nova condição, que traz outros significados, seja na luta pela cidadania, acesso aos bens e serviços de saúde e integralidade das ações, ou em relação ao direito de inclusão, conforme as determinações sociais, políticas e culturais da comunidade.

Enfim, todas as cenas, as falas e os processos de trabalho descritos neste capítulo conferem uma tendência: a relação dialógica e de confiança entre profissional e usuário não se estabelece e, portanto, o aconselhamento, como ação que tem a proposta pedagógica (a escuta) inscrita na tecnologia do cuidado, não acontece de fato. Dentre tantas outras atividades, essa prática fica subsumida na complexa dinâmica de um hospital maternidade, marcado pela urgência dos partos e outras demandas relativas à saúde da mulher.

CAPÍTULO IV – A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NA MATERNIDADE: O QUE O CORPO NÃO MOSTRA O CORAÇÃO NÃO SENTE.

A enfermidade dota-se subjetivamente de sentido à proporção que se afirma como real para os membros da sociedade, que, por sua vez, a aceitam como real. É real, porque justamente se origina do senso comum. Assim, a enfermidade é construção intersubjetiva, isto é, formada a partir de processos comunicativos de definição e interpretação. (RABELLO; ALVES; SOUZA, 1999:173).

Compreender os caminhos que percorre a prática de aconselhamento a partir da experiência das parturientes e puérperas submetidas ao teste anti-HIV na admissão para o parto, no contexto de maternidade em Salvador, constitui-se desafio constante, pois vai além do conceito teórico e prático do aconselhamento, como ferramenta de manejo para prevenção da transmissão vertical do HIV. Foi preciso entender que as percepções e interpretações sobre a existência ocorrem somente em termos de uma compreensão vivida e, portanto, pela experiência de “ser no mundo”, em o corpo assume um papel fundamental.

As narrativas das parturientes/puérperas perpassam as seguintes categorias de análise: a gestação, o pré-natal, a oferta do teste anti-HIV na maternidade - aconselhamento e testagem, pós-parto e o significado da oferta do teste anti-HIV no parto. Ressaltando que, de toda a trajetória dos sujeitos aqui analisados, o foco principal deste estudo está nos relatos em relação às suas respectivas passagens por algumas maternidades de Salvador, no que se refere ao acesso à oferta do teste anti-HIV em concomitância com aconselhamento pré e pós-teste nesse contexto.

4.1 Gestação

4.1.1 A experiência de estar grávida

A gravidez é um período fisiológico complexo, quando, além das mudanças físicas e emocionais, existem crenças e mitos envolvendo a saúde do binômio mãe-filho. No decorrer dos relatos sobre a experiência da gestação entre as mulheres soronegativas, constatou-se que a maioria refere-se ao período de gestação como tranquilo e sem intercorrências. Entre as mulheres HIV negativo, as descrições sobre o período apontam para uma percepção do saudável ou patológico a partir do que o próprio corpo sentiu e respondeu às transformações decorrentes do processo de estar grávida. Nota-se que há depoimentos, tanto no grupo de mulheres HIV positivo como no grupo de mulheres HIV negativo, que expressam gravidez sem planejamento. A seguir, uma mulher HIV positivo revela em depoimento gravidez indesejada seguida de intervenções para interrupção do processo de gestação:

[...] Eu não sabia que estava grávida. Engravidei assim sem esperar; também quando eu descobri que estava grávida, tomei chá, tomei remédio para perder. Certo? Até os três meses, quando eu vi que não tinha mais jeito, que eu não ia perder mesmo, eu peguei e deixei. Falei com pai, o pai não tinha concordado, queria que eu tirasse, depois ele viu que não tinha mais jeito, concordou com a minha gravidez. Aí eu parei de tomar remédio e fiquei. Só que eu estava fazendo o pré-natal e a criança não estava se desenvolvendo (Margarida flor, HIV positivo).

Foi bom e foi difícil. Porque eu tive alguns enjoos, algumas coisas assim, mas foi bom, não foi planejado, mas foi bem-vinda, agora foi passo a passo, bem [...]. A gente fez todo o pré-natal, fizemos tudo. Agora essa coisa mesmo que estava falando do exame, que eu cheguei aqui, mostrei meus exames e disseram que tava atrasado de cinco meses e eles não aceitaram. Aí eu tive de esperar para poder fazer esse exame de sangue, para poder amamentar ela (Orquídea, HIV negativo).

Estudos sinalizam que a gestação indesejada pode ser o resultado de uma dificuldade feminina de prevenção sexual tanto em relação à gestação quanto à infecção pelo HIV. Assim, muitas mulheres, por se submeterem ao desejo dos parceiros, não conseguem colocar em prática atitudes que garantam proteção. Algumas narrativas retratam tal concepção, ou seja, parceiros que não se preocupavam com prevenção em relação à cônjuge.

O meu parceiro é pedreiro e não vive junto comigo, e ele não gostava de usar camisinha, não... (Margarida flor, HIV positivo).

Eu já tive vários parceiros, e eu não sei se eles tinham mania de fazer testes. Quando está ficando comigo, se sentindo bem comigo, gostava de insistir em fazer sem camisinha, e eu fico triste. Eu trabalho no mesmo tempo, não tenho tempo de ficar sabendo da vida dele assim ultimamente... (Azaléa, HIV positivo).

Fica clara a assimetria dos papéis sexuais nos depoimentos das mulheres, que transitam entre a função de cuidadoras aos desígnios de determinados comportamentos sexuais masculinos, autorizados por uma estrutura de valores e papéis socialmente determinados.

Além disso, de acordo com Knauth (1997), a manutenção da atividade reprodutiva é um dos mecanismos estratégicos ainda utilizados por muitas mulheres, principalmente aquelas que estão em fase de consolidação da aliança, que visam a buscar o fortalecimento da relação pela maternidade

Nessa perspectiva, uma das questões que se apresenta para o aconselhamento é: como dar subsídio às mulheres para negociarem com os parceiros o uso do preservativo? Muitas mulheres estão vinculadas de forma tão submissa na relação com os parceiros que pensam ser impossível abordar tal assunto. Por outro lado, o uso do preservativo envolve todo um imaginário em torno da sexualidade (e muitas vezes da infidelidade) e exigir do parceiro usar preservativo é declarar que não confia nele, ou, ainda, reconhecer que é infiel, ter ciência do fato e aceitá-lo. Ainda pode levá-lo a pensar que não é o único, expondo a mulher à desconfiança do marido (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Diante do exposto, vale refletir a possibilidade de negociação sexual e esta pressupõe existir um processo de barganha visando à obtenção de um acordo que facilite a adoção de comportamento protetor para ambas as situações, gravidez indesejada e infecções por DST / HIV /Aids, e que, por algum motivo, é inaceitável por alguns dos parceiros na relação. Assim, a comunicação verbal é considerada a forma adequada para a obtenção de acordos entre as partes (MANE; AGGLETON, 1999).

Desinformação quanto à própria saúde reprodutiva foi outro dado que emergiu em algumas falas de mulheres HIV positivo. Assim, mesmo entre aquelas que já têm uma vida sexual ativa, percebe-se que especificidades da relação com o próprio corpo ainda se assentam em desconhecimento e alienação, seja na esfera política, biológica ou até psicoemocional desse território - corpo.

Não, eu nunca tive aborto, nada. Eu não tomava injeção [...], por isso eu pensava que eu não podia engravidar não por causa do problema no útero, do remédio da perna

que eu tomava, do acidente. Foi, uma bicicleta que me pegou, aí. [...] Só que não sabia que eu podia ter filho, não, sei lá [...] Eu tava tendo relações com o pai dele sem camisinha, mas eu achava que eu não podia engravidar, não. Ele mesmo chupava limão, bastante limão e tal (Camélia, HIV positivo).

Eu não sabia que estava grávida dele, não, eu não enjoava, não fazia nada. Quem ficava enjoando era o pai dele, que ficava com vontade de comer manga verde, mas eu não sabia, não. Aí com três meses eu fui fazer ultrassom, aí deu isso; e toda vez que eu chegava na casa de meu pai, só fazia comer e dormir. Meu pai ficava até falando: “Se você estiver grávida, eu não vou te querer com filho, não, só com o menino, com você, não”. Porque ele acha que o menino é filho de vagabundo... (Margarida, HIV positivo).

[...] Pelo cartão da criança, pelo exame do pezinho, eu não tive tempo de ler ainda, não. Então eu não sei com quantos meses ele nasceu (Azálea, HIV positivo).

Enfim, nota-se que, na maioria das narrativas apresentadas sobre o tema estar grávida, a percepção da possibilidade de risco em relação ao HIV e outras DST não era presente na vida dessas mulheres antes ou durante a gravidez.

O conceito de risco não pode ser reduzido à probabilidade de um evento acontecer. Refere-se, sobretudo, à “magnitude provável dos resultados dos eventos” (PAULILO, 1999, p. 24) e ao valor social atribuído a este resultado em determinado contexto cultural.

Por sua vez, concordo em parte com Guimarães (1996), quando sugere não existir percepção de risco entre mulheres dos setores populares, porque a construção de sua identidade tem raízes em um sistema de representações, cujo mais alto valor, se não for o único, é o da família e da casa. Assim, enfatiza a superposição do valor - indivíduo pelo valor - família, o que levaria à impossibilidade de reconhecer esse risco no seio do núcleo familiar, sob pena de a mulher perder sua identidade social digna.

Enfatizamos que começar as entrevistas pelos relatos sobre a gestação dessas mulheres propiciou, de certa forma, visualizar caminhos para entender o nível de participação e percepção dessas mulheres como parturientes e puérperas, no processo de pré e pós-teste anti-HIV, com ou sem aconselhamento no contexto de maternidade, até porque não foi a testagem o que elas foram procurar nos serviços de uma maternidade.

Embora Moreno, Rea e Filipe (2006) afirmem que, no Brasil, apesar de as intervenções estarem disponíveis para a prevenção da transmissão vertical do HIV desde o pré-natal até o trabalho de parto nas maternidades, há dificuldades na rede de saúde para promover o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. E torna-se ainda mais difícil quando se trata de aliar essa testagem à abordagem de aconselhamento em DST/AIDS, que privilegia a escuta

ativa para a troca de informações, incluindo as mulheres de forma ativa nos processos de cuidados, tanto em relação às infecções por DST/HIV, como também em relação à sua vida de maneira geral.

4.2 Pré-natal

4.2.1 Acesso ao anti-HIV

O conceito de utilização e uso dos sistemas de saúde como o SUS compreende todo contato direto, consultas médicas, hospitalizações e realização de exames preventivos e diagnósticos, como os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Conforme Travassos e Martins (2010), a utilização dos serviços resulta da interação processual entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e o do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

As ações do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais em atenção à saúde materno-infantil têm procurado diminuir os riscos de infecção pelo HIV das mães para os bebês, disponibilizando a oferta do teste anti-HIV na gestação (pré-natal), parto e puerpério.

No entanto, apesar da preconização das ações profiláticas na gestação, falhas ocorrem no processo de detecção precoce do HIV durante esse período, como mostram algumas narrativas entre mulheres HIV negativo e HIV positivo e suas experiências no acesso ao pré-natal.

Fiz pré-natal durante seis sessões. Fiz o meu pré-natal normal, a moça me disse uma data e não correspondeu com a que eu vim fazer o parto. Fiz as minhas ultrassonografias, descobri que ele estava sentado. Foi-me oferecido o teste do HIV, o de rubéola. Muitos exames que eu fiz, alguns eu consegui o resultado mais cedo, outros mais tarde. Na segunda sessão fiz o teste da AIDS, mas ainda não peguei o resultado, tá pra pegar agora no dia 24. É porque não deu tempo para pegar, porque tive de ir para a maternidade ter filho (Hortência, HIV negativo).

Não, não pediu HIV, não. Só pediu três exames que nem me lembro quais foram. Eu fiz, mas não pediram HIV, não. Não falou sobre isso no pré-natal, não. Eu que perguntei uma vez. Se não ia fazer; ela disse que não precisava, não, que o exame

que iria fazer já dava para ver. Só que, no dia, ela nem olhou meus exames direito, a enfermeira (Girassol, HIV positivo).

Foi... Exame de HIV, só que eu não consegui fazer, fui lá na frente, só fazia com documento. Aí eu não tinha documento, só tenho registro, é que eu não estou com a carteira de identidade ainda, só com o registro. Aí pegaram e mandaram eu caminhar pra outro lugar. Aí eu peguei e fui à faculdade da Ondina, e nada, que é pago, aí eu falei: “Mas exame de HIV é pago? (Camélia, HIV positivo).

Eu fiz todos os exames. Só que o único que eu não fiz foi justamente o do HIV. Porque quando a médica mandou eu fazer..., só que, quando eu fiz, mandou repetir, aí quando eu fui repetir, foi na hora que já fui para maternidade, aí já não fiz mais (Acácia, HIV positivo).

As cinco narrativas apresentadas demonstram as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação. Essas situações vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa sugerem, conforme suas falas, deficiências como: início do pré-natal tardiamente; falta de recursos da gestante para a busca do resultado; demora na entrega do resultado, demonstrando baixa resolutividade; difícil acesso aos recursos de laboratório do SUS; a não oferta do teste anti-HIV à gestante - ausência de aconselhamento pré e pós-teste; problemas na organização articulada de cuidados que deem aos usuários acesso às informações sobre o sistema de referência e contra-referências de serviços, que possam ser utilizados para prevenção, diagnóstico e tratamento.

Nesse contexto, os achados apontam um componente programático que determina a eficácia das ações no âmbito da prevenção da transmissão vertical, ou seja, não basta apenas disponibilizar insumos como o teste anti-HIV, preservativos e ou a terapia antirretroviral – TARV – na rede de atenção à saúde.

Além disso, conforme Ayres *et al.* (2003), é preciso que os recursos sociais sejam disponibilizados efetiva e democraticamente, de modo que os indivíduos que deles necessitam para não se exporem ao HIV e ou se proteger de seus danos a eles tenham acesso e os incorporem, fortalecendo-se diante da epidemia. Com isso, os referidos autores reafirmam que, quanto maiores forem o grau e a qualidade do compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidados relativos ao HIV/Aids, articulados aos princípios do sistema de saúde como um todo, principalmente no que se refere à integralidade das ações, menor será a vulnerabilidade dos sujeitos em relação não apenas à infecção por HIV como também em relação a outros eventos da vida.

Quanto à integralidade da atenção à saúde, Passarelli (2001) reafirma que não é um processo acabado, mas contínuo. A importância da AIDS nesse aspecto perpassa a implementação de políticas públicas para acolhimento das demandas neste contexto, em virtude da forte participação de atores que, em sua base, reivindicaram saúde efetiva, democrática e de acesso universal.

Além disso, percebe-se que o fato de a grávida não “ter pegado” o resultado a tempo, porque teve acesso tardio ao pré-natal, tanto pode estar atrelado às condições objetivas de vida, como não dispor de recursos para pagar o transporte ou a uma concepção social de que estar grávida faz parte do processo tão natural de ser mulher. Esse processo pode levá-la a não reconhecer a necessidade de acesso às ações institucionalizadas dos programas de pré-natal, como demonstram os depoimentos de Gardênia, HIV negativo, e de Rosa, HIV positivo, a seguir:

Praticamente eu não fiz o pré-natal, porque alguns exames que eu fiz, não tive como pegar o resultado antes me internar. Um dia antes, eu ia sair para poder fazer os exames que faltavam, os que eu não tinha feito que não peguei o resultado; mas aí aconteceu que minha bolsa estourou, aí eu tive de me internar. Fiz hemograma, fezes, urina, HIV, um eletro e os outros, eu não sei dizer, não (Gardênia, HIV negativo).

Eu fiz o pré-natal duas vezes e acabou não pegando [o exame], aí, quando fui ter a criança, eu não consegui levar o exame (Rosa, HIV positivo).

Outro aspecto refere-se à qualidade da abordagem realizada neste pré-natal, ou seja, mesmo a gestante tendo acesso à consulta, nota-se, no depoimento abaixo, a falta de clareza em relação aos exames solicitados nesse período. Percebe-se que a gestante faz esforço para contar a sua trajetória de consultas ao pré-natal e até demonstra entender a importância do teste anti-HIV para a gestação, diante da banalização e inconsistência de informações durante a consulta com o profissional que a atende. Desse modo, a investigação sobre o teste anti-HIV e suas nuances para a prevenção da transmissão vertical se perde entre discursos.

Se já tinha ouvido falar sobre o teste do HIV? [...] Já. Porque sempre soube que na gravidez é importante fazer o teste do HIV para ver se a pessoa tem o vírus para não contaminar o bebê; aí eu perguntei, e ela [a médica] disse que não precisava. Aí, cinco meses depois, trocou de enfermeira; aí foi que a enfermeira Daniela perguntou se eu já tinha feito esse exame, eu disse que não; aí ela disse que era muito importante esse exame e perguntou quais foram os exames que eu fiz, aí eu expliquei a ela, perguntou se eu tinha sentido alguma infecção urinária, alguma coisa assim, exame de fezes. [...] Fez até eu ir em casa buscar meus exames para ela ver quais foram os exames que eu fiz. Aí ela disse que no meu exame de urina deram algumas bactérias. Aí ela perguntou se a outra enfermeira não tinha passado nenhum remédio, eu disse a ela que não. Ela disse que a enfermeira estava fazendo meu pré-natal todo errado! Que era para ela ter passado, que nos quatro primeiros meses de gestação não tomava nenhum remédio, mas depois tem que tomar (Girassol, HIV positivo).

Travassos e Martins (2004) avança na abrangência do conceito de acesso para além da porta de entrada. Para a autora, acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mais inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

O acesso ao pré-natal faz parte do itinerário terapêutico das gestantes para a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS. No entanto, a adesão a essas ações perpassa também o entendimento do processo de saúde/doença entre essas mulheres e o meio sociocultural em que vivem. Esta concepção está presente em um dos depoimentos das gestantes/puérperas que descreve brevemente o seu bem-estar durante o período gravídico.

Durante a gestação, fui bem, estou gostando da fase de ser mãe. E minha filha me apoiou isso foi muito importante também. Pretendo ter bastante experiência para passar para ele. (Azálea, HIV positivo).

Há nesta fala a concepção que se desvela plena de sentido e significado, como corpo que se movimenta e percebe a gravidez como experiência positiva a ser repassada, com ausência de doenças. A gestação é considerada um evento transformador da vida. No entanto, torna-se difícil para muitas mulheres pensarem na possibilidade de ser acometidas por algum infortúnio que venha tirá-las do conforto de parir e ser mãe com plenitude. Esta é uma das realidades vivenciadas por grande parte das mulheres, que muitas vezes contrapõem-se à cultura biomédica, que estabelece rotinas obstétricas, iniciando o processo de acompanhamento da gravidez, visando à ausência de complicações no parto.

O pré-natal faz parte de muitos programas de saúde pública e, segundo Duarte (2007), contempla ações a serem executadas pelos profissionais com a assistência à mulher, valorizando o modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de se “tratar” a saúde.

Assim, a procura por cuidados médicos passa pela questão de ter necessidades, que no coletivo estão atreladas a enfermidades. Estas últimas, segundo Canesqui (2003), pressupõem, em parte, o processo subjetivo apreendido a partir de um conjunto de sensações corporais, nos quais o corpo é a matéria do mundo sensível e do próprio conhecimento. No entanto, Herzlich (2005) afirma que a experiência da doença se refere, basicamente, à forma como as pessoas e os grupos sociais assumem a situação da doença. As doenças assumem significados diferentes a depender da vivência cotidiana das pessoas ou do grupo social no qual elas estão inseridas.

Embora o conceito de saúde ultrapasse a ausência da doença, em estudo sobre adesão ao pré-natal, o conceito de saúde aparece como a somatória de fatores e condições que levam o ser humano a ter melhor qualidade de vida, o que nem sempre é percebido por muitas das gestantes. Isto demonstra que, entre inúmeras dificuldades para ter o acesso ao pré-natal, o item crença e valores construídos nos seus respectivos universos entram na lista como mais uma barreira no que se refere à motivação para mulheres grávidas realizarem regularmente as consultas antes do parto.

4.3 Na maternidade: aconselhamento e testagem

4.3.1 Admissão: oferta do teste anti-HIV

Na entrada da parturiente na maternidade, deve ser oferecido o teste rápido para o HIV para todas as gestantes que não tenham realizado investigação para HIV no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível, após o consentimento verbal a gestante ou familiar responsável quando a parturiente não tiver condições de fazê-lo (BRASIL, 2007 [a]).

Sabemos que a realização do teste anti-HIV na admissão para o parto, pressupondo-se possíveis falhas ocorridas no pré-natal, constitui-se a última oportunidade de a mulher saber da sua sorologia para o HIV e se colocar à disposição das intervenções médicas profiláticas em relação à transmissão vertical do HIV no momento do parto e puerpério. Nesse contexto, recomendam-se cuidados na ação de oferecimento do teste anti-HIV às gestantes em trabalho de parto. Cuidados com um corpo que inicia nova trajetória e que, diante da expectativa do momento de ser mãe, fica vulnerável e entrega-se à equipe de saúde, que se limita a inseri-lo aos “ritos” do trabalho de parto. Os dois depoimentos demonstram como essas mulheres foram iniciadas nesse processo nas maternidades:

Não, eu tive logo a menina, depois eles me perguntaram se eu tinha feito alguns exames da HIV, eu disse que tinha feito, mas que não peguei o resultado. E aí a moça veio, tirou o meu sangue, e aí depois que a médica veio me dar o resultado do exame da HIV (Margarida flor, HIV positivo).

Quando eu cheguei, quando eles me internaram, pediram logo exame de sangue. Vieram coletar sangue para os exames logo em seguida. Eles não me falaram para o que era... Eu só sei que ele me falou que era para controlar, saber se eu estava com infecção (Gardênia, HIV negativo).

As narrativas das vivências trazem indicações sobre as questões relacionadas à bioética, considerando que o aconselhamento faz parte do cenário de preparativos para o “parto seguro” em relação à prevenção da transmissão vertical do HIV. Embora seja preconizado como uma ferramenta de manejo a ser usada para a oferta do teste, propiciando um “terreno fértil” para a comunicação do diagnóstico e recomendações pertinentes à prevenção e ou tratamento do HIV e AIDS, considerando os princípios éticos da autonomia, da consciência, do sigilo e confidencialidade dos sujeitos, os achados empíricos deste estudo sugerem que, na prática, o aconselhamento não é realizado.

Os cenários descritos trazem reflexões sobre questões bioéticas presentes na triagem pelo teste anti-HIV em parturientes no trabalho de parto. Segundo Zoboli (2009), a bioética é entendida como uma nova maneira de usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida para todos. O conceito desse autor nos remete à questão da vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos diante das novas tecnologias, inclusive de cuidados, o que se evidencia a seguir no depoimento de uma das mulheres cujo resultado do exame foi positivo para o HIV.

Eu não sabia que estavam fazendo o teste, até porque, assim que eu tive meu bebê, me deixaram na sala e foram fazer o teste. Aí eu fiz algumas perguntas às enfermeiras e aos médicos que estavam fazendo, se estava correndo tudo bem, ele disse que estava... Perguntei assim: “Por que estou ficando muito assada?”. Quando eu urinava, sentia arder a minha urina, essas coisas. Muita coceira, aí eu perguntei se isso era normal, aí a médica falou: “Logo, logo vamos lhe dizer se isso é normal ou não”. Aí eu perguntei: “Vou usar algum medicamento?”. Ela falou: “Deixa eu terminar aqui que lhe digo (Girassol, HIV positivo).

Garrafa e Prado (2001) expõem que o adjetivo “vulnerável” encerra uma série de possíveis interpretações. Segundo as mais correntes, significa “o lado mais fraco de um assunto ou questão” ou “o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido”. De acordo com essas interpretações usualmente vulnerabilidade significa “fragilidade”, “desproteção”, “desfavor” (populações desfavorecidas) e, até mesmo, “desamparo” ou “abandono”.

Neste contexto, portanto, engloba formas diversas de exclusão ou alijamento de grupos populacionais daqueles fatos ou benefícios que possam ocorrer no processo desenvolvimentista mundial.

Zoboli (2006) menciona o cuidar como ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e, juntos, promover e fomentar o bem-estar. A autora propõe tornar o cuidado uma proposta ética e não um ato isolado de assistência e promoção da saúde somente. No entanto, os depoimentos expostos até aqui descrevem, pelo vivido por essas mulheres na condição de parturiente, a atitude, o modo de ser ou a maneira como é realizado o cuidado e sua rede de relações, a princípio sem reconhecer a realidade do outro como sujeito autônomo, com suas singularidades e diferenças.

[...] não, que eu me lembre, não fez esse teste e não perguntaram se eu tinha feito o teste, não. Chegaram já com o resultado. Eu estava na enfermaria. Quando eles vieram, eu já tinha dado mama. Já, várias vezes. Eu já estava no alojamento (Violeta, HIV positivo).

Não me disseram que era HIV; só me disseram que era exame de sangue. Eu acredito que seja de HIV. Porque eles querem saber se tive alguma coisa, mas não tenho certeza, não. Quando eu estava na maca, depois que ela nasceu, perguntaram se eu tinha feito esse teste. Foi uma doutora. Não sei o nome... O teste do HIV foi oferecido depois que ela nasceu. Aí fizeram o teste aqui embaixo; agora, no quarto (Hortência, HIV negativo).

Conforme alguns relatos, como o de Flor-de-lis (HIV negativo), a seguir, evidencia-se que o exame do HIV está incorporado à rotina de atendimento de algumas maternidades, sem a abordagem qualificada, cuja oferta seja priorizada, negando a esse sujeito o direito de conhecer a importância do exame, de modo que possa refletir e posicionar-se em relação a sua realização. Israel (2002) informa que, pela perspectiva feminista, o teste compulsório constituiria uma violação do direito das mulheres sobre o seu corpo e a sua saúde. Além disso, as políticas que estabelecem tratamentos compulsórios às gestantes soropositivas seriam consideradas ameaça à integridade corporal dessas, em benefício da saúde do feto.

[...] Fizeram. Porque eles falaram que ia fazer, que tinha exame para fazer e fizeram. Que tinha de fazer o exame de HIV, aí tirou o meu sangue... Não me explicaram, não. Só fez falar isso que ia fazer o teste de HIV, aí pegou meu sangue. O médico disse que eu ia fazer porque não fiz no pré-natal e só (Flor-de-lis, HIV negativo).

A nossa legislação contempla o respeito à autonomia do paciente. Confirma-se o Artigo 13 da Constituição Federal, que diz: “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes” (BRASÍLIA, 2002). Não existe mais exigência médica. A autonomia deu lugar à indicação, à recomendação, à prescrição, afastando a exigência, a ordem. No art. 15, ocorreu o mesmo: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASÍLIA, 2002), permitindo-se concluir que há obrigação de aceitar tratamento ou cirurgia *sem risco de vida*, o que seria, hoje, um

contracenso ético e jurídico. A leitura desse artigo “*conforme a Constituição*” deve ser: ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta era dos direitos (RIBEIRO, 2006).

Segundo recomendações éticas normatizadas pelo DNDST/AIDS (Ministério da Saúde) em casos de aconselhamento realizado na maternidade, imediatamente antes do parto, alguns cuidados adicionais são necessários, como veremos a seguir. Na maioria das vezes, não é possível realizar o aconselhamento completo, e muitas vezes não se terá como proceder a um diagnóstico totalmente conclusivo da infecção pelo HIV nesse momento (BRASIL, 2005).

4.4 O Parto

“Quando a via de parto for cesariana eletiva, o AZT intravenoso deve ser iniciado no mínimo três horas antes do procedimento e mantido até a ligadura do cordão umbilical. Já no parto vaginal, a infusão deverá ser instituída desde o início do trabalho de parto e mantida até o clameamento do cordão umbilical... (BRASIL, 2007 [a] p. 62).

O nascimento é historicamente um evento natural, mobilizador, e agregam-se a este fenômeno inúmeros significados culturais que, através do tempo, passam por transformações. No entanto, mesmo diante de muitas conquistas femininas, no que se refere ao direito a uma política de saúde mais ampla para a mulher, voltada para outros ciclos da vida e não apenas para a saúde reprodutiva e materna, o nascimento ainda é comemorado e considerado fato marcante na vida.

[...] tive normal, se fosse cesárea, eu não estava andando, porque tem um negócio pra operar a vagina. [...] ele demorou muito de nascer, tava contando as horas ainda pra ele nascer. O médico apertava a minha barriga assim, metia o dedo pra ver se estava na hora, depois vinha a médica e metia o dedo de novo, chegava me dava agonia e eu gritava de dor, só dor no pé da barriga [...] Quase eu não conseguia botar força, e eu chamava pelo nome de meu pai, pelo nome de Jesus me ajuda, [...] aí ela [a médica] mandava eu botar força e eu gritava, aí ela disse: “Não pode gritar pra não [...] que ele podia nascer com falta de ar. Era pra eu fechar a boca e respirar, nem levantar a cabeça podia. Ela mandou botar força [...] Pra botar esse rapazinho aqui pra fora doeu muito, depois desse aqui, eu não quero mais nenhum filho, dessa vez eu me cuido. Nessa hora já tinha feito o teste (Camélia, HIV positivo).

Como um rito de passagem, algumas mulheres relataram as suas vivências no trabalho de parto ante a triagem do teste rápido para detecção do vírus HIV e um diagnóstico reagente. A

descrição desse cenário aponta para a distância entre o “ideário da humanização do parto” e o que acontece de fato na prática, colocando à prova o conceito de sujeito universal, portador de direitos reprodutivos e sexuais, em meio às dinâmicas singulares dos serviços de saúde.

Diferentemente do que entendemos no sentido comum, os rituais são momentos essencialmente cotidianos na vida social. Os momentos comuns e triviais do mundo social podem ser deslocados e assim se transformam em símbolos, que, de acordo com o contexto e o momento, mudam o sentido para o “fora do comum”, tomando significado especial (DAMATTA, 1997). Os rituais representam aspectos das relações da sociedade. Uma técnica para mudanças de posição moral da pessoa, do sagrado para o profano, do profano ao sagrado, tendo como base o cotidiano (DAMATTA, 1997).

A perspectiva de análise de algumas narrativas, como um rito de passagem, alia-se à ideia de McCallum e Reis, que, em trabalho de cunho etnográfico sobre a experiência do parto em uma maternidade pública em Salvador, trouxeram à tona a discussão do parto como a conclusão da transformação da mulher em mãe, no sentido social e cultural. As autoras afirmam que o parto é algo que legitima e valoriza o ser mulher: um momento definitivo e conclusivo de um “rito de passagem” para um novo *status* social.

Quanto ao “ideário de humanização do parto”, veremos que, de acordo com Diniz (2005), a concepção perpassa a legitimidade política da reivindicação do direito de defesa das mulheres na assistência ao nascimento. Assistência baseada nos direitos (*rights-based*), promovendo um parto seguro, garantindo também a assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”, inclusive dando às usuárias o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos do parto sem complicações.

Nesse sentido, Brasil (2001) informa que algumas portarias federais publicadas normatizam a atenção obstétrica e perinatal via programas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestação de alto risco. As portarias têm como objetivo principal garantir a melhor qualidade na assistência à gestação e parto, reduzindo o índice de morbimortalidade materna e neonatal.

Nas entrevistas com as mulheres HIV positivo, ao abordá-las percebe-se que para contar sobre a experiência de parir, imediatamente comentam sobre a via de parto dando significância ao chamado parto “normal”, que, conforme alguns relatos, apresentam-se como sinônimo de dor

e força. Assim, algumas parturientes revelam o processo pelo qual foram iniciadas para que o nascimento de seus bebês acontecesse. Além disso, algumas narrativas apontam para incertezas das parturientes em relação aos procedimentos realizados ou a se realizarem pela equipe responsável pelo trabalho de parto naquele momento.

Foi parto normal. O atendimento lá foi bom, normal. É... Só esperou mesmo para fazer o teste de toque. O exame de toque. Aí depois disso foi rápido. Fui logo para sala de parto, aí demorou no máximo cinco minutos para o bebê nascer (Girassol, HIV positivo).

Parto normal. O bebê já estava em posição de sair, já. Não demorou nada, ele saiu uma meia hora, mais ou menos (Violeta, HIV positivo).

Eu tive normal porque no momento ninguém sabia que eu estava com vírus. Não deu tempo. Aí quando o médico chegou para dizer que o parto dela era para ser cesáreo, eu já tinha tido a menina (Rosa, HIV positivo).

Ela me chamou para a sala, tive normal, e lá elas disseram que iriam colher o sangue, **mas não me explicaram para que**, aí ela disse: “Mãe, você não vai poder amamentar”. Aí eu falei assim: “Por quê?”. Aí ela: “Não, daqui a pouco a gente conversa”. Aí chegou a assistente social, a enfermeira e a ajudante. Eu tive normal. Quando ela veio me dar uma injeção para a dor aumentar, foi na hora que ele já saiu.[...] Para ver se ia ser normal ou não e se tava na hora. Aí já nem precisou dar a injeção. Aí ela saiu (Acácia, HIV positivo).

O tratamento no começo, quando eu cheguei, **não foi muito bom, porque eu fiquei no soro**, depois eu chamava uma enfermeira para me ajudar, teve uma que foi muito bruta, aí com o tempo que acabou ela chegou e falou que ela queria tirar a urina com a sonda e eu sentindo dor. Porque meu pé tocou nela ela achou que eu chutei, eu não chutei! Eu tava com dor não ia chutar ninguém (Rosa, HIV positivo).

Por outro lado, de fato, os discursos revelam a existência de uma série de dificuldades da equipe para dialogar ou fazer a escuta qualificada - atenção às demandas do cliente. O caráter de emergência da atenção ao parto demanda dos profissionais definições instantâneas de prioridades, portanto, questões de ordem biológicas parecem vir em primeiro lugar. Carneiro e Coelho (2007), estudando sobre cuidado profissional a mulheres com teste rápido positivo para HIV, ressaltam que a experiência do trabalho de parto se sobrepõe a qualquer outro evento que cause impacto sobre a saúde das parturientes. Sendo assim, de acordo com o citado pelos autores, esse é um dos motivos que, muitas vezes, podem dificultar o processamento cognitivo imediato das informações por essas mulheres, principalmente em relação aos significados de alguns procedimentos médicos, como o teste anti-HIV e diagnóstico.

4.5 A comunicação do resultado

“Considerando o período curto de permanência na maternidade, é importante criar oportunidades para o aconselhamento pós-teste, proporcionando orientações importantes para a qualidade de vida independente do diagnóstico” (BRASIL, 2007, [a], p. 33)

A maioria das mães HIV fez referência a não ter sido comunicada do resultado e nem saber que tinha feito o teste quando foram questionadas em relação à experiência de ter recebido dos profissionais da equipe o diagnóstico não-reagente para o HIV, referente à submissão à triagem do vírus via teste rápido na admissão para o parto.

Não falou, não. Em relação a mim, não. Verificaram a minha pressão, eu perguntei se estava normal (Jasmim, HIV negativo) .

Eu não fui comunicada. **Eu não tenho nem noção se foi feito ou se não foi.** Eu só sei que elas sabiam que eu não tinha feito os exames. Que assim que eu cheguei, eu comuniquei lá em cima que praticamente eu não fiz o pré-natal, porque se a consulta que eu fiz os exames, eu não peguei os resultados, eu não fiz o pré-natal... (Gardênia, HIV negativo).

Não falou, não, sobre o resultado (Flor-de-lis, HIV negativo).

Retomando a recomendação do Ministério da Saúde, verifica-se, segundo o discurso das mulheres entrevistadas, que o aconselhamento pós-teste não está sendo realizado para as mulheres HIV negativo. Nas situações de diagnósticos não-reagentes para o HIV, como demonstram as falas de Gardênia (HIV negativo) e Flor-de-lis (HIV negativo), a prioridade seria reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção para evitar futuras exposições ao risco. Nesse caso, é necessária a atenção do profissional, pois a sensação de alívio deste momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras. O repasse de um diagnóstico negativo para o HIV é uma excelente oportunidade para iniciar um trabalho de prevenção, explicando o significado do resultado negativo e desmistificando a ideia de “imunização” em relação à infecção por HIV por ter realizado um teste dessa natureza. Além disso, o Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (BRASIL, 2007 [a].) reforça que é importante verificar a possibilidade de essa mulher estar em janela

imunológica¹³, caso tenha ocorrido alguma exposição ao risco nas quatro semanas que antecederam a realização do teste.

Em relação ao resultado positivo, estudos sinalizam que o impacto costuma ser intenso, tanto para a paciente quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo dessa mulher, bem como a reação ao resultado. Informações sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento caso se confirme o diagnóstico, medidas profiláticas a serem adotadas para evitar a infecção do bebê, como a não-amamentação e outros encaminhamentos necessários devem ser oferecidas e abordadas de acordo com a condição emocional, grau de escolaridade ou nível de entendimento da parturiente ou puerpera naquele momento.

Primeiro foi a enfermeira que veio conversar comigo, depois a assistente social com o médico. Ela me chamou particularmente. Conversou comigo e mandou eu repetir o exame, pra ver se era positivo ou não. Ela não deu certeza. Ela disse que eles fizeram o teste rápido e deu positivo, mas que repetisse o exame para ver se era isso mesmo, mas não deu certeza, não (Violeta, HIV positivo).

Já tinha parido. Estava na maca pra esperar só achar vaga para mim descer, quando o médico, que estava cuidando da minha filha e botou ela na incubadora, veio até a mim e disse: “Fulana, você já recebeu o resultado do seu exame?”. Eu disse: “Não, não recebi”. Ele foi na sala lá, chamou a médica, outra médica e aí a médica pegou e disse: “Oh, Fulana, vou lhe falar o resultado... Você já está sabendo do resultado do seu exame do HIV?”. Eu disse: “Não”. Ela pegou e disse: “Oh, o seu teste do exame do HIV deu positivo”. Eu disse: “Como é que deu?”. Ela disse: “É porque deu 90%”. Eu disse: “Tá”. Aí, resumindo, ela me disse e foi, e eu fiquei sozinha pensando o que ia ser da minha vida. Não. Não me falou mais nada, pegou foi embora (Margarida flor, HIV positivo).

Não dizia o que estava acontecendo [...] eu fiquei em uma sala até mais ou menos oito horas da manhã, aí eles tiraram meu sangue e eu não sabia para o que era que estavam tirando o meu sangue. Aí depois ficaram andando para lá e para cá sem me dizer nada [...] Aí depois veio a outra obstetra e perguntou: “Fulana, você fez algum exame do HIV, alguma coisa?”. Aí falei: “Fiz”. Ela perguntou dos meus exames, eu disse que tinha deixado na recepção, aí ela pegou e falou: “É porque nós fizemos o teste rápido e vimos que você tem o vírus HIV (Girassol, HIV positivo).

No entendimento de Oliveira (2004) do que seja comunicação e como ela funciona, é também importante analisá-la sob o prisma do conflito, pois nenhum processo comunicacional é destituído de maior ou menor grau de tensão entre os interlocutores, pois cada um tem uma história diferente, ocupa um lugar diferente na hierarquia social e tem

¹³ “**Janela imunológica**” é o termo que designa o intervalo entre a infecção pelo vírus da AIDS e a detecção de anticorpos anti-HIV no sangue por meio de exames laboratoriais específicos. Estes anticorpos são produzidos pelo sistema de defesa do organismo em resposta ao HIV, o que indica nos exames a confirmação da infecção pelo vírus. Para o HIV, o período da janela imunológica é normalmente de duas a oito semanas, mas, em alguns casos, pode ser mais prolongado. Fonte: **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

diferentes competências comunicativas (domínio técnico e autoridade para falar e ser escutado).

Não, ela disse isso: “É porque eu tenho uma coisa chata para dizer”. Aí ela falou que eu estava com o vírus e que era para me encaminhar para cá [centro de referência]. Só isso; não falou mais nada (Girassol, HIV positivo).

Foi a assistente social e a enfermeira que me falaram do resultado: “Mãe, teve um probleminha... Você fez o pré-natal?”. Eu disse a ela: “Fiz”. “E você fez o teste do HIV?”. “Fiz, mas não fiz, porque foi para repetir”. Aí ela: “É. Você está com soro positivo, você está com HIV, nem com HIV, você está com Aids!”. Aí eu peguei e comecei a chorar, entrei em desespero, aí ela: “Não fique assim, não”. Aí tentou me consolar, toda vez que ela falava não se preocupe, entrava ainda mais em desespero. Graças a Deus, eu tenho uma mente forte, aí eu tentei passar. Mas cada vez que vinha uma pessoa e falava comigo, eu entrava mais em desespero... (Acácia, HIV positivo).

Na experiência do vivida por gestantes portadoras do vírus HIV o desespero é a primeira reação diante da revelação do diagnóstico. Tal reação está intimamente relacionada ao desconhecido que o ser tem sobre sua situação, além de atrelar-se também a todas as interferências que se tem do senso comum em relação ao HIV.

Ao abordar, neste estudo, os sentimentos das parturientes e puérperas no tocante ao recebimento do resultado do teste rápido para o HIV, nota-se que muitos discursos revelam o modo como o HIV/Aids está representado no imaginário social a partir do impacto da notícia.

Um bocado de coisa; morrer cedo; minha liberdade; minha filha, como é que ia ficar; se minha filha está infectada ou não; como é que não vai ser a minha vida agora depois de três anos... Sabendo se estou com essa doença ou não. Não quero mais viver, fico assim pensando, se eu estiver, eu vou me matar. Falei ontem com minha mãe isso, ela disse que eu não ia poder mais sair, pra eu não ficar assim, pra eu ter fé em Deus. Aí, eu tô aqui desde ontem, não como nada, não tô dormindo, a minha vida só é chorar, chorar, chorar... (Margarida flor, HIV positivo).

Oxe! Foi um susto que eu tomei e não acreditei![...] quando o médico falou que pode ser cem por cento sim, cem por cento não, pode dar negativo, [...]. [...] e fiquei sempre com aquela dúvida na cabeça do resultado do exame. Eu me senti muito rejeitada, isolada um pouquinho no momento. Porque do jeito que a médica e a outra enfermeira gritou: “Não toque nela assim, não, porque o exame dela deu positivo!”. Então no momento a gente sente até uma dor lá no fundo, preconceito grande para quem já conhece, e ainda mais essa coisa de que já pega se tocar. Depois que ela nasceu, fiquei no corredor mais de meia hora e fui para sala normal mesmo, como as outras. Mas sempre vinha uma enfermeira e dizia para outra: “Ela tem um filho. O exame dela deu positivo...” (Rosa, HIV positivo).

As falas demonstram a delicadeza desse momento, que Domingues (2000) diz ser potencializado, em maior ou menor grau, pelas representações sociais que compõem o

discurso da AIDS, no qual a vergonha, a impotência, a fatalidade, o sofrimento e a morte são elementos presentes de forma inequívoca.

Percebe-se ainda, nos discursos, certa omissão do profissional ante a responsabilidade ética, como o direito da paciente ao *sigilo* sobre a sua condição sorológica, bem como ante as dificuldades do paciente em lidar com a realidade de um resultado positivo para o HIV.

O processo de diagnóstico para o HIV, devidamente conduzido, pressupõe a viabilização do encontro do sujeito com a sua história, o que não acontece no momento de comunicação do diagnóstico, na referida maternidade, conforme sinalizam os relatos.

Domingues (2000) enfatiza ser no momento do pós-teste que o indivíduo, conjuntamente com o profissional que o assiste e consigo mesmo, pode iniciar a reflexão sobre o sentido do teste em sua vida pessoal e social, além das responsabilidades a serem assumidas a partir de seu resultado, seja ele positivo ou negativo.

Acrescenta-se a esse momento a importância da realização do aconselhamento pré-teste para a tomada de decisão sobre fazer ou não o anti-HIV, suas consequências e, sobretudo, ouvir os medos e receios do cliente perante a possibilidade do resultado positivo para HIV.

Desse modo, Moreno (2008) afirma que a função do aconselhador tanto no pré como no pós-teste constitui-se uma espécie de moderador, de emissário da informação que será veiculada. Uma ação que deverá ser mediada pelo diálogo, inclusive para viabilizar o “alívio de tensão” e garantir ao paciente sigilo e confidencialidade.

Segundo Parker e Camargo Jr. (2000), no início da epidemia da Aids, a idéia de morte iminente estava presente no pensamento de todos os seres humanos, expostos ou não ao problema; a possibilidade de se continuar vivendo defrontava-se com muitos fatores, como a falta de respostas de pesquisas sobre o tratamento, o preconceito que os portadores enfrentavam no meio social e a vergonha de continuar convivendo em sociedade

.Diante do exposto pelos sujeitos deste estudo, imagina-se que, apesar dos avanços no mundo da ciência em relação à prevenção e tratamento do HIV/Aids, aumentando a perspectiva de vida das pessoas, a experiência da enfermidade, conforme Rabelo, Alves e Souza (1999), radica no corpo a sensação de mal-estar, da dor que se inscreve no corpo de forma dramática, parecendo ameaçar a integridade do eu, conforme a nossa subjetividade.

4.6 Amamentação

De acordo com o protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:

“O aleitamento materno por uma nutriz HIV soropositiva promove um risco de transmissão adicional de 7% a 22% (média 15%), sendo o risco maior se a mulher tiver sido infectada no final da gestação ou após o parto, em virtude da elevada carga viral do HIV circulante” (BRASIL, 2004 [b]:29).

Segundo as portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde nº 97, de 28.8.1995, e nº 2.415, de 12.12.1996, o Ministério da Saúde – MS – recomenda que as mães soropositivas para o HIV não devem amamentar seus filhos nem doar leite e, da mesma forma, em relação ao aleitamento materno cruzado (aleitamento por outra mulher). Antes de amamentar seus filhos, as mães em situação de risco para o HIV deverão ser orientadas a se submeter a testes anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. A criança verticalmente exposta ao HIV deverá ser alimentada com fórmula infantil adequada para sua idade, a fim de se garantirem as condições de perfeito crescimento e desenvolvimento. O governo brasileiro instituiu a distribuição gratuita da fórmula infantil, durante os seis primeiros meses de vida para todas as crianças verticalmente expostas ao HIV nos serviços de pediatria vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS – que acompanham essa população.

As narrativas dos sujeitos pesquisados mostram que principalmente entre as mulheres HIV positivo, a amamentação foi um ponto forte da experiência no período da maternidade, tanto no momento do pós-teste rápido anti-HIV, cuja recomendação é não amamentar, como também no alojamento coletivo – enfermaria, durante o período do internamento, convivendo com outras mulheres recém-paridas.

É um sentimento de alívio. Alívio puro. Só poder amamentar meu filho e saber que eu não tenho essa doença infeliz (Hortência, HIV negativo).

[...] eu quero dar de mamar a ele e não posso, aí eu vejo as outras mães dando de mamar a seus filhos e eu não posso dar, porque eu tenho problema, é por isso; aí eu fico sentida. Mas eu falo pra ele que eu vou me curar ainda, eu disse pra ele aqui: “Olha, eu vou me curar”. É meu primeiro filho... (Camélia, HIV positivo).

Para Nakano (2003), o conhecimento científico sobre amamentação comprova as propriedades ímpares do leite humano e traz esclarecimentos sobre o processo da lactação. Entretanto, a amamentação não se esgota apenas em fatos biológicos, mas abrange dimensões construídas cultural, social e historicamente.

Se analisarmos por esse prisma, para que a maternidade seja exercida de forma terna, cuidadosa e habilidosa há a apropriação social do corpo feminino. Desse modo, segundo Rodrigues (1986), a amamentação parece entrar no cenário como símbolo máximo dessa dedicação, que é algo natural e individual, mas conformado e moldado socialmente. Assim, ao investigar os sentimentos das mulheres HIV positivo sobre as recomendações da equipe de saúde em relação à amamentação, em algumas falas nota-se descrença quanto à rede de signos e significados socioculturais na qual estão inseridas, a exemplo da “desconstrução”, quase instantânea da importância de amamentar o recém-nato nesse período, diante da sorologia positiva para HIV.

Eu fiquei no hospital seis dias. Elas me deram remédio para secar o leite. É porque o sonho de toda mãe é alimentar. Mas aí, quando ela veio e me deu o remédio, já que era para melhoria dele, caso ele venha a ter, então o jeito é me conformar e seguir o meu caminho. Não vou me desesperar mais do que já estou. Vou tentar seguir meu caminho. É o que estou fazendo até hoje (Acácia, HIV positivo).

O que sei é que, por enquanto, não posso dar mama a ela, até confirmar realmente o que eu tenho e o que eu não tenho. Elas só falaram que iam me dar... Quer dizer, me deram uma pílula que eu não sei também se foi essa ou não para suspender o peito. Fiquei triste e fiquei chocada. O mais triste foi saber que eu não podia amamentar o meu bebê. Não fiquei tão triste por saber que eu estava com vírus, porque na hora eu nem pensava, não pensei no vírus nem nada, só fiquei preocupada com a amamentação do bebê. Eu sempre sonhava que a melhor parte da gestação era a **amamentação** e eu não pude amamentar minha criança. Até hoje mesmo, quando vou dar o leite dele, sinto tristeza; até choro por não poder amamentar meu bebê (Margarida flor, HIV positivo).

Segundo relatos de muitas das mulheres soropositivas na passagem pelas maternidades, a experiência de não amamentar trouxe, além de constrangimentos, sentimentos de não-valorização como mãe, incompletude, decepção, principalmente diante de outras mulheres recém-paridas em diferente condição sorológica para o HIV, ou melhor, soronegativas.

Foi uma coisa chata, muito triste. Eu fiquei tão chocada que eu nem tive reação nenhuma. Eu não falei para as colegas de quarto... Eu fiquei três dias na maternidade, eu não falei para elas; mesmo assim, elas ficavam o tempo todo perguntando por que eu não podia amamentar, eu ficava sempre inventando uma desculpa, inventando outra (Girassol, HIV positivo).

As colegas do quarto ficaram perguntando: “Por que não está dando, mãe? Mama a criança”. Aí eu disse: “Porque deu problema no sangue” (Azálea, HIV positivo).

Eu fico triste, durmo e acordo, dia e noite pensando nisso, eu vejo meu filho chorar, e eu queria estar ali amamentando ele pra dormir, porque essa noite eu não dormi com ele chorando, ele tomou leite, mas parece que esse leite aí não está dando... Parece que não encheu a barriguinha dele. Só o leite do peito mesmo. Aí a menina do quarto ficava falando: “Ele quer o peitinho dele, que ele não é besta”. Perguntam por que não posso dar mama, mas só que eu não falo, não, que eu tenho vergonha de falar. Eu não gosto de falar da minha vida pra ninguém, não. Elas perguntam por que

eu não posso amamentar ele, porque a merendeira vai levar o leite... E aí perguntam. Só que tenho vergonha, não falo, não... (Camélia, HIV positivo).

Dentre os diversos relatos dos sujeitos, a suspensão da lactação materna, nesse contexto, traz à tona uma situação singular, que merece destaque diante da vulnerabilidade¹⁴ em que se encontravam após ter o bebê. Os achados apontam que não poder amamentar, em decorrência do resultado positivo do teste rápido para o HIV, mexe com a identidade da mulher, à medida que há uma possibilidade de denúncia de seu *status* sorológico por causa da força simbólica do ato de amamentar.

Uma chegou a ouvir, aí a outra perguntou por que eu não podia dar mama a minha filha, aí eu peguei e disse: “Porque o resultado daqui deu positivo”. Mas sempre me tratou bem... (Rosa, HIV positivo).

É o tempo todo: “Por que você não pode amamentar?”. Aí ficava: “Ah, porque não tenho leite”. Só que eu não podia botar o bebê no peito para amamentar. Aí no último dia que eu estava lá, teve uma que pegou e falou: “Para você não poder amamentar e para os médicos proteger sua amamentação só se você for contaminada”. Disse. “Com o vírus HIV”. Aí eu peguei e falei: “É, sou soropositivo”. Aí ela falou: “E como foi essa reação para você?”. Eu disse: foi bem. Aí ela disse assim: “Porque é uma coisa muito chata...” (Girassol, HIV positivo).

O diálogo acima revela como é difícil manter-se em silêncio total, se o corpo por si fala, tem linguagem própria e se expressa sem precisar do discurso, ameaçando revelar a subjetividade dos sujeitos. Para Knauth (1999), a AIDS torna-se elemento de identificação à medida que as restrições que ela impõe provocam reações similares e possuem um mesmo sentido para as pessoas envolvidas. Assim demonstram as referidas narrativas, cuja interdição para amamentar acarreta consequências não só para o bebê, mas coloca em questão o *status* social da mãe.

É porque eu vejo todas as mães dando de mamar aos filhos e eu não posso dar, é complicado, eu chorei até ontem por causa disso (Camélia, HIV positivo).

A experiência corpórea de não amamentar entre as mulheres soropositivas aponta ainda para sentimentos de exclusão social, trazendo sofrimento e desgaste, até porque se percebe, na maioria dos casos, que elas *precisaram pensar sobre a sua nova condição e criar estratégias para justificar a individualidade e diferenças em relação ao outro*; como ressalta Knauth

¹⁴ As mulheres aceitam a opressão e a subordinação como parte do atendimento ao parto, o que provavelmente aconteceu a partir do momento em que este foi institucionalizado e medicalizado. Pode-se apreender, ainda, por meio de seus discursos, que elas se sentem impotentes e dependentes. O medo ou o desconhecimento do processo de parturição justifica sua submissão às ações assistenciais intervencionistas dos profissionais de saúde, colocando-as em uma situação de extrema vulnerabilidade (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

(1999), trata-se, de fato, de restabelecer as diferenças, de redefinir os limites entre mim e o outro, ou entre nós e os outros.

Acima de tudo, parece estar implícito na fala dessas mulheres que a maioria aderiu à recomendação de não amamentar, como afirmam Moreno, Rea e Filipe (2006), no intuito de proteger o seu filho da doença, mas também pela intenção de proteger a si mesma, de forma a ter a chance de ser perdoada e ser aceita pela sociedade.

Foi um alívio, assim pelo que eu soube de todos os exames que eu fiz, constatou isso. Foi um alívio até saber que não pode dar mama, porque já que eu estou numa situação de meio perigo, então é bom ficar ciente, não ser teimosa, mas sabendo que é eu que tenho que conseguir me conformar com o que vier. Então, só aguardando mesmo (Azálea, HIV positivo).

Com certeza fiquei aliviada de todos os exames terem constatado esse momento grave que é o HIV, e eu mesma ter juízo de não teimar e de dar mama pelo fato de estar vazando, achando que está tudo bem, teve até noção de fazer coisa errada (Camélia, HIV positivo).

Na incerteza do diagnóstico para HIV via teste rápido de triagem para mulheres em situação de parto, recomenda-se que pelo menos o mero repasse de informações do profissional para o paciente seja no pré ou no pós-teste e se dê de forma privada e dialógica, utilizando linguagem clara e precisa. A sensibilidade profissional nesse momento é fundamental para enfrentar as diversas reações da clientela como, por exemplo, as situações de negação decorrentes do resultado positivo para o HIV, além dos mitos, tabus e preconceitos advindos dessa situação.

Fiquei sabendo que não podia amamentar no momento que passou o café para mim, aí a médica apareceu e chegou para mim e conversou. Disse que não era para dar mama, não, que o exame deu positivo. Mas que não era para eu ficar preocupada, não, que às vezes dá negativo, que deu naquele teste rápido, positivo, mas pode ser que seja negativo. [...] eu não aguentei, tava sentindo já febre de dor de cabeça e tudo, aí acabei dando a mama. Acabei dando mama em casa, mesmo sabendo que não era para amamentar. Não sabia ainda se eu era. Eu não queria acreditar (Rosa, HIV positivo).

Ressalta-se que no processo de aconselhamento diversos aspectos da subjetividade humana estão inseridos. Neste sentido, segundo conceitos expostos em Santaella (2001), a comunicação volta-se para a tecnologia da informação operando na subjetividade humana, em todas as suas dimensões: da inteligência, memória, sensibilidade e afeto. Portanto, acredita-se que a equipe de saúde, ao cuidar de uma mulher soropositiva na gestação, parto ou puerpério, precisa estar atenta e preparada para vivenciar questões particulares como a exposta acima. É

preciso buscar conhecer a sua cultura, suas crenças e conflitos, pois percebe-se que são necessárias estratégias de cuidados adequados para cada mulher.

4.7 Pós-parto

Assim como os significados do parto e da amamentação, a experiência no pós-parto também será analisada apenas sob o prisma das mulheres HIV positivo, considerada a relevância das intervenções biomédicas a que foram submetidas naquele momento e o impacto destas em sua vida.

A mulher que desconhecia ser portadora de HIV e teve seu diagnóstico realizado por meio da testagem rápida durante o trabalho de parto deve passar por um aconselhamento pós-teste minucioso, considerando-se a situação pouco favorável da realização do oferecimento do teste durante o trabalho de parto (BRASIL, 2007 [b], p.70).

[...] não fiquei sozinha, fiquei com mais quatro mulheres. Mais três eram negativo para HIV. O tempo todo, ficava pensando e olhando para carinha do meu bebê. Aí eu ficava tentando achar uma maneira de chegar em casa para conversar isso. [...] Aí minha mãe estava sempre indo me visitar, insistindo para que eu colocasse o bebê no peito para mamar. E eu sempre falava que eu não tinha leite [...]. No dia que eu ia ter alta, eu pedi à enfermeira que eu mesma queria ter alta sozinha! (risos) Sem ninguém ir me buscar! Mas [...] Tinha que ter uma pessoa para assinar um termo.[...] Para sair da maternidade. Só podia sair da maternidade acompanhada. Aí no último dia tive que falar com minha mãe. Porque ela insistiu tanto, me deixou tão estressada que eu peguei falei. [...] Só estava eu e mais uma. Aí eu peguei e falei. Ela começou a chorar, começou a falar um bocado de coisa, falar mal do meu parceiro, que eu não tinha me cuidado que ela sempre mandava usar camisinha, tomar cuidado com os parceiros que eu saía. [...] Pedi a ela que não comentasse com ninguém, mas não adiantou nada. Chegou em casa ela falou para todo mundo! [...] Eu ficava com medo das pessoas ficarem com racismo. Não querer mais ser minha amiga, usar as mesmas coisas que eu uso aquele negócio de ficar separando as coisas... Achava uma coisa muito chata. Mas agora já estou melhor.[...] Eu não estava na hora. Ela chamou eles em um quarto e falou. Aí depois todo mundo me deu apoio, disse que eu poderia ficar despreocupada que eles não iam ter essa frescura comigo não. Mas disse assim, para separar alicate de unha, tesoura, essas coisas e tomar cuidado para não fazer cortes à toa (Girassol, HIV positivo).

Considerando o puerpério como o período da vida da mulher que corresponde aos 42 dias após o parto, quando a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas que geralmente ocorrem quando termina o descolamento da placenta, logo depois do nascimento do bebê, o discurso acima atesta sinais de fragilidade próprios desse período, que, aliados às expectativas

advindas do diagnóstico positivo para HIV, trazem consigo ansiedade, solidão e inúmeras incertezas, como a acolhida pelos familiares ao confidenciar a condição sorológica para o HIV.

Os relatos das puérperas HIV positivo, conforme Griep *et al.* (2004) trazem a idéia de que a AIDS continua sendo atravessada por conteúdos traduzidos como sendo da ordem do pecado, do erro, da saída da norma, do desvio como negativo. Portanto, quando uma pessoa se vê portadora do HIV, a primeira reação possível é passar a identificar em si traços que desqualificam e desabonam sua identidade, gerando sentimentos de culpa e vergonha.

[...] O tempo todo fiquei comigo só. A enfermeira recomendou que, se desse positivo, novamente procurar fazer o tratamento, a tempo também. Ela perguntou se eu já tinha amamentado. Eu disse que já. Ela mandou suspender, aí depois que ela falou que eu suspendi.[...]Eu tenho medo de conversar com alguém, de me desabafar, de saber a reação da pessoa. [...] Nunca passei por isso... Se der positivo, é eu fazer meu tratamento e continuar vivendo. Entendeu? Não desisto dessa vida, não (Violeta, HIV positivo).

Assim, os autores supracitados enfatizam que:

A AIDS oferece ao indivíduo um novo estatuto de ser humano, oferecendo-lhe uma nova alma, novas qualidades ou defeitos. Ela proporciona marcas indelévels em sua trajetória de vida que podem, inclusive, ser capitalizadas beneficentemente para uma experiência mais plena de sentido frente a tudo que possa ser vivido (Griep *et al.* 2004).

[...] Tô... Ah, eu não vou deixar meu filho, não[...]. Aí eu quero criar ele, com teto ou sem teto eu quero ver quem vai me tirar meu filho, eu vou lutar, fazer de.[...] Quero ir pra casa, sei lá, que minha avó gosta dele pra porra, [...], minha avó pode até deixar eu ficar na casa dela, mas ele vai ter que dar as coisas do menino. [...] Minha avó vai acolher porque gosta muito de mim. [...] assim quando eu sair daqui eu vou levar ele na igreja, apresentar a Deus. [...] “Não quero mais filho, só esse daqui (risos [...])Jesse já veio como lição (Camélia, HIV positivo).

Quanto à experiência no puerpério, na maioria dos depoimentos observa-se uma relevante preocupação para com a nova realidade, temendo preconceito e rejeição, principalmente a partir do momento da revelação do diagnóstico de HIV positivo para os familiares, incluindo o parceiro. Nesse caso, o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007 [a]) recomenda que o profissional de saúde deverá respeitar o direito da mulher, na situação em que a gestante resista ou apresente dificuldades em revelar o diagnóstico positivo para o parceiro sexual. No entanto, não se deverão esgotar os argumentos do profissional para evidenciar as vantagens da revelação, disponibilizando-se para participar desse momento.

Não conversei com o parceiro ainda. Pretendo. Eu vou ter que contar. Não vou continuar com uma pessoa escondendo resultado de exame (Violeta, HIV positivo).

Vou, sim, falar para ele. Ligar, pedir para ter contato com ele por telefone, ouvir a voz dele se for possível, que primeiro deixo o recado para ter que me retornar, e mesmo passando número tem que ver como é que fica. [...] Que ele vá fazer o exame, [...] Não sei se quando ele souber se para ele vai ser desagradável, ou se ele realmente vai ser uma pessoa que se preserve e venha e faça o teste. Isso tem que ser feito, ele tem que saber também, se ele foi afetado... (Azálea, HIV positivo).

Não fui logo para o alojamento. De lá da sala, eu fui para a assistente social. Porque como eu não queria contar a meu marido, aí ela conversou comigo para ela mesma chegar e contar a ele. Aí de lá elas conversaram com o meu parceiro, aí foi que ele ficou sabendo. Foi ela quem conversou. [...] Eu estava presente. Quando ele chegou na sala eu estava chorando, aí ele pegou perguntou: por quê. (Acácia, HIV positivo).

No momento da alta hospitalar, ao se colocar à disposição para mediar o repasse do diagnóstico de HIV positivo entre a puérpera e o parceiro, o profissional de saúde tende a uma abordagem atenta às questões éticas como o sigilo e o consentimento informado, segundo recomendações do Programa Nacional de DST e AIDS para se realizar qualquer intervenção desse porte. No entanto, as cenas que se veem apontam para uma abordagem da equipe de saúde limitada e centrada apenas em comunicar o resultado da testagem do HIV à paciente, sem se preocupar em incluir esse parceiro no processo de cuidado em relação às DST/HIV/Aids. Por exemplo, poderia se oferecer ao parceiro a testagem para o HIV e até se iniciar o diálogo quanto às reais possibilidades da sua companheira dar seguimento a uma nova etapa terapêutica. É importante frisar que a participação efetiva do companheiro é peça fundamental para garantir a continuidade da atenção à saúde da mulher e seu filho, como, por exemplo, incentivar a procura imediata dos serviços especializados após a alta hospitalar.

Meu marido ficou sabendo quando ele foi me buscar. Ele soube em uma sala lá... na saída da maternidade que ele soube... Quem disse a assistente social e a enfermeira. Vi na hora estava presente. [...] Perguntou a ele como era a vida dele, se ele sabia que o meu resultado deu positivo e que não era para eu dar mama à menina por causa do positivo. E ele no momento não teve palavra nenhuma pra dizer [...] (Rosa, HIV positivo).

Já existem hoje trabalhos a respeito da crise da saúde enfrentada pela população pobre de área urbana nos Estados Unidos, que têm falado do HIV/Aids como uma espécie de “sindemia¹⁵” que interage negativamente com os demais problemas de saúde enfrentados por esta população, produzindo níveis de vulnerabilidade ainda maiores (PARKER; CAMARGO, 2000).

¹⁵WALLACE (1988) tem argumentado que tais comunidades empobrecidas das áreas internas das grandes cidades são cada vez mais caracterizadas por “sinergia de pragas”, na qual os efeitos negativos de uma gama de problemas sociais diferentes – relacionados ao *déficit* habitacional e de serviços ligados ao bem-estar social tanto quanto à carência ou inadequação de serviços de saúde – interagem sinergicamente para criar vulnerabilidade aumentada ao HIV e à AIDS .

Tendo em vista essa situação de insegurança das puérperas HIV positivo para revelar aos parceiros a sua sorologia, ou melhor, contar-lhes que foram submetidas a um exame cujo objetivo era fazer a triagem sorológica em relação ao vírus HIV, observou-se, no desenvolver das entrevistas, que os conteúdos das narrativas apresentados por algumas mulheres ressaltavam momentos conflitantes da relação vivida com o parceiro durante a gestação. Essas falas terminam por produzir expressivas e diferentes histórias de vida no universo feminino, que, aliadas à infecção por HIV/Aids, circunscrevem-se também dentro de um estado de pobreza e violência.

Ele ficou comigo até mais ou menos o quinto mês por aí, depois começou a dormir fora de casa com a outra mulher, eu [...] mandei ele ir embora.[...]Ele é usuário de drogas, trabalho com sucatas, desmanche de carro, essas coisas. Todo dinheiro que pega é para gastar com droga. [...] Começou a pegar minhas coisas em casa para trocar por droga. Aí nossa relação não deu mais certo por isso [...] Ele é o quarto parceiro. Conheci ele em um bar.[...] Ele só soube que eu tinha parido no dia que eu ia ter alta. Ele disse que ia me buscar, mas eu disse que não precisava. [...] Aí ele só foi vê o bebê com oito dias de nascida e ainda chegou em casa todo drogado e bêbado. Aí minha mãe teve uma discussão com ele e botou ele para fora de casa. Eu falei com ele que eu tinha Aids há uma semana (Girassol, HIV positivo).

[...]Não, eu sabia que ele tinha isso, eu também não sei se ele estava pegando mulher na rua, ele também não ia usar camisinha porque ele não gosta. Ele já pegou alguma mulher, já, no brega, [...]Mas agora, quando ele estava comigo, eu não sei se ele fazia, não. [...] “Não trabalha, ele só cata... Faz o biscate dele... Cata garrafa, na rua, mas, às vezes, ele trabalhava na casa de um colega dele. [...] Eu comecei a morar com ele, acho que vai fazer dois meses. [...] que ele foi lá pedir a meu pai para namorar [...]. [...] Tem a bebida dele ainda, nojenta, aquela bebida 51 e maconha, ele só faz fumar maconha, mas cheirar, ele não cheira, não... [...] Durante o tempo que estava grávida, fiquei com ele. Aí ele deu até um murro no meu rosto, meu pai não gostou, meu pai deu uma cacetada nele. Tava, tava grávida de três meses. [...] Eu briguei porque ele tava bêbado [...], às vezes ele me bate muito [...]. Sábado mesmo, a gente brigou na mão [...] eu estava grávida dele aqui já, eu tava com sete meses dele e a gente brigou na mão. [...] Eu nunca fiz nada, não, porque se eu der queixa dele, eu não tenho para onde ir com o meu filho [...]. Eu não quero entregar meu filho à mãe dele, porque a mãe dele quer o menino[...]. Ainda mais ele, que não tem onde morar. [...] mora na casa da madrasta é cheia de bagulho, cheia de garrafa, eu não quero criar meu filho em um lugar desses. Ainda mais que tem aqueles “ratões”, mijo de rato, cocô... E só que, se eu voltar pra casa de meu pai, ele só vai me querer, mas meu pai não vai querer meu filho [...]. [...] ele pode continuar me batendo, mesmo quando ele não estiver bebendo, ele pode voltar, sim a me bater. (Camélia, HIV positivo).

Para Minayo (2006), a violência estrutural caracteriza-se pelo destaque na atuação das classes, grupos ou nações econômica ou politicamente dominantes, que se utilizam de leis e instituições para manter sua situação privilegiada, como se isso fosse um direito natural. Nesse contexto, Neves (2005) inclui a pobreza, a baixa escolaridade e a exclusão social como fatores que trazem consequências da interface da transmissão materno-infantil no processo de feminização da Aids, além de desencadear uma velocidade maior da infecção pelo HIV. Paul

Farmer, Margaret Cannors e Jannet Simons associaram tais problemas à questão do gênero, examinando os efeitos interativos daquilo que é descrito como “violência estrutural” que vincula pobreza e gênero – tanto em contextos desenvolvidos/industrializados, quanto nos desenvolvidos, quanto nos subdesenvolvidos/em industrialização – situando as mulheres mais pobres no que talvez sejam as condições mais extremas de vulnerabilidade enfrentadas por qualquer grupo populacional (PARKER; CAMARGO JR., 2000).

As narrativas demonstram que há de fato a necessidade premente de os profissionais de saúde considerarem os dilemas da AIDS e incorporá-los aos seus repertórios de trabalho com a abordagem dialógica que dê acesso às questões relacionadas à sexualidade, à própria infecção por HIV, à saúde reprodutiva, ao uso de drogas e a outras diversas situações de violência vivenciadas por essas mulheres. O cuidado perpassa a prática profissional reflexiva acerca da possibilidade de se construir, juntamente com o paciente, alternativas terapêuticas realistas, adaptadas ao seu modo de vida.

Dito de outro modo, na perspectiva de um efetivo cuidado, o encontro “terapêutico” deve abrir a possibilidade de colocar o sentido instrumental das técnicas, isto é, o *êxito técnico* das ações de saúde, a serviço dos projetos de felicidade daqueles que demandam atenção, para que o encontro resulte em sucesso prático (AYRES, 2004).

Em meio a grandes dificuldades sociais, o depoimento de Pitanga (HIV positivo) chama a atenção para o apoio do companheiro no enfrentamento de um diagnóstico para HIV/Aids, ressaltando a importância da socialização do *status* sorológico acompanhado de suporte familiar, afastando o receio de preconceito e rejeição.

Não, não, ele não tem resistência em usar camisinha. Graças a Deus, ele não tem defeito, pelo contrário, ele diz que vai cuidar de mim. Porque ele é soronegativo e, graças à Deus, está com a cabeça boa e eu também estou com a cabeça boa (Acácia, HIV positivo).

Contudo, é necessário prestar atenção à qualidade do acesso à assistência durante o puerpério, proporcionando às mulheres orientações em relação à sua saúde física e emocional, bem como à de seus bebês neste período de adaptação à maternidade, pois é preciso considerar as condições de desvantagem que representa a soropositividade dessa mãe. O ideal seria incluir recomendações que ajudem a puérpera a refletir sobre a postura a adotar no retorno ao lar, ante os familiares, a comunidade e ante a própria história de vida. Até porque tudo faz parte

de um enredo para construção de uma nova vida, de uma nova história e, quem sabe, de um novo projeto de vida.

Dito isso, os depoimentos narrados até aqui ressaltam uma concepção de corpo pleno, que se movimenta e se expressa, seja na cena da gestação, do parto ou pós-parto com o teste anti-HIV e diagnóstico. Corpo esse que traz em si um sentido, um significado para continuar buscando a felicidade e o conforto na relação com o mundo, apesar dos dilemas ao qual é submetido cotidianamente.

Sendo assim, no final da entrevista, quando indagadas sobre o significado de fazer o teste anti-HIV na maternidade, muitas puérperas personalizaram em suas falas, opiniões que remetem a questões como a validade das ações, a prevenção, a adequação às necessidades, a falta de informação, o novo, o inesperado e o viver a vida, como revela a fala de Morango (HIV positivo). De modo geral, os depoimentos nos dão subsídios para avaliar a qualidade do atendimento no que se refere ao saber cuidar de uma equipe de profissionais que trabalha com as nuances da oferta e revelação de diagnósticos como o do HIV no seu leque de atividades cotidianas.

[...] É válido porque nem todo mundo faz o pré-natal certinho[...]. Qualquer exame que se faça no hospital é válido. Agora, na hora certa, no momento certo e não de qualquer jeito [...]. Porque quem tem e não sabe, ou quem não tem fica sabendo, porque isso é uma doença infeliz, sem cura. E pode passar. [...] Neném pode nascer sem, e a gente, através da amamentação, passar pra ele. Então, fazendo esse teste, com o resultado a gente sabe que sim, que não. Se sim, se cuida; se não, dá graças a Deus (Hortência, HIV negativo).

Eu acho que é bom, [...] Eles têm que saber. Se a gente é soropositiva ou soronegativa. No meu caso, eu acho que eles deveriam fazer antes, porque eu já estava internada aqui. Eu fiquei cinco dias antes do meu parto se eles [a equipe] fizeram, eles tinham que me dar o resultado. Eu tinha que ser comunicada nisso [...] Se fizeram, e se é positivo ou negativo, eu não sei (Gardênia, HIV negativo).

Experiência? Para mim, tudo aquilo foi novo. Tudo, para mim, foi novo, porque foi a chegada do meu bebê, logo em seguida eu sabendo que estava com vírus, não podia mais amamentar... Foi uma tristeza; os três dias que eu passei lá foram muito tristes, sem saber como seria minha vida, eu sempre tive dúvida, ficava: “Como vai ser depois que eu sair daqui?”. Para comprar o enxoval do bebê, eu tenho de sair para trabalhar, agora para amamentar meu filho... (Girassol, HIV positivo).

É uma ótima ideia. [...] Porque eu acho que, entre outras, há uma falta de informação. Não sei se é por falta de interesse de nós mesmas, mulheres. Ou de ignorância mesmo. Só sei que eu acharia que seria de bom uso, porque pela informação que a gente consegue saber como é feito o teste e como a gente pode proteger o nosso filho e o nosso parceiro. [...] mesmo com o nosso parceiro, a gente tem que ter relação com camisinha e se cuidar, se proteger. Então eu sou a favor (Jasmim, HIV negativo).

Uma palavra só? A experiência que eu tive na maternidade, que era para ser melhor o atendimento era para ser melhor. Porque como eu poderia não ter, como eu tive, e eles não correram atrás ontem de descobrir, e o atendimento, como eu disse, poderia ser melhor, e para ter mais cuidado com as mulheres, porque quem está na cara deles e diz que tem o vírus do HIV, ter cuidado porque a vida é bela para quem sabe aproveitar, e hoje eu digo que não aproveitei um pouco a vida que eu tinha antes (Rosa, HIV positivo).

Conforme o exposto, e especificamente a última fala da depoente, Ayres (2004) destaca que não é qualquer escuta que possibilita o efetivo diálogo, mas certa qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de ser boa ou ruim, mas na natureza mesmo da escuta, daquilo que se busca escutar. Com isso, o relato de Rosa (HIV positivo), quando faz alusão ao significado da experiência que teve na maternidade com o teste rápido de triagem, reafirma o lugar do aconselhamento em DST/AIDS na produção do cuidado com a prevenção da transmissão vertical do HIV no contexto de um hospital maternidade.

CAPÍTULO V – O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS

O sujeito não se reduz somente à doença que lhe está provocando sofrimento, pois, ao invés de intersubjetividade, devem considerar, além dos conhecimentos biológicos, os conhecimentos sobre “o modo de andar a vida” de cada um que acessa os serviços de saúde. Sendo assim, os projetos terapêuticos devem ser construídos a partir do diálogo com o outro, levando-se em conta as necessidades de ações voltadas para a prevenção em saúde (MATTOS, 2001).

5.1 A prática profissional cotidiana

Compreender os sentidos da prática de aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto, a partir do olhar dos profissionais de saúde, traz à tona a discussão das ações de saúde como um todo e sua relação com a estrutura socioorganizacional mecanicista de grande parte do cotidiano dos serviços de saúde.

Os estudantes residentes estavam lá discutindo uma sessão, e interrompi para falar de uma questão de humanização. [...] É uma paciente diabética que agora está gestante e é diarista, marido desempregado, e, se ela não trabalha, a família morre de fome, ela pode ser despejada e está com a diabetes dela descompensada. [...] Eu ouvi a fala de uma médica, dizendo: “Mas o problema é um problema médico! Eu disse: mas tem um problema social também. [...] você falou que é uma paciente com um problema de autoestima. Porque ela é diabética e fez uma vulvovaginite, então o autocuidado dela está comprometido; é um problema psicológico também”. [...] nós médicos temos dificuldades de trabalhar de forma interdisciplinar! Porque é um problema médico, eu não posso mais discutir ele com outros profissionais. [...] Se reunir o serviço social, com psicólogo, com nutricionista, com médico! Mas é o médico que desencadeia isso. [...] A queixa é médica. (...) É tudo muito bonito no papel. Equipe interdisciplinar, multidisciplinar, fusão disciplinar, o que seja! Mas na realidade as pessoas não têm essa prática. É complicado! [...] (Médica, gestora do hospital).

A narrativa acima anuncia a dinâmica de serviços de uma instituição pública de saúde cuja conduta dada pela equipe multidisciplinar na resolutividade do problema parece depender da visão biomédica como ponto de partida para iniciar os processos de trabalho desencadeados pelo serviço na sua relação com o paciente. Essa fala demonstra, de certa forma, o nível de acolhimento prestado pela equipe, evidenciando a dinâmica e os critérios de acessibilidade a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão

submetidos, nas suas relações com esse modelo de atenção, essencialmente hospitalar. E nele, Brasil (2004 [a].) sinalizam a importância da constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se na construção de estratégias que promovam mudanças nas práticas desses serviços.

Expôr o fazer cotidiano dos profissionais, nesse contexto, é fundamental para entender que caminhos percorrem as ações de prevenção para a transmissão vertical do HIV num hospital-maternidade, principalmente no que se refere à testagem do HIV e os encaminhamentos dados após o diagnóstico. Os depoimentos também nos permitem visualizar até que ponto vão a responsabilidade e o compromisso de cada um desses profissionais com essa questão na rotina diária da assistência ao parto.

Eu dou assistência à paciente, coordeno o setor também. E observo o diagnóstico, encaminhando para exames se houver necessidade, laboratório. E cobro. Entendeu? Só isso. [...] Dou assistência ao parto também, tendo necessidade faço parto, às vezes sinalizo para o médico algumas intercorrências, como a gente lida mais diretamente com o paciente, procuro fazer o melhor (Enfermeira-chefe do Centro Obstétrico).

Os relatos a seguir mostram o cotidiano do profissional de saúde em uma estrutura de serviço hospitalar entrelaçada por vários fluxos de atendimento à saúde reprodutiva materno-infantil. As falas dão visibilidade a um contexto, cuja operacionalização do cuidado ressalta o caráter intervencionista do conhecimento sobre os corpos. Lima (2006) acrescenta que a disciplina define como se pode ter o domínio sobre esses corpos no atendimento às necessidades, para isso é preciso utilizar técnicas de modo rápido e eficaz. Assim, as rotinas descritas pelos profissionais sugerem que na clínica se estabelece um processo de produção, onde o corpo humano, tanto de quem cuida como de quem recebe o cuidado, é submetido às normas e expectativas dessa engrenagem a todo momento.

É estressante (risos). Estamos muito expostas aqui, porque [...] A gente que passa na enfermagem todos os dias, final de semana [...]. E assim eu já tenho três anos, mas para quem está chegando é bem difícil, porque não sabe fazer nada, tem que aprender, e não é todo mundo que tem boa vontade de ensinar [...]. Entrei em uma cesárea, que é recostar uma parede de cesárea que tinha aberto. Cheguei em casa morta de cansaço depois de entrar em quatro cirurgias, três cesáreas e uma cesárea e fazer dois partos normais (risos) [...] (médica residente, ginecologia e obstetrícia).

A gente dá plantão de obstetrícia. [...] Cuidando das pacientes que estão internadas para parir. Fazemos parte da admissão, atendimento aos pacientes que estão chegando com algum sintoma para ser avaliados, e a parte dos procedimentos cirúrgicos. A rotina é complicada [...]. São vários procedimentos. Vários. Vê se ela está em trabalho de parto, se ela rompeu a bolsa, se ela está com algum sangramento, porque são muitos. [...] Ainda entram outras intercorrências também. Pressão alta, diabetes, alteração do líquido amniótico [...] (médica obstetra).

Ribeiro e Scharaiber (1994) discorrem sobre a autonomia no trabalho médico como decorrente de dois momentos essenciais: como trabalho social, que consome e produz bens e serviços, reproduzindo o modo de produção dominante e valores decorrentes; e como serviço, onde esta autonomia, relativizada pela sua realidade de trabalho social, manifesta-se em atributos adquiridos pelo trabalho médico (independência técnica e autorregulação) via monopólio da aplicação da ciência às necessidades individuais percebidas como relativas à saúde. Desse modo, a prática médica segue o seu curso envolvendo, segundo Freidson (1970, *apud* SCHARAIBER, 1995), juízo subjetivo e complexas decisões de caráter pessoal. O autor enfatiza que tais características também se estabelecem em razão de seu extremo pragmatismo, pois a sociedade exige da medicina sempre uma ação, uma solução ou resposta para demandas que lhe são feitas, mesmo quando não há conhecimento científico para ampará-la.

Os discursos dos depoentes sobre a prática diária sinalizam que agregar outras disciplinas deverá também, por assim dizer, “dar conta” da multicausalidade do processo saúde e doença, compartilhando os seus saberes teóricos e práticos para engendrar a produção da assistência, mas sempre em conformidade com as necessidades delimitadas e esquadrinhadas pelo modelo hegemônico biomédico.

Minayo (1991) sintetiza bem essa complexidade que permeia a questão da interdisciplinaridade:

Nenhuma disciplina, por si só, dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve, ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o biológico, que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos (MINAYO, 1991).

Diante das narrativas dos sujeitos da pesquisa, nota-se que, mesmo teoricamente, a interdisciplinaridade tem um lugar especial nas práticas dos profissionais de saúde e que merece ser discutido, na tentativa de buscar a superação das fronteiras disciplinares.

Essa superação, segundo Ribeiro *et al.* (2004), pode ser construída pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de interação mais profundos, por meio da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de linguagem interdisciplinar consensual entre os cientistas.

[...] “*é uma prática positiva*”, [...], porque a AIDS, como qualquer outro problema de saúde, [...], e aqui a gente faz o atendimento de mulheres com esse tipo de problema, não só esse como HTLV, sífilis... Um trabalho educativo com grupos, na enfermaria [...]. E quando tem os casos, fazemos o trabalho educativo individual com aquela paciente [...]. Porque a gente tá vendo a “feminização” da AIDS. [...] Tem casos também que a gente vê no teste rápido que é feito que elas [as mulheres] ficam surpresas, impactadas, com a questão de detectar, saber que tem. [...] Nesse caso, é repetido, às vezes não dá, a gente explica tudo direitinho... (Assistente social).

Conforme o discurso acima, a rotina descrita pelo profissional de serviço social prima pela atuação na linha da educação em saúde dentro da unidade. No tocante à prevenção das DST/AIDS, nota-se que neste âmbito hospitalar as práticas de educação em saúde não estão totalmente eclipsadas pela prática hegemônica. Elas acontecem mesmo fragmentadas e distantes da clínica médica. Assim, percebe-se que, como prática, está postada de modo pontual para atender às intercorrências ocorridas em um serviço de assistência. Embora o modo como se operacionalizam as abordagens de caráter individual e coletivo aponte para a perspectiva do encontro com os sujeitos.

Porém, no cenário da rotina hospitalar, alguns estudos voltados para o processo de trabalho psicossocial revelam que muitos profissionais pesquisados têm presente que as atividades desenvolvidas cotidianamente nos hospitais integram um fazer profissional não reflexivo, preocupado em responder à demanda, em viabilizar o acesso da população ao atendimento, buscando, assim, minimizar as deficiências do sistema.

Outra narrativa revela a demanda desordenada de um hospital maternidade escola para com o serviço de psicologia, cuja equipe limita-se a duas profissionais para atuar no terreno da subjetividade da clientela no processo saúde-doença. Profissionais praticamente convocadas para acompanhar a comunicação de resultados positivos para HIV a pacientes que, muitas vezes, não sabem que o exame foi realizado na admissão para o trabalho de parto porque não lhes foi oferecido.

[...] Nós somos duas psicólogas.[...]acaba que temos que delimitar um pouco o nosso campo de atuação. [...] Atendemos as pacientes a partir de solicitação de outros profissionais. [...] Atendemos casos de uma perda ou quando se vê que a paciente terá problemas no receber esse diagnóstico... Geralmente fica um pouco mais complicado [...]. Quando é confirmado o diagnóstico do HIV, às vezes, a gente acompanha quando vai dar a notícia ao paciente. [...] Acompanhamos mais esses casos, que são mais, digamos “delicados”. Não damos conta de tudo. [...] (Psicóloga).

Outra questão para discussão refere-se ao modo como os profissionais de saúde são requisitados nos espaços públicos de saúde, para atender, intervir e responsabilizar-se pelos

seus atos. Haja vista que as práticas ocorrem dentro de uma dinâmica veloz, na qual a organização e a produção do cuidado se dá de forma fragmentada e descontínua, limitando-se a seguir os protocolos, longe de condições ideais no atendimento às necessidades.

[...] a gente não tem, digamos assim, um roteiro pronto, né? Vai depender muito da paciente.[...] Se tenta investigar, é com relação a essa vida sexual afetiva dela. Então geralmente procuramos saber se é casada, se é solteira, se ela já tem alguma ideia de como ela pode ter contraído a doença [...], quando acontece uma situação assim, de ela só ter aquele parceiro fixo há muito tempo, é muito difícil ela conceber que possa estar contaminada, [...] tem aquela visão, tipo, a AIDS contamina as pessoas promíscuas, [...] Procuramos investigar um pouco isso [...]. Se ela pretende falar para o companheiro ou não, a gente sempre recomenda [...], procuramos ver qual a visão que ela tem da doença, o que ela sabe sobre a doença [...], são várias questões [...], e aí se investiga um pouco isso ... (Psicóloga).

Até aqui, parece que a discussão acerca da delimitação da rotina do fazer profissional e a problemática da interdisciplinariedade na atenção à saúde, no âmbito institucional, como no hospital-maternidade, é uma realidade a ser enfrentada, se, de fato, a equipe quer garantir o princípio da resolutividade com as suas ações.

O discurso da psicóloga nos remete, conforme Rocha (2007), ao *processo de investigação* intrínseco ao sistema de intervenção terapêutica. O autor enfatiza que *investigar* parece ser um dos motivos pelos quais os profissionais são chamados para desenvolver as suas ações no âmbito da saúde. Assim, as intervenções na área de saúde ocorrem, estejam elas nas atividades pautadas nas orientações individuais ou coletivas de cunho educativo. A finalidade, segundo o autor, é uma só, a de “mudança de comportamentos” ou mesmo de fazer o paciente aceitar a sua condição de doente, o que permite proporcionar através dessas intervenções técnicas, a harmonização no ambiente da instituição à qual está vinculada, de forma satisfatória. Além disso, termina sendo uma linha de atuação que viabiliza desenvolver ações que preencham as lacunas deixadas pela própria fragilidade da política de saúde na rotina da unidade de saúde.

Nesse panorama de responsabilidades, inclui-se o cuidar da prevenção da transmissão vertical do HIV na admissão, parto e puerpério. É nesse contexto que repousa uma preocupação – a adoção ou, até mesmo, a inclusão no fluxograma¹⁶ de atendimento do trabalho de parto, da prática do aconselhamento DST e AIDS para a oferta e comunicação do resultado às gestantes que realizaram o teste anti-HIV.

¹⁶ Diagrama em que se desenha certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção (MERHY, 2002).

5.2 Concepções sobre o aconselhamento DST/AIDS no contexto do hospital maternidade

Na prática de aconselhamento, a manifestação da informalidade e do que Fairclough (2001) chama de conversacionalização é identificada quando se trabalha a história de vida dos usuários e suas condições de vulnerabilidade de forma íntima e confidencial (BRASIL, 1999). Enfatiza-se a concessão aos clientes do espaço para falar, mostrando-se empatia em relação a seus relatos (SOUZA; CZERESNIA 2007: 541).

O aconselhamento no campo das DST/AIDS foi amplamente disseminado como ferramenta de cuidado no âmbito da prevenção em seus diversos níveis de atenção à saúde para o enfrentamento da epidemia. Apesar disso, Pupo (2007) afirma que estudos nacionais e internacionais mostram que esta prática ainda concentra dose significativa de fragilidades e problemas relacionados, principalmente, à falta de reflexão e clareza sobre a definição, conceituação, estrutura e forma de atuação do aconselhamento, bem como sobre seus limites e possibilidades.

Isso se reflete de forma clara nas narrativas dos profissionais aqui estudados. Estes compõem a equipe que trabalha direta ou indiretamente na assistência ao parto, em um contexto hospitalar, no qual o aconselhamento se limitaria à oferta e comunicação de diagnóstico com vistas à prevenção da transmissão vertical do HIV.

Aconselhamento é você, eu junto com a família. Sabe? Eu sinto na pele o problema do paciente. Então, eu procuro cuidar do paciente como se estivesse cuidando de mim. [...] ver no paciente, como se fosse eu no lugar, eu também gostaria de ter uma pessoa no meu lado, de estar lutando por ele, discutindo, brigando. [...] Então, eu olho muito o lado do paciente. [...] Eu procuro ser amiga, procuro segurar na mão, procuro dar apoio. [...] Trabalho muito com esse lado, da humanização (...) (Enfermeira da unidade).

Na perspectiva do aconselhamento, a assistência relatada pela profissional é representada por vários elementos ou “construtos do cuidado” que, no discurso, aparecem no cotidiano da equipe de saúde com bases significativas e essenciais no desenvolvimento de ações, representadas pela luta contra a doença ou outras necessidades do paciente. Mesmo assim, a concepção do aconselhamento apresenta-se em uma dimensão assistencialista e tem-se a impressão de que as dores e sofrimentos cessam imediatamente quando esse profissional “coloca-se no lugar do outro”, do paciente. O encontro com o paciente é gestual, providencial para conformar a dor espiritual e física. Não há alusão ao diálogo como parte do cuidado, para que as questões de foro íntimo geralmente envolvidas nesse processo sejam discutidas.

Entretanto, conforme relato, no âmbito da gestão dos cuidados há o entendimento ou pelo menos a menção sobre a importância da interlocução entre os sujeitos na clínica, visando a tornar possível o encontro terapêutico para as recomendações, acordos, encaminhamentos e compartilhamento de responsabilidades. Embora, no discurso, a concepção de aconselhamento ainda esteja restrita ao momento pós-teste e focada na comunicação de resultado positivo para o HIV, que é insuficiente para garantir a abrangência e plenitude das questões pertinentes ao processo de testagem decorrente do trabalho de parto.

[...] primeiro é você acolher a paciente porque você vai dar uma notícia ruim. Você saber qual é a expectativa dessa mulher. E aí, diante da expectativa dela, de como ela está emocionalmente e tal, o médico tem que ter essa percepção de como dizer. *“Olhe, o seu exame deu positivo, mas isso pode não significar que você esteja. É preciso fazer um outro exame para fazer a confirmação...”*. É isso que eu entendo como um aconselhamento.

[...] Então o meu entendimento de aconselhamento é esse, no sentido de ouvir como é que está essa mulher para depois saber de que forma melhor dar a notícia a ela (Gestora de hospital-maternidade).

Observa-se que, restrito à oferta e comunicação do diagnóstico, de fato, não existe o aconselhamento como recomendado, pressupondo-se tratar de uma abordagem que contempla: apoio educativo, apoio emocional e avaliação de riscos, princípios esses que exigem preparação da equipe para serem executados. O profissional precisa acolher a subjetividade dos usuários para as recomendações profiláticas do parto e encaminhamento para a rede especializada, evitando o acesso tardio aos serviços de referência. Portanto, incluem-se também neste contexto ações que devam viabilizar a abordagem consentida, centrada nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Segundo alguns relatos, os depoimentos enfatizam também a importância de realizar a abordagem em uma linha educativa, enfoque que deveria estar presente na formação de muitos profissionais que cuidam da saúde dos sujeitos independentemente da categoria. No dia a dia, os profissionais deveriam privilegiar ações educativas, até como forma de se aproximar do paciente, para atendê-los nos seus objetivos, motivações, inquietudes e curiosidades emergidas da clínica. Uma abordagem diferenciada, cuja escuta seja condição primordial para que o ambiente de confiança e compartilhamento se instale, viabilizando o repasse de informações seguras e objetivas, incluindo o comunicado da chamada “notícia ruim”, conforme demonstra o depoimento a seguir.

(...) acho que a gente devia ter melhor enfoque na ação educativa, na questão do aconselhamento, pensamos que os profissionais estão convencidos disso, mas não

estão convencidos. Nós só somos preparados para dar notícia boa! Notícia **ruim** ninguém quer dar! Notícia de morte ninguém quer dar, notícia de doença de sangue ninguém quer dar... Quando se dá a notícia, se dá de uma forma que até o paciente interpreta como de outra maneira. Não é? Da maneira como essa notícia é dada. Então somos mal preparados, nós, profissionais de saúde, todos nós, médico, enfermagem, auxiliar, todos. Eu vejo que às vezes até o psicólogo tem dificuldade com isso. São humanos tanto quanto os outros (...) (Gestora de hospital-maternidade).

Sendo a prática do aconselhamento um processo de trabalho e, portanto, um ato informado e alicerçado em uma técnica fundamentada em uma teoria, cabe entender também o lugar, as características, os limites e a sua utilidade na rotina de atividades dos profissionais de saúde no fluxo dos atendimentos.

Nota-se que os relatos acerca do conceito de aconselhamento, ou melhor, sobre o que se entende por aconselhamento em DST/AIDS, sugerem que as concepções emergidas dos profissionais entrevistados estão, única e estreitamente, vinculadas ao saber derivado da experiência diária da prática médica. Considerando-se também que as narrativas dizem respeito à atuação de profissionais da assistência, cujo referencial é o protocolo, que por ser essencialmente médico, contribui, passo a passo, para intervenções nos corpos nesse cenário, levando-os a adotar um modelo mecanicista e farmacológico que respalde a conduta terapêutica.

Assim... [...] na admissão HIV, VDRL e tipo de sangue. [...] No pré-natal, com 28 semanas repete, e aqui na admissão do parto. [...] As que descobrem por surpresa, sim, não fizeram pré-natal ou então o exame de pré-natal não deu para pegar, chegando aqui a gente pede o de rotina, e faz [...] quando o resultado do teste rápido dá positivo, nós conversamos com a paciente a possibilidade de ser negativo também, que é preciso um teste confirmatório, apesar de que o teste rápido tem uma boa sensibilidade, certo? Temos aqui no hospital uma equipe de psicólogos [...] Aí a gente aconselha, explica que ela vai ser acompanhada em um local específico, que com muitas mulheres aconteceu isso, mas que tem um tratamento e que ela pode viver uma vida normal [...] (Médica residente, especialista em ginecologia e obstetrícia).

Nessa perspectiva, fica evidente a dificuldade do profissional para lidar com as questões subjetivas do processo saúde-doença e adentrar-se em uma prática reflexiva junto ao paciente, cuja demanda foge do seu objeto de intervenção – o corpo humano. Por se tratar de profissional médico, configura-se a transferência de responsabilidade para o profissional de psicologia.

Ter o apoio psicológico, eu acho muito importante... Ela ficar sendo acompanhada por um psicólogo, até ela se sentir completamente conformada e... se sentir mais segura, e saber exatamente o que ela tem.[...] Eu acho importante, ter muita calma, muita paciência, se colocar no lugar da paciente, explicar tudo que você souber estar

junto entendeu? Ter um pouco de afago por ela, carinho... (Médica residente especialista em ginecologia e obstetrícia).

Portanto, no discorrer das discussões, vê-se que a maioria dos relatos aponta a falta de capacitação e dificuldade para lidar com esse tipo de abordagem no cotidiano, dentro de uma estrutura em que prevalece o modelo hospitalocêntrico, pautado numa prática curativa cuja atenção ainda está orientada para o processo fisiopatológico. Como demonstra o depoimento abaixo, não há lugar para o trabalho de caráter preventivo, o qual requer tempo, é processual e exige qualificação e atenção específica do corpo clínico tempo.

O aconselhamento na verdade não existe. A gente acaba não fazendo. Não sei se é falta de conhecimento dos profissionais, não sei se é falta de ambiente para você fazer isso. [...] Não há tempo para você dar aquela palestra que ela precisa ter, para explicar para ela o exame, e ela concordar ou não. [...] é uma admissão cheia, tem várias pacientes esperando para serem atendidas e que você tem que atender rápido. [...] Então você não vai ficar explicando, [...] na prática não acontece (Médica especialista em ginecologia e obstetrícia do hospital).

Esse cotidiano de serviço de saúde descrito pelos profissionais em seus relatos, segundo Araújo (2003), parece confirmar a existência de confrontos entre os que atuam no âmbito da assistência. Por um lado, a opção pelo exercício do compartilhamento da prática para a construção do saber coletivo, e, por outro, a escolha por uma prática imediatista, quantitativa e fragmentada, que não considera a possibilidade de atuar tendo o bem-estar do cliente como único objetivo.

Ainda assim, diante do exposto, nota-se que as concepções sobre a prática do aconselhamento estão mais bem caracterizadas pelos profissionais que trabalham na fronteira entre as ciências sociais e humanas. São campos nascidos dos desenvolvimentos tecnológicos, cujos profissionais se transformaram em agentes de mudança a partir do compromisso social assumido perante os princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde e às histórias de vida de seus usuários.

Embora subordinadas à atuação e condutas médicas, são profissões que tendem a realizar um trabalho sob o viés da humanização dos serviços – jargão utilizado pelos profissionais de saúde. Em especial, diante dos relatos expostos, porque parece ser verdadeiramente preciso humanizar as relações com as pacientes no trabalho de parto, quebrando o “silêncio” das intervenções médicas, contidos nas “salas frias” de triagem, pré-partos e centro cirúrgico, como também nas entrelinhas dos repasses das prescrições médicas, advindas deste processo.

Assim, alguns autores nos mostram como a noção de “Humanização da Saúde” é vaga e incerta. Uma das provocações feitas em torno do termo questiona:

a prática em saúde era (des) humanizada ou não era feita por e para humanos?”. E a autora conclui que o programa se caracteriza “... mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela de profissionais e gestores, do que [como] um aporte teórico-prático (DESLANDES, 2004:8).

Os relatos dos profissionais sobre o entendimento do aconselhamento DST/AIDS para a oferta e comunicação de resultados do teste rápido trazem a dimensão das condições postas para a realização desta testagem às parturientes. São inúmeras as condições, incluindo até um espaço físico adequado para a realização da coleta de sangue - amostra necessária para a testagem, dentro do fluxograma de atendimento as parturientes.

Antes do momento da coleta, no entanto, existem caminhos a percorrer numa trilha bifurcada entre a oferta e a solicitação da testagem, na admissão para o parto. E que parece ser uma decisão ou até uma determinação que tende a perpassar as relações de poder, no campo do saber e do fazer profissional. Esta, por sua vez, traz à tona a discussão sobre implicações éticas relevantes, em relação ao manejo do teste rápido de triagem.

Os resultados da pesquisa permitem a reflexão importante a respeito do papel de cada profissional na produção do parto - a responsabilidade de acolher a parturiente para dar à luz, num território marcado pelo monopólio biomédico. Pelo visto, até aqui, a responsabilidade de ofertar ou solicitar a testagem recai sobre os ombros de quem domina a tecnologia médica, na esfera dos cuidados da prevenção da transmissão vertical, colocando a participação dos demais profissionais a reboque dessa iniciação para o parto, ou seja, estes são chamados apenas para colaborar ou apoiar o que já foi feito, geralmente num momento pós-parto, quando ocorre um resultado reagente para o HIV, configurando-se assim atuação fragmentada e de caráter assistencialista.

[...] é um trabalho mais de apoio, de acolhimento de dizer: “*Você não está só nesse momento, você vai passar depois por um encaminhamento, [...] a gente também já tem alguns casos que descem pra enfermaria e não foi ainda comunicado. [...] ela já deveria ter tomado conhecimento, porque é uma coisa que ela precisa tomar logo consciência, quanto mais cedo tomar, melhor. Ela precisa saber o que está acontecendo com ela e com o bebê dela (Assistente social).*”

É relevante destacar que uma relação de poder, como afirmam Dreyfus e Rabinow, (1995), necessita ser entendida não como uma ação sobre os outros, mas uma ação sobre a ação dos outros, que sejam reais ou possíveis. Assim Rabinow, numa perspectiva foucaultiana:

Só é possível efetivarem-se relações de poder entre sujeitos livres, capazes de resistir, de exercer forças contrárias, já que, na ausência dessa liberdade, se teriam relações de dominação e não de poder (DREYFUS; RABINOW, 1995: 37).

Conforme o estudo de Israel (2002) sobre os dilemas da oferta do teste anti-HIV no trabalho de parto, há inconveniências para a realização da oferta do teste anti-HIV neste momento, admitindo-se que esta situação seja decorrente das falhas havidas na captação e no acompanhamento pré-natal das gestantes. Situação essa reafirmada pela autora a partir de alguns relatos de profissionais que trabalham na coordenação dos serviços de assistência ao parto em maternidades, que insistem em apontar como ideal a oferta da testagem no pré-natal, o que não acontece devido a falhas na rede.

Em suma, o relato da gestora da unidade nessa pesquisa contribui para entender o discurso institucional sobre a política de saúde na prevenção da transmissão vertical e suas representações, num contexto onde outras demandas são mais frequentes e prioritárias.

[...] logo que a paciente é internada, é feita a solicitação do exame, é comunicado lá dentro do centro obstétrico ao laboratório, para subir e fazer o teste rápido.

[...] depois dessa solicitação, quando dá positivo, o médico vai conversar com essa paciente. Eu nunca presenciei nenhum aconselhamento; eu nunca presenciei; mas é o médico que deve dar a notícia. Qual a forma que ele faz, eu não tenho conhecimento. [...], daí a importância de estar envolvida, de certa forma, em relação a esse protocolo, as diretrizes do aconselhamento, entendeu? (Gestora da unidade).

Observa-se que há para o aconselhamento um lugar, uma concepção, uma ideia e até diria uma chance, mesmo que seja para cumprir um protocolo. O discurso de alguém que gerencia e transita em outras instâncias de poder para que a ação aconteça e seja, pelo menos, citada nas planilhas administrativas e orçamentárias da política de planejamento e gestão.

5.3 A testagem: aspectos éticos e administrativos

As enfermidades e as patologias seriam também normativas, reguladas que seriam normalmente por normas, como nas condições de saúde. O que não quer dizer, evidentemente, que as normas vitais sejam as mesmas na doença e na saúde. Em contrapartida, o que se pretende afirmar é que existem sempre normas orgânicas em ação nestes diferentes contextos. Vale dizer, a doença não seria a ausência de normas vitais no organismo, uma *anormalidade*, pois, mais revelaria ainda a presença da normatividade...(CANGUILHEM, 1960 *apud* BIRMAN, 2006: 266).

Analisando as narrativas dos profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto, nota-se que em relação à testagem do anti-HIV sob o ponto de vista ético, alguns relatos sinalizam evidentes argumentos que tentam justificar a realização do teste rápido sem solicitar a autorização da paciente.

Nesse sentido, destaca-se o discurso de ordem médica que desconsidera a autonomia da mulher e o seu poder de decidir sobre qualquer oferta de intervenção no próprio corpo. Considerando que esse é um momento sensível, de dor e expectativas quanto ao nascimento de um filho, levando-as a se entregarem a esses cuidados sem pensar ou questionar qualquer intervenção.

Segundo Israel (2002), a decisão de fazer o teste privilegiaria aquele que, por motivos óbvios, nunca teria a oportunidade de escolher. A partir daí a autora questiona:

Como considerar que o poder de decisão da gestante sobre si mesma está garantido, levando em conta que esta decisão se dá à luz da obrigação moral de beneficiar o bebê e é premida pela urgência da circunstância, isto é, o momento do parto? (Israel, 2002:25).

Israel (2002) ressalta o respeito à autonomia quando expõe sobre o conceito de vulnerabilidade feminina no âmbito da assistência ao parto, que está dentro de uma perspectiva conceitual de que “todo ser humano tem o poder de decidir sobre si mesmo, pareça justa ou não a sua conduta”, já que este momento, admitido como “potencialmente inadequado do ponto de vista emocional” (ISRAEL, 2002:26) subtrai à grávida a possibilidade de autodeterminação.

A intenção beneficente da oferta do teste anti-HIV para gestantes em trabalho de parto é aqui dirigida ao feto por intermédio da gestante, sendo possível observar na proposta a atribuição de responsabilidade às mães, pela eventual contaminação de seus bebês (ISRAEL, 2002).

Desse modo, se de fato houver oferta, o argumento usado pelos profissionais que estão no manejo da situação clínica do parto, para a adesão da mulher à proposta de submeter-se ao teste rápido anti-HIV, perpassa a ideia de apelar para voluntariedade da parturiente, ou seja, para a sua aceitação beneficiando o filho que vai nascer. Com isso, alguns profissionais entrevistados reafirmam a convicção de que os benefícios são muito maiores do que os problemas que essa intervenção possa causar.

[...] Que eticamente você não tem que impor, você tem que oferecer o teste. Ela tem o direito de recusar [...]. A gente tem que pedir no sentido de proteger aquela criança, é a oportunidade de a gente estar diminuindo a transmissão vertical. [...] O objetivo maior é a proteção da criança. [...] Ela já estando infectada não é objetivo da gente tratar ou fazer diagnóstico em massa da população de mulheres. O objetivo é evitar que mais uma criança nasça com HIV... (Médica especialista em ginecologia e obstetrícia).

Olha, durante o ambulatório do pré-natal, nós perguntamos à paciente se ela deseja realizar o teste de HIV. [...] Agora, quando chega aqui no hospital, [...] é realizado um teste rápido de rotina no hospital, por causa do RN. [...] nesse momento de emergência, não tem muito que a paciente dizer, a não ser que ela chegue dizendo que não quer fazer, porque é rotina, a gente já faz o exame e normalmente não perguntamos na admissão aqui no momento do parto, entendeu? Mas, se a paciente chega dizendo que não quer fazer, o direito dela é preservado... (Médica residente em ginecologia e obstetrícia).

Os relatos sugerem que a testagem no trabalho de parto é feita de forma compulsória, ou seja, todas as mulheres indiscriminadamente são submetidas ao teste rápido no trabalho de parto. Não há diálogo entre médico e paciente, nesse momento, para esclarecer a possibilidade de realização do teste.

Diante do exposto, supõe-se haver questões a se levantar com relação a *não consultar a paciente*, como o medo por parte dos profissionais de as parturientes se recusarem a fazer o teste. Esta incerteza tem levado muitos profissionais, que estão na assistência direta, a optarem pela solicitação do teste rápido via registro em prontuário da paciente, como se fosse mais um exame a ser incluído na produção do parto.

Como em sua maioria são profissionais médicos, há dificuldades de lidar com o diálogo e interatividade com o paciente. A abordagem dessa temática no contexto de serviços de caráter emergenciais torna ainda mais difícil a tarefa, conforme também constatou Israel (2002). Segundo os estudos da referida autora, há também certa mobilização de preconceitos e tabus para ambas as partes, pacientes e profissionais, no que se refere à possibilidade de se depararem com um diagnóstico positivo para o HIV no trabalho de parto.

Nessa situação, constata-se que não é privilégio da categoria médica a dificuldade para empreender a escuta de maneira a compreender os medos das usuárias e para utilizar o aconselhamento como mais uma ferramenta de cuidado no trabalho de parto. Outras categorias que trabalham na chamada “linha dura dos cuidados” também a enfrentam. Nesse contexto, o aconselhamento viabilizaria o vínculo entre profissional e usuário, centrando a atenção nos aspectos emocionais, saúde sexual e reprodutiva e avaliação breve das vulnerabilidades, para compreender as singularidades do sujeito.

Assim, por “interação”, Habermas (1987) entende:

(...) a esfera da sociedade em que normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos, capazes de comunicação e ação. Nessa dimensão da prática social, prevalece uma ação comunicativa, isto é, “*uma interação simbolicamente mediada*”, a qual se orienta segundo normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes... (HABERMAS, 1987:57).

Ao se valorizar a escuta qualificada como parte do aconselhamento, é condição *sine qua non* respeitar a recusa da paciente em fazer o teste, como demonstra o caso citado no relato da profissional assistente social requisitada para fazer a abordagem. A situação descrita a seguir sugere que houve a oferta, o diálogo aconteceu e ficou claro o motivo pelo qual a paciente não queria submeter-se ao teste. A troca de exposição de motivos entre os interlocutores sinalizou a importância do direito da mulher à privacidade.

[...] a gente sabe que é direito do paciente fazer ou não fazer. [...] Já teve casos, ela tinha 19 anos e ficou muito assustada... Quando o médico falou que precisaria fazer [...], a gente fez o aconselhamento pra ela, [...] era importante pra o bebê [...]. E ela ficou internada sem fazer o teste e no outro dia ela resolveu fazer. [...] Se tiver uma abordagem correta da equipe, mostrar as implicações. [...] É aquela coisa do custo-benefício que fala. [...] Respeitar aquele primeiro momento da recusa, aquele “*não quero*”, não insistir, [...] tem que entender o direito dela de não querer fazer, porque se houve uma oferta... (Assistente social).

[...] é isso, eu não sei como é feita a comunicação... Talvez se for explicitado isso: “*Ah, você vai fazer um teste para HIV*”, aí pode ser que a paciente negue: “*Eu não tenho isso, então não vou fazer...*”. Ou o contrário, ele sabe que tem, mas não quer que o profissional saiba então ela se recusa, a saber, a fazer, aliás... [...], de um modo geral, elas não se negam, porque eu imagino que isso não esteja tão explícito também [...].” E aí se são exames de rotina, ela não sabe para que seja exatamente. Assim, ela não se nega (Psicóloga).

Os resultados mostram que a não-explicitação sobre a realização do teste rápido para detecção do HIV não dá margem para negociação ou negação. Isso ficou muito bem evidenciado no trabalho de campo desse estudo e nas entrevistas das mulheres recém-paridas com sorologia não reagente para o HIV. As puérperas entrevistadas relataram não ter conhecimento algum sobre a realização desse tipo de procedimento ao serem admitidas naquele hospital maternidade.

O Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais reconhece que há dificuldades dos profissionais de saúde para abordar temas relativos à sexualidade e à AIDS, somadas ao medo causado pela desinformação relativa a acidentes laborais, presentes na realidade dos serviços. Assim, a disseminação do preconceito ainda leva alguns profissionais a optarem

pela realização do teste sem comunicar esse fato ao cliente, o que configura infração dos princípios constitucionais ligados a garantias fundamentais, conforme artigo 15 ° do Novo Código Civil (BRASÍLIA, 2002), além de contrapor-se a determinações de ordem ética.

A comunicação verbal clara e efetiva, em linguagem acessível e de fácil entendimento para o cliente, é fundamental para evitar controvérsias e desmistificar preconceitos, inclusive facilitando a comunicação do resultado no pós-teste. Os achados da pesquisa revelam que é muito mais fácil para os profissionais “*o dito pelo não dito*”, do que se expor às dúvidas, aos preconceitos e aos dilemas próprios das parturientes na testagem para detecção do HIV.

No entanto, em algumas narrativas, como a da gestora da unidade, há indícios de que, em virtude da grande quantidade de informações que acompanha a difusão do vírus HIV e da doença AIDS, há uma tendência a banalizar a importância de se explicar o sentido da testagem e de acreditar que não haverá uma rejeição por parte da parturiente em submeter-se a testagem, nos casos de oferta, e que o importante nesse cenário é o profissional se proteger de um acidente ocupacional, acatando as normas de segurança.

[...] hoje está tão divulgada a questão do HIV, que, se existiu, eu não tive conhecimento de a paciente rejeitar, porque já é uma coisa muito pública, já é uma coisa muito badalada. [...] Eu desconheço que alguma tenha rejeitado; mas é um direito que ela tem. Agora, eu, como profissional de saúde, vou tentar convencê-la ao máximo [...] Porque na eventualidade de ser positivo, não só ela vai ser prejudicada. Tem terceiros [...]. Uma criança vai ser prejudicada. [...] Mas se fosse eu quem fosse fazer o parto ou dar assistência a esse bebê, eu iria me precaver com um risco maior, certo? Uso de luvas, uso de óculos... Ainda mais em uma maternidade pública, demanda espontânea. Mas... Respeitaria... (Médica pediatra, gestora).

A citação do manejo e a administração do teste rápido, nesse cenário, explicitam mais uma vez a importância de a parturiente ter acesso ao aconselhamento no itinerário terapêutico adotado pelos profissionais da assistência no trabalho de parto.

O teste rápido anti-HIV é um teste de detecção de anticorpos para o HIV que se mostra rápido (aproximadamente 30 minutos), de baixo custo, altamente específico e sensível, fácil de usar e interpretar. Estes testes são utilizados restritamente como triagem para a redução da transmissão vertical e tem o objetivo de detectar, mesmo que tardiamente, as puérperas HIV positivas que não tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, assim como também ajuda a decidir sobre a terapêutica a ser utilizada para risco de exposição ocupacional ao HIV (SANTA CATARINA, 2008).

conforme relatos dos sujeitos da pesquisa, a técnica da testagem e o entendimento quanto ao valor preditivo do teste rápido e outros parecem ser de domínio apenas do técnico do laboratório. Os conhecimentos sobre os procedimentos quanto à testagem do anti-HIV não

vêm sendo acessados por toda equipe que trabalha diretamente na assistência ao parto. Percebem-se nas falas de alguns profissionais certa dificuldade de informar como acontece o processo de testagem e o encaminhamento dado pelo laboratório no fluxo de atendimento às parturientes positivas para o HIV.

Embora esteja em um campo regido pelas diretrizes da bioquímica, estudos sobre a prática do aconselhamento ressaltam que o manejo do teste anti-HIV nos serviços de saúde deve ser de conhecimento de outros profissionais que compõem a equipe. O passo a passo do conjunto de procedimentos sequenciados utilizados para a realização e conclusão do diagnóstico denomina-se, neste contexto, de algoritmo ou fluxograma de testes.¹⁷

[...] Eu não sei se elas repetem lá, eu não sei qual o procedimento lá. [...]
Eu sei que é um exame. A funcionária, a técnica desce, [...]. Eu sei que depois é que confirma. [...] fazendo o teste dando alterado, aí ela desce e comunica lá ao analista do dia. Então, eles comunicam, antes de subir o resultado, eles já ligam: *“Olhe, fiquem atento a isso aí”*. Aí a gente passa pra o médico, e o médico vai dar o resultado pra paciente (Enfermeira coordenadora do centro obstétrico).

Tem um outro teste que eles encaminham para fora [...] e aí demora mais um tempo esse resultado, e, às vezes, a paciente acaba saindo de alta e aí vem buscar o resultado depois [...]

A gente procura dar esse suporte, desde o momento em que foi dada essa notícia, inicialmente desse teste rápido. [...] (Psicóloga)

Segundo Veloso (2008), a ampliação da disponibilização de testes rápidos de HIV, como o produzido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos/Fiocruz), para o uso pré-natal ou no momento do parto, pode contribuir para diminuir o risco de transmissão. A referida autora reafirma que o teste é simples de fazer, pode ser realizado por qualquer pessoa da equipe médica, inclusive por enfermeiras, eliminando-se o envio para os laboratórios, a etapa complicada, mais cara e demorada, e diz:

¹⁷ A amostra é adicionada ao cartão do teste e, uma vez que ela migra através do conjugado, ela se reconstitui e se mistura com o conjugado de coloide de selênio – antígeno. Essa mistura continua a migrar através da fase sólida para imobilizar os antígenos e peptídeos sintéticos na janela do paciente. Se os anticorpos para HIV-1 e/ou HIV-2 estiverem presentes na amostra, os anticorpos se ligarão no coloide de selênio-antígeno e no antígeno da janela do paciente, formando uma linha vermelha. Se os anticorpos para HIV-1 e/ou HIV-2 estiverem ausentes, o coloide de selênio-antígeno fluirá através da janela do paciente e nenhuma linha vermelha será formada. Uma barra de controle paralela e incorporada assegura a validade do ensaio (Carvalho *et.al.*, 2004).

No Brasil, há um sistema de saúde de acesso universal, ampla disponibilidade de antirretrovirais e um teste rápido de HIV nacional, ou seja, já temos todos os recursos. Precisamos reduzir rapidamente o atraso em relação aos países mais desenvolvidos. É preciso sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde para que os serviços possam contribuir para diminuir as iniquidades determinadas pelas desigualdades sociais (VELOSO, 2008).

Nesse contexto, ressalta-se o poder das informações advindas do exame denominado *teste rápido*, que tem ainda caráter provisório quando positivo para o HIV e exige testes confirmatórios para definir o diagnóstico, assim como para todos os exames médicos, os resultados devem ser interpretados conjuntamente com todo o histórico, informações epidemiológicas, laboratório, clínicas e outros pertinentes disponíveis.

Os tradicionais testes para a detecção de anticorpos são: ELISA, de mais fácil execução e menor preço, também utilizado para triagem, com sensibilidade e especificidade superior a 99%; imunofluorescência, também de simples realização, com valor preditivo próximo a 100%, quando mais de um ELISA apresenta resultado positivo; Western Blot, considerado o mais seguro para confirmação de diagnóstico para HIV, com valor preditivo positivo de aproximadamente 100% (SCHECHTER, MARAGONI, 1998; BRASIL, 2006 [b]).

Além destes, o Ministério da Saúde em 2005, via Portaria nº 34/GM (ver ANEXO II), estabelece a utilização de novo teste rápido para diagnóstico do HIV em situações consideradas especiais, como em maternidades e em locais de difícil acesso, nas quais não exista rede de laboratórios que permita atendimento adequado da demanda existente de testes anti-HIV. Segundo o Ministério da Saúde e mais especificamente o Programa Nacional de DST e AIDS, havendo pelo menos dois testes de fabricantes diferentes com resultados positivos, a amostra será considerada positiva para HIV. Essa lei foi sancionada devido à necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios de equidade e da integralidade, após validação (BRASIL, 2005).

O teste rápido supracitado se configura como um novo método diagnóstico diferente do *teste rápido de triagem*, ainda usado em parturientes (maternidades) e pacientes-fontes (acidentes com material biológico). É feito com sangue total, sequenciado (algoritmo), somente em indivíduos com idade acima de 18 meses. O seu manejo pode, inclusive, ser realizado nos seguintes cenários: em laboratório próprio; na sala de coleta; na sala do aconselhamento (BRASIL, 2007[a]).

Assim como tantos outros recursos e insumos inscritos na tecnologia do cuidado, surgidas nos serviços prestados por um hospital-maternidade, o teste rápido de triagem como também o TR – teste rápido diagnóstico, ambos vêm a auxiliar no enfrentamento dos desafios, no que tange à prevenção da transmissão vertical do HIV no parto, não somente pela defesa da vida, como também na garantia do direito à saúde, na esfera do acolhimento, acesso, informação e resolutividade.

Desse modo, emerge da narrativa da gestora do hospital maternidade, a dificuldade para operacionalizar o teste rápido dentre as várias demandas referentes à saúde reprodutiva e materno-infantil.

[...] Aqui existe o quê? O teste rápido que a gente, cada vez mais, se bate com os profissionais para poder ser o mais rápido possível, e eu digo que, às vezes, é impossível, porque todo mundo só coloca impossibilidades. [...] Já foi pior. [...], por exemplo, não se colocou um bebê no peito porque o teste não chegou. [...] E isso é uma atribuição do laboratório para poder fazer o teste rápido. [...] Para os casos positivos, se comunica. Os casos negativos estão lá no prontuário, não sei se isso é... (Gestora).

Conforme o relato, alia-se a essa situação, caracterizada como a urgência para a execução literal do teste rápido, o efeito mobilizador do resultado positivo para o HIV, no pós-teste, tanto para o profissional como para a paciente. Mesmo assim, as falas sugerem questionamentos em relação ao verdadeiro propósito do *teste rápido de triagem*, cujo resultado definirá a conduta a ser adotada no trabalho de parto e puerpério. O que estaria em pauta para a prevenção da transmissão vertical do HIV seria o teste rápido e a sua técnica específica para a execução e definição imediata do diagnóstico ou a instantaneidade na sua execução, deixando ainda uma margem de dúvida quanto ao verdadeiro diagnóstico?

Parece uma via de mão dupla, onde ambas as possibilidades podem ser necessárias nesse contexto, considerando que a execução da testagem encontra-se no âmbito da efetividade e resolutividade, ou seja, uma execução algoritmo do teste anti-HIV, de forma que haja a definição diagnóstica imediata para atender ao universo de ações que tangenciam a prevenção da transmissão vertical do vírus HIV.

No entanto, o pós-teste, conforme demonstram as situações descritas até aqui, costuma acontecer mediante a ausência de aconselhamento pré-teste, sem a oportunidade para a parturiente de entender as questões relativas às informações importantes sobre o HIV em si e sobre o processo de testes, bem como dos seus resultados. Estes, sejam reagentes ou não para

o HIV, geram demandas para o binômio mãe-bebê, como a adoção de novas condutas relativas à própria prevenção do HIV no período do puerpério.

Conforme Portaria nº 2104/GM, em 19 de novembro de 2002, entre as condutas incluiu-se a inibição temporária ou definitiva da lactação, que deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera.

A realização do aconselhamento pré-teste favoreceria o repasse das condutas nesse momento. Considerando que a experiência vivida num processo de diagnóstico tem grande carga de ansiedade e angústia, ainda mais para uma mulher, cujo universo feminino a prepara, no decorrer da sua vida, para o momento da maternidade¹⁸, de dar à luz e da amamentação.

No entanto, o depoimento a seguir demonstra que persiste no hospital maternidade um modelo de controle epidemiológico, pautado em situações de risco vividas pela paciente, onde os casos suspeitos, sujeitos a confirmação diagnóstica, devem ser submetidos à investigação, que os levará a revelarem as suas práticas e/ou desejos vividos que serão mapeados e somados ao diagnóstico final.

[...] Muitas vezes ela chega e não tem nenhum relato de HIV. E aí, se faz o teste, às vezes o teste dá positivo, [...] e procuramos sondar um pouco com essa paciente. No caso, a questão de... É... A própria, digamos, o comportamento. Que às vezes poderia ser um comportamento de risco [...]. Porque esse teste rápido, ele não é totalmente confiável, então pode ser que ele tenha dado errado. E aí a gente sabendo um pouco desse comportamento do paciente... A partir do relato dela, a gente já [...] pode ter uma ideia melhor com relação ao resultado desse teste (Psicóloga).

Assim, a conduta adotada no pós-teste traz para o cenário da prevenção uma velha discussão, a do conceito de risco, atualmente ampliado pelo conceito de vulnerabilidade diante do enfrentamento da epidemia.

Como parte da metodologia do trabalho de acolhimento e aconselhamento em DST/AIDS no âmbito da prevenção e adesão ao tratamento, o conceito de vulnerabilidade encontra-se amparado pela concepção ampliada e reflexiva sobre as diversas situações objetivas de vida.

¹⁸ Segundo Giddens (1993), a “invenção da maternidade” faz parte de um conjunto de influências que afetaram as mulheres a partir do final do séc. XVIII: o surgimento da ideia de amor romântico; a criação do lar, a modificação das relações entre pais e filhos. O autor assinala que no final do séc. XIX houve um “declínio do poder patriarcal” com o “maior controle das mulheres sobre a criação dos filhos”, referindo-se a um deslocamento da “autoridade patriarcal para a afeição maternal” (Ryan 1981 *apud* Giddens, 1993, p.53). Ele destaca como novo, neste período, a forte associação da maternidade com a feminilidade.

Assim, fruto dos impactos da epidemia, esse conceito, conforme Ayres *et al.* (2003), vem sendo relacionado aos aspectos do cotidiano da vida, que vão de suscetibilidades orgânicas às formas de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos.

Nesta perspectiva, Douglas *apud* Paulilo (1999) discute que uma análise de risco que considere o comportamento cauteloso de aversão ao risco como normal e racional, e a atitude de correr riscos como anormal, patológica ou decorrente de um traço individual de personalidade, está, portanto, fadada a apresentar um grande viés cultural. A autora insiste na necessidade de as análises de risco apoiarem-se em fundamentos teóricos que levem à compreensão da cultura na qual o risco está sendo debatido. Propõe a teoria da cultura como um caminho que conduziria para mais perto da compreensão da percepção de risco das pessoas e permitiria colocar o tema isolado do risco no contexto de um universo mais amplo.

Por fim, Paulilo (1999) enfatiza que o conceito de risco não pode ser reduzido, portanto, à probabilidade de um evento acontecer. Refere-se, sobretudo, à “*magnitude provável dos resultados do evento*” e ao valor social atribuído a este resultado em determinado contexto social.

5.4 A comunicação do resultado

Moreno (2008), em uma pesquisa sobre comunicação do resultado positivo do HIV, analisa o processo de aconselhamento dentro de uma dimensão multifacetária, pelas diversas características tecnológicas e humanas que o envolve.

Desse modo, o aconselhamento reafirma não apenas o seu caráter instrumental, como também sua versatilidade na perspectiva do cuidado, cuja aplicação é cada vez mais consolidada, embora se admita que deva ser sempre repensado e aperfeiçoado, na medida do seu uso, apesar de aparentar ser simples. No dia a dia, entretanto, revela-se prática sofisticada e de difícil manejo, pois a sua aplicação ou realização depende da atuação de três diferentes atores: instituições, aconselhadores com suas respectivas formações e clientes nos seus diversos contextos.

Não tem momento. Essa semana que te falei que fiz um parto de uma... A pediatra chegou para mim: "...*Como foi o parto de fulana*" [...]. Aí eu falei: "*Foi tranquilo, normal*" [...]. "*Ah! porque era HIV. Você não se cortou nada não, né?*". Aí falei: "*Não, não me cortei, não*". "*Ah..., graças a Deus*". Aí ela falou assim: "*Você tem coragem de falar a ela?*". Eu disse: "*Tenho! Tenho medo de falar a ela não*". Aí: "*É porque eu fui falar a ela, e tinha todo mundo na butuca, tinha todo mundo de olho, as outras pacientes todas de olho, e aí eu fiquei sem querer falar*". [...] Quem fez o parto fui eu, por isso eu tive a chance de falar. Porque geralmente é outra pessoa que no outro dia vê. "*Ah! É HIV positivo. E dá o resultado*" [...]. Nesse caso eu tinha que falar com ela [a paciente] para não amamentar e tal... (Médica residente em ginecologia e obstetrícia).

A narrativa acima desvela o modo como é operada a comunicação do diagnóstico de sorologia positiva para o HIV à puérpera. Uma ação que demonstra ter particular dificuldade de se efetivar e adequar-se às necessidades da paciente, realizada em meio à dinâmica da assistência de média complexidade hospitalar, onde vigora o sistema de plantão de algumas categorias profissionais, dificultando ainda mais esse processo.

A propósito, à medida que não se tem na estrutura organizacional da unidade uma ação continuada do cuidado, as vinculações entre profissional e usuário fragilizam-se. Condição que dificulta ainda mais o repasse de informações sobre o diagnóstico sorológico positivo para o HIV, que, por sua vez, tem impacto significativo no imaginário social dos sujeitos.

Herzlich (2005) revela, em seu estudo, que as pessoas orientavam suas condutas a partir das representações sociais que tinham sobre as doenças que possuíam. A autora lembra ainda que as enfermidades, embora se encontrem, por excelência, no âmbito das ciências médicas, não se constituem apenas de um conjunto de sintomas, mas comportam significados que podem modificar e ameaçar as nossas vidas individuais ou coletivas, o que as tornam um fenômeno que se situa para além do processo biológico.

Sendo assim, a comunicação de um resultado reagente para HIV, muitas vezes, implica medo das reações do outro, dúvidas e preconceitos, inviabilizando, assim, o processo de "escuta ativa" centrado no paciente, que, segundo Brasil (1999), oportunizaria o resgate de recursos internos desse cliente para que ele mesmo tenha a possibilidade de reconhecer-se como sujeito da própria saúde e transformação.

Não tinha feito pré-natal. Aí assim, a experiência que estou lembrando assim é essa. E teve essa que estava aqui na enfermaria, descobriu e ficou chorosa e tal e tal (Médica residente/01 em ginecologia e obstetrícia).

Temos que falar que o exame daqui [da maternidade] é teste rápido, que ela vai ter que confirmar, e essa confirmação demora, porque não faz aqui o exame, aí as pessoas ficam angustiadas... Se depois der negativo, ela fica chateada até com você,

porque você falou que ela é HIV e ela não é. Mas a gente fala que é importante, porque, se for positivo, não pode amamentar (Médica residente/02 em ginecologia e obstetrícia).

O resultado do teste rápido do HIV de triagem requer, conforme o Projeto Nascer (BRASIL, 2003), as seguintes recomendações:

Retomar a necessidade de esclarecer pontos que ainda possam não estar suficientemente claros, tais como a necessidade da confirmação da testagem anti-HIV, enfatizando que, até a obtenção do resultado definitivo, as medidas de proteção (uso do AZT xarope e alimentação do recém-nascido com fórmula infantil) devem ser mantidas (BRASIL, 2003, p. 30).

O depoimento da médica traz mais uma realidade vivenciada pelos profissionais, sobre a qual é necessário se refletir, que diz respeito às angústias e reviravoltas do processo de conversação que muitas vezes se faz necessário para informar a parturiente de um inesperado resultado positivo para o HIV, tendo em vista o teste de triagem para detecção de anticorpos. Percebe-se que a provisoriedade do diagnóstico obtido por esse tipo de testagem traz dúvidas e incertezas para os interlocutores da ação, apesar de garantir à parturiente a oportunidade de conhecer o seu *status* sorológico. É preciso considerar tratar-se de diagnóstico positivo para o HIV realizado nestas circunstâncias, ou seja, realizado no parto e via um exame sem caráter definitivo e, somado a isto, como cita Carneiro e Coelho (2007), às orientações equivocadas que podem ocorrer por parte dos profissionais nesse momento. Portanto, essa situação exige do profissional muita percepção e habilidade, inclusive para discutir com a paciente as possibilidades concretas de vir a estar infectada, para garantir que esta se submeta aos exames confirmatórios necessários e dê seguimento aos cuidados recorrentes.

Mais uma vez, segue-se a narrativa de uma profissional e a sua relação com um resultado positivo para o HIV no trabalho de parto, uma postura que reafirma *um modo de fazer* mecanicista e pragmático das condutas em saúde no exercício da prática preventiva da transmissão vertical. Não há espaço para refletir sobre a experiência subjetiva do vivido.

[...] a paciente que chega já com diagnóstico, certo? A gente vai conduzir o parto com uso do AZT. Conforme o ministério recomenda [...] E vamos fazer uso desse AZT até o momento de campear o cordão [...] No caso de uma paciente que não tem o diagnóstico, é complicado, porque se a gente consegue fazer o teste rápido, e der positivo, temos que tratar como se fosse positivo, na impossibilidade de confirmar, já entramos com a medicação, tudo isso visando proteger o RN (Médica residente em ginecologia e obstetrícia).

Segundo Camargo Jr. (1997), a biomedicina vincula-se ao “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar

componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”.

No entanto, quando a depoente traz à tona os seus sentimentos de impotência em relação à paciente já infectada pelo vírus HIV, é possível que essa questão esteja contida em duas vertentes do aconselhamento: a relação dialógica dos sujeitos sociais e o poder das informações no enfrentamento da epidemia de AIDS.

É uma coisa assim, muito conflitante [...] Me sinto completamente impotente na situação, porque eu não posso fazer grandes coisas pela paciente [...] O máximo pelo RN, mas, em relação à paciente, infelizmente, não tem o que fazer (médica residente em ginecologia e obstetria).

Assim, conforme Madeira *et al.* (2009), em muitos casos a construção de um processo interativo mediado pela escuta funciona como um dos dispositivos a ser acionado no cotidiano dos cenários da produção de saúde.

Esse processo oportuniza o encontro entre profissional e usuário, para a troca de experiências de *saberes* e *fazeres*. Para Madeira *et al.* (2009), é aí que se estabelecem as relações intersubjetivas para o efetivo cuidado, quando tanto o cuidador (profissional ou estudante) quanto o usuário se beneficiam.

Ayres (2004), em uma discussão sobre as bases teóricas do cuidado, afirma:

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos, os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter do cuidado (AYRES, 2004, p.86).

Nessa perspectiva, esse estudo ressalta a importância da prática do aconselhamento em DST/AIDS na relação entre os sujeitos sociais na assistência ao parto. Assim, Deslandes (2004), ao discorrer sobre as diretrizes da política de humanização na assistência, enfatiza que esta não deve somente articular *um cuidar* com as tecnologias e saberes limitados ao processo de saúde-doença. Para a autora, o cuidado deve estar também na perspectiva da construção dialógica que permite o estabelecimento de vínculo, bem como a responsabilidade compartilhada.

A segunda vertente perpassa, conforme Lima (2006), a própria epidemia da AIDS, que produz a formação discursiva, na qual se encontram as referências de sua significação. A partir daí, seguimos com as informações advindas da epidemia, processadas e propagadas a todo o momento e em tamanha velocidade, que obriga os profissionais de saúde e a própria sociedade civil a se despirem dos seus velhos conceitos e contrapô-los aos novos, tanto no início como ainda hoje.

Nesse sentido, no que se refere aos conhecimentos no campo do saber médico para as intervenções no corpo, no âmbito da prevenção e tratamento do HIV/AIDS não cabe mais a atuação profissional fragmentada e individualizada, não cabe focar-se apenas no *que pode ser feito* ou no *que se faz* naquele momento, naquela unidade, conforme o enquadramento do serviço na escala hierárquica (primária, secundária e terciária) da atenção à saúde.

Os achados deste estudo revelam haver uma lacuna a ser preenchida entre o *que se faz* na assistência ao parto e o *que é feito*, de fato e de direito, para o paciente na rede de serviços, incluindo laboratórios que realizam os testes diagnósticos.

O que aparece nos discursos dos sujeitos pesquisados é que a atuação na assistência ao parto para a prevenção da transmissão vertical do HIV numa unidade hospitalar da rede SUS ainda possui uma visão estreita dos recursos disponíveis em outros segmentos da atenção à saúde, limitando assim pensar nas perspectivas e acertos.

Então, essa é uma questão a se repensar quando falamos de diálogo e informações claras e precisas que permeiam as ações de cuidado com a saúde do outro. Ambos, assegurados e fortalecidos nas adversidades da assistência, poderão potencializar as práticas, inclusive as essencialmente médicas, no enfrentamento da infecção pelo HIV, não importa em qual nível de atenção ela aconteça, diminuindo assim as tensões e conflitos dos profissionais no âmbito do cuidado e abrindo outras perspectivas para a puérpera, diante de sua nova condição sorológica para o HIV.

Dito isso, desde já é preciso considerar que há muito a fazer pelo paciente neste contexto, para o qual, apesar de acometido pelo vírus HIV, a vida continua principalmente diante do arsenal de avanços tecnológicos e da rede de apoio às pessoas vivendo e convivendo com o vírus HIV.

Segundo Melchior (2000), um dos fatores que dificultam a adesão ao tratamento é o não estabelecimento de vínculo entre profissionais e pacientes, pois a construção deste passa pela possibilidade de informação e negociação com a equipe de saúde. Ainda sob o mesmo enfoque, Saldanha (2003) relata que, muitas vezes, a falta de informação sobre a doença e o tratamento leva o paciente a elaborar, por seus próprios meios, um discurso com materiais fragmentados, em decorrência de o primeiro contato profissional/paciente se limitar ao preenchimento de fichas de anamnese, transformando a atitude de escuta em coleta de dados sobre o paciente.

Nesse sentido, a narrativa a seguir sinaliza os limites de outras categorias profissionais ao se aventurar na utilização das informações pertinentes ao HIV/AIDS para processar as orientações no âmbito da assistência direta ao parto, tanto em prol do estabelecimento da qualidade do atendimento naquele momento, como, conseqüentemente, para a adesão à testagem e a suas recomendações e seguimentos.

Do diagnóstico? É o médico. [...] É um trabalho em equipe, mas a gente tem que entender o que cada um tem de limite na sua ação. [...] O que a gente sabe da AIDS é uma coisa superficial [...] O papel do médico é de realmente discutir esse diagnóstico e deixar ela [a paciente] esclarecida. Eu acho que só ele que tem condições de fazer isso bem [...], é necessário que fale uma só língua, de forma que o paciente entenda. [...] No caso do diagnóstico, do tratamento, de medicação, esse diálogo tem que ser claro, tem que falar de uma forma clara, tem que escrever as receitas e as prescrições, e os relatórios de alta com a letra legível, explicando realmente o que vai acontecer posteriormente, pra onde ir... (Assistente social).

A condição exposta pela profissional demonstra a complexidade da assistência para a prevenção da transmissão vertical no parto e os limites de algumas categorias profissionais para exercer a prática compartilhada nesse contexto, destacando ainda mais o poder hegemônico da biomedicina (diagnóstico e prescrição terapêutica médica) que termina por determinar, como afirma Araújo (2003), uma relação hierárquica, na qual o espaço de troca e negociação entre os profissionais é minimizado.

No entanto, encontra-se na assistência, relacionada ao aparato tecnológico e ao trabalho complementar das várias categorias profissionais que integram as equipes com as suas relações interpessoais cotidianas, a necessidade de atendimento personalizado e o reconhecimento de que nenhuma categoria profissional isoladamente detém saber necessário para responder às demandas.

[...] A psicóloga fazer o seu papel também, de estar ali perto, ajudando, nessas interfaces emocionais que a paciente apresenta. Eu acho que o diálogo é o diálogo mais próximo possível da paciente (Assistente social).

Por outro lado, algumas narrativas dessa investigação produziram nas entrevistas, assim como nas falas dos profissionais registradas durante as observações, um discurso que aponta para as diversas reações da paciente diante de um resultado positivo para HIV.

Alguns entrevistados, quando interpelados quanto às reações de algumas usuárias ao receberem diagnóstico positivo para o HIV no pré ou pós-parto, atrelaram ao próprio ato comunicativo o nível de entendimento da paciente sobre o que está sendo veiculado. Assim, afirmar-se que para o efetivo entendimento entre os interlocutores do significado do diagnóstico positivo para o HIV, num pós-teste é preciso ter atenção no ato da fala, na linguagem, cujos aspectos de ordem emocional, cultural e psicossocial que estão presentes podem interferir nesse momento.

(...) teve uma paciente que falei “*É soropositivo?*” “*Não, não sei*” e *nunca soube*. Depois que fui olhar uns exames dela e vi que ela tinha um teste.

Mas o que acontece muito é o grau de formação da paciente, a gente trabalha com pacientes que têm um grau de entendimento muito ruim, a grande maioria. Então, não sei se ela não entendeu, ou se está omitindo porque quer... Então, é bem difícil (Médica residente/02).

[...] depende da formação da paciente. Tem paciente que a gente vê que tem um grau de formação péssimo, parece que ela não está entendendo a gravidade daquilo que ela pode ter. Então, às vezes, o que eu via no prontuário eram pacientes que a formação realmente era péssima, e que não sei se ela estava entendendo a importância daquela informação que eu estava passando, mas a gente tem que orientar, não é? A fazer o diagnóstico depois (Médica obstetra).

Assim, Brait (2005) discorre sobre a expressividade do enunciado e sua relação com o objeto e o enunciado de outro sobre o mesmo tema:

[...] as totalidades dialógicas preenchem um enunciado e devemos levá-las em conta se quisermos compreender até o fim o estilo do enunciado. Pois o nosso próprio pensamento [...] nasce e forma-se em interação e em luta com o pensamento alheio, o que não pode deixar de refletir nas formas de expressão verbal do nosso pensamento. (BAKHTIN, 2008, *apud* BRAIT, 2005).

Por outro lado, as reações advindas da descoberta do diagnóstico positivo para ao HIV, conforme atribuem os relatos dos profissionais da assistência a mulher parturiente ou puérpera, revelam sentimentos de incerteza e insegurança que as levam a vivenciar um momento de crise que pode estar na negação do diagnóstico em concomitância com o medo do estigma e discriminação.

Almeida e Labronici (2007) mostram que a existência de tais questões faz com que muitas pessoas afetadas pela AIDS caminhem solitária e silenciosamente, limitadas em suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de proteção, promoção e assistência, obrigando-as muitas vezes a esconder sua condição sorológica pelo medo de se expor e de padecer de preconceito ou discriminação, respostas provocadas pelo estigma.

Apesar das questões levantadas pelo referido autor, as falas dos profissionais em relação às diversas formas de reação dos pacientes acometidos pela suspeita de infecção por HIV em circunstância como já descritas neste capítulo revelam o ponto de vista dos profissionais que enfrentam questões como essas no cotidiano da assistência. Percebe-se que as impressões sentidas por esses sujeitos encontram-se no plano da experiência vivida a partir do imediato, do que surge inesperadamente na clínica e que revela, de certa forma, uma dimensão subjetiva da assistência, na qual a prática do aconselhamento em tal circunstância seria muito bem-vinda. Tendo em vista que são reações de ordem comportamental que extrapolam os limites das recomendações contidas no protocolo médico, situações não previstas, não contempladas pelos manuais e protocolos para a prevenção da transmissão vertical do HIV nos seus diversos contextos.

A reação... Foi que ela nem “tchum”. Ai a gente suspeitou o quê? Que ela já sabia e não quis falar [...] (Médica residente/01).

Quando a gente tem uma paciente que é bem informada, ela sabe, ela diz, ela afirma, mas tem outras que não sabem nem o nome dos filhos todos que ela tem, diga lá outras coisas, não é? [...] Essa mesma, ela tinha um grau de formação tão baixo que estava falando umas coisas que não estava entendendo, não estava falando certo ou ela tava escondendo, estava com medo de ter algum tipo de discriminação no atendimento por ser positivo, ou tem paciente também... Não sei (Médica obstetra).

Teve uma outra, essa não deu tempo, nasceu, chegou nascendo, não fez exame nenhum, não fez pré-natal nem nada, depois que a gente fez o parto que foi descobrir que ela tinha HIV positivo. Ela sabia e não trouxe o exame, porque não quis, ou realmente ela não sabia? A gente não tem como afirmar. Tudo muito rápido (Médica residente/02).

No entanto Almeida e Labronici (2007), apesar dos avanços, dentre eles o advento dos antirretrovirais que melhoraram a qualidade de vida das pessoas, afastando-as da grande letalidade da doença, ainda persevera a triste constatação de que a epidemia é soberana e que a relação do conviver com o HIV e a AIDS continua cobrando um alto custo em sofrimento humano advindo do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe.

Goffman (1988) lembra que, nessa condição, há a necessidade de o sujeito manipular a informação sobre o “defeito” para que o mesmo não seja descoberto e, na relação com outras pessoas, o indivíduo portador de estigma esconderá informações sobre a sua condição. Segundo o autor, a falta de um intercâmbio saudável entre os atores sociais leva a pessoa estigmatizada se autoisolar, tornando-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa, por não se sentir segura em relação à maneira como os outros a identificarão e receberão, surgindo a sensação de nunca saber aquilo que os outros estão realmente pensando dela.

Gonçalves (1999), estudando a teoria comunicativa de Habermas, expõe que as comunicações que os sujeitos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, sempre dizem a respeito a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. As relações com esses três mundos estão presentes em todas as interações sociais, ainda que não na mesma medida.

Então, geralmente ele [o médico] fala assim: “Eu estou com uma paciente aqui, que o teste rápido deu positivo”, e aí às vezes ele já tem até alguma informação: “Essa paciente, é... Ela não... ela não sabia. Ela não tenho nenhum dado de que ela poderia ter essa doença”. [...] “Ela não quer aceitar!”. [...] atendemos e geralmente a informação básica é essa: o teste deu positivo. [...] A gente não dá a notícia [...] só [...] Assim dá aquele suporte mesmo. Porque se depois da notícia a paciente tiver alguma reação mais agressiva ou alguma reação que seja mais difícil de um médico lidar, já estamos ali... (Psicóloga).

No entanto, conforme o último relato, é preciso pensar no querer fazer e nas habilidades dos profissionais para lidar com esse cotidiano. É esse o contexto no qual tantos profissionais trazem em seus relatos posicionamento próprio sobre quais seriam essas habilidades necessárias para a assistência na prevenção da transmissão vertical na perspectiva do aconselhamento para a oferta e comunicação de resultados do teste anti-HIV. O relato a seguir merece destaque por reunir o pensamento de tantos outros profissionais da equipe que foram acionados por essa pesquisa.

[...] ter empatia. Se colocar no lugar do outro. Porque quando a gente se coloca no lugar do outro, aí a gente repensa. [...] A outra habilidade é de ouvir. E é essa habilidade de ouvir, para nós, profissionais de saúde, nós somos muito acostumados a falar; e é muito difícil o profissional se dar conta disso. [...] Falamos mais do que devemos e damos informação que a paciente não quer saber naquele momento. Às vezes, naquele momento, ela [a paciente] só quer saber aquilo ali; não adianta você vir com todo seu conhecimento (Gestora).

O discurso traz a possibilidade de desenvolver uma prática da alteridade que viabilize as relações interpessoais entre os sujeitos. Essa interatividade aconteceria por meio da escuta que, conforme afirma Machado e Lavrador (2007), ao ser inserida no itinerário terapêutico

ampliaria os sentimentos para com as necessidades do outro, com o qual lidamos, por isso deveria ser adotada nos processos de trabalho, não por uma operação humanista e piedosa do cuidado, mas como instrumento catalisador e analisador dos modos de vidas naturalizados e das práticas de saúde instituídas.

Nesta perspectiva, entende-se que a prática do aconselhamento busca centrar o olhar para o outro, pautado no exercício da cidadania e estabelecendo uma relação construtiva com os diferentes, na medida em que se identifique, entenda e aprenda a aprender com o contrário.

[...] no caso da AIDS, é um problema que não é tão recente, mas os profissionais precisam melhorar muito, não só o seu conhecimento em relação ao problema, em relação às pesquisas, acompanhar isso, mas a coisa da humanização do atendimento mesmo [...] precisa mais investimento com o profissional, porque passar só rotina, norma, porque tem tal programa tem isso, tem aquilo [...] mas tem que pensar também do ponto de vista do profissional, as condições do trabalho dele, as condições de [...] que ele [o serviço] ta dando pra trabalhar no sentido até psicológico. Tem profissionais que você vê que ele tem barreiras pra comunicar até um diagnóstico [...]. E isso é normal, nós somos humanos, não somos máquinas... (assistente social).

Diante das necessidades laborais expostas nas falas dos profissionais para com as *nuances* do aconselhamento em DST e AIDS no âmbito da prevenção da transmissão vertical para o HIV em um hospital maternidade, é preciso questionar:

É possível ensinar? É possível ensinar a escutar? O que significa a escuta do cuidado? Pensamos o cuidado, ensino e escuta como processos que não guardam entre si uma relação de externalidade. Na medida em que nos afastamos da compreensão de que há um outro sobre o qual atuamos, intervimos e depositamos conhecimento e técnicas, de quem extraímos saberes, de quem cuidamos. (HECKERT, 1992:20).

Entretanto, de acordo com os relatos, é preciso não apenas capacitar, injetar informações que estão, de certa forma, sumarizadas nos protocolos e são constantemente acionadas pelos profissionais cotidianamente.

As narrativas presumem que em decorrência de os agravos estarem, queiramos ou não, atrelados a uma história objetiva de vida e também à subjetividade dos sujeitos vítimas dos infortúnios, há um impacto que envolve múltiplas questões e demanda atendimento global (SALDANHA, 2003).

Desse modo, com relação à prática nestes serviços, Malbergier e Stempliuk (1997) afirmam que a AIDS trouxe consigo a reformulação das estruturas de saúde já estabelecidas, caracterizadas pela prática do modelo médico tradicional, a partir da necessidade de atender

ao paciente como um todo. Tais fatos fizeram emergir o despreparo no trato com a doença, além de acarretar ao profissional um enorme desgaste psicológico (SALDANHA, 2003).

Entretanto, Ribeiro (2006), em estudo sobre os profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais, aponta que os profissionais que assistem o paciente HIV positivo ressaltam que nem sempre estão preparados para abordar tais questões e acreditam realizar um trabalho que não é seu.

Vale considerar, nas narrativas estudadas, a alusão ao contexto de nossos serviços de saúde, nos quais predomina o modelo de pronto atendimento e as ações desencadeadas têm por base a queixa de ordem biológica apresentada, que se fecha para qualquer possibilidade de espaço de interação com as mulheres ou, melhor dizendo, com os sujeitos de forma geral, impossibilitando o profissional de apreender o que há por trás dos sinais e sintomas orgânicos.

Por outro lado, neste mesmo cenário, temos a atuação do profissional de saúde que tende a se voltar para o corpo como mero depositário de processos biológicos indicadores de saúde e doença, contrapondo-se às experiências das mulheres, que tendem a interpretar as sensações corporais de acordo com códigos específicos de seu meio, nem sempre congruentes com o desse profissional.

As narrativas dos profissionais de saúde, protagonistas do cenário até aqui apresentado, dão-nos a idéia de sobre qual aconselhamento estamos falando dentro da lógica da assistência às parturientes, cuja prioridade é a urgência e emergência, focada no processo fisiológico do parto.

Nessa perspectiva, não há inclusão dos saberes dos usuários sobre sua saúde, seu corpo e suas experiências de sofrimento. A tudo isso se acrescenta a não integração de diferentes setores e projetos, advindos dos Programas Nacional, Estadual ou Municipal de DST e AIDS, para com a prevenção da transmissão vertical, nesse contexto. Conforme reconhece a fala a seguir, ainda há muito a se fazer.

Enfim, não é fácil enquanto profissional de saúde, não é? [...] atuando na área de saúde junto à rede, existe ainda muito o que fazer [...] coisas que a gente vê em relação à AIDS, coisas que poderiam não estar acontecendo. Mas que não depende só de nós [...]; assim, tenho muita esperança [...], porque as coisas ainda não estão no caminho que a gente gostaria (gestora da unidade).

Quando a depoente cita a rede de atenção da qual o seu serviço faz parte, podemos refletir, diante dos depoimentos expostos neste capítulo, observações e conversas informais ocorridas durante e o trabalho de campo, sobre a pouca articulação dos serviços de média e alta complexidade, a exemplo desse hospital de médio porte com a rede básica e especializada, para a real efetivação de um sistema de parceria, no qual a integralização das ações na rede SUS possa, de fato, acontecer.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Para compreender os caminhos que as mulheres percorrem em direção à infecção do HIV, sífilis e outras DST, é necessário aperfeiçoar a escuta e a abordagem dos profissionais de saúde a esse segmento, respeitando suas especificidades biológicas, psicossociais e culturais, e suas circunstâncias de ser, viver e sentir... (BRASIL, 2007 [a]:18)

Este estudo reuniu elementos que buscaram legitimar a importância de se realizar adequadamente o aconselhamento em DST/AIDS na prevenção da transmissão vertical do HIV, no contexto do hospital maternidade.

Ao descortinar a dinâmica desse serviço nos cuidados para com as demandas recorrentes da saúde reprodutiva feminina materno-infantil e tantas outras responsabilidades, percebe-se que as experiências vividas pelas mulheres na passagem pelo teste rápido anti-HIV se fazem presentes e muitas delas são marcadas pela qualidade da atenção dispensada pela equipe de profissionais que atua na assistência.

Os resultados apontam para a necessidade de se repensar a forma de atuação para atender às demandas determinadas pelo universo da prevenção da transmissão vertical nos seus diversos contextos, mediante as dificuldades da equipe de realizar a abordagem para a oferta e comunicação de resultados pertinentes à testagem do HIV no trabalho de parto pela perspectiva do aconselhamento.

Os achados sinalizam ainda os diferentes sentidos fornecidos pelos diversos atores (profissionais e pacientes) à concepção do aconselhamento, como prática mediadora das intervenções clínicas. Os vários sentidos da prática do aconselhamento, conforme as falas dos depoentes, muitas vezes pareciam estar atrelados à posição (cuidado ou cuidador) que os personagens ocupam na cena do referido contexto. Em ambas as posições, os sentidos atribuídos à prática do aconselhamento em DST e AIDS se revelam a partir da leitura que cada um tem da doença no coletivo, da visão de mundo e do modo como organizam as suas vidas.

Nessa perspectiva, ressalta-se a posição que as mulheres parturientes e puérperas ocupam no discurso do cuidado, a qual termina por imprimir a suas vidas a condição de subalternas às condutas dos partos e a condição de vulneráveis às convicções dos profissionais de saúde. Estas pressupõem que, ao desejar tanto dar à luz, a mulher deve, nesta hora, aceitar qualquer tratamento ou intervenção para não prejudicar o feto, o que parece justificar a não-oferta de alguns procedimentos clínicos, como o *teste rápido de triagem* anti-HIV na admissão para o parto, pois, na condição de mãe e responsável pelo bebê, a mulher tem o dever moral de aceitar sem questionar.

Quanto aos profissionais, pelos depoimentos podemos perceber a ênfase em se fazer cumprir os protocolos, de forma estruturada e racionalmente organizada, alicerçada em determinado tipo de saber (saber operacional ou saber fazer), que se fundamenta tanto no conhecimento científico quanto no conhecimento prático acumulado e que adquire sentido no processo de trabalho. No entanto, quando as intervenções precisam ultrapassar o concreto, o delimitado pela patologia e adentrar o mundo das subjetividades das doenças e dos indivíduos e exigem dos profissionais conhecimentos e habilidades para desenvolver uma abordagem mais contextualizada, centrada no cliente, as relações entre profissionais e pacientes se complicam, deixando nesse processo muitas perguntas sem respostas.

Esse fato pode ser evidenciado na assistência, ao se subestimar a importância da comunicação direta dos seus diagnósticos às parturientes com sorologia negativa para o HIV, desconsiderando-se que as recomendações quanto à adoção de medidas de prevenção sobre o DST/HIV/AIDS e sobre a saúde sexual em geral são fundamentais para percepção de risco e autocuidado. Entretanto, muitas dessas mulheres sequer ficam sabendo que foram submetidas ao anti-HIV em situação de parto.

Assim, conforme observamos, o caráter aplicado, repetitivo, prescritivo como ocorre às solicitações do teste rápido de triagem na admissão para o parto tende a repercutir diretamente no pós-teste, mas especificamente quanto ao comunicado dos resultados para garantir a continuidade nos cuidados com a prevenção.

Nos bastidores das ofertas de serviços de saúde, na maioria das vezes observa-se não haver relação dialógica entre profissional e paciente no âmbito da assistência hospitalar, principalmente em relação à atenção da oferta e comunicação do diagnóstico para com a prevenção vertical do HIV. Este fato se reproduz no pós-teste, por não haver aconselhamento

prévio sobre a testagem do HIV e tende a ser momento de expectativa e tensão. A mulher que estava, até então, distante dos processos decisórios sobre a sua saúde e a do bebê, no âmbito da clínica, nesse momento terá que tomar conhecimento, de forma inesperada, do que se passa com o próprio corpo, pois, mesmo sujeita aos impactos da comunicação superficial sobre o infortúnio, há medidas recorrentes que terão de ser adotadas imediatamente, como a suspensão da amamentação.

Essas medidas, que conduzem a situações de extremos constrangimentos na convivência com as outras mulheres no alojamento conjunto, e em relação aos familiares visitantes, ao serem adotadas pelas puérperas, conforme demonstraram as narrativas, segundo Rabelo, Alves e Souza (1999) são vivências que trazem ainda a sensação de mal-estar, da dor como algo inquestionável, partindo do princípio de que não é vivida por mim, mas trata-se da dor do outro, mesmo que este outro seja próximo e íntimo da minha pessoa.

O estudo chama atenção para o componente programático presente para a resolutividade da testagem do HIV, seja no pré-natal ou nos hospitais maternidades. São aspectos importantes que ao tramitar na linha dos acessos, no que se refere à disponibilização dos insumos na rede, passam pela qualidade das informações, indo até o suporte emocional. Estes vêm determinar a eficácia das ações no âmbito da prevenção da transmissão vertical. Ou seja, não basta apenas disponibilizar insumos, como o teste anti-HIV, preservativos e ou a terapia antirretroviral (TARV) e distribuí-los de forma compulsória à população. É preciso que a ação de disponibilizar tais insumos e estruturas seja movida pela ética do cuidado, observada a singularidade dos sujeitos e identificados seus recursos internos e externos. São aspectos que parecem apontar um caminho seguro para que o profissional vá ao encontro do *outro* e com ele crie laços, garantindo orientações diferenciadas e acompanhamentos equânimes no seguimento da clínica ampliada.¹⁹

Desse modo, as análises dos resultados obtidos nesta pesquisa perpassam pelas representações sociais e a experiência da doença, acreditando que as ações em saúde coletiva, quando alinhadas à proposta pedagógica da autonomia dos sujeitos, resgatam as dimensões sociais e

¹⁹A proposta da clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maiores forem as necessidades de participação e adesão do Sujeito à terapêutica (BRASIL, 2007[a], p. 3).

individuais da doença. Estas, ao serem contempladas e refletidas nas diversas e permanentes culturas das representações e nas experiências individuais do vivido, também podem desencadear outras possibilidades de fazer acontecer o aconselhamento em DST/AIDS.

Neste caso, podemos pensar na certeza de poder desenvolver uma prática dessa natureza fora dos “muros” dos serviços especializados no trato da questão, reconhecidos como detentores do saber no que se refere às práticas de prevenção, tratamento e controle do HIV dos usuários em geral, como os SAE, CTA e Centros de Referência com seus respectivos ambulatórios de infectologia. No entanto, o que se propõe é discutir os desafios a serem enfrentados para que de fato o aconselhamento em DST/AIDS aconteça fora desse âmbito já consagrado pela qualidade da atenção prestada aos sujeitos coletivos.

Portanto, a permanência do aconselhamento como tecnologia de essência humanista disponível para o enfrentamento das questões do SER na epidemia da AIDS é uma urgência, haja vista a negligência com que essa ação vem sendo tratada nos processos de trabalho, considerando-se que é uma prática que preenche as lacunas das regulações médicas, dando visibilidade às histórias de vida das pessoas no processo de adoecimento.

Assim, diante do silêncio instalado em relação ao pré e pós-teste anti-HIV nas salas de admissões, parto e pós-parto às parturientes e puérperas, a atitude de escuta permite ao profissional quebrar esse silêncio e compreender o “outro” como indivíduo, com suas determinações sociais próprias, afastando breves repasses de informações ou orientações normativas e autoritárias típicas ainda de alguns sistemas institucionais e institucionalizantes.

Além disso, a pesquisa destaca que a atitude de escuta não depende apenas de normas, manuais e diretrizes regulamentadas pelo Ministério da Saúde para ser executada. Depende também da visão de mundo dos profissionais de saúde e suas respectivas formações, e como ele (a) constrói e reconstrói seus roteiros e processos para relacionar-se com o usuário/cliente, considerando as suas reais demandas, valorizando seus sentimentos, dúvidas e percepções.

Observar o serviço de saúde foi relevante para produzir conhecimento a respeito do funcionamento do hospital maternidade e agregá-los aos demais achados produzidos pelas narrativas dos sujeitos pesquisados. A passagem pela dinâmica do serviço expostas nesse trabalho, traz a noção de como este serviço organiza suas práticas, direciona suas ofertas, administra seus problemas e acredita no desempenho dos profissionais e seus saberes. Porém,

o retrato que se tem é de uma estrutura organizacional de serviço que precisa redirecionar-se, especificamente quanto à prática do aconselhamento, em relação à atenção dispensada à transmissão vertical do HIV na admissão, parto e puerpério das mulheres.

O que se vê no referido cenário é o seguimento, de fato, do protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV, na operacionalização das práticas dentro da cultura médica racional. No entanto, como prática também recomendada e inscrita no fluxograma de atendimento às gestantes em trabalho de parto, a inclusão e a execução do aconselhamento não acontecem como deveriam.

Como estratégia de cuidado fundamentada no respeito às diferenças e em uma proposta pedagógica, o aconselhamento que prima por uma relação dialógica entre os sujeitos – instituição e comunidade, serviço e necessidades, profissional e paciente – não pode ficar fora dos fluxos de atendimentos essencialmente médicos. Como também não deve ficar fora das agendas e rodas de conversas no âmbito da gestão e planejamento, se realmente se quer mudar, transformar as relações e as realidades para se construir uma proposta integral das ações na assistência.

Em suma, todos os esforços foram realizados dar suporte ao recorte da pesquisa aqui proposto, embora a força e amplitude dessa temática seguramente deixem lacunas, dando margem para que outro recorte seja feito dentro desse universo próprio do processo de investigação.

Desse modo, espero que o estudo sobre o aconselhamento na prevenção da transmissão vertical do HIV na admissão para o parto não se esgote e abra caminhos para novas práticas e novas perspectivas de investigação presentes neste campo. A este respeito, Minayo (2006) afirma que o objeto de pesquisa das ciências sociais é histórico e isto significa que a sociedade humana e seus fenômenos no âmbito da saúde, sociedade e cultura existem em determinado espaço e tempo e, portanto, estão sujeitos a provisoriedade, dinamismo e especificidades característicos de qualquer questão social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R.C.B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.12, n.1, pp. 263-274, jan/mar. 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/26.pdf>> Acesso em: 25/3/2010.
- ALVES, P. C. S.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. S.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência da doença e narrativa**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- ARAÚJO C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: PINHEIRO, R. Mattos, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.
- ARAÚJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R.; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise À luz de uma teoria humanística de enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm*, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, p. 425-431, dez, 2006.
- ARAÚJO, M. A. L; VIEIRA, N. F. C.; BUCHER, J. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção do Brasil: Transmissão vertical do HIV. **Boletim epidemiológico AIDS**, Brasília, DF, Ano III, n. 01, 1ª à 26ª semanas epidemiológicas, jan/jun. 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v.8, n.14, p.73-92, fev, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ, FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- BAHIA. **Assessoria de imprensa**. Salvador, BA, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalsesab/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=10> Acesso em: 12/11/2009.
- BIRMAN, J. **Arquivos do mal: estar e da resistência**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2006. 297 p.
- BRAIT, B. **Bahktin: Conceitos-chave**. Beth Brait (Org.). 2ª edição. São Paulo, SP: Contexto, 2005. 238 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Secretaria-Executiva. **Projeto Nascer**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003 [a]. 80 p. il.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96:** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em 10/1/2009.

BRASIL. Coordenação Nacional DST/AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV.** Brasília, DF, 2003 [b].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS.** Brasília, DF, Ano XVIII, nº 1, 01º a 26º semanas epidemiológicas – jan/jun 2004. Brasília, DF, ano I, n. 1, mar, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico AIDS:** 14ª a 52ª Semanas Epidemiológicas – abr/dez 2002. Brasília, DF, ano XVI, n. 1, dez, 2002 [b].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS:** 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – jan/jun 2006. Brasília, DF, ano III, n. 1, nov, 2006 [b].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS:** 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – jul/dez 2007 / 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – jan/jun 2008. Brasília, DF, ano V, n. 1, dez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Antirretroviral em gestantes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA:** manual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Área Técnica de Saúde da Mulher Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres . **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007 [b].

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007 [a].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Integrado em HIV/AIDS e Sífilis:** Ampliação da cobertura das ações de diagnóstico e tratamento. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF, 2006 [a].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Preservativo Masculino:** Hoje, Mais Necessário do que Nunca! Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso.** Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. 1ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 145. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002 [a]. 282 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília, DF, 2001. 199 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Diretora da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B: Textos Básicos de Saúde. 48 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [a].

BRASÍLIA. Capítulo II: Dos direitos da personalidade. In: BRASÍLIA. **Novo Código Civil.** 2002. Disponível em: <<http://www.cmc.pr.gov.br/down/ccivil.pdf>> Acesso em: 20/1/2010.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf>> Acesso em: 10/1/2010.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 0591, 2007. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1147>. Acesso em: 20/10/2008.

CARVALHO, R.L. *et al.* Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 24, p. 325-328, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n4/20645.pdf>> Acesso em 16/2/2009.

CAVALCANTE, M. S. *et al.* Transmissão Vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 2, p. 131-138, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a08v26n2.pdf>>. Acesso em: 5/2/2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451/95.** Publicada no D.O.U. de 17.03.95, seção I, p. 3666. São Paulo, SP: 10 de março, 1995.

DAMATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro.** 6ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Rocco, 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, n. 3, p. 627-637, set, 2005.

DINIZ, S.G.; MELLO-E-SOUZA, C.; PORTELLA, A.P. Not like our mothers: Reproductive choice and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and house wives. In: PETCHESKY, R. P.; JUDD, K. (Eds.). **Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives Across Countries and Cultures**. 1st edition. New York, NY: Zed Books; 1998. p. 31-68.

DIVINE, B. T. *et al.* Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. **MMWR Recommendations and Reports**. Atlanta: Geórgia, 1999, p. 1-32.

DOMINGUES, R. C. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática de aconselhamento. In: SZAPIRO. M. A. (Org.). Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA . Coleção DST/AIDS e Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8, 2000, 29 p.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Vera Porto Carrero (Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1995, 68 p.

DUARTE, S. J. H. **Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal**. 2007. 82 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS. Campo Grande, MS, 2007. 30 cm. il.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.15, supl. 2, p.121-131, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Graal, 1979. 295 p.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. Mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.17, n.6, pp. 1489-1496, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n6/6975.pdf>> Acesso em: 21/3/2010.

GIDDENS, A. **A transformação da Intimidade**. São Paulo, SP: UNESP, 1993, 230 p.

GOFFMAN E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1988. 160 p.

GOMES, R; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As Representações Sociais e a experiência da Doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set/out, 2002.

GONÇALVES, M. A. S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação & Sociedade**, Campinas, SP, Ano XX, n. 66, p.125-140, abr - 1999.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415113.pdf> > Acesso em: 4/1/2010.

GRIEP, R. H. Perfil de usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento a partir de dados do SI-CTA. In: SZAPIRO, A.M. (Org.). **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência**. 1ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, v. 1, p. 56-73.

GUIMARÃES, C. D. "Mas eu conheço ele!": um método de prevenção do HIV/aids. In: PARKER, R. G.; GALVÃO, J. (Orgs.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará/ABIA/IMS – UERJ, 1996. p. 169-180.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987.

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 200-212.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, supl. 15, Rio de Janeiro, RJ, 2005. p. 57-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>> Acesso em: 5/1/2010.

ISRAEL, G. R. **Como é que eu vou dizer para a gestante? Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV à gestante em trabalho de parto: uma contribuição da bioética**. 2002. 52 fl. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, SC, v. 5, n. 2, p. 291-300, 1997.

KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Eds.). **Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo, SP: Editora 34, 1999. p 121-136.

LIMA, C. R. M. **Aids, Uma Epidemia de Informações**. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: E-paper, 2006, 215 p.

MACHADO, L.D; LAVRADOR, M. C. **Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo**. Revista Vivência, Rio Grande do Norte, RN: UFRN/CCHLA, n. 32, p. 79-95, 2007.

MADEIRA, M.L. *et al.* Escuta como cuidado: é possível ensinar?, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009. p.186-198.

MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A. Os Médicos diante do paciente com Aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v.46, n.5, p. 265-273, 1997.

MANE, P.; AGGLETON, P. Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso - direitos identidades e poder.** São Paulo, SP: Editora 34, 1999. p. 215-228.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2001.

MCCALLUM, C. A.; REIS, A. P. **Passagem solitária:** parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil. Universidade Federal da Bahia. Comunicação apresentada no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa – ICS, Lisboa, 2005.

MEIRELES, E. **Abordagem Centrada na Pessoa:** métodos, influências, visão de ciência e aplicação da teoria de Carl Rogers. Publicação eletrônica não-indexada. Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza, CE, 2002. Disponível em: <<http://www.rogeriana.com/meireles/metodo01.htm>> Acesso em: 4/2/2010.

MELCHIOR, R. **Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência de assistência ao tratamento de AIDS:** uma análise qualitativa. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, SP, 2000.

MERHY, E. E. **Saúde:** A cartografia do trabalho vivo. 1ª edição. São Paulo, SP: HUCITEC, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, SP, v.24, n. 2, p. 70-77, abr/jun, 1991.

MINAYO, M. C. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia Clássica. In: JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). 10ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 89-111.

MINAYO, M. C.. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição. São Paulo, SP: Editora HUCITEC, 2006, 446 p.

MORENO, C. C. G. S.; REA, M. F.; FILIPE, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, PE, v. 6, n. 2, p. 199-208, abr / jun, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n2/30917.pdf>> Acesso em: 4/1/2010.

MORENO, D. M. F. C. **Comunicação do resultado do teste HIV positivo no contexto do aconselhamento sorológico:** a versão do cliente. 2008. 200fl. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2008.

NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, suppl. 2, p. S355-S363, 2003.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, 'cavalo batizado' e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, set, 2007.

NEVES, C. A. B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 3, p. 691-693, mar, 2006.

NEVES, L.A.S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS**: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas. 2005. 129 fl. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, SP, 2005.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, SP, v. 13, n. 2, p. 56-69, mai / ago, 2004.

OLTAMARI, L. C. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schutz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. **Revista Internacional Interdisciplinar Instertesis**, Florianópolis, SC, v. 2, n. 2, p. 1-14, jul / dez, 2005.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. E.; LEAL, O. (Orgs.). **Doença, Sofrimento e Perturbação**: perspectivas etnográficas. 1ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 1998. p. 31-47.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, v. 16, suppl. 1, pp. S89-S102, 2000.

PASSARELLI, C. A. As patentes e os remédios contra a AIDS: uma cronologia. **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, RJ, n. 46, p. 8-9, 2001.

PAULILO, M. A. S. **AIDS: Os sentidos dos riscos**. São Paulo, SP: Veras Editora, 1999. p. 21-61.

PELLEGRINO, A. M. The White coat: reflections from a second-year PA student. **Journal of American Academy of Physician Assistants**, New York, NY, v. 19, n. 7, p. 1-2, jul, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas. In: PINHEIRO, R MATTOS, R.A (Orgs). **Razões Públicas para a Integralidade o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc- IMS/UERJ – ABRASCO, 2009. p. 89-111.

PÓVOA, E.C. **Entre a Escuta e a Ausculta**: uma crítica a racionalidade médica ocidental centrada na medicina baseada em evidências. 2002. 91 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

PUPPO, L. R. **Aconselhamento em DST/ AIDS**: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual de sua fundamentação teórica. 2007. 261 fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, SP, 2007.

QUEIROZ, M.S, Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BRATA, R. B.; BRICEÑO-LEON, R. J. (Orgs.). **Doenças Endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2000. p. 27-46.

QUEIROZ, M.S. Representações Sociais. Uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BRATA, R. B.; BRICEÑO-LEON, R.J. (Orgs.). **Doenças Endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2000. p. 27-46.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999. 264 p.

RIBEIRO, C. *et al.* Interdisciplinaridade no Contexto Hospitalar. **Cientefico**, Salvador, BA, v. 1, Ano IV, p. 1-8, 2004.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.22, n.8, p.1749-1754, ago, 2006.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, n.2, p. 190-199, 1994.

ROCHA, G. V. **O serviço social e o enfrentamento da AIDS no Maranhão**: um estudo sobre as práticas do Assistente Social nos programas de DST/AIDS em São Luís. 2007. 98fl. Tese (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís, MA, 2007.

ROGERS, C. **On Becoming a Person**: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable, 1961.

ROGERS, C.; ROSEMBERG, R. L. **A Pessoa como o Centro**. 2ª reimpressão. São Paulo, SP: Editora EPU, 1977. 228 p.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável**. 2003. 260 fl. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, SP, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. **Nota técnica 04/08**: utilização dos testes rápidos anti-HIV em situações de emergência. Florianópolis, SC, 2008.

SANTAELLA, L. **Comunicação e pesquisa**: projetos para mestrado e doutorado. São Paulo, SP: Hacker Editores, 2001, 216 p.

SCHECHTER, M.; MARAGONI, D. V. **Doenças infecciosas**: conduta diagnóstica e terapêutica. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1998. 704 p.

SCHARAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**. v.11, n.1, p. 57-64, 1995.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1979.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, RJ, v.26, n.7, p. 517-525, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n7/v26n7a03.pdf>> Acesso em: 18/12/2009.

SESAB. Secretária da Saúde do Estado da Bahia / Superintendência de Atenção Integral à Saúde / Diretoria de Avaliação e Acompanhamento da Rede Própria / Diretoria da Rede Própria sob Gestão Direta. **Prontuário do Hospital**. Salvador, 2008.

SORELLE, A. **Aconselhamento e prevenção**: alcances e limites. In: SZAPIRO. M. A. (Org.). Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA . Coleção DST/AIDS e Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8, 2000, 29 p.

SOUZA JÚNIOR, P. R. *et al.* Infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, SP, v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Counseling discourse in anti-HIV testing services. **Interface – Comunic. Saúde Educ**, Botucatu, SP, v.11, n. 23, p. 531-48, set / dez, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UNAIDS. **Aconselhamento e HIV/SIDA**: Atualização técnica da ONUSIDA. Coleções ONUSIDA de Boas Práticas. Nov. 1997.

UNAIDS/WHO. **AIDS Epidemic Update**. 2004. Disponível em: <<http://www.unaids.org/wad2004/report.html>>. Acesso em: 4/5/2010.

VALDISSERI, R.O. HIV Counseling and testing: Its Evolving Role in Prevention. **AIDS Education and Prevention**, New York, NY, supl. B, p. 2-3, 1997.

VELOSO, V. G. *et al.* Testagem anti-HIV em mulheres grávidas no Brasil: taxas e preditores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 42, n.5, pp. 859-867, 2008.

WHO. **HIV in pregnancy: a review**. Geneva: World Health Organization, 1999.

WALLACE, R. A synergism of plagues: “Planned shrinkage”, contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. **Environmental Research**, v. 47, n. 1, p. 1-33, 1988.

ZOBOLI, E. O cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.64-78.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- NEGATIVAS ADMITIDAS PARA O PARTO

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- POSITIVAS ADMITIDAS PARA O PARTO

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES NO PÓS-PARTO

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- NEGATIVAS
ADMITIDAS PARA O PARTO**

IDENTIFICAÇÃO (Verificar ficha de atendimento institucional)	
Nome (fictício):	
Instituição (fictícia):	
Data:	
Nº de registro:	
Idade:	
Resultado do anti-HIV:	
Endereço:	
Telefone para contato:	
Observações:	
DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	
Naturalidade:	
Escolaridade:	
Possui fonte de renda? () sim () não	
Ocupação:	
Renda mensal:	
Mora com quem?	
Situação conjugal: () vive maritalmente ou é casada () solteira () separada () viúva	
Quantidade de filhos:	Quantas gestações?
Observações:	

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Conversa inicial sobre como está a gestante seu bebê e como se sente depois que ele nasceu.

Trajatória antes da maternidade

- Gostaria que você me contasse como foi sua gestação (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Ao longo da narrativa explorar se foi realizado pré-natal e que exames foram feitos. (investigar se foi feito o teste anti-HIV).

- Conte-me como foi que você chegou até esta maternidade, veio acompanhada e por quem.
- Passagem da gestante por outras maternidades.
- Exames que foram solicitados ao chegar aqui maternidade.
- O atendimento aqui na maternidade (investigar como foi o acolhimento, o parto, percepções e expectativas).

Na maternidade

- Fale do momento que você foi aconselhada a fazer o teste.
- O profissional (médico, enfermeira, técnico, assistente social...) que lhe falou sobre o teste anti-HIV (pedir para contar se foi o mesmo profissional que realizou o teste, como profissional ofereceu o teste e o que ele lhe disse).
- Sentimentos em relação aquele momento vivenciado.

Momento do resultado

- Fale do momento que você foi comunicada sobre o seu resultado do teste anti – HIV (o sigilo e a privacidade).
- O profissional que lhe comunicou o resultado (pedir para contar se foi o mesmo profissional que realizou o teste, como o profissional a comunicou o resultado e o que ele disse).
- O entendimento sobre as recomendações (falar sobre o que foi explicado, dito neste momento)
- A espera do resultado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- A reação ao receber o resultado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Sentimentos em relação aquele momento vivenciado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).

Comentários finais

- Sobre o tratamento da equipe de profissionais dispensado a puerpera durante a sua permanência na maternidade (solicitar que a puerpera fale dos cuidados que a ela foram dispensados e quais outros cuidados que poderiam ser disponibilizados).
- A opinião da gestante sobre a oferta do teste para as mulheres no momento do parto (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).

- Sentimentos em relação ao momento atual (deixar a puerpera falar livremente sobre estes sentimentos e expectativas para o futuro).
- Para finalizar: você poderia dizer com uma palavra como foi à experiência vivida na maternidade?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES HIV- POSITIVAS
ADMITIDAS PARA O PARTO**

IDENTIFICAÇÃO (Verificar ficha de atendimento institucional)	
Nome (fictício):	
Instituição (fictícia):	
Data:	
Nº de registro:	
Idade:	
Resultado do anti-HIV:	
Endereço:	
Telefone para contato:	
Observações:	
DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	
Naturalidade:	
Escolaridade:	
Possui fonte de renda? () sim () não	
Ocupação:	
Renda mensal:	
Mora com quem?	
Situação conjugal: () vive maritalmente ou é casada () solteira () separada () viúva	
Quantidade de filhos:	Quantas gestações?
Observações:	

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Conversa inicial sobre como está à gestante, o bebê e como se sente depois que ele nasceu

Trajetória antes da maternidade

- Gostaria que você me contasse como foi sua gestação (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Ao longo da narrativa explorar se foi realizado pré-natal e que exames foram feitos (investigar se foi feito o teste anti-HIV).

- Conte-me como foi que você chegou até esta maternidade, veio acompanhada e por quem.
- Passagem da gestante por outras maternidades.
- Exames que foram solicitados ao chegar aqui maternidade.
- O atendimento aqui na maternidade (investigar como foi o acolhimento, o parto, percepção e expectativas).

Na maternidade

- Fale do momento que você foi aconselhada a fazer o teste.
- O profissional (médico, enfermeiro, técnico, assistente social...) que lhe falou sobre o teste anti-HIV (pedir para contar se foi o mesmo profissional que realizou o teste, como profissional ofereceu o teste e o que ele lhe disse).
- Sentimentos em relação aquele momento vivenciado.

Momento do resultado

- Fale do momento que você foi comunicada sobre o seu resultado do teste anti-HIV (sigilo e a privacidade).
- O profissional que lhe comunicou o resultado (pedir para contar se foi o mesmo profissional que realizou o teste, como o profissional a comunicou o resultado e o que ele disse).
- O entendimento sobre as recomendações (falar sobre o que foi explicado, dito neste momento).
- A espera do resultado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- A reação ao receber o resultado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Sentimentos em relação aquele momento vivenciado (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).

No parto

- As explicações do profissional sobre este momento para a parturiente (pedir para a puerpera contar qual o profissional que a conversou com ela sobre e o que foi dito).
- Descrever os cuidados que os profissionais da maternidade tiveram para com a puerpera neste momento de parto (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).

No pós – parto

- Sentimentos após o parto (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Sobre os profissionais que prestou-lhes cuidados (quais foram os profissionais (ajudar a puerpera a recordar os acontecimentos).
- As recomendações (quais, saber se a puerpera entendeu as recomendações).
- Sobre a não amamentação (saber se houve dificuldades para entender e aderir as recomendações, porque, sentimentos).
- A experiência de ficar no alojamento até a alta hospitalar (o convívio com as outras mulheres pós-paridas, facilidades e diferenças do convívio, deixar a puerpera falar o mais livremente possível).

Comentários finais

- Sobre o tratamento da equipe de profissionais dispensado a puerpera durante a sua permanência na maternidade (solicitar que a puerpera fale dos cuidados que a ela foram dispensados e quais outros cuidados que poderiam ser disponibilizados).
- A opinião da gestante sobre a oferta do teste para as mulheres no momento do parto (deixar a puerpera falar o mais livremente possível).
- Sentimentos em relação ao momento atual (deixar a puerpera falar livremente sobre estes sentimentos e expectativas para o futuro).
- Para finalizar – Você poderia dizer com uma palavra como foi à experiência vivida na maternidade.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO (Verificar ficha de atendimento institucional)
Instituição (fictícia):
Setor:
Data:
Profissão:
Tempo de formado:
Tempo de serviço na instituição:
Nº da entrevista:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Oferta do Teste anti-HIV a gestantes /parturientes na admissão para o parto

Iniciando

- Sobre a AIDS
- Sobre o significado de maternidade

A trajetória profissional

- Tempo de formada
- Tempo de serviço
- Como chegou até aqui

Sobre a prática profissional no cotidiano da instituição

- Os plantões
- A equipe
- O fazer profissional – passo a passo

O aconselhamento

Descreva:

- Os procedimentos para o aconselhamento e testagem de HIV nesta maternidade.
- A oferta do teste anti-HIV no trabalho de parto.

- A comunicação do teste anti-HIV (o profissional que comunica e o momento que é comunicado...).
- O diálogo como paciente.
- Considerações importantes para o aconselhamento em DST e AIDS para parturientes e puerperas.
- As habilidades que você considera necessárias para que o profissional realize o aconselhamento no trabalho de parto.

A testagem

Comente:

- Sobre as questões éticas implicadas na oferta do teste anti-HIV, as mulheres em trabalho de parto.
- As facilidades para a oferta do teste anti-HIV e comunicação do resultado no trabalho de parto em contexto de maternidade.
- As barreiras para a oferta do teste anti-HIV e comunicação do resultado no trabalho de parto em contexto de maternidade.
- A postura profissional frente a decisão de uma gestante/parturiente que não aceite realizar o teste anti-HIV.

O resultado

Relate:

- Sobre a sua experiência de comunicar, “resultado *negativo* para o HIV”.
- Sobre a sua experiência de comunicar, “resultado *positivo* para o HIV”.

Os sentimentos

- Frente às experiências vividas

Finalizando

- Sugestões para melhorar a assistência no parto no que se refere à prevenção da transmissão vertical do HIV? (aconselhamento e manejo das intervenções em geral).

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES NO PÓS-PARTO

Titulo do Estudo: “O Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática”

Meu nome é Patrícia de Lima Fonseca, aluna do curso de mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e estou desenvolvendo uma pesquisa para analisar os cuidados com as gestantes que realizaram o teste anti-HIV no trabalho de parto. A sua participação é grande importância para melhorar as condições de atendimento as gestantes e parturientes nas maternidades, na cidade de Salvador - BA.

Asseguro que será garantido o seu anonimato (o seu nome não será citado) e o sigilo sobre as informações obtidas nas entrevistas que serão gravadas em áudio (gravador). A gravação em áudio facilitará o estudo do seu depoimento e posteriormente as recomendações gerais para a melhoria do serviço.

A participação é voluntária, não terá nenhuma recompensa financeira para o pesquisador (a) nem para o informante. Você é livre para não participar da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhuma consequência, mesmo depois de ter concedido entrevista.

Concordo com os objetivos e aplicação dos resultados do estudo intitulado “O Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática”, cuja autora é assistente social Patrícia de Lima Fonseca, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Além de ter a certeza de que a autora garantirá o sigilo da minha identificação pessoal e familiar quanto ao tratamento das informações por min prestadas. Por tudo isso, consinto que o meu depoimento e as observações que foram necessárias, sejam utilizados na referida pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Informante

Assinatura da Pesquisadora

Telefones para contato:

(71) 33575203

(71) 99717332

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título do Estudo: “*O Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática*”

Meu nome é **Patrícia de Lima Fonseca**, aluna do curso de mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa para **analisar as ações de aconselhamento DST e AIDS às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto do ponto de vista de profissionais de saúde e gestantes**. A sua colaboração será de grande utilidade para produzir reflexões e recomendações benéficas para os serviços, âmbito da prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS na cidade Salvador - BA.

Asseguro que a intenção é garantir o seu anonimato (nome fictício) e o sigilo sobre as informações obtidas, e não deverá causar nenhum desconforto para você e seu trabalho. As entrevistas serão gravadas em áudio, o que facilitará o estudo do seu depoimento e posteriormente as recomendações gerais para a melhoria do serviço.

A participação é voluntária, não terá nenhuma recompensa financeira para o pesquisador (a) nem para o informante. Você é livre para não participar da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhuma consequência, mesmo depois de ter concedido entrevista.

Concordo com os objetivos e aplicação dos resultados do estudo intitulado “*O Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes que realizaram o anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática*”, cuja autora é assistente social **Patrícia de Lima Fonseca**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Além de ter a certeza de que a autora garantirá o sigilo da minha identificação pessoal e familiar quanto ao tratamento das informações por min prestadas. Por tudo isso, consinto que o meu depoimento, as observações das consultas e intervenções por min realizadas sejam utilizadas na referida pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Informante

Assinatura da Pesquisadora

Telefones para contato:

(71) 33575203

(71) 99717332

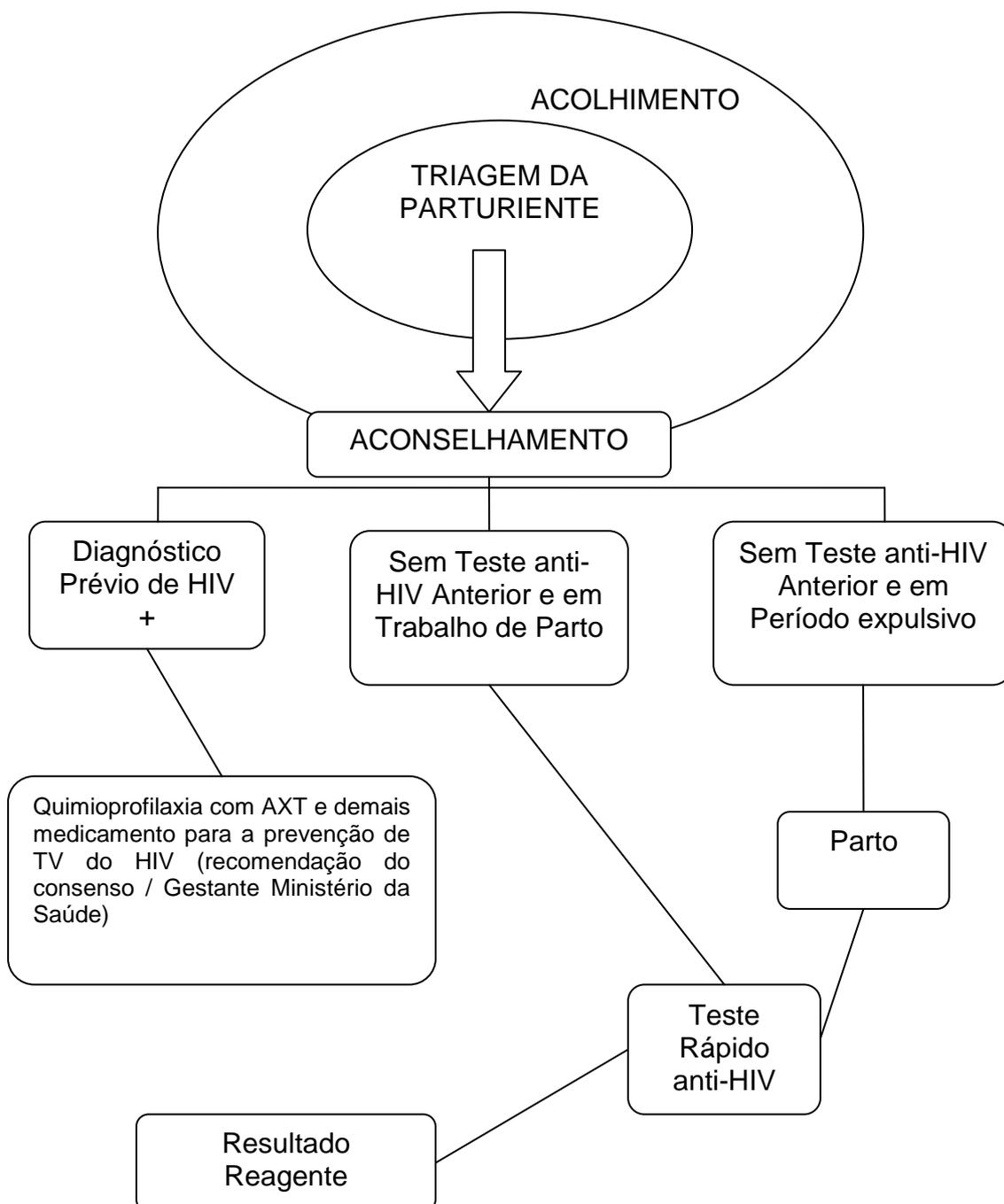
e-mail: limpatryc@hotmail.com

ANEXOS

**ANEXO I – FLUXOGRAMA NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NA
MATERNIDADE**

ANEXO II – PORTARIA n.º 2104/GM

ANEXO I – FLUXOGRAMA NA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NA MATERNIDADE



EXECUÇÃO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV2

1. A execução do teste rápido anti-HIV varia de acordo com sua origem, devendo se respeitar as orientações dos fabricantes para a sua realização de forma adequada. Assim a técnica de execução e interpretação ficarão na dependência do tipo de teste

disponível naquele dado momento. Todo e qualquer resultado do teste deve ser interpretado de acordo com as instruções do fabricante contidas na bula do kit.

2. Observar no recurso visual a execução do teste rápido anti-HIV utilizado em sua maternidade.

Fonte: Ministério da Saúde, Programa Nacional DST/AIDS, Projeto Nascer, Brasília, DF 2003.

ANEXO II – PORTARIA n.º 2104/GM

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que: a quase totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV; a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%; resultados do Protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076), evidenciou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação; outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV; 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%; dados preliminares relativos ao SISPRENATAL (Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento) e as estimativas do uso do AZT injetável (CN DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia; a prevalência de sífilis em parturientes é estimada em 2%; a taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70%; a cobertura de realização de VDRL para sífilis no pré-natal é inferior a 10%; a taxa de mortalidade por sífilis congênita é elevada, podendo atingir 40% dos casos; é necessário se adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV e sífilis à maioria das mulheres, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades.

§ 1º Os objetivos gerais do Projeto ora instituído são:

- I. reduzir a transmissão vertical do HIV;
- II. reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita.

§ 2º Os objetivos específicos do Projeto são:

- I. estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal;
- II. garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;
- III. garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos;
- IV. testar para a sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS;
- V. garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;
- VI. criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;
- VII. implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Art. 2º Determinar que o Projeto Nascer-Maternidades seja desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º No nível nacional, o projeto será coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

§ 2º No nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, no nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos Programas referidos no parágrafo anterior.

§ 3º O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2002.

Art. 3º Estabelecer que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);
- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. administração de inibidor de lactação (quando indicado);
- IV. profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

§ 1º A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não tendo realizado esta testagem durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, sendo que o aconselhamento pré e pós teste deverá ser realizado por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 2º A execução do teste rápido para a infecção pelo HIV deverá ocorrer utilizando-se o algoritmo constante do Anexo desta Portaria, por profissionais de saúde e que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 3º A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera;

§ 4º A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 5º A aplicação das rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da sífilis congênita deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 6º A aplicação das rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Art. 4º Estabelecer que, para dar início ao desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, os seguintes insumos:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (testes rápido);
- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. anti-retrovirais;
- IV. inibidor de lactação;
- V. fórmula infantil.

§ 1º A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa;

§ 2º A Secretaria Executiva, por meio da Diretoria de Programas Estratégicos em Saúde, para a implantação dos seis primeiros meses do Projeto, conforme estabelecido no caput deste

artigo, realizará os procedimentos necessários à aquisição dos insumos listados nos itens I, II, “III” e V.

§ 3º A Coordenação Nacional DST/Aids se responsabilizará pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

§ 4º Findo o período definido no caput deste artigo, a totalidade das maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, desde que possuindo condições técnicas para tal, deverá realizar os procedimentos relacionados no artigo 3º, itens I, II e III, devendo, para tanto, custear essas atividades pela cobrança dos respectivos procedimentos constantes da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

§ 5º Quanto à fórmula infantil, findo o período definido no caput deste Artigo, deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias à inclusão dos testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido), testes para sífilis (microhemaglutinação) e inibidor de lactação na Tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Art. 6º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I. 10.303.0005.4368 – Atendimento à população com medicamentos e insumos estratégicos;
- II. 10.302.0023.4306 – Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- III. 10.302.0023.4307 - Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar prestado pela rede cadastrada do Sistema Único de Saúde;
- IV. 10.303.0003.4327 – Diagnóstico e acompanhamento em doenças sexualmente transmissíveis – DST, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV/Aids nos laboratórios da rede pública;
- V. 10.303.0003.4370 – Atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids -- e das doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- VI. 10.305.0003.3954 – Promoção de práticas seguras sobre prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST, e do vírus da imunodeficiência Humana – HIV síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO

INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV EM PARTURIENTES E PROCEDIMENTOS PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV.

Indicação: Parturiente sem Sorologia Anti-HIV no Pré-Natal
Conduta: Realização teste rápido mediante consentimento verbal da parturiente

· Hipótese 1: Teste não Reagente
Conduta: Não medicar (A);

· Hipótese 2: Teste reagente
Conduta:

1. Iniciar quimioprofilaxia conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
2. Coletar e encaminhar a amostra de sangue para esclarecimento do diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
3. Proceder a inibição mecânica da lactação logo após o parto (Enfaixamento das Mamas) e considerar a utilização do inibidor de lactação (b)

4. Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil;

Após confirmação do diagnóstico (c):

1. Inibir em definitivo a lactação. Isso pode ser conseguido, mantendo o Enfaixamento e/ou administrando-se medicamento específico (inibidor da lactação), segundo critério médico;
2. Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/ laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV;
3. Encaminhar o Recém-Nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

Notas:

(A) Investigar a Condição Clínico - Epidemiológica e, se necessário, encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico. Tentar a realização do teste rápido imediatamente após o parto com vistas a iniciar o AZT para o Recém-Nato e suspender a amamentação.

(B) mediante seu consentimento livre e esclarecido, e quando as evidências epidemiológicas apontam para a chance remota, de vir a ser esse um resultado falso positivo.

(C) Após confirmação do diagnóstico de HIV, notificar a mulher e a criança na ficha de Investigação de Gestantes / Parturientes HIV Positivas e Crianças Expostas.

Brasília, 19 de novembro de 2002.