

Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática*

Patrícia de Lima Fonseca¹
Jorge Alberto Bernstein Iriart²

FONSECA, P. L.; IRIART, J.A.B. STD/Aids counseling for pregnant women who underwent the anti-HIV test on admission for delivery: the meanings of practice. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.395-407, abr./jun. 2012.

The practices and meanings of counseling for pregnant women who underwent HIV testing on admission for delivery, and for healthcare professionals working in childbirth care in Salvador, Brazil, were analyzed. A qualitative study was conducted in a maternity hospital using participant observation and semi-structured interviews with 13 puerperae with no previous diagnosis of HIV and with seven healthcare professionals. It was observed that the anti-HIV test was done compulsorily, without taking into account the pregnant woman's autonomy. The counseling was limited to informing the diagnosis and giving guidance after the test, only to the HIV-positive women. The meanings that permeated the test and the comprehension of the experience and meanings constructed by the women, especially when they were discovered to be HIV-positive, were not addressed by the professionals, who did not feel qualified to deal with the patients' subjectivity.

Keywords: Vertical HIV transmission. Rapid test. Directive counseling. Pregnant women. Healthcare professionals.

Foram analisadas as práticas e os sentidos do aconselhamento para gestantes submetidas ao teste anti-HIV na admissão para o parto, e para profissionais de saúde que atuam na assistência à maternidade em Salvador, Brasil. Foi realizado um estudo qualitativo em uma maternidade, com observação participante e entrevistas semiestruturadas com 13 puérperas sem diagnóstico prévio para o HIV e sete profissionais de saúde. Observou-se que o exame anti-HIV é realizado de forma compulsória, sem considerar a autonomia da gestante, e que o aconselhamento se limita a informar o diagnóstico e dar orientações no pós-teste somente àquelas cujos resultados foram positivos. Os sentidos que permeiam o exame, assim como o entendimento da experiência e os significados construídos pelas puérperas, sobretudo quando se descobrem positivas para o HIV, não são abordados pelos profissionais, que não se sentem capacitados para acolherem a subjetividade das pacientes.

Palavras-chave: Transmissão vertical do HIV. Teste rápido. Aconselhamento diretivo. Gestantes. Profissional de saúde.

* Elaborado com base em Fonseca (2010); pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

¹ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, SESAB/ CEDAP. Rua Comendador José Alves, 240, Garcia. Salvador, BA, Brasil. patricia.lfonseca@saude.ba.gov.br

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Introdução

A epidemia de Aids vem apresentando mudanças importantes em seu perfil epidemiológico nos últimos anos, com destaque para o crescimento do número de casos entre mulheres. Conforme o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS (Brasil, 2007), estima-se que cerca de 90% das pessoas vivendo com HIV no mundo não sabem que estão infectadas, e 46% destas pessoas são mulheres (15,4 milhões). Neste contexto, a prevenção da transmissão vertical do HIV é uma grande preocupação em saúde pública. Segundo estimativas da UNAIDS (2010), nasceram trezentas e setenta mil crianças com HIV em 2009, aumentando para 2,5 milhões o número total de crianças com menos de 15 anos vivendo com HIV no mundo. No Brasil, entre os anos de 2000 e 2009, foram notificados 54.218 casos de infecção pelo HIV em gestantes. Na Bahia, no período de 2000 a junho de 2010, foram notificados 1.548 casos de infecção pelo HIV (Brasil, 2010).

No Brasil, a partir de 1996, o Programa Nacional de DST e AIDS estabeleceu como meta o controle da transmissão vertical do HIV e iniciou a divulgação de ações para a sua prevenção (Brasil, 2002). Estratégias de intervenção, como os esquemas abreviados de AZT e outros antirretrovirais, foram introduzidas com o objetivo de tornar mais acessíveis e efetivas as recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV. Em 2002, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o "Projeto Nascer" (Brasil, 2003), com o objetivo de aumentar a cobertura do tratamento da AIDS e da sífilis, incorporando o uso de testes rápidos anti-HIV, nas maternidades brasileiras, em parturientes que não fizeram os exames no pré-natal da rede SUS.

Apesar de reconhecer que o parto não é o momento adequado para a realização do teste anti-HIV, o Ministério da Saúde considerou indispensável disponibilizar o exame e o tratamento quimioprolático para a mãe e o recém-nascido, dada à ocorrência de possíveis falhas no acesso das gestantes ao pré-natal. 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, p.10). Estudo realizado por Santos et al. (2010), de avaliação do grau de implantação do "Projeto Nascer" em diversos municípios da federação, incluindo Salvador, mostrou, no entanto, a existência de problemas associados às ações de diagnóstico, incluindo o aconselhamento e registro de informações da situação sorológica da gestante. Em 142 observações do pré-parto realizadas, constatou-se que apenas 10,3% das parturientes receberam o aconselhamento (Santos et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 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, p.7).

No Brasil, a partir de 1989, estratégias de testagem e aconselhamento passaram a ocupar lugar de destaque nos programas de prevenção. O aconselhamento se inseriu nas ações propostas pelo Programa Nacional da AIDS, pautado na lógica do pré e pós-teste anti-HIV que, até então, tinha abordagem voltada para o suporte emocional e a aceitação da doença. O aconselhamento, no entanto, transcende o âmbito da testagem e 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.

Segundo Filgueiras e Deslandes (1999), em face das demandas da epidemia de Aids, torna-se premente a realização do atendimento centrado no cliente, priorizando 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. A escuta é quesito fundamental para se apreenderem as necessidades de saúde, considerando-se a alteridade do usuário, respeitando a diversidade humana e oportunizando a construção de caminhos para mudanças na clínica (Pinheiro, Mattos, 2009). Entretanto, não deve haver ruptura entre informar e escutar; ao contrário, o ideal é que estejam articulados.

No cenário da saúde, o aconselhamento aparece como uma 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. Com essa concepção, segundo Moreno (2006, p.38): “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”.

De acordo com a OMS, o acesso das gestantes com resultado positivo para o HIV à prática do aconselhamento é fundamental para se iniciar a prevenção da transmissão vertical do HIV. Sem o aconselhamento, o consentimento informado para realização do teste e conhecimento do *status* sorológico, que garante a inclusão da mulher no processo de cuidado, fica comprometido, independente do resultado do exame. A prática do aconselhamento, no entanto, é complexa e comporta muitos desafios na escuta e interação com os pacientes. A comunicação ao paciente do resultado sorológico para o HIV, por exemplo, é um momento delicado, especialmente quando o exame é realizado no momento do parto.

As questões que originaram este trabalho derivam da experiência da primeira autora, na condição de aconselhadora em um centro de testagem, no atendimento a puérperas encaminhadas pelos hospitais maternidades para confirmação de diagnóstico positivo para o HIV, após serem triadas pelo teste rápido na admissão para o parto. As situações vividas e relatadas por elas diante do resultado positivo para o HIV revelavam sinais de fragilidade, surpresa, sentimento de exclusão, angústia e incerteza em relação à nova condição, sendo que muitas nem mesmo entendiam porque estavam ali. A experiência no atendimento destas mulheres trazia indícios de que o aconselhamento pós-teste no hospital maternidade não estava cumprindo o papel de orientá-las sobre os significados da segunda testagem e situações recorrentes, como parte dos procedimentos necessários para os cuidados com a saúde da mulher e seu bebê. A revisão da literatura sobre o tema apontou a existência de poucos estudos que abordam o aconselhamento, sobretudo no momento do pré e pós-teste do anti-HIV em maternidades.

Essas questões e seus desdobramentos nortearam a elaboração de uma investigação visando produzir dados, a partir do olhar das ciências sociais em saúde, e baseados em entrevistas em profundidade e observação participante no contexto da maternidade, que pudessem subsidiar uma reflexão sobre o aconselhamento no momento do parto. Assim, este estudo teve por objetivo analisar as práticas e os sentidos do aconselhamento para as gestantes submetidas ao teste anti-HIV na admissão para o parto e para profissionais de saúde que atuam em maternidade 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 o ponto de vista de profissionais de saúde e das gestantes sobre o aconselhamento nesse contexto.

Metodologia

Foi realizado um estudo qualitativo, tendo como técnicas de produção de dados: a observação participante em uma maternidade e entrevistas semiestruturadas com gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto e profissionais de saúde que atuam na assistência a estas gestantes. Para abordar o universo simbólico em que se constroem os sentidos sobre o aconselhamento, foi utilizado o conceito de representações na perspectiva das ciências sociais. Este é definido como “um tipo de saber socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social” (Queiroz, 2000, p.25). Parte-se do pressuposto de que as representações de profissionais de saúde e parturientes sobre o parto, o aconselhamento e o teste anti-HIV são construídas a partir de múltiplas fontes, incorporando e reinterpretando o saber biomédico, assim como as experiências de vida dos indivíduos e as concepções culturais sobre corpo, maternidade, saúde e doença.

O estudo foi realizado em uma maternidade de Salvador e em um centro de atendimento a pacientes soropositivos, unidade à qual são encaminhadas as puérperas HIV positivo para confirmação do diagnóstico, consulta ao infectologista e pediatra para acompanhamento do bebê e recebimento do leite artificial. A observação participante, com anotações em caderno de campo, ocorreu na maternidade de maio a dezembro de 2009, totalizando sete meses. Como hospital público de médio

porte e referência em atendimento hospitalar e ambulatorial especializado em saúde da mulher e do recém-nascido, a unidade presta assistência de média complexidade e realiza, em média, trinta partos por dia. As visitas a campo ocorreram duas vezes por semana em diferentes turnos. A observação centrou-se nas rotinas, na dinâmica dos atendimentos e na interação dos profissionais com as pacientes, registrando-se as conversas informais e os eventos significativos, como a chegada da gestante à maternidade até o momento da alta após o parto. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 13 puérperas que não tiveram acesso ao diagnóstico prévio sobre as suas sorologias para o HIV no pré-natal, e que realizaram o teste rápido para o HIV no momento do parto. Entre as mulheres entrevistadas, sete tiveram diagnóstico soropositivo, e seis, soronegativo.

As mulheres com *status* sorológico *negativo* para o HIV foram entrevistadas na própria maternidade. Já, as mulheres com *status* sorológico *positivo* no teste rápido foram entrevistadas quando estiveram sob os cuidados do Centro de Atendimento ao paciente soropositivo. Dada a delicadeza do momento que estas mulheres estavam vivenciando, considerou-se que não seria adequada a realização de entrevistas na maternidade. Das sete entrevistadas, duas provieram da maternidade em que se realizou a observação e cinco de outras maternidades. Foram entrevistadas mulheres provenientes de diferentes maternidades em decorrência da dificuldade de se obter um número suficiente de parturientes HIV positivo, diagnosticadas no momento do parto, na maternidade em que se realizou a observação. A idade das mulheres entrevistadas variou de vinte a trinta anos, sendo que a maior parte tinha o 1º grau incompleto e vivia maritalmente com os seus parceiros.

As entrevistas com profissionais de saúde foram realizadas na maternidade em que se realizou a observação participante. Ao todo foram entrevistados sete profissionais, sendo: três médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira - coordenadora técnica do centro obstétrico e assistência ao parto da maternidade - e uma pediatra, que também é Gestora da Unidade. À exceção da gestora, todos atuam diretamente na assistência ao parto.

Para as entrevistas, foram elaborados dois roteiros semiestruturados, para profissionais de saúde e puérperas. As entrevistas com as puérperas HIV positivo e negativo visavam conhecer os significados associados às experiências do parto e aconselhamento pré e pós-teste rápido. As mesmas foram conduzidas de forma a permitir às mulheres falarem o mais livremente possível. Para contextualizar a história clínica das gestantes, foram utilizados, também, dados registrados nos prontuários médicos. As entrevistas tiveram duração média de quarenta a sessenta minutos, tendo sido gravadas em meio eletrônico e integralmente transcritas.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa, utilizando-se, como categoria *analítica*, o conceito de representações sociais. Em um primeiro momento, se procedeu à leitura exaustiva de todo o material produzido nas entrevistas e na observação participante, visando familiaridade com os dados. Leituras subsequentes permitiram a identificação de temas e padrões recorrentes, assim como a identificação de categorias nativas. A codificação dos dados foi realizada a partir de categorias analíticas, tais como: representações dos profissionais de saúde sobre o aconselhamento e a testagem anti-HIV, sentidos atribuídos pelas mulheres à gestação e a experiência do aconselhamento e do teste anti-HIV na maternidade. Estas categorias foram, em seguida, indutivamente desdobradas em subcategorias, a partir dos temas e padrões de pensamento que emergiam nas entrevistas. A impossibilidade de amamentar e suas implicações, por exemplo, apareceu como uma categoria importante enfatizada pelas mulheres com resultado positivo para o exame anti-HIV.

As práticas de aconselhamento em DST/Aids realizadas no pré e pós-parto foram discutidas e analisadas tendo como contraponto as ações preconizadas nos protocolos e manuais do Ministério da Saúde. Para isso, foi realizada leitura crítica de documentos, como manuais, protocolo, avaliações e diretrizes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), e cumpriu todas as recomendações da resolução 196/969 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultado e discussão

Cenas de parto: a dinâmica do atendimento às parturientes e puérperas na maternidade

Cena 1 - Admissão e pré-parto

A sala de recepção é o local em que a gestante em trabalho de parto espera por uma vaga para a internação. Nesse espaço, encontram-se, também, parentes de puérperas, e é onde se manifestam as expectativas de quem aguarda por informação, atenção, atendimento e resolução. A gestante que chega à unidade em período expulsivo, a depender da sua evolução para o trabalho de parto, tem passagem livre para a sala de admissão ou centro obstétrico. Fora isso, no *hall* de entrada, situado nas dependências internas 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 emergência.

Médica: "Você sente mais alguma coisa? Tem outras queixas?"

Paciente: "Dor de cabeça e vistas escurecendo. Fui ao Hospital C., mas lá disse que não estava no tempo".

Médica: "Você fez pré-natal?"

Paciente: "Fiz. Tive dois abortos (a paciente geme de muita dor)".

O atendimento prossegue, 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. A solicitação é feita sem que a paciente seja consultada ou comunicada sobre a realização da testagem. Em seguida, a parturiente é colocada numa cadeira de rodas, seus pertences entregues ao acompanhante, e levada para o centro cirúrgico, onde ficará até a hora do parto.

Nesse itinerário, há uma sala de pré-parto, composta de poucos leitos, que serve de apoio ao centro cirúrgico. 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 se 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, refletida nos rostos das mulheres que lá se encontram.

Cena 2 – O parto

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. Uma médica diz: "tem que amarrar as pernas, porque parece que ela quer parir no ar [...]".

Aos gritos e gemidos da parturiente se misturam as duras recomendações médicas ditas em tom imperativo e disciplinar. A atenção dos profissionais que atuavam compondo a cena daquele parto estava voltada exclusivamente para o nascimento da criança.

Cena 3 - Pós-parto

As enfermarias da maternidade são alojamentos conjuntos que acolhem as pacientes vindas do centro cirúrgico. Até a alta hospitalar, as mulheres são acompanhadas neste local, dia a dia, por enfermeiras, auxiliares e técnicos, que dão continuidade aos cuidados iniciados na admissão. Este é um dos contextos em que os profissionais de saúde comunicam às mulheres o resultado positivo para o HIV. O resultado pode ser revelado também ainda no centro cirúrgico após o parto, a depender da agilidade

do laboratório na entrega dos resultados do teste rápido. Como os alojamentos são coletivos, as mulheres cujo resultado foi positivo partilham o quarto com outras mulheres. O tratamento diferenciado que recebem por parte dos profissionais de saúde termina por suscitar curiosidade por parte das outras puérperas sobre sua condição de saúde. Não há, na unidade, um espaço reservado para a realização do aconselhamento pós-parto, que, muitas vezes, termina por acontecer com a paciente no leito ou no balcão da enfermagem, sem favorecer o diálogo e a privacidade.

Os dados da observação permitem caracterizar o contexto em que se realiza o teste rápido e a comunicação do resultado do exame anti-HIV na maternidade. Constatou-se que o aconselhamento não é realizado, limitando-se à comunicação do resultado do exame apenas para as pacientes soropositivas. As cenas descritas deixam clara a desumanização que caracteriza o parto na lógica hospitalocêntrica, tal como observado em outros estudos (Diniz, 2005; McCallum, Reis, 2005). As duas primeiras cenas mostram a austeridade, impessoalidade e a expectativa dos profissionais por um comportamento exemplar da parturiente, no sentido de corroborar com 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. 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, e da mulher como gestora dos seus próprios sentidos e direitos, desde quando entenda e reconheça o que está se passando com seu corpo.

O ponto de vista das mulheres: o que o corpo não mostra o coração não sente

“[...] Eu não sabia que estava grávida. Engravidei assim sem esperar; também quando eu descobri que estava grávida, tomei chá, tomei remédio para perder”. (Margarida flor, HIV positivo)

A fala das mulheres sobre sua gravidez trouxe, de forma recorrente, a falta de planejamento da gravidez e o fato de que o risco de contrair o HIV ou outras DST não se constituíam em uma preocupação presente em suas vidas antes ou durante a gestação. Os depoimentos evidenciam, também, as falhas que ocorrem no processo de detecção precoce do HIV durante o pré-natal apesar da preconização das ações profiláticas na gestação.

“[...] 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”. (Camélia, HIV positivo)

“Não, pediu HIV. Só pediu três exames que nem me lembro quais foram. Não falou sobre isso no pré-natal. Eu que perguntei uma vez. Se não ia fazer; ela disse que não precisava [...]”. (Girassol, HIV positivo)

As situações relatadas sugerem deficiências na realização do pré-natal, como: início tardio; falta de recursos da gestante para a busca do resultado; demora na entrega do resultado; acesso difícil aos laboratórios do SUS; a não-oferta do teste anti-HIV à gestante, e ausência de aconselhamento pré e pós-teste. Somam-se a estes, problemas na organização articulada de cuidados que deem aos usuários acesso às informações sobre o sistema de referência e contrarreferências de serviços, que possam ser utilizados para prevenção, diagnóstico e tratamento.

Nas maternidades, embora o aconselhamento seja preconizado pelo Ministério da Saúde como uma ferramenta de manejo a ser usada para a oferta do teste, propiciando um “terreno fértil” para a comunicação do diagnóstico e recomendações, os depoimentos das mulheres sugerem que, na prática, ele não é realizado.

“[...] Não me disseram que era HIV; só me disseram que era exame de sangue...”. (Hortência, HIV negativo)

“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”. [...]” (Acácia, HIV positivo)

Constata-se que o exame do HIV está incorporado à rotina de atendimento das maternidades, sem a abordagem qualificada do aconselhamento, cuja oferta não é priorizada. A maioria das mães entrevistadas, sobretudo as HIV negativas, fez referência a não ter sido comunicada do resultado e nem saber que tinha feito o teste:

“[...] Não falou, não. [...] Verificaram a minha pressão”. (Jasmim, HIV negativo)

“[...] Eu não fui comunicada. Eu não tenho nem noção se foi feito ou se não foi. [...]” (Gardênia, HIV negativo)

As situações vivenciadas pelas mulheres HIV negativo revelam como é perdida a oportunidade de realizar o aconselhamento abordando: prevenção, testagens periódicas, sexo protegido, planejamento familiar e a importância de se fazer o pré-natal com acesso aos testes anti-HIV e VDRL.

Os dados produzidos pela observação na maternidade corroboram as falas das mulheres, mostrando que o exame anti-HIV não é ofertado e sequer apresentado às parturientes, sendo incorporado à prática clínica como mais um elemento na engrenagem hospitalar. 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 e agir, não somente quanto à realização do exame, como também se dar conta da importância da prevenção da AIDS em sua vida. O aconselhamento termina limitado ao pós-parto e apenas para as mulheres com resultado positivo.

Quando o resultado do exame é positivo, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo dessa mulher, bem como a reação ao 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 fiquei sozinha pensando o que ia ser da minha vida. Não me falou mais nada, pegou foi embora [...]”. (Margarida flor, HIV positivo)

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

“[...] se estou com essa doença. Não quero mais viver, fico assim pensando, se eu estiver 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”. (Margarida flor, HIV positivo)

“[...] Porque do jeito que a médica e a outra enfermeira gritou: “Não toque nela assim, não, porque o exame dela deu positivo!”. No momento, a gente sente até uma dor lá no fundo, preconceito, e ainda mais essa coisa de que já pega se tocar [...]”. (Rosa, HIV positivo)

No pós-parto observou-se, na maioria dos depoimentos, uma preocupação para com a nova condição, temendo preconceito e rejeição a partir do momento da revelação do diagnóstico de HIV positivo para os companheiros e familiares:

“[...] não conversei com o parceiro ainda. Pretendo. Eu vou ter que contar [...]”. (Violeta, HIV positivo)

As falas das mulheres expressam a fragilidade própria do período puerperal e os sentimentos conflitantes associados à condição de soropositividade, tais como: ansiedade, solidão e muitas incertezas, entre as quais o receio sobre como a notícia será recebida pelos familiares.

“[...] O tempo todo fiquei comigo só. A enfermeira recomendou que, se desse positivo, novamente procurar fazer o tratamento, a tempo. 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 saber a reação da pessoa”. (Violeta, HIV positivo)

Durante o período do internamento, a impossibilidade de amamentar foi trazida pelas mulheres HIV positivo como uma experiência difícil e sofrida. A amamentação, como afirmam Moreno, Rea e Filipe (2006), tem um forte significado simbólico, e a impossibilidade de amamentar confronta a construção da identidade materna.

No alojamento coletivo, convivendo com outras mulheres recém-paridas, não amamentar implica ser vista como diferente e ter de lidar com o questionamento, por parte das outras mulheres, das razões pelas quais não está amamentando o seu filho. A experiência de não amamentar trouxe constrangimentos, sentimentos de não-valorização como mãe, incompletude e decepção, além do medo de levantar suspeitas sobre sua condição sorológica.

“[...] 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)

“[...] 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. 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. E aí perguntam [...] Por que a merendeira vai levar o leite... Só que tenho vergonha, não falo...”. (Camélia, HIV positivo)

Os depoimentos das mulheres evidenciam a delicadeza da situação e o papel fundamental do aconselhamento, neste contexto, para ajudar as mulheres a enfrentarem a nova condição. Segundo uma assistente social, muitas mulheres negam o resultado do exame e terminam por amamentar escondido. Este fato foi constatado durante o trabalho de campo, quando, um dia, a enfermeira responsável pelo plantão sinalizou à pesquisadora que havia, na enfermagem, uma paciente que tinha parido na noite anterior, com diagnóstico positivo para o HIV. Ela diz que a paciente foi informada do resultado do exame e que lhe foi passada orientação para não dar de mamar ao bebê. A paciente foi também medicada para inibir a produção de lactose. Ela, no entanto, contrariando as recomendações, estava “dando o peito” ao seu filho. O fato foi registrado no prontuário: “[...] a paciente está orientada a não amamentar, mas, mesmo assim, ela está dando mama por conta própria [...]”.

Este caso mostra a complexidade do aconselhamento neste contexto e as dificuldades de sua realização por parte dos profissionais de saúde na maternidade, sobretudo, no que diz respeito a acolher a subjetividade da paciente. O foco dos profissionais de saúde parece centrar-se, sobretudo, em passar informação sem buscar exercitar a escuta. O caso descrito evidencia a necessidade premente da escuta e de sucessivas aproximações, visto que a puérpera necessita de tempo para conceber o resultado recebido no hospital-maternidade e ressignificar-se como mulher e mãe diante da sorologia positiva. A ausência de um aconselhamento centrado no paciente, que estabeleça vínculo e interatividade, pode também contribuir para retardar a busca da puérpera por um de serviço especializado, para a confirmação do diagnóstico, seguimento ambulatorial e tratamento, se for o caso.

O ponto de vista dos profissionais

As falas dos profissionais de saúde trouxeram à tona a estrutura sócio-organizacional do cotidiano na maternidade, descrito como complicado e estressante. As práticas ocorrem dentro de uma dinâmica veloz, onde a organização e a produção do cuidado se dão de forma fragmentada e descontínua, limitando-se a seguir os protocolos, longe de condições ideais no atendimento às necessidades das pacientes. As rotinas de trabalho 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:

“[...] É estressante (risos). Estamos muito expostas aqui [...] A gente que passa na enfermaria todos os dias, final de semana [...]”. (médica residente, ginecologia e obstetrícia)

“A rotina é complicada [...]. São vários procedimentos. [...] trabalho de parto, se ela rompeu a bolsa [...] e outras intercorrências [...]”. (médica obstetra)

As falas dão visibilidade a um contexto, cuja operacionalização do cuidado ressalta o caráter intervencionista e tecnocrático do conhecimento sobre os corpos, visão esta que termina por permear os discursos dos profissionais sobre o aconselhamento e sua prática na maternidade. A análise dos dados evidencia a falta de capacitação dos profissionais de saúde para a realização do aconselhamento, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a dificuldade para realizá-lo no cotidiano da maternidade, no interior de uma estrutura em que prevalece um modelo focado em uma prática curativa, cuja atenção está orientada para o processo fisiopatológico. Como demonstram os depoimentos abaixo, não há lugar para o aspecto relacional do cuidado, que implica acolher a subjetividade do paciente e respeitar sua autonomia:

“[...] O aconselhamento na verdade não existe. A gente acaba não fazendo. Não sei se é falta de conhecimento dos profissionais, ou é falta de ambiente para você fazer isso. [...] Não há tempo para você explicar para ela o exame, se ela concordar ou não. [...] é uma admissão cheia, tem várias pacientes, e que você tem que atender rápido”. (médica especialista em ginecologia e obstetrícia do hospital)

“[...] 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, [...] não perguntamos na admissão aqui, [...]”. (médica residente em ginecologia e obstetrícia)

A dinâmica e as circunstâncias do parto, em especial as situações de urgência e emergência, são trazidas pelas médicas como obstáculos para a realização do aconselhamento para a oferta do teste anti-HIV. É importante observar, no entanto, que muitos partos não são realizados em situação de urgência ou emergência. Durante o trabalho de campo, foi possível observar, na sala de admissão, profissionais de saúde solicitarem às gestantes para aguardarem mais um pouco a hora do parto, porque ainda não estavam em condições de realizá-lo. Esta poderia ser uma oportunidade para informá-las sobre a necessidade de realizar o teste anti-HIV e obter o seu consentimento informado, explicando brevemente a razão do exame e sua importância para a prevenção da transmissão do vírus HIV para o bebê.

Israel (2002), analisando a situação das gestantes em trabalho de parto em maternidades do Rio de Janeiro, discute os dilemas morais implicados na oferta do teste anti-HIV, concluindo que a implantação do teste rápido no trabalho de parto encerra uma intenção beneficente e protetora em relação à criança, pressupondo, no entanto, consonância com o querer das mães, o que sugere o respeito *prima facie* à autonomia pessoal das mulheres. A autora assinala, a partir dos dados produzidos em seu estudo, que não apreendeu qualquer referência à possibilidade de redução efetiva da autonomia ou, mesmo, à impossibilidade de exercê-la de fato nesse contexto.

Os médicos entrevistados ressaltam que a testagem no trabalho de parto é feita de forma compulsória, ou seja, todas as mulheres, indiscriminadamente, são submetidas ao teste rápido. Para as médicas entrevistadas, a ausência de consulta às pacientes advém do receio de que elas se recusem a fazer o teste. Esta incerteza tem levado muitos profissionais 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. O argumento usado pelos profissionais baseia-se na prioridade conferida ao bem-estar da criança que vai nascer, pressupondo que a mãe aceitará a posteriori o fato consumado, por ter sido realizado em prol do bebê.

"[...] 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, ginecologia e obstetrícia).

"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". (médica, ginecologia e obstetrícia).

Os profissionais não levam em conta, no entanto, a importância do aconselhamento centrado no respeito à autonomia do paciente, na escuta e no diálogo, para que, em especial nos casos em que o exame anti-hiv é positivo, as recomendações profiláticas do parto, o cuidado com o recém-nascido e o encaminhamento para a rede especializada para confirmação do diagnóstico sejam bem-sucedidos, evitando o acesso tardio aos serviços de referência.

A falta de capacitação dos profissionais de saúde para a realização do aconselhamento é outro ponto enfatizado nas entrevistas. Em especial, os entrevistados ressaltam a falta de preparo para realizarem a informação do diagnóstico:

"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...". (gestora de hospital-maternidade)

"Essa semana 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." Aí falei: "Não, não me cortei, não". "Ah..., graças a Deus". Aí ela falou assim: "Você tem coragem de falar a ela?". (médica residente em ginecologia e obstetrícia).

A estrutura organizacional da unidade, com escalas de plantão de algumas categorias profissionais, parece dificultar o desenvolvimento de ações numa linha continuada do cuidado. Muitas vezes, a informação sobre o diagnóstico sorológico positivo para o HIV acontece sob uma frágil vinculação entre profissional e usuário, o que não facilita o processo, considerando que o impacto da comunicação desse diagnóstico é significativo no imaginário social dos sujeitos. Nessa perspectiva, fica evidente a dificuldade dos profissionais de saúde para lidarem com as questões subjetivas do processo saúde-doença e adentrarem em uma prática reflexiva junto ao paciente, cuja demanda foge do seu objeto de intervenção – o corpo humano. Neste contexto, por vezes, a responsabilidade para informação do diagnóstico é transferida para o profissional de psicologia. A decisão de ofertar ou solicitar a testagem é tomada pelos médicos na esfera dos cuidados da prevenção da transmissão vertical, sendo os psicólogos chamados apenas para colaborar ou apoiarem o que já foi feito, geralmente num momento pós-parto, quando ocorre um resultado reagente para o HIV. Configura-se, assim, uma prática fragmentada e de caráter assistencialista, como mostra o depoimento a seguir:

"Atendemos as pacientes a partir de solicitação de outros profissionais. [...] quando se vê que a paciente terá problemas no receber esse diagnóstico [...] às vezes, a gente acompanha quando vai dar a notícia ao paciente [...]". (psicóloga)

A provisoriade do diagnóstico obtido pelo teste rápido, na possibilidade de um falso positivo, é outro ponto de dúvidas e incertezas trazido pelos entrevistados quando falam do aconselhamento.

“[...] Temos que falar que o exame daqui [da maternidade] é teste rápido, que ela vai ter que confirmar, e 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 não era. Mas a gente fala que é importante, porque, se for positivo, não pode amamentar”.
(ginecologista/obstetra)

Como afirmam Carneiro e Coelho (2007), o impacto emocional de um resultado positivo é muito forte, mesmo considerando-se o caráter não definitivo do resultado. Segundo as autoras, 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. Como enfatiza Ayres (2004), a interlocução entre os sujeitos na clínica é fundamental para tornar possível um encontro terapêutico com compartilhamento de responsabilidades, recomendações, acordos e encaminhamentos.

A importância da humanização do cuidado através do apoio emocional e da tentativa de se colocar no lugar do paciente aparece nas falas de alguns profissionais de saúde entrevistados, como é o caso da enfermeira entrevistada abaixo:

“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).

Esta visão, entretanto, enfatiza o apoio emocional, mas não aborda a escuta, o diálogo e a autonomia da paciente em suas escolhas. Em muitas falas, o aconselhamento termina por se restringir ao momento pós-teste e a comunicação do resultado positivo para o HIV, o que é insuficiente para garantir a abrangência e plenitude das questões pertinentes ao processo de testagem decorrente do trabalho de parto.

Considerações finais

Os resultados do estudo apontam que o aconselhamento, tal como recomendado pelo Ministério da Saúde, não é realizado nas maternidades, pois esta abordagem não deveria se restringir à informação do diagnóstico no pós-parto e implicaria contemplar apoio educativo, apoio emocional e avaliação de riscos, exigindo tempo suficiente, espaço físico adequado e preparação da equipe para a sua execução. As dificuldades identificadas para a realização do aconselhamento variam desde a inexistência de um local adequado para se estabelecer um diálogo com privacidade com a gestante no pós-parto e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, até a dinâmica de funcionamento da maternidade centrada em uma lógica de produção de cuidado tecnocrática, fragmentada e descontínua.

O processo de aconselhamento em DST e Aids no contexto de maternidade, no entanto, 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. No caso das pacientes com teste HIV positivo, o aconselhamento é fundamental para se evitar o acesso tardio aos serviços especializados. Para as puérperas cujo resultado é negativo, o aconselhamento também é importante na devolução do resultado e na ação educativa visando à redução da vulnerabilidade destas mulheres ao HIV/Aids.

As representações e práticas dominantes sobre a atenção ao parto na maternidade terminam por subordinar o aconselhamento à lógica da assistência às parturientes 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. Neste sentido, a prática do aconselhamento implica mudar a visão da relação terapêutica centrada no processo fisiológico ou fisiopatológico para uma relação centrada na pessoa e que respeite a sua autonomia.

Como afirma Diniz (2005), os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura, centrados em uma assistência baseada nos direitos (*rights-based*), demandam um cuidado que promova o parto seguro e a assistência não violenta, relacionado às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”. Estes objetivos não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados. Assim, é premente que sejam criadas condições para a realização do aconselhamento nas maternidades, enquanto tecnologia de essência humanista, disponível para o enfrentamento das questões do SER na epidemia do HIV/Aids.

Colaboradores

Patrícia Fonseca realizou a pesquisa bibliográfica, o trabalho de campo, a análise dos dados e a redação do artigo. Jorge Iriart orientou a pesquisa, e colaborou na análise dos dados e na redação do artigo.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1º a 20º Semanas Epidemiológicas – janeiro a junho de 2010. **Bol. Epidemiol. Aids**, v.7, n.1, p.3-52, 2010.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Secretaria-Executiva. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. 14ª a 52ª Semanas Epidemiológicas – abril a dezembro de 2002. **Bol. Epidemiol. Aids**, v.16, n.1, p.1-52, 2002.

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

CARNEIRO, A.J.S.; COELHO, E. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.591, p.1216-26, 2007.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saude Publica**, v.15, supl.2, p.121-31, 1999.

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. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002.

MCCALLUM, C.A.; REIS, A.P. **Passagem solitária:** parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2005. (Comunicação apresentada no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa – ICS, Lisboa, 2005).

MORENO, C.C.G.S.; REA, M.F.; FILIPE, E.V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.6, n.2, p.199-208, 2006.

MORENO, D.M.F.C. **Comunicação do resultado do teste HIV positivo no contexto do aconselhamento sorológico:** a versão do cliente. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas. In: _____. (Orgs). **Razões públicas para a integralidade o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2009. p.89-111.

QUEIROZ, M.S. **Representações sociais:** uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SANTOS, E.M. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.19, n.3, p.257-9, 2010.

UNAIDS. **Global report:** UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponível em: <<http://www.unaids.org/globalreport>>. Acesso em: 29 maio 2011.

_____. **Aconselhamento e HIV/SIDA:** atualização técnica da ONUSIDA. Geneva: UNAIDS/ONUSIDA, 1997. (Coleções ONUSIDA de Boas Práticas).

FONSECA, P. L.; IRIART, J.A.B. Aconsejador en ETS/SIDA (Enfermedad Transmisible Sexualmente) para gestantes sometidas a pruebas anti-VIH durante la admisión para el parto: los sentidos de una práctica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.395-407, abr./jun. 2012.

Fueron analizadas las prácticas y los sentidos de aconsejador para gestantes sometidas a pruebas anti-VIH durante la admisión para el parto, y para profesionales de salud que trabajan en la asistencia en maternidad de Salvador, Bahia, Brasil. Fue realizado un estudio cualitativo en una maternidad mediante observación participante y entrevistas con 13 puérperas sin diagnóstico previo de VIH y siete profesionales de salud. La prueba anti-VIH es realizada de forma obligatoria sin tomar en cuenta la autonomía de la gestante y que el aconsejador se limita a informar el diagnóstico y orientaciones posteriores a la prueba, sólo para mujeres cuyos resultados son positivos. Experiencias y significados construidos por las puérperas, principalmente cuando se descubren positivas para el VIH, no son abordados por los profesionales de salud, que no se sienten capacitados para lidiar con la subjetividad de las pacientes.

Palabras clave: VIH/Sida. Trasmisión vertical de VIH. Prueba rápida. Consejo dirigido. Mujeres embarazadas. Profesional de salud.

Recebido em 15/06/11. Aprovado em 21/12/11.

