

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS FÍSICAS E MATEMÁTICAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA**

**AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM CENTROS DE
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.**

Florianópolis/setembro de 2005

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS FÍSICAS E MATEMÁTICAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA**

**AÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.**

Dissertação submetida ao Colegiado do
Curso de Mestrado em Educação
Científica e Tecnológica em cumprimento
parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Educação Científica e Tecnológica

APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 15/09/2005

Dra. Sylvia Regina Pedrosa Maestrelli (Orientadora)

Dra. Adriana Mohr (Co-orientadora)

Dra. Virgínia Torres Schall (Examinadora)

Dra. Terezinha Maria Cardoso (Examinadora)

Dra. Vivian Leyser da Rosa (Suplente)

Dr. José André Peres Angotti

Coordenador do PPGECT

Luciana Gelsleuchter Lohn

Florianópolis, Santa Catarina, setembro de 2005

Dedicatória

À avó Maria (em memória), que compartilhou nos nossos infinitos diálogos o peso e o sacrifício de ser analfabeta em um país de tantas riquezas, apesar de estarmos em pleno século XXI. Vó Maria me revela o quanto à falta de escolarização pode podar o ser humano, mas nunca desencorajá-lo na luta pela sobrevivência e existência.

À minha mãe, Catarina, que sempre me ensina o sabor-valor das letras, palavras, sentimentos. Ensina-me acima de tudo a ética do cuidado, a delicadeza e a perseverança. Inclusive no exercício da nossa relação de mãe e filha.

Ao meu pai, Celso, que me traz uma bela lição de vida pela sua trajetória. Apesar dos anos e da falta de oportunidades nos estudos, não se intimidou e retoma este desafio que é estudar mesmo depois de uma árdua jornada de trabalho na lavoura. Um Pai em busca da leitura das palavras. A sua leitura de mundo, aprendida no seu dia-a-dia, me revela uma leitura com os pés cravados na terra e ao mesmo tempo recheada de esperança e expectativa de vida. Ensina-me, junto a minha mãe, a mais bela lição: a vida é maravilhosa e devemos seguir sempre adiante.

Ao meu companheiro, Hélio, presente em todas as horas: difíceis, felizes, tristes, angustiantes e de ternura. Ensina-me a aprender a diversidade das coisas da vida. Mostra-me o valor da alegria. Compreende com uma amorosidade ímpar as dificuldades desta caminhada. Meu eterno agradecimento.

Ao meu filho amado, Juliano, minha obra maior, da qual sou mestre e aprendiz. A quem dedico este trabalho como exemplo vivo de perseverança e confiança na vida e em cada ser humano.

E por fim, a todas as mulheres, homens e crianças que embora tenham muito a dizer não têm a palavra suficientemente concedida, nem mesmo o direito de Ser Humano...

Agradecimentos

Ao término de uma caminhada, é hora de agradecer a todos que marcaram presença, deixaram suas marcas. É hora principalmente do reconhecimento de que a vida se faz na vivência com outros, na interação, no aprender junto. Desejo agradecer a todos que de uma forma ou de outra compartilharam desta caminhada, ora mais próximos, ora nem tanto. Uma caminhada árdua, de muitas conquistas, que chega ao final; a todos que comigo a compartilharam, meu eterno agradecimento.

À minha orientadora Sylvia e à co-orientadora Adriana pela dedicação, atenção e apoio nesta caminhada desafiadora e instigante, onde muitas dificuldades foram superadas e outras ainda estão em processo;

Ao meu filho Juliano, obrigada pela presença sempre amiga, pelo incentivo e compreensão pela minha ausência em tantos momentos de nossas vidas. Filho, tenha certeza que os nossos momentos sempre estão em tempo de serem vividos;

Aos meus irmãos e irmã pela presença, que de uma forma ou outra, contribuíram para chegar ao final de mais esta caminhada;

À Ana Patrícia, pela participação e companheirismo na partilha das dificuldades e satisfações desta caminhada e de tantas outras do cotidiano. Meu muito obrigado por seu trabalho, carinho e atenção;

Aos meus queridos sobrinhos, de modo especial à Maria Júlia, que é concebida e gestada durante a realização deste sonho. Ela me mostra, ao vivo, o espetáculo da vida. Ao Gabriel que me faz nutrir o amor mais sincero, compartilha comigo a sua ternura e me faz sentir que toda forma de amor vale a pena. Meu abraço e amor;

Aos amigos, que felizmente é difícil enumerar. Também me é difícil correr o risco de esquecer momentaneamente de alguns, porque estão todos presentes nos meus pensamentos e sentimentos. Nesta etapa de minha vida, destaco em especial Sandra, Denisia, Rosiane,

Marina, Cleonete, Luciano, Isaías, Emanuele, Taíza, Fabíola, Henrique e tantos outros aos quais crescemos neste convívio. Porém, de modo especial à Bel (Isabel Berois), pelas conversas e trocas de idéias que foram fundamentais para o desfecho deste trabalho e continuidade de nossas vidas, e à Grasiela, cujo apoio foi fundamental para a apresentação desta dissertação;

Aos colegas de trabalho do Instituto de Cardiologia, em especial Rita e Cida; da Escola de formação em saúde; da Diretoria de Desenvolvimento Humano e principalmente ao pessoal da Escola de Saúde Pública, com os quais compartilho os momentos finais desta pesquisa e que foram bastante solidários à minha caminhada. Kristiane, Francisco, Rozilda, Alexandra, meu muito obrigado pela extrema compreensão e amorosidade com minha trajetória;

Às famílias Francisco, Gelsleuchter e Lohn, pelo estímulo, compreensão e carinho;

Ao povo brasileiro que custeia, através de pagamento de tributos, entre outros, a minha permanência nesta Universidade Pública, Gratuita e de Qualidade. Povo ao qual reconheço o meu dever e compromisso de retribuir com meu trabalho e expandir o acesso das pessoas ao conhecimento socialmente construído e acumulado. Conhecimento este tão pouco socializado;

Aos usuários dos serviços de saúde que me ensinam a humildade, o valor da luta pela vida, a lição apesar da dor, a sua capacidade infinita de acreditar que seguir em frente é necessário e possível;

Aos colegas profissionais da saúde com os quais muito aprendo nestes 15 anos dedicados ao trabalho na área da saúde. Há grande aprendizado. Crescemos neste processo. Aprendemos a fazer-nos profissionais, humanos, sensíveis à vida;

Aos profissionais que trabalharam no anonimato para que fosse possível a realização desta pesquisa, meu muito obrigado;

Aos profissionais das instituições pesquisadas, meu muito obrigado pela colaboração neste estudo, especialmente as entrevistadas;

Ao Carlos de Moraes, pelas correções de textos realizadas com cuidado, responsabilidade e apreço;

Aos colegas de mestrado, pelo compartilhar de experiências e dificuldades nesta caminhada, pelo encorajamento nos momentos difíceis, de modo especial ao Lúcio Silvério.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica, pelo aprendizado e compreensão nesta caminhada; em especial ao Prof. Demétrio, Profa. Vivian e Profa. Nadir.

A todos vocês o meu sempre muito obrigado.

O Que é, o Que é? Gonzaguinha

Composição: Gonzaguinha

Eu fico com a pureza da resposta das crianças
 É a vida, é bonita e é bonita
 Viver, e não ter a vergonha de ser feliz
 _Cantar e cantar e cantar
 A beleza de ser um eterno aprendiz
 Ah, meu Deus, eu sei, eu sei
 Que a vida devia ser bem melhor e será
 Mas isso não impede que eu repita
 É bonita, é bonita e é bonita
 E a vida?
 E a vida, o que é? Diga lá meu irmão
 Ela é a batida de um coração?
 _Ela é uma doce ilusão? ê ô
 Mas, e a vida ?
 Ela é maravilha ou é sofrimento?
 Ela é alegria ou lamento?
 _O que é, o que é, meu irmão?
 Há quem fale que a vida da gente
 É um nada no mundo
 É uma gota no tempo
 Que não dá um segundo
 Há quem fale que é um divino mistério profundo
 É o sopro do Criador numa atitude repleta de amor
 Você diz que é luta e prazer
 Ele diz que a vida é viver
 Ela diz que o melhor é morrer
 Pois amada não é, e o verbo é sofrer
 Eu só sei que confio na moça
 E na moça eu ponho a força da fé
 Somos nós que fazemos a vida
 Como der, ou puder ou quiser
 _Sempre de...sejada, por mais que esteja errada
 _Ninguém quer a morte, _só saúde e sorte
 _E a per...gunta roda, e a cabeça agita
 Eu fico com a pureza da resposta das crianças.

Resumo

Neste trabalho procuro investigar a ação educativa em saúde realizada em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) de Santa Catarina. O aconselhamento é uma das ações desenvolvidas pelo CTA, e tem por objetivo trabalhar a prevenção em DST/HIV/AIDS, bem como oportunizar a testagem sorológica dos usuários que buscam esse serviço. O estudo do aconselhamento em DST/HIV/AIDS se faz necessário para entender a Educação em saúde realizada nos CTAs, pois, de acordo com as Diretrizes Nacionais, essa ação tem caráter educativo.

Busquei entender a natureza da ação educativa em saúde, frequentemente entendida como sinônimo de informação em saúde. Ambas são relevantes, mas são apropriadas para diferentes contextos e, sem dúvida, não se substituem. Assim sendo, a questão norteadora deste estudo consiste na compreensão do que é uma ação educativa em saúde, pelos profissionais de saúde. A fim de conhecer melhor o problema, procurei caracterizar e analisar as chamadas ações educativas realizadas em CTAs de quatro municípios do Estado de Santa Catarina, duas cidades com grande fluxo de turistas e outras duas com menor fluxo. Para tanto, busquei identificar os profissionais que realizam o aconselhamento, conhecer suas concepções sobre educação em saúde (ES) e compreender a visão desses profissionais quanto às chamadas ações educativas em saúde, verificando o significado e a importância do aconselhamento no contexto de prevenção à AIDS.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizada a metodologia qualitativa, e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais aconselhadores dos CTAs estudados. A educação dialógica e problematizadora de Paulo Freire foi o principal referencial teórico deste trabalho, e considero que esta concepção de educação deva ser o alicerce das ações educativas em saúde.

Durante a realização das visitas e entrevistas foi possível perceber o privilegiamento do aconselhamento em detrimento de outras atividades de prevenção das DST/HIV/AIDS, como por exemplo, as atividades comunitárias. Além disto, a chamada ação educativa não se constitui enquanto um processo educativo em consequência de diversos fatores, tais como o pouco conhecimento do processo educativo por parte do aconselhador e o reduzido tempo destinado ao aconselhamento.

Ao término deste trabalho, aponto para a necessidade de os profissionais e os gestores dos órgãos de saúde repensarem as ações que estão sendo chamadas de ações educativas em saúde, para que estas realmente se constituam como tal, o que, no caso do aconselhamento,

sem dúvida potencializaria a prevenção das DST/HIV/AIDS. O aconselhamento consiste em uma prática de atenção à saúde que pode ser muito mais eficaz, desde que realizada como uma verdadeira ação de educação em saúde, pois atualmente ele tem sido, na maioria das vezes, um processo de informação em saúde.

Sugiro o investimento em formação continuada dos profissionais aconselhadores e a maior integração dos CTAs com a comunidade. Destaco a importância das atividades comunitárias como estratégia de conscientização e educação em saúde, privilegiando a participação efetiva da comunidade no cuidar da vida.

Abstract

In this work, the autor investigates the educational action undertaken in the “Centros de Testagem e Aconselhamento” [Centers for Testing and Counseling] (CTAs) of Santa Catarina, Brazil. Counseling is one of the important activities endorsed at CTAs and its goal is to help prevent STDs/HIV/AIDS; the other is to make blood testing available to CTA clients. The study of such counseling is necessary to better understand the kind of education carried out at the CTAs, since these actions definitely have an educational character, according to the National Directives [for Education].

The author seeks to understand the nature of educational action regarding health, which has often been taken to be synonymous with information about health. Both are relevant, but each is appropriate in a different context and they are certainly not interchangeable. Thus, the point of this study is to comprehend what educational action on health as undertaken by health professionals should turn out to be. In order to become better acquainted with the matter, the author has attempted to portray and analyze educational actions performed at CTAs in four cities in the state of Santa Catarina. To achieve this, she seeks to identify the professionals who actually give counseling, becoming familiar with their notions of education on health (EH), and understanding what their outlook on educational action on health is regarding the meaning and importance of counseling in the prevention of AIDS.

This work was developed upon a qualitative methodology. Semi-structured interviews were conducted with the professional counselors from the CTAs. Paulo Freire’s dialogical, question-raising approach to education was the main theoretical reference for this work, and the author holds this approach to be the foundation for educational actions on health.

During the visits and interviews, it was notable that counseling was privileged over other forms of prevention of STD/HIV/AIDS - communal activities, for instance. Also, as a result of many factors, such as the lack of knowledge about the educational process on the counselor’s part and the reduced amount of time dedicated to counseling, educational action does not constitute an educational process.

At the end of the work, the author points out the need of having health professionals and managers of health institutions to rethink the actions now being called “educational actions on health,” so that they might actually become just that, which in the case of counseling would certainly enhance the prevention of STD/HIV/AIDS. Counseling is an act of giving attention to health that may be much more effective as long as it is performed as a

genuine act of education on health, instead of becoming a process of giving information on health as most often takes place.

The author suggests investments in the continuity of preparation of counseling professionals and a wider integration between CTAs and the community. She stresses the importance of communal activities as a strategy to increase health consciousness and education on health, privileging the current participation of the community in the care-taking of life.

Lista de siglas:

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Diretoria de Desenvolvimento Humano (DIDH)

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVE)

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

Educação em Saúde (ES)

Ministério da Saúde (MS)

Organização Mundial de Saúde (OMS).

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Programa de Saúde da Família (PSF)

Secretaria de Estado da Saúde (SES)

Serviço de Atendimento Especializado (SAE)

Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS).

Sistema de informatização do CTA (SICTA)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

“A paixão é a grande artesã do conhecimento”.

(Restrepo, 2001, p.123).

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1 Origem do estudo e trajetória pessoal: uma caminhada entrecruzada.	1
1.2. Delimitação do cenário de trabalho, perguntas de investigação e objetivos.....	4
1.3. Estrutura do texto.....	5
2. Qual a relevância em estudar a ES para os serviços de saúde?	7
3. Educação em saúde	12
3.1. Educação em saúde: conceito polissêmico	12
3. 2. Educação em saúde a partir de um enfoque freireano	19
3.3. Educação em saúde no sistema de saúde	30
4. Os CTAs.	33
4. 1. A criação, estrutura e funcionamento dos CTAs	33
4.2. O aconselhamento enquanto forma de enfrentamento da AIDS.	37
4.3. Os recursos humanos e sua capacitação	40
4. 4. As Diretrizes Nacionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento	42
5. A metodologia de investigação dos CTAs	44
5. 1. Revisão bibliográfica	44
5. 2. Entrevistas: limites e possibilidades	46
5. 3. Roteiro das entrevistas	47
5. 4. Escolha dos CTAs e dos entrevistados	49
5. 5. Realização das entrevistas.....	50
5. 6. Forma de registro/transcrição	51
5. 7. Blocos de análise.....	51
6. Processo educativo realizado no CTAs: Análise das entrevistas a partir dos blocos de análise.	54
6. 1. Dados Gerais do aconselhamento	55
6. 1. 1. Perfil dos aconselhadores	55
6. 1. 2. Tempo destinado ao aconselhamento e número de usuários atendidos	64
6. 1. 3. A população atendida nos serviços dos CTAs	65
6. 2. O aconselhamento na visão do aconselhador	69
6.3. O processo dito educativo realizado no CTA	81
6. 4. As atividades extramuros: em que consistem e como são realizadas	91
6. 5. A formação profissional	95
7. Novas perspectivas para a educação em saúde nos serviços de saúde.	102
7. 1. A ação educativa: entre o idealizado e a realidade	102
7. 2 Quando informar se confunde com educar	110

7. 3. A realidade de trabalho e a viabilidade de desenvolvimento de uma ação educativa em saúde: considerações finais.....	113
8. <i>Referências Bibliográficas</i>	117
9. <i>ANEXOS</i>	124
Anexo 1: Álbum Seriado	124
Anexo 2: Folhetos informativos	127
Anexo 3: Formulário de Aconselhamento	131
Anexo 4: Roteiro de Entrevista.....	133
Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	135
Anexo 6: Transcrição das Entrevistas.....	136
Anexo 7: Próteses Pélvicas para Demonstração do Uso Correto dos Preservativos Masculinos e Femininos.....	199

1. INTRODUÇÃO

1.1 Origem do estudo e trajetória pessoal: uma caminhada entrecruzada.

Este estudo tem sua gênese em minha experiência profissional num Centro de Saúde da Rede Municipal de São José, no ano de 2002. Desenvolvi nesse local um trabalho durante oito meses no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS).

No desenvolvimento de minhas atividades, durante os treze anos de trabalho na assistência de enfermagem, fui percebendo a necessidade de dar um enfoque especial ao trabalho educativo. Esta necessidade era perceptível em muitos momentos da minha caminhada nos diversos serviços de atenção à saúde.

Porém, a necessidade de desenvolver de modo atento à questão educativa nos trabalhos se tornou evidente para mim ao trabalhar no CTA/SAE. Em especial no atendimento ao balcão e no diálogo estabelecido com os usuários que buscam o serviço durante a realização dos mesmos. Chamou-me a atenção o fato de que, no discurso dos profissionais e na legislação, a educação em saúde (ES) é parte importante para o enfrentamento da epidemia de AIDS e o enfoque educativo é acentuado inclusive pelo Ministério da Saúde (MS) em relação ao processo do aconselhamento.

Outros documentos mencionam ainda a importância da educação no contexto da promoção da saúde. Dentre esses documentos destaco a Declaração de Alma-Ata resultado da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão, URSS¹) em 1978. Segundo Green (1983), este documento “(...) deu novo significado e nova vida a estes conceitos e à meta da Saúde para Todos no Ano 2000. Os cuidados primários de saúde foram identificados como a chave para que a meta fosse atingida, e a educação sanitária como o primeiro de oito elementos essenciais dos cuidados primários (p.13)”.

¹ União das Repúblicas Soviéticas Socialistas.

Ainda sobre o panorama de promoção à saúde², Xavier (1991) em uma pesquisa etnográfica onde busca conhecer a realidade das vilas de Porto Alegre objetivando adequar o ensino médico à realidade local, menciona a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde como importante estratégia para conquistar a motivação política, no que tange aos interesses de difundir e concretizar a proposta de “Saúde para Todos”. Esta discussão é assunto em voga no momento dos avanços significativos na área da saúde. Dentre eles destacam-se: o aumento da tecnologia na produção de medicamentos, inovações nas formas de diagnóstico (ênfase no diagnóstico por imagem) e os demais avanços na promoção, prevenção e assistência à saúde.

Entretanto, parte significativa da população fica à margem do acesso aos avanços na tecnologia e ao saber na área da saúde, bem como em outras áreas que dizem respeito à constituição humana. Xavier (1991) menciona ainda que o Brasil, ao viver o período da ditadura militar, não envia representante à conferência internacional. Fato que é criticado pelo então Diretor Geral da OMS (Organização Mundial de Saúde).

A ausência da representatividade brasileira, naquele período, pode ser reflexo das políticas públicas vigentes. Políticas estas direcionadas a uma espécie de desinteresse por ações de prevenção e promoção da saúde. Esta ausência também se materializa, de modo semelhante, no cotidiano das ações de saúde.

Atualmente, as políticas públicas para a saúde tendem a priorizar as ações em nível de atenção primária, conhecidas, pelo MS, como “Atenção Básica de Saúde³”. Esta tendência é fruto da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema tem entre seus princípios, a descentralização, a integralidade e a equidade na atenção à saúde.

No Brasil, os Programas de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) constituem esta tendência de descentralização, integralidade e equidade em construção. Conforme se verifica na “(...) *publicação da NOAS/SUS 01/01 [que] reafirmou a priorização da Atenção Básica pelos gestores das três esferas de governo como essencial à organização dos sistemas de saúde e ao processo de regionalização, englobando um conjunto de ações que devem ser ofertadas em todos os municípios do País, independente de seu porte*” (Brasil, 2003, p.140).

² O termo “Promoção à saúde” é utilizado para designar atividades relacionadas à prevenção, atividades que compõem a atenção primária em saúde, não incluindo aqui, as atividades de recuperação da saúde.

³ O termo “Atenção Básica de saúde” é equivalente a “atenção primária à saúde” que designa as atividades de promoção e prevenção da saúde.

Possivelmente os altos custos financeiros com a atenção superespecializada incitam os gestores de saúde a buscar outras formas de viabilizar o acesso de uma parcela significativa da população a estes serviços. Buscam inclusive redução de custos para a manutenção da estrutura de atendimento à saúde. (Brasil, 2003, Santa Catarina, 2002).

No desenvolver do trabalho no CTA manifestei o desejo de desenvolver atividades de prevenção das DST/AIDS entre adolescentes, nas escolas da rede pública municipal e/ou estadual. Possivelmente, esta preocupação tem relação com minha formação em ciências humanas, Pedagogia.

Esta atividade de prevenção nas escolas abrange um público-alvo considerável. Público este que está iniciando sua vida sexual ativa e geralmente carecem de conhecimentos que possibilitem aos mesmos compreenderem o sentido da prevenção no seu próprio corpo.

No entanto, a Coordenação do CTA e conseqüentemente a Secretaria Municipal de Saúde de São José, naquele momento, parecem dar prioridade ao atendimento à demanda por triagem sorológica com o intuito de detectar e tratar as pessoas soropositivas. Apesar do Ministério da Saúde (MS) preconizar a proposta de trabalho de prevenção ao HIV/AIDS como atividades extramuros⁴.

Deste modo, a atividade de prevenção para além do espaço físico do CTA fica inviabilizada. Esta situação também pode ser verificada nas palavras de Teixeira, que vem referenciar o privilégio da prática curativa:

Pesquisas mostram que pouco se investe em prevenção, que a política nacional de saúde, enfatiza o privilegiamento da prática curativa assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde com caráter preventivo e de interesse coletivo, incluindo a educação para a saúde. Em termos de recursos financeiros, são gastos em média 84,2%, dos recursos destinados à saúde em ações curativas, representando apenas 15% para programas preventivos e educacionais (Teixeira, 1985).

Partindo das premissas apresentadas e exploradas nos parágrafos anteriores sinto, a necessidade de trazer essas questões e explorar e compreender tais demandas de modo sistematizado. Ou seja, apenas perceber tal dificuldade não me é suficiente. Nesse sentido é que me proponho a realizar algumas análises e compreensões que desenvolvo ao longo destes escritos.

Utilizo o termo usuário para designar a pessoa que busca atendimento na saúde pública. Entendo o usuário como um ser histórico e ativo. Ser que, ao buscar o serviço de saúde, o faz com sua história de vida, suas crenças, medos e desejos. Um ser humano composto por todas estas facetas. Ou seja, um ser que na sua singularidade busca superar as suas dificuldades e necessidades. A terminologia utilizada para designar a pessoa que busca atendimento nos serviços de saúde é alvo de discussão e ainda não há uma definição comum. Algumas publicações atuais do Governo Federal e outros autores desta área também utilizam o termo “usuários”, outros ainda utilizam o termo “pacientes” e até mesmo “clientes” ou “doentes”; raras publicações são encontradas denominando-os “sujeitos”.

Abro mão do termo paciente, porque tal termo me remete a compreendê-lo como um ser de passividade, submissão. É possível afirmar que a singularidade de cada usuário interfere e/ou condiciona o processo de saúde-doença.

Em certa ocasião, ao buscar atendimento médico, em uma policlínica de atendimento do SUS, encontro sobre a mesa do médico uma frase posicionada de forma que os usuários pudessem ler: *“Não se deixe intimidar por médicos e enfermeiros, pois, mesmo que você esteja no hospital, continua sendo o seu corpo que está em jogo”*.

Esta afirmação traz à tona a compreensão de que é a sua vida, emoções, medos, desejos, a dignidade humana que “estão em jogo”. A sua possibilidade de intervenção, de decisão e de querer compreender aquilo que diz respeito a si mesmo.

1.2. Delimitação do cenário de trabalho, perguntas de investigação e objetivos

Minha experiência profissional na área ambulatorial e hospitalar, bem como as considerações acima citadas, me incentivam a desenvolver esta pesquisa, cujo objetivo é analisar o processo de aconselhamento realizado nos CTA/SAE.

Este estudo visa discutir os aspectos relacionados às ações educativas realizadas pelos aconselhadores junto aos usuários dos CTAs. Portanto, não é intenção desta pesquisa abordar dados estatísticos, epidemiológicos, inovações e avanços no diagnóstico e adesão ao tratamento, pois tais aspectos têm sido amplamente discutidos por outras pesquisas na área biomédica.

⁴ Atividades Extramuros é um termo utilizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Tal termo diz respeito às atividades relacionadas à comunidade atendida pelo CTA. Ou seja, para além dos “muros” do CTA. Sobre este assunto, trabalho mais detidamente no item 6.4 do capítulo 6.

Pretendo com esta pesquisa identificar e analisar a compreensão dos profissionais da saúde a respeito do processo educativo nas ações em saúde e de prevenção. Processo este realizado nos serviços de saúde, caracterizados como referência para atendimento das DST/AIDS.

Desta forma, investigo o significado deste processo para os profissionais da saúde envolvidos, bem como sua formação para o desenvolvimento de atividades educativas e o suporte teórico/metodológico que recebem para desenvolver suas funções no Programa de prevenção, objetivando cumprir o proposto na documentação que implanta e regulamenta o CTA (Brasil, 1999). Esses documentos sustentam uma intenção de se efetivar o aconselhamento como processo educativo, entendendo-o fundamentalmente como troca mútua de saberes e experiências entre usuários e profissionais da saúde.

Este cenário permite elencar as perguntas que orientam esta pesquisa. O que se entende por ações educativas em saúde? Quais seus objetivos? Como desenvolver estas atividades nos CTAs? Quem é responsável por tais atividades? Em que consiste e como se caracteriza uma ação (dita) educativa em saúde realizada no CTA?

Fundamentada e orientada por estes questionamentos considero que o objetivo geral do estudo é caracterizar e analisar as ações (ditas) educativas realizadas no processo de aconselhamento nos CTAs de quatro municípios do Estado de Santa Catarina, os quais serão descritos no item 5.4.

Os objetivos específicos são: caracterizar os profissionais que praticam o aconselhamento; suas concepções sobre educação em saúde (ES); analisar a visão desses profissionais quanto às ações em saúde (ditas) educativas, verificando o significado e a importância do aconselhamento; descrever como o processo de aconselhamento e outras ações em saúde são realizadas nos CTAs visitados.

1.3. Estrutura do texto

O texto é composto por 7 capítulos. Na introdução, descrevo a concepção e origem deste trabalho, contando minha trajetória pessoal.

No segundo capítulo justifico ao leitor a importância de estudar a ES no contexto da epidemia da AIDS, sinalizando para sua importância nas demais ações em saúde.

O referencial teórico e epistemológico é descrito no capítulo três, fazendo uma breve incursão no contexto histórico da ES e mostrando sua importância no SUS.

No capítulo quatro, apresento a descrição do CTA, instituição de educação não-formal onde realizei as entrevistas que fundamentam e fornecem o material analítico para este trabalho. O CTA tem uma dinâmica de atendimento diferenciada em relação aos demais serviços de saúde. Descrevi em detalhe o aconselhamento em DST/HIV/AIDS, atividade investigada neste estudo.

No quinto capítulo, descrevo a metodologia utilizada neste estudo e organizo os blocos de análise dos dados.

A descrição dos resultados acontece no capítulo seis, onde apresento os dados mais importantes da investigação, comentando-os, e dialogo ora com alguns autores, ora com as entrevistadas.

No capítulo sete apresento a análise dos resultados deste estudo. Aqui indico os pontos frágeis do aconselhamento. No entanto, não me atenho a eles, prossigo sinalizando para as possibilidades de investimento e potencialização das ações educativas em saúde. Aponto para a necessidade de investimentos no sentido de aperfeiçoar os resultados da ES em DST/HIV/AIDS, seja por meio do aconselhamento ou das atividades comunitárias. Enfim, sinalizo para perspectivas promissoras para pensar ES nos serviços de saúde do SUS.

2. QUAL A RELEVÂNCIA EM ESTUDAR A ES PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Nesta pesquisa há a necessidade de se identificar, compreender, refletir acerca das concepções dos processos educativos em saúde dos profissionais desta área. O descrédito que existe sobre as ações educativas em saúde e sua baixa eficácia, em muitos casos pode ser creditado as compreensões equivocadas sobre a natureza da ES, bem como pela falta de conhecimento, por parte dos profissionais que a realizam, sobre o processo educativo e seus condicionantes, além das interações necessárias à produção e aquisição destes conhecimentos (Mohr, 2002). As interações necessárias podem se compreendidas como a interfase entre o conhecimento científico (representado pelo profissional da saúde) e o conhecimento popular do usuário, o encontro e o diálogo entre ambos para a produção e aquisição de um novo saber. Outro componente importante da ação educativa em saúde consiste na interação entre o conhecimento adquirido e sua relação com a realidade do usuário.

Esta baixa eficácia leva a uma depreciação das ações educativas em saúde, atingindo os mais distintos programas, e não somente as relacionadas à AIDS. Portanto, possivelmente, tem suas raízes cravadas na história da formulação das políticas públicas para a saúde.

Parece que a apropriação do termo *educativo* para ações meramente informativas, é algo freqüente na saúde. Normalmente, os profissionais da saúde ignoram a diferença entre o oportunizar o acesso à informação e a ação educativa; ambas são distintas e possuem funções específicas e importantes, consideradas as circunstâncias e situações. A ação educativa envolve o processo de apropriação de determinado saber, a situação de ensino e aprendizagem, que ultrapassa a ação de informar. Sendo assim, o simples ato de informar é insuficiente quando ele se torna um fim em si mesmo. Portanto, a educação em saúde não se resume à mera transmissão de informação.

A forma de conceber a vida, as crenças que se solidificam no decorrer da vida em comunidade e os mecanismos historicamente construídos para compreensão do processo saúde-doença são dimensões da vida humana que devem ser consideradas, além da dimensão bio-fisiológica. Deste modo, a busca da construção efetiva do conhecimento, o fornecimento de subsídios para compreender determinado assunto, a habilidade de tomar decisões conscientes, são fatores fundamentais.

No caso da AIDS, por exemplo, o fator afetivo tem papel relevante, pois envolve questões simultaneamente reprimidas e estimuladas pela sociedade, a exemplo da sexualidade (Parker, 1994; Monteiro, 2002). Todavia, como lembra Chiaradia (1998):

(...) foi possível notar uma quase que total falta de cunho educativo nas ações em saúde. Estas ações se restringem a trabalhar o corpo do doente e quando buscam a prevenção, quase que na totalidade das vezes não passam da simples informação (p.174).

Para a autora, este fato é conseqüência de concepções equivocadas sobre a assistência à saúde, cuja dimensão educativa fica relegada a segundo plano, ou considerada como intervenção unilateral, onde "o profissional se faz detentor do conhecimento que será repassado ao usuário".

Ainda nesta perspectiva, Wendhausen e Saupe (2003) mencionam que o conceito de ES generalizado entre os profissionais da saúde:

“(...) está interligada a ‘mudança de comportamento’. Seria algo assim como ‘transmitir, passar e repassar conhecimentos, orientações e informações para modificar comportamentos errados’ (p.22)”.

As autoras fundamentam esta afirmação na fala de um dos seus entrevistados:

“São as diferentes ações que você realiza a determinado grupo de risco de sua população, tentando mudar estilos de vidas inadequados, levar em consideração a cultura, inclinações, religiões da mesma, e não tratar de impor desde o início e sim gradativamente (M4).” (grifos das autoras, p.22).

Enquanto profissional da saúde, minha experiência permite afirmar que situações como as descritas acima são constantes no cotidiano dos serviços de saúde. Outro fator que contribui para a construção e manutenção desta concepção de atenção à saúde é a formação profissional. Para Wendhausen e Saupe (2003),

O profissional requerido por esta nova prática também está por construir-se, pois a formação tradicional toma o saber como algo fragmentado, hierarquizado, desembocando numa atuação compartimentada, técnico-reparadora, que alija os usuários, famílias e populações da participação no seu processo de recuperação. Embora haja iniciativas para a formação profissional com este perfil, em nível de graduação, de uma maneira geral, tal iniciativa ainda não se concretizou na prática (p.18).

Nas últimas décadas, em especial as décadas de 1980 e 1990, inúmeras discussões salientam a necessidade de repensar as concepções e práticas no âmbito das ações em saúde. A sistematização destes conhecimentos e a compreensão da natureza da ES nas ações de saúde são um passo importante. Chiaradia (1998) afirma que:

Para isto a educação não deve ser isolada da saúde, pois reduzi-la a espaços formais como as escolas e universidades, ou a eventos e cursos específicos, é limitar as possibilidades educativas das práticas educativas em saúde. Além de manter a distância existente entre os profissionais de saúde e de educação.

Nesta perspectiva, Stotz (1994, p. 141) comenta sobre o trabalho de Brown e Margo (1978), dando especial destaque para a seguinte colocação:

“Os profissionais de saúde precisam encarar-se como educadores quando entram em relação com a população”.

Mesmo nas instituições de educação formal, por longo período, o indivíduo foi visto como um ser passivo, responsável pelo seu fracasso ou sucesso, e o ato educativo ficava reduzido à transmissão de conhecimentos. Estas concepções de homem-mundo e de educação eram alicerçadas na epistemologia empirista de Bacon e no racionalismo de Descartes. Foram necessárias várias décadas para o educando ser reconhecido como ser ativo e o conhecimento poder ser compartilhado. Embora ainda haja um longo caminho a percorrer até que o discurso se efetive na prática.

Já nas instituições de saúde, o aspecto relevante num indivíduo é o anátomo-fisiológico, com raras exceções. Nos últimos anos houve um redirecionamento significativo na forma de conceber o cuidado em saúde, bem como o próprio processo saúde/doença. Exemplos deste redirecionamento se encontram em diversos movimentos emergentes entre os profissionais da saúde, como o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (Santos, 2002); a atenção à criança hospitalizada, com destaque para as classes hospitalares (Ceccim et. all, 1997); e a homeopatia (Vitalismo Homeopático) com percepção diferenciada do processo de adoecimento e de cura (Luz, 1988).

Nesta nova abertura, as dimensões psicológicas, sociais e culturais se constituem como condicionantes importantes. Em conferência realizada no Fórum das Escolas de Enfermagem, em abril de 2004, na cidade de Itajaí, SC, o conferencista Cutolo coloca em questão a maneira de “tratar” um usuário portador de LER (Lesão por Esforço Repetitivo), quando segundo Cutolo, esta doença significa lesão estabelecida por movimentos repetitivos “que eu não gosto de fazer”. Aponta a insatisfação no trabalho como grande causa desencadeadora de doenças.

Segundo Cutolo, a felicidade geral e a satisfação no trabalho possuem mais influência do que os fatores genéticos no processo de manter-se saudável (Cutolo, 2001, p.119,). Esta unidade constituinte do ser humano é salientada por Morin (2002, p.15), ao afirmar que: “O

ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico". Portanto, o fator saúde/doença deve ser repensado em sua totalidade e amplitude.

Morin (2002) faz também severa crítica ao privilegiamento de apenas algumas das dimensões da vida humana, ao afirmar que:

O século XX foi o da aliança entre duas barbáries: a primeira vem das profundezas dos tempos e traz guerra, massacre, deportação, fanatismo. A segunda, gélida, anônima, vem do âmago da racionalização, que só conhece o cálculo e ignora o indivíduo, seu corpo, seus sentimentos, sua alma, e que multiplica o poderio da morte e da servidão técnico-industriais (p.70).

Essas palavras são trazidas ao texto justamente pelo seu sentido severo e provocativo. Um convite para refletir: sobre que bases se estabelecem as relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, quais os avanços conquistados e quais os caminhos construídos?

Talvez as relações entre profissionais e usuários na área da saúde necessitem de mais tempo para trilhar o longo processo de mudanças que o campo educacional continua tentando percorrer. Embora já existam evidências dos primeiros passos rumo a mudanças na relação entre usuários e profissionais da saúde e a Política de Educação Permanente em saúde constitua-se num exemplo desse esforço na implementação, é necessário começar, com vigor, a caminhada.

Outro ponto que merece destaque é a precariedade do sistema público em saúde. Convivo com a difícil realidade dos impactos da redução dos gastos públicos. Redução que atinge de modo drástico os serviços de saúde implicando na escolha de áreas específicas para a alocação dos recursos. Ao mesmo tempo ocorre um crescimento considerável da precariedade das condições de vida, o desemprego, situações de miséria que acabam por aumentar a demanda por estes serviços.

Diante deste quadro social-econômico, ocorre o privilegiamento das ações curativas e assistencialistas, consideradas urgentes. Neste panorama, estabelecer e propor a ES como necessária e importante nas políticas de saúde pública é um grande desafio.

Outro elemento tão significativo quanto o abordado anteriormente, é o direito ao acesso ao conhecimento socialmente construído e acumulado. Conhecimento este que é historicamente negado a uma parte considerável da sociedade civil. Sobre este aspecto, vale lembrar as palavras de Freire:

“Nesta altura, descobri que o analfabetismo era uma castração dos homens e mulheres. Uma proibição que a sociedade organizada impunha às classes populares” (2002a, p.8).

Apesar do avanço conquistado na área da saúde, nestes últimos anos, considero inaceitável que parte da população viva à margem deste saber e impossibilitada de usufruí-lo em seu cotidiano. A ES possui papel relevante ao possibilitar o acesso a estes saberes e à construção de uma consciência crítica às inúmeras escolhas que se apresentaram no decorrer da vida dos usuários.

Faz-se necessário também o constante aperfeiçoamento e atualização dos conhecimentos dos profissionais da saúde. Por sua vez, este aperfeiçoamento deve acarretar num possível desenvolvimento de um trabalho satisfatório. Ou, ao menos, aproximado das expectativas e necessidades estabelecidas. Este processo pode se viabilizar a partir da avaliação do trabalho realizado no passado/presente, na análise dos erros e acertos, numa avaliação contínua e processual.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1. Educação em saúde: conceito polissêmico

“A árvore não é semente, depois caule, depois tronco flexível, depois madeira morta. Para conhecê-la, é melhor não dividi-la. A árvore é esta força que vai ao encontro do céu”.

(Saint-Exupéry, Cidadela).

A área da educação em saúde carece de reflexões e produções que fundamentem teoricamente e de forma esclarecida sua atuação, seja ela nos serviços de saúde ou nos currículos escolares, tanto no ensino fundamental e médio quanto nos cursos de formação profissional (Mohr, 2002).

Segundo Mohr (2002), a ES tem sido inadequadamente tratada, pois tem sido compreendida por parte de seus profissionais como sinônimo de informação. Tal percepção traz como consequência o entendimento de que uma população devidamente informada deve aderir aos preceitos ditados e mudar seus hábitos, conseqüentemente, sanar ou reduzir os problemas de saúde. Talvez estas ações com tal orientação e resultados inexpressivos sejam a origem do descrédito que ainda circunda a ES.

Os conceitos de ES empregados ao longo do tempo e em diversos campos variam conforme as diferentes concepções de mundo, homem, saúde–doença e de educação que permeiam estas práticas. Schall e Struchiner (1999) definem a ES como:

“... um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes concepções de mundo, demarcadas por distintas posições políticas e filosóficas sobre o homem e a sociedade” (p.4).

Um dos significados importantes e ainda prevalentes na área de saúde, para a ES, tem seus antecedentes na normatização de comportamentos. Conforme Da Ros (2000), esta normatização do comportamento se origina na antiga Roma. Nesta noção de ES, o foco principal consiste na normatização das práticas higiênicas como forma de garantir a mudança de comportamento e objetiva à prevenção.

O usuário fica responsabilizado por adoecer ou não e a sua qualidade de vida está intimamente ligada aos hábitos de higiene. Os fatores sociais, econômicos e culturais se tornam irrelevantes neste enfoque. De acordo com esta proposta, ser saudável ou adoecer depende quase que exclusivamente dos hábitos higiênicos de cada indivíduo.

Hollanda, que é considerada por Schall uma educadora pioneira no trabalho de educação em saúde no Brasil, desenvolve no período de 1950 um enfoque diferenciado dos médicos das diversas partes do país. Para ela, educação em saúde é saber ouvir mais do que falar “... é muito melhor você seguir o caminho das pessoas, muito mais fácil para elas mesmas reconstruírem as suas concepções e fazeres” (Hollanda. In: Schall, 1999, p.152).

O ouvir a população, defendido por Hollanda, é o diferencial dos programas até então desenvolvidos no Brasil, pois, estes programas se pautavam na premissa de que os profissionais de saúde eram os detentores do saber e que estes deveriam transmiti-los aos usuários. Suas estratégias básicas consistiam em distribuir medicamentos e fornecer informações padronizadas para toda a população, ignorando deste modo às especificidades de cada região, resultando numa baixa eficácia.

Segundo Schall (1999), Hollanda também proporciona um outro olhar para a ES: aponta para as diferenças entre educação sanitária e educação em saúde, enfatiza aspectos referentes aos ambientes onde as comunidades se inserem, abre espaço para a participação comunitária:

...me apaixonou, não a educação sanitária em si, aquela que me ensinaram lá no Chile, porque eu sou muito crítica. Fui compondo uma educação sanitária com alguma coisa que eu tinha no começo, a concepção de ambiente como algo fundamental à saúde, compreender como você está vivendo num ambiente. Eu nunca fui, assim, daquelas de pensar que as pessoas podem mudar seu comportamento, só porque alguém disse ou informou alguma coisa. Eu achava tudo isso, assim, absolutamente sem sentido, não tinha nada com a realidade. Então, aí, eu fui fazendo a minha educação sanitária... (Hollanda. In: Schall, 1999, p.153).

A concepção de ambiente, de acordo com Hollanda (1999), inclui todas as relações existentes tanto em nível biológico quanto social, assim como as relações estabelecidas entre a comunidade e os profissionais da saúde. Disto decorre a necessidade da participação da comunidade nas decisões e ações que envolvem as questões referentes à saúde.

Deste modo, é de fundamental importância que o profissional da saúde procure conhecer a comunidade na qual presta seus serviços, bem como, o conhecimento que a própria

comunidade possui acerca das situações geradoras de doenças, os hábitos, as crenças que envolvem este complexo processo saúde/doença. Em síntese, seria a busca em conhecer as raízes dos problemas antes de fazer intervenções.

Essa questão também é tratada por Xavier (1991), em uma pesquisa etnográfica, para conhecer a realidade de uma vila de Porto Alegre, cujo objetivo final é adequar o ensino médico à realidade da população alvo.

Freire (2000) faz uma crítica pertinente à proposta educativa, respaldada pela epistemologia empirista, que identifica o aluno como recipiente vazio. Nesta proposta educativa, o professor é detentor do saber e o educando é entendido como um ser vazio de conhecimento cabendo ao professor a transmissão deste saber elaborado e sistematizado. Isto caracteriza uma “*educação bancária*” na concepção de Freire. “*Educação bancária*” em uma analogia com a questão de fazer depósitos, neste caso, de conhecimentos, a um ser passivo e sem a contextualização deste saber, ou seja, uma transmissão sem a preocupação com a análise, a reelaboração do saber ou formas de utilizá-lo no dia-a-dia.

Freire salienta a necessidade de educar para ler o mundo - o objetivo fundamental do processo educativo - cujo início se concentra em sua metodologia para o ensino da leitura, como um processo de alfabetização política, capaz de oportunizar o desenvolvimento da consciência crítica. A proposta de “*educar para ler o mundo*”, pode ser a base para o desenvolvimento de uma ação educativa nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, o conhecimento produzido será significativo para o usuário e irá instrumentalizá-lo em suas tomadas de decisões.

O entendimento de que somente oportunizar a informação contemplaria a ação educativa ainda é muito comum nos serviços de saúde, o que nos leva a alguns equívocos, à ineficácia das ações (ditas) educativas e conseqüentemente ao seu descrédito. Pois, reafirmo que a ação de informar se constitui insuficiente enquanto ação educativa. Ao informar, se oportuniza o contato direto com determinado conhecimento, o que não significa necessariamente que houve aprendizagem, apropriação crítica ou, até mesmo, aquisição de conhecimento suficiente na busca de decisões conscientes.

Em sua entrevista a Schall (1999), Hollanda propôs, sem utilizar-se desta terminologia, uma educação problematizadora. Fala da busca de campo, da necessidade de conhecer a realidade da população, de ouvir a comunidade, de engajar-se na luta pela melhoria das condições de saúde e de uma conscientização política. Propunha a passagem de uma consciência ingênua para uma consciência crítica através do diálogo, tal como a investigação e

a redução temática, enfocada por Paulo Freire. Hollanda fala de sua experiência em áreas endêmicas no nordeste brasileiro:

Nos trabalhos com comunidades, antes de começar a agir, conhecer é a primeira coisa, começar a ver, olhar... Devolver aos moradores do bairro o que foi detectado na etapa anterior. Ver a saúde no contexto geral de vida e não começar logo com problema de saúde. Depois, ter boa comunicação na hora de conversar com as pessoas do bairro. Partir do conhecimento... Do conhecimento das pessoas do bairro e não dos seus conhecimentos. Isso era fundamental, porque a regra era partir do seu conhecimento (do professor). Aprender uns com os outros, devolver as perguntas das pessoas do bairro, não tentar dar respostas prontas. Isso era uma coisa que tinham realmente... Eles tinham que ser mais participativos... Dar tempo para as pessoas pensarem é importante quando discutir os bairros, juntar o maior número de pessoas do bairro; o agente não deve se afastar das pessoas do bairro... E fazer conexões a partir dos problemas do dia-a-dia das pessoas do bairro... (Schall, 1999, p.159).

De acordo com Freire (2003) e Hollanda (1999), um trabalho educativo se torna eficaz, seja ele na educação escolar ou na saúde, quando se considerar a realidade do indivíduo. Ou seja, os conhecimentos prévios dos educandos/usuários devem ser considerados pelos educadores/profissionais da saúde. Nesta perspectiva o resgate do conhecimento vivencial, local, se faz necessário para que a partir dele se elabore os conhecimentos sistematizados de forma a considerar os aspectos afetivos, subjetivos e a realidade concreta dos usuários. Em suma, uma educação para a autonomia, para a libertação, nos dizeres de Freire (2003).

No final do século XX vimos despontar, em todo o mundo, a preocupação proveniente da pandemia da AIDS. As campanhas orientadoras para o autocuidado, para o uso do preservativo, para a redução do número de parceiros e do uso de drogas injetáveis, parecem ter crescido numa proporção semelhante à dos índices da pandemia.

O crescimento das campanhas de prevenção a AIDS ocorreu de maneira lógica, objetiva e pragmática. Contudo, parece ignorar uma complexa rede formada pelas construções sociais, a realidade concreta de cada indivíduo, os mitos, crenças, tabus, medos e prazeres que envolvem a sexualidade. Estes componentes são significativos nas tomadas de decisões (Monteiro, 2002, Parker, 1994).

Neste mesmo período também é possível observar o crescente número de estratégias de publicidade que utilizam a sexualidade com fins comerciais, sejam eles carros, sapatos ou cervejas. Nestes comerciais, as referências para as coisas “boas da vida” parecem ser duas:

realização econômica e sexual. Neste contexto, a informação descontextualizada se constitui em uma estratégia de trabalhar a prevenção? Pode construir um conhecimento real e significativo para o usuário dos serviços de saúde a ponto de conscientizá-lo? Como é possível trabalhar ES de forma eficaz neste contexto?

Na busca de respostas às questões suscitadas, Parker (1994) afirma que as estratégias educativas devem contemplar os aspectos eróticos da sexualidade.

Exatamente devido à elaboração dos significados eróticos dentro da cultura brasileira, as possibilidades de promover a redução do risco como parte da experiência erótica, e não como um resultado lógico do processo decisório racional, são, na verdade, culturalmente apropriadas. Assim, na criação de estratégias e materiais para a educação sobre a Aids e a promoção da saúde, o centro das atenções deve voltar-se para a possibilidade de abordar significados e práticas já revestidos de significado erótico a fim de apresentar a redução do risco como uma prática eroticamente satisfatória (p.154-5).

Nesta perspectiva, outras dimensões da vida humana precisam ser contempladas pelos processos educativos em saúde. Modelos como os propostos no início do século passado se tornam insuficientes para atender às necessidades do momento histórico.

Segundo Rosen (1994), a educação em saúde pública, nos EUA, no início do século XX, surgiu com a campanha antituberculose, cuja maior ênfase consistiu na realização de feiras itinerantes, nas principais cidades.

“Essas exposições tinham a intenção de despertar o interesse do público, e o faziam da maneira mais direta e crua. Apresentavam-se imagens de pulmões doentes, fotografias de habitações decrepitas e insalubres, e outras cenas chocantes, na crença de que assim o público se convenceria” (p.286).

Atualmente, este modelo de ES é encontrado em algumas ações que buscam a prevenção do uso do fumo e outras drogas ilícitas, como exemplo ilustrativo desta concepção de educação em saúde é possível destacar as fotos que aparecem impressas nas carteiras de cigarro, os folhetos informativos com fotos de usuários de drogas injetáveis em estados deploráveis. Além de alguns materiais impressos sobre DST/HIV/AIDS que mostram órgãos genitais com quadros clínicos avançados das doenças sexualmente transmissíveis, causando desconforto ao olhá-los (anexo 1). Estes materiais, e aqui especificamente os álbuns seriados em DST/HIV/AIDS, produzidos pelo próprio MS, se constituem em materiais inadequados, grotescos, com fotos que se distanciam em muito da realidade. Os órgãos sexuais apresentados

aqui estão acometidos por DSTs em estados avançados que descaracterizam a anatomia normal dos mesmos.

Luz et. al (2003) faz um estudo das imagens veiculadas em materiais para a prevenção da Leishmaniose Tegumentar Americana, as quais chama de imagens deseducativas, devido ao estado de degradação das mesmas. Esta estratégia apela ao medo como o principal recurso educativo, ou seja, a pedagogia do terror, do medo.

No entanto, no caso das DSTs, o uso desses referenciais induz não só a medos infundados mas também a considerar patológicos somente aqueles casos em que a doença se encontra em estado avançado. E, o que me parece ser um agravante é que induz à negligência dos estados patológicos iniciais. Se esta suposição se confirma, os resultados destas ações, ditas educativas, podem trazer mais riscos que benefícios.

Hollanda (1999) afirma ser impossível mudar um hábito por nós considerado errado, ofendendo a auto-estima das pessoas. Nesta perspectiva, o material (álbum seriado - anexo 1) bastante utilizado nos programas de prevenção, parece caminhar na contramão do objetivo preconizado nas diretrizes dos CTAs, ou seja, instrumentalizar os usuários para a tomada de decisões conscientes.

Conforme assinala Hollanda, a censura agride as pessoas. O caminho aparentemente possível para a prevenção se traduz pela necessidade de fazer o resgate das crenças, dos hábitos e comportamentos e trabalhar a partir deles (saber partilhado) na mediação ente o saber científico e o saber popular.

Parker (1999) parece concordar com Hollanda ao defender a necessidade de buscar compreender o que move as pessoas no campo do erotismo sexual, visto ser pela via sexual que ocorre o maior número de transmissão do HIV. Para o autor torna-se imprescindível adotar uma concepção de educação que contemple esta cultura sexual na construção de *“programas de intervenção efetivos social e culturalmente sensíveis”*:

Na intimidade das intervenções sexuais, as regras e regulamentos da vida cotidiana normal deixam de funcionar, e uma liberdade de expressão sexual que seria estritamente proibida no mundo externo molda-se na privacidade da prática erótica (Parker, 1999, p.144).

Em diversos momentos, vezes e situações, a educação é tratada como área onde “todos podem atuar”. Ignoram-se os conhecimentos intrínsecos ao desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem. No entanto, assim como nas demais áreas, também na educação há um profissional qualificado para atuar nas especificidades existentes nesta área do conhecimento

humano. Não se trata de privilegiar o pedagogo em questões de educação, mas de compreender que há especificidade da educação que devem ser consideradas. É necessário haver conhecimento a respeito dos pressupostos envolvidos no ato de ensino-aprendizagem.

Parece que o grave erro consiste em acreditar e insistir na premissa de que para educar basta ter conhecimento técnico sobre o assunto e repassá-lo ao educando. Na realidade, a ES torna ainda mais complexa esta rede de saberes envolvidos, pois aqui, além dos saberes referentes à educação, entendida como atividade pedagógica comum para a educação formal, são necessários saberes específicos da área da saúde.

Schall & Struchiner (1995) afirmam:

(...) existe um hiato entre a aquisição do saber e nem sempre conseqüente mudança de comportamento ou novos padrões de ação. É no desconhecido mundo dos motivos que levam as pessoas a se portar de uma maneira específica que se move à saúde e a doença, a felicidade e a infelicidade, o sucesso e o fracasso, dentre outros fenômenos. Assim, o processo educativo deve estar perpassado pela emoção de modo a desencadear as mudanças necessárias. A mera aquisição de saber não é suficiente para engendrar atitudes e ações, em cuja esfera se encontra de fato o objetivo da iniciativa educacional, principalmente na área da saúde. Contudo, a educação tem falhado sistematicamente ao não contemplar os aspectos afetivos no processo de construção do conhecimento, centrado quase exclusivamente nos aspectos cognitivos, dando prioridade ao acúmulo de saber, à memorização, sem a necessária contextualização e sem o envolvimento pessoal do indivíduo (p.99).

Concordo com Mohr (2002) que consiste em um grande equívoco considerar que a conseqüência óbvia de uma ação educativa seria a mudança de comportamento. Esta crença explicita a intenção de induzir a tomada de uma ou outra decisão por parte do educando/usuário. O importante, na ES, é a tomada de consciência e a possibilidade da análise e reflexão. A mudança ou não de comportamento deve ser conseqüência desta reflexão.

Segundo Schall (1999), a educação em saúde teve sua gênese no Brasil associada às campanhas de controle das grandes endemias infecto-parasitárias. Tinha características higienistas, pautadas pela normatização e orientações verticalizadas, com enfoque na mudança de comportamento, respaldada por uma epistemologia empirista. Nesta perspectiva, o indivíduo deve aderir à informação, mudar seu comportamento e, conseqüentemente, manter-se saudável. Apesar dos avanços na área da saúde, da grande produção de conhecimento, esta realidade perdura e reproduz o discurso ainda hegemônico no país, que culpa a população

supostamente com pouca escolarização pelo precário desenvolvimento social, e principalmente pelas endemias e epidemias enfrentadas.

A informação compõe um dos aspectos da educação, no entanto, a ação educativa não pode ser reduzida à ação de informar, pois sabidamente a informação por si só é insuficiente. No caso da AIDS, esta característica informativa se efetiva através das campanhas (ditas) educativas onde se percebe uma grande carga de informações descontextualizadas e fragmentadas compondo as mensagens utilizadas nas campanhas realizadas através de meios de comunicação em massa. Os folhetos informativos distribuídos pelos serviços de saúde contêm mensagens do gênero: “Assim pega, assim não pega” ou “Quem ama usa” ou “Proteja seu bebê, faça o teste” (Anexo 2), ou seja, apenas apresentam as informações. Para que os objetivos de uma ação educativa sejam atingidos é necessário que se faça a contextualização desta informação, a reflexão e a apropriação desta para que seja compreendida dentro de determinado contexto.

A minoria privilegiada pela distribuição desigual da renda do país, desde sua colonização, que via de regra detém o poder governamental, demonstra um descompromisso com as políticas públicas, com as reais necessidades da população. Isto acarreta sérios problemas para a saúde pública, sobretudo o distanciamento das necessidades básicas de manutenção da vida. E, assim como na educação, a ES também vive um processo de redirecionamento de suas concepções e ações.

3. 2. Educação em saúde a partir de um enfoque freireano

Vários autores estudam a produção e aquisição do conhecimento científico na perspectiva socioconstrutivista, e poderiam embasar este trabalho (Fleck (1986), Kuhn (1989), Bachelard (1996), Giordan (1996), Gramsci (2001), Freire (2003), dentre outros). Todavia, para esta pesquisa, optamos pelo referencial freiriano como o principal suporte para a análise e conceituação de uma ação educativa em saúde. Esta escolha parte do pressuposto de que o questionamento da realidade do usuário e de seus conhecimentos prévios possibilita a produção/aquisição do conhecimento, alicerçada pelo diálogo problematizador, defendido por Freire.

As concepções, idéias e fundamentos sobre educação de Paulo Freire foram gestadas no contexto da Educação de Jovens e Adultos, porém, seus pressupostos epistemológicos e

pedagógicos podem ser adaptados para o Ensino Regular e também para a Educação em Saúde.

Segundo Delizoicov (1991), a concepção educativa de Paulo Freire possui características específicas e objetivos amplos:

A teoria do conhecimento que permeia a concepção freiriana [sic] é, ao invés de epistemológica, gnosiológica; portanto mais ampla, abrangente, e por isso mesmo menos específica enquanto análise do conhecimento científico, visto não ser apenas este o objeto da concepção problematizadora da educação. Neste sentido foi necessário extrair e aprofundar o epistemológico contido no gnosiológico.

(...) O sujeito cognoscente freiriano é ontológico, isto é: um “ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres” (Aurélio, 14ª edição) [sic], portanto uma categoria, mais do que psicológica, filosófica. (p.156-157).

Para a compreensão destas categorias, Delizoicov (1991) utiliza-se dos modelos Kuhniano e Piagetiano, pois segundo este autor “Os três modelos admitem e tem em comum: o conhecimento se origina na interação sujeito-objeto, na não neutralidade do sujeito nem do objeto, e na não-linearidade na construção do conhecimento” (p.4).

Concebendo os homens como sujeitos gnoseológicos, que interagem e transformam a realidade, portanto sujeitos não neutros, sujeitos de ação e de reflexão, o educando torna-se agente da ação educativa. Freire afirma:

Repetimos que o conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julgam não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações (Freire, 2002, p.36).

Dentro da perspectiva de sujeito gnosiológico, da relação homem/mundo, a historicidade do processo de produção e aquisição do conhecimento, o caráter temporário, social deste saber, caracterizam-se como os pilares dos pressupostos desta concepção de educação.

O homem como ser histórico, inserido num permanente movimento de procura faz e refaz constantemente o seu saber. E é por isso que todo saber novo se gera num saber que passou a ser velho, o qual, anteriormente, gerando-se num outro saber que também se tornara velho, se havia instalado como saber novo (Freire, 2002, p.47).

A necessidade de conhecer a gênese do conhecimento, o processo, o contexto no qual determinado conhecimento foi produzido e a partir deste conhecimento poder posicionar-se conscientemente diante de determinadas situações são os aspectos que definem a efetiva alfabetização.

Alfabetização para além de ler as palavras. *“É preciso que se discuta o significado deste achado científico; a dimensão histórica do saber, sua inserção no tempo, sua instrumentalidade. E tudo isto é tema de indagação, de diálogo”* (Freire, 2002, p.52).

Freire problematiza, também, o ato de conhecer. Como ocorre o conhecer humano? É através da aquisição de informações pontuais, da acumulação linear destas? É através do senso-comum? O texto que segue ilustra parte desta reflexão:

(...) que são conhecimentos, se impõem às perguntas: será o ato de conhecer aquele através do qual um sujeito, transformado em objeto, recebe pacientemente um conteúdo de outro? Pode este conteúdo, que é conhecimento de ser “tratado” como se fosse algo estático? Estará ou não submetendo o conhecimento a condicionamentos histórico-sociológicos? Se a pura tomada de consciência das coisas não constitui ainda um “saber cabal”, já que pertence à esfera da mera opinião (doxa), como enfrentar a superação desta esfera por aquela em que as coisas são desveladas e se atinge a razão das mesmas? (Freire, 2002, p.26).

Para Pernambuco (1993),

“Conhecer ‘é aprender o mundo em suas relações’ um processo necessariamente dinâmico, no qual, através das ações físicas e mentais, os diferentes sujeitos constroem, em uma interação coletiva, novas formas de se relacionar e compreender o mundo” (p.24).

Neste sentido, um conhecimento só se torna válido quando for capaz de instrumentalizar o educando, oferecendo-lhe condições para pensar, refletir criticamente e agir em sua realidade, em busca de transformações. A informação por si só não basta, é preciso haver interação com a realidade do educando, para que ele consiga apropriar-se da informação a fim de poder utilizá-la nas tomadas de decisões.

Existe uma quantidade significativa de informações referentes à AIDS, sendo veiculadas por diversos programas e meios de comunicação em massa. Contudo, a epidemia continua aumentando, em índices alarmantes. Como aponta Parker (1999):

No Brasil, como em muitos outros cenários, talvez não surpreenda o fato de os esforços iniciais para a educação sobre a Aids, desenvolvidos quase sem

qualquer referência aos tipos de significados culturais aqui descritos, parecerem ter causado um impacto relativamente pequeno (p.153).

Tal aumento não pode ser creditado a um déficit de informação, mas, sim, às relações entre informações e a realidade da população, a forma como a população utiliza as informações e qual o seu significado no contexto da vida social.

Silva (2004) afirma não ser o déficit informativo que leva as pessoas a correrem riscos. Conhecer se faz necessário, mas não é suficiente para a mudança de atitude, para atingir a “consciência máxima possível”.

Para Silva, há duas coisas completamente distintas: a aquisição de informações e a relação da informação com a realidade, a qual pode ser chamada de instrumentalização, conseqüência direta do diálogo problematizante, que provoque rupturas, um diálogo diretivo.

O que se pretende com o diálogo não é que o educando reconstitua todos os passos dados até hoje na elaboração do saber científico e técnico. Não é que o educando faça adivinhações ou que se entretenha num jogo puramente intelectualista de palavras vazias.

O que se pretende com o diálogo, em qualquer hipótese (em torno de um conhecimento científico e técnico, seja de um conhecimento “experencial”), é a problematização do próprio conhecimento em sua indiscutível reação com a realidade concreta na qual se gera e sobre a qual se incide, para melhor compreendê-la, explicá-la, transformá-la (Freire, 2002, p.52).

A educação dialógica ou problematizadora se opõe à educação bancária, pois pressupõem mudanças na relação educador-educando e na forma de pensar a produção e aquisição do conhecimento, mudanças na forma de pensar e fazer educação, exigindo mais empenho e esforço de ambas as partes.

Conhecer, na dimensão humana, que aqui nos interessa, qualquer que seja o nível em que se dê, não é o ato através do qual um sujeito, transformado em objeto, recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que outro lhe dá ou impõe.

O conhecimento, pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer, pelo qual se reconhece conhecendo e, ao reconhecer-se assim, percebe o “como” de seu conhecer e os condicionamentos a que está submetido seu ato (Freire, 2002, p.27).

A educação dialógica pressupõe relação assimétrica entre educador-educando e educando-educador. Uma assimetria necessária para a produção/aquisição de novo conhecimento, para o diálogo convergente entre sujeitos, sobre determinado assunto/objeto. Segundo Pernambuco (1993) *“A própria assimetria das posições, a diferença que contribui para que haja uma troca real, constitui-se no elemento básico para o diálogo (p24)”*.

O encontro entre distintos saberes, através do diálogo, possibilita a aquisição de novo saber, originário desta interação. A sobreposição de saberes não gera novo saber; o dialogar constitui-se, assim, em um posicionamento ético, político e ideológico. Um processo permeado de valores, nunca neutro (Freire, 2002).

Este diálogo só se torna possível em um encontro horizontal, interativo, de trocas capazes de promover rupturas no conhecimento prévio do educando, para possibilitar a aquisição do novo conhecimento.

Para Pernambuco (1993)

“O diálogo, a interlocução sobre um mundo, uma realidade partilhada, embora vista sobre diferentes ângulos, é o principal motor, o que desencadeia e mantém o movimento do grupo (p.23)... Dialogar significa navegar pelo mar das semelhanças suficientes para que se possa estabelecer uma comunicação e das diferenças suficientes para não estarmos repetindo uns aos outros, em um diálogo que vira monólogo (p.24).”

Na concepção de Freire, a aquisição de um saber científico ocorre a partir da modificação do conhecimento prévio do educando, geralmente caracterizado pelo senso comum. Esta ruptura é resultado do diálogo problematizador, dos questionamentos, do confronto, do desafio, da curiosidade.

Para o autor (Freire, 2002, p. 54), não há produção de conhecimento sem um problema, sem um desafio, sem ação de interação. Outra função da problematização, segundo Freire (1981, p. 54), consiste em perceber que o conhecimento de senso comum não consegue desmistificar a realidade e nem explicá-la convenientemente.

No terceiro capítulo da obra *Pedagogia do Oprimido*, encontramos um referencial epistemológico da concepção de educação, onde Freire descreve o processo de sistematização da ação educativa problematizadora/dialógica.

O processo educativo é realizado considerando a realidade do educando e o conhecimento universal. Para lograr a integração entre ambos, faz-se necessário realizar a investigação e redução temática. Com a investigação e redução temática, o educador/profissional da saúde tem acesso ao conhecimento da realidade do educando e a

forma como ele pensa essa realidade. Em consequência, possuirá meios de selecionar os conhecimentos universais mais significativos ao educando:

É na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, educadores e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação.

O momento de busca é o que inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade. É o momento em que se realiza a investigação do que chamamos de universo temático do povo ou o conjunto de seus temas geradores (Freire, 2003, p.87).

A investigação e a redução temática possibilitam aos profissionais da saúde compreender como os usuários destes serviços percebem as questões de saúde/doença, os meios de prevenção e tratamento, a percepção adquirida sobre os serviços de saúde, bem como as responsabilidades e direitos relacionados à saúde.

Para a realização da investigação e redução temática, Freire propõe uma seqüência que podemos resumir da seguinte forma:

1- Levantamento preliminar. Realiza-se a coleta de dados, a fim de conhecer a realidade do educando, por meio de conversas informais, análise de documentos e observação da realidade. *“(...) os investigadores ora incidem sua visão crítica, observadora, diretamente, sobre certos momentos da existência da área, ora o fazem através de diálogos informais com seus habitantes” (Freire, 2003, p.104).*

Na ES, o Agente Comunitário de Saúde pode se constituir em grande interlocutor com a comunidade, elemento fundamental para este levantamento, pois está presente na comunidade, constata *“in loco”* a realidade do usuário, do serviço de saúde. Característica diferente da maioria dos demais profissionais da saúde que, via de regra, desenvolve suas atividades nos Centros de Saúde.

A investigação temática ou levantamento preliminar consiste no ponto de partida do processo educativo dialógico.

Daí que seja a conscientização o aprofundamento da tomada de consciência, característica, por sua vez, de toda imersão.

Neste sentido é que toda investigação temática de caráter conscientizador se faz pedagógica e toda autêntica educação se faz investigação do pensar.

Quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais nos educamos, tanto mais continuamos investigando.

Educação e investigação temática, na concepção problematizadora da educação, se tornam momentos de um mesmo processo. (Freire, 2003, p.102).

2- Escolha das codificações. Há ocorrência da análise das situações investigadas, a fim de escolher as codificações a serem descodificadas na etapa seguinte. As codificações são situações que contemplam as contradições da realidade, explicitadas em fotos, textos, filmes, etc.

Para a realização destas escolhas são necessários encontros e diálogos entre os profissionais. Um trabalho que demanda disponibilidade de tempo, e abertura para a discussão. *“A codificação de uma situação existencial é a representação desta, com alguns de seus elementos constitutivos, em interação”.* (Freire, 2003, p.97).

3- A descodificação. A equipe interdisciplinar torna-se fundamental neste momento de compreensão das diferentes visões envolvidas no complexo processo saúde/doença, e de todas as contradições por ela geradas. Na descodificação, isto é, no diálogo realizado com os usuários da saúde, busca-se a obtenção de sua cultura primeira, ou seja, a percepção possuída por eles a respeito dos processos inerentes ao permanecer saudável/adoecer, seus condicionamentos, suas contradições. *“A descodificação é a análise crítica da situação codificada”.* (Freire, 2003, p.97).

4- A redução temática. As equipes pedagógicas organizam o currículo, selecionando os conteúdos e definindo os temas mais importantes a serem discutidos nas ações educativas em saúde.

(...) os investigadores, terminadas as descodificações nos círculos, dão começo ao estudo sistemático e interdisciplinar de seus achados.

(...) feita à delimitação temática, caberá a cada especialista, dentro de seu campo, apresentar á equipe interdisciplinar o projeto de “redução” de seu tema (Freire, 2003, p.114-115).

Aqui cabe à equipe pedagógica, quando necessário, acrescentar outros assuntos (temas dobradiças) para a melhor compreensão do tema gerador. Esta etapa se antecipa à sala de aula

ou outros espaços educacionais, formais ou informais, e faz parte do planejamento das atividades educativas.

Neste esforço da “redução” da temática significativa, a equipe reconhecerá a necessidade de colocar alguns temas fundamentais que, não obstante, não foram sugeridos pelo povo, quando da investigação.

A introdução destes temas, de necessidade comprovada, corresponde, inclusive, a dialogicidade da educação, de que tanto temos falado. Se a programação educativa é dialógica, isto significa o direito que também tem os educadores-educandos de participar dela, incluindo temas não sugeridos. A estes, por sua função, chamamos “temas dobradiças”. (Freire, 2003, p.115-116).

Para a implantação de uma educação problematizadora faz-se necessário um trabalho conjunto, pois dialogicidade implica em interdisciplinaridade, em trabalho coletivo, diálogo entre diferentes saberes.

É urgente que nos defendamos da concepção mecanicista. Em sua ingenuidade e estreiteza de visão, tende a desprezar a contribuição fundamental de outros setores do saber. Tende a se tornar rígida e burocrática (Freire, 2002, p.58).

O educador/profissional de saúde deve reconhecer que não é não portador de conhecimento acabado, visto o caráter histórico da produção do conhecimento. Além disso, a saúde não pode ser compreendida apenas pelos aspectos biológicos; todas as dimensões do viver humano precisam ser contempladas quando se busca a compreensão do fenômeno saúde/doença:

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito a caminhar, para chegar ao lugar de encontro com elas. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (Freire, 2003, p.81).

Viabilizar um trabalho interdisciplinar depende de empenho, preferencialmente em nível de instituição; portanto, um Projeto Político Institucional implica em apoio logístico, econômico e intelectual. Torna-se inviável a realização deste trabalho de forma isolada, pela própria característica da produção do conhecimento, que nada mais é senão uma construção

coletiva, que demanda de tempo para discutir os erros e acertos, bem como as diferentes visões. Um trabalho interdisciplinar é complexo, porém proporciona um rico aprendizado.

A implementação de uma proposta de educação problematizadora pressupõe investimento na formação continuada de educadores-educandos, necessita melhor preparo para atuar e, não menos importante, a organização do material. Segundo Delizoicov

“A sistematização deste processo educacional - cuja elaboração do currículo e a produção de material didático coerente com esta concepção de educação, constituem uma das maiores dificuldades ao se pensar em termos de educação formal...” (1983. P.87).

A efetiva ação educativa em saúde consiste em possibilitar ganhos cognitivos para os educandos/usuários entenderem e analisarem sua realidade, e tomarem decisões conscientes diante de diferentes situações.

No caso da AIDS, houve mistificação desta doença. A função, pois, da ES, é fazer o processo de codificação/descodificação para desmistificar esta realidade. A prevenção será decorrente da desmistificação da AIDS, do uso de preservativo, do entendimento da transmissão vertical, das formas de contágio e de todos os outros aspectos envolvendo a doença.

Segundo Giordan e De Vecchi (1996), em inúmeras pesquisas realizadas na Europa e EUA, constatou-se que a grande maioria dos conhecimentos científicos pertencentes aos currículos escolares é esquecida logo após serem estudados, e o que resta acaba por não ser utilizado na vida cotidiana. Para eles:

“O ensino não cumpre um papel integrador, em particular perante o fluxo de informação oriunda das mídias. Por fim, é difícil reinvestir o saber, na vida diária ou na vida profissional, para explicar um fenômeno ou orientar uma decisão” (p.23).

O mesmo fenômeno que ocorre com o ensino formal é perceptível na ES, pois devido à forma como vem sendo desenvolvido, não possibilita a reutilização deste conhecimento em outros contextos. Os autores observam ainda que, mesmo com currículos escolares menos carregados de conhecimentos científicos, países europeus apresentam índices de desenvolvimento econômico e social nada desprezível em relação aos demais.

Quando o saber não instrumentaliza o indivíduo, cai no esquecimento, perde seu sentido e se esvazia no tempo. O saber construído nas ações educativas em saúde é significativo, quando pode ser reutilizável em outros contextos, quando for capaz de

instrumentalizar o educando/usuário do serviço de saúde para agir em outras situações, como por exemplo, a negociação do uso de preservativo com o parceiro(a), ou a decisão de não utilizá-lo.

Segundo Giordan e De Vecchi (1996) a causa deste esvaziamento/esquecimento dos conhecimentos científicos encontra-se

(...) na base da não-integração do saber: O ensino científico esquece de levar em consideração o público ao qual se dirige, isto é, ele despreza o quem é o aluno, o estudante ou o aprendiz em sentido amplo. Isso corresponde, aliás, a um fenômeno muito mais geral, pois a situação é a mesma para qualquer divulgação científica; trata-se, na verdade, de determinar qual o tipo de relação que se quer estabelecer com o saber (p.50).

Becker (1994) propõe três modelos pedagógicos, para descrever o que se passa em uma sala de aula e diz que cada um deles é ancorado por um determinado modelo epistemológico.

Na pedagogia diretiva o conhecimento pode ser transmitido ao aluno/usuário. O ensino e a aprendizagem são pólos opostos de um mesmo processo. A pedagogia diretiva tem seu suporte epistemológico no modelo empirista de produção do conhecimento. Seus principais representantes foram Descartes, Leibniz e Locke. Neste modelo epistemológico, o conhecimento se encontra no objeto, bastando olhar e ver. Desta forma, todo indivíduo vê a mesma coisa, pois o conhecimento é algo pronto, estático, acabado. O modelo diretivo é o que Freire denomina de educação bancária, antidialógica, livresca.

Em oposição ao modelo diretivo, o modelo não-diretivo se baseia na psicologia, tendo como principal representante Carl Rogers, defensor da terapia centrada no cliente. A epistemologia que sustenta este modelo é a apriorista. Como o conhecimento se encontra no sujeito, ou seja, tudo já está subjacente ao sujeito, basta fazer aflorar, há pouca intervenção do meio e da educação. O educador apenas se apresenta como um facilitador do conhecimento; sua função consiste em fazer aflorar o conhecimento e levar o aluno a descobrir o que já se encontra internalizado. É o “*laissez-faire*”, ou seja, “deixar fazer”:

“O aluno traz um saber que ele precisa, apenas, trazer à consciência, organizar, ou ainda, recheiar de conteúdos” (Becker, 1994, p.90).

Um dos grandes equívocos deste modelo é o pré-determinismo que paira em torno da educação, a negação de seu caráter histórico, social e seu constante desenvolvimento.

“O professor, imbuído de uma epistemologia apriorista - inconscientemente, na maioria das vezes - renuncia àquilo que seria a característica fundamental da ação docente: a intervenção no processo de aprendizagem do aluno” (Becker, 1994, p.91).

Outro aspecto importante a ser mencionado consiste em se creditar o déficit cognitivo ao aluno/usuário, nas suas origens genéticas ou socioeconômicas, sem abrir espaço para o questionamento do papel e atuação da educação neste processo. O sucesso ou fracasso, pois, é creditado unicamente ao indivíduo.

Desta forma, a marginalização econômica, social e o déficit cognitivo são tratados como sinônimos. Freire faz severa crítica à educação que entende os homens como seres a-históricos, numa visão fatalista da vida e da educação:

Nesse sentido, Giordan e De Vecchi (1996) complementam:

No que tange à construção do saber, porém, essa abordagem (não diretiva) revela muito rapidamente seus limites ao não permitir, sozinha, uma real superação das concepções prévias; isso se manifesta mais particularmente no nível da aquisição dos conhecimentos básicos, pois estes não só não correspondem apenas a um questionamento, como também exigem uma reinterpretação dos dados iniciais. Explica-se isso pelo fato de que esta pedagogia pressupõe a existência de uma continuidade entre o conhecimento da realidade familiar e o conhecimento científico, e que se pode passar de um a outro sem rupturas ou corte. Não haveria distinção ente o objeto do conhecimento e o objeto real, por estar havendo uma correspondência, termo a termo, entre uma representação e um conceito, ou, globalmente, entre representações mais ou menos sistematicamente organizadas e uma rede conceptual. O “concreto” corresponderia a um elemento do qual seria possível ter um conhecimento direto; ficaria possível, portanto expressar um conceito científico numa linguagem não-científica, sem transformá-lo ou fazer-lhe perder sua especificidade (p.141).

Os modelos epistemológicos apriorista e empirista não conseguem explicar a construção e a apropriação do saber. Nenhum deles aponta para a questão dos obstáculos, rupturas, concepções prévias. Ao ignorarem-se as concepções prévias fortemente arraigadas, praticamente impossibilita-se a sua ruptura. Na maioria das vezes, o educando/usuário acaba por adaptar o novo conhecimento às suas concepções prévias, sem construir novo saber:

(...) a representação anterior desse aluno era tão potente que mascarava completamente todo o aporte do curso. (...) o aluno havia construído, pois,

anteriormente, um mecanismo próprio para fazer coexistir suas concepções anteriores com o que o professor lhe havia ensinado. Quantos outros aprendentes não puderam ultrapassar esse filtro constituído pelas concepções anteriores que possuem? (Giordan, 1996, p.42).

Ainda na classificação de Becker, no modelo pedagógico relacional, o conhecimento se caracteriza como construção histórica social, depende da interação do sujeito e do objeto, da assimilação e acomodação do conhecimento, como consequência necessária da problematização e alicerçada na epistemologia construtivista. Freire denominou esta a concepção de educação como problematizadora e dialógica, e que acredito ser a mais adequada para a ES.

3.3. Educação em saúde no sistema de saúde

O conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida (Minayo, 1998, p.89).

A Constituição de 1988, que cria o SUS, fruto do movimento pela reforma sanitária, contendo grandes transformações no setor da saúde, assim a define: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art.196)*”.

O SUS é regido por Diretrizes e Princípios Básicos, dentre eles, a hierarquização dos serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária compreende todos os serviços cujo objetivo maior consiste na prevenção. A atenção secundária inclui, principalmente, a assistência médica realizada no âmbito da comunidade e das unidades básicas de saúde. A atenção terciária, caracterizada pela última instância de atenção à saúde, onde demandam maior nível de intervenções, inclui as assistências hospitalares (Santa Catarina, 2002).

A ES se constitui em uma das ações de saúde preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a espinha dorsal das políticas públicas de saúde no Brasil desde a década de 1980. No início do século XX, a ES era denominada de educação sanitária, com forte apelo às

campanhas de informação, à propaganda veiculada pelos meios de comunicação de massa e publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes.

O alto nível de analfabetismo, incluindo-se o analfabetismo funcional, e o precário acesso à leitura, prevalente no País, parece não ter sido levado em consideração, uma vez que a tônica das campanhas era centrada na informação impressa.

Essa forma de trabalhar a educação em saúde começou a ser questionada. Hortênsia Hurlia de Holanda trabalhou a “educação sanitária” num contexto progressista, diferente do conceito ortodoxo de “educação sanitária” realizada até então, pois, ela enfatiza o diálogo, o encontro com a realidade da população e a leitura política do corpo, ao trabalhar a educação em saúde, naquela época, ainda, entendida como educação sanitária. Segundo Sophia, 2001, ao final da década de 1970 foi criada a Divisão Nacional de Educação em Saúde:

É da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Mais do que uma mudança terminológica (de educação sanitária para educação em saúde), tentava-se uma nova transformação conceitual. As mudanças, entretanto, não contribuíram para a inclusão da educação nos programas desenvolvidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde (as Municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam) (p.9).

A Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (OMS, 1986) vêm reafirmar a importância da educação para o desenvolvimento da atenção integral à saúde e atualmente a ES é parte integrante do SUS, como estratégia de atenção à saúde, realizada paralelamente às demais ações. Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que trabalha a educação na saúde tanto em nível de formação e qualificação profissional quanto em nível de educação em saúde direcionada aos usuários dos serviços de saúde.

Outro exemplo de ações, consideradas pela grande maioria dos profissionais da saúde como educativas, são as campanhas específicas, dirigidas para determinado público, de determinadas regiões, como é o caso do combate à dengue, à esquistossomose, à AIDS, ao câncer de pele, ao câncer de colo uterino, etc.

Estas campanhas objetivam levar o maior número possível de informação por intermédio dos meios de comunicação em massa. Incluem-se, igualmente, a distribuição de folhetos informativos e visitas domiciliares, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde ou Agentes da Vigilância Epidemiológica, nas regiões mais afetadas ou de maior vulnerabilidade.

As campanhas, constituídas pela divulgação de informação e apelo à adesão, por ocasião de situações de urgência, são caracterizadas pela coerção, pelo forte apelo às adesões, pela imposição de normas e preceitos a serem seguidos. Outra característica destas campanhas consiste na ausência de diálogo com os usuários. Estas campanhas possuem sua validade/eficácia quando da necessidade e urgência de informar e orientar a população, no intuito de evitar o alastramento da epidemia. Porém, de forma alguma substituem as ações educativas emancipatórias.

As ações educativas emancipatórias, defendida neste trabalho, pressupõem um dialogo entre sujeitos desta ação, uma troca de saberes.

A escuta e o acolhimento, no plano do cuidado, somente poderão ser incorporados efetivamente a partir de verdadeira comunicação entre usuários e profissionais. Nem os profissionais podem ser reduzidos as suas competências técnicas e nem os usuários a passivos objetos de intervenção (Silva, Oliveira, Figueiredo, 2002, p.116).

Assim, faz-se necessário pensar a relação profissional/usuário e a interação entre os diferentes saberes, o diálogo existente nesta situação. O aconselhamento em DST/HIV/AIDS parece-me ter se mostrado como uma estratégia promissora nesta perspectiva de atenção diferenciada, contudo, ainda está em processo de consolidação.

Desta forma, para a melhoria desse serviço é preciso fazer um estudo da situação atual do processo de aconselhamento, de forma a elaborar propostas para a reestruturação do serviço, o que implica também, em repensar a formação inicial e continuada dos profissionais envolvidos.

O presente trabalho pretende contribuir nesse sentido, através do estudo do que o profissional da saúde entende como um processo educativo, como ele vem sendo realizado atualmente e quais os pressupostos epistemológicos e pedagógicos envolvidos. O trabalho discute ainda a formação profissional, aqui entendida como formação inicial e continuada, aspecto importante que merece atenção especial por parte das instituições formadoras e dos órgãos gestores da saúde.

4. OS CTAS.

4. 1. A criação, estrutura e funcionamento dos CTAs

O sistema de saúde segue uma estrutura hierárquica definida, tendo como instância maior o Ministério da Saúde, onde funciona a Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS.

Na perspectiva da Diretriz da descentralização, o serviço de atenção e prevenção à AIDS se estrutura da seguinte forma: nos estados da Federação encontramos as Secretarias de Estado da Saúde, com sua respectiva Coordenação de DST/HIV/AIDS. Nos municípios estão as Coordenações Municipais de DST/HIV/AIDS, ligadas às Secretarias Municipais de Saúde e às redes básicas de atendimento, dentre elas os CTAs.

Os serviços de atenção secundária e terciária, que incluem os hospitais e outros serviços especializados, tanto podem estar ligados diretamente às esferas estaduais quanto às esferas municipais, ou ainda em parceria com ambas as esferas, como é o caso dos CTAs. Outras estruturas pertencentes ao sistema de saúde não serão aqui mencionadas e me restringirei às estruturas diretamente ligadas aos CTAs.

Os CTAs são serviços especializados integrantes do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS (DST/HIV/AIDS), vinculados à Coordenação Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde. Inicialmente denominado Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), suas origens datam de 1987 e 1988, passando a se chamar Centro de Testagem e Aconselhamento em 1997. A mudança não ocorreu apenas na nomenclatura, pois levou à elaboração de novas Diretrizes Nacionais:

“Essa alteração deu-se em função da dificuldade de compreensão implícita nesta expressão, além do fato de ela conter um erro semântico (apoio sorológico). Modificação menos terminológica, trata-se de uma reflexão sobre os princípios que nortearam a implantação e a consolidação dos centros de testagem anti-HIV, o que resultou, principalmente, em novas propostas para o trabalho dos agora denominados ‘Centros de Testagem e Aconselhamento’- CTA” (Brasil, 1999b, p.10).

Os CTAs foram concebidos como uma das estratégias de enfrentamento da epidemia da AIDS, que começou a preocupar as autoridades públicas brasileiras mais precisamente em meados da década de 1980, quando seus índices atingiram significativos avanços em número

de casos identificados. Surgiu então a necessidade de criar mecanismos de atendimento. Uma das estratégias adotadas foi à criação e ampliação dos CTAs:

(...) 1987/88 começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico - COAS, os quais se constituiriam em modalidades alternativas de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de sorologia anti-HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes sorológicos teria a finalidade de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção (Brasil, 1999b, p.7, grifos nossos).

Sua criação tinha como objetivo oferecer ao usuário do serviço de saúde oportunidade de trabalhar a prevenção, nas próprias unidades básicas de saúde, assim, como está explicitado nas Diretrizes Nacionais:

A presença significativa das DST e HIV/AIDS em nosso país têm gerado a necessidade de se desenvolver novas e mais eficazes estratégias de prevenção. Neste sentido uma das prioridades da Coordenação Nacional (CN) DST/AIDS hoje é incluir práticas de prevenção nas próprias atividades assistenciais já existentes na rede de serviços de saúde (Brasil, 1999a, p. 5).

Um dos objetivos dos CTAs era diminuir a procura de testes nos bancos de sangue, pois, na ausência de outros locais de testagem anti-HIV gratuita, era grande o contingente da população em busca deste serviço nos bancos de sangue.

Outra constatação (não menos significativa), que provocou o surgimento de CTAs em diversas regiões foi o fato de que os profissionais atuantes na área “... não estavam devidamente preparados para atuarem com as questões suscitadas pela infecção” (Brasil, 1999a, p.9). O surgimento dos CTAs foi uma proposta de atendimento diferenciado a esta demanda, criada pela epidemia.

A extensão da AIDS preocupou as autoridades, não somente pelo fator saúde e bem-estar, mas principalmente pelo fator econômico, visto que a epidemia das DST/HIV/AIDS atinge uma faixa etária jovem, no início da vida reprodutiva e laboral. Em consequência, isto provoca abalos na economia, quer pelos gastos com prevenção e custeio do tratamento e assistência, quer pela não participação no mercado da produção, quer na redução do consumo, em geral (Monteiro, 2002, Parcker, 1994).

O aconselhamento nasce como uma das estratégias de redução da epidemia: “O aconselhamento é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das

DST e HIV/AIDS na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção” (Brasil, 1999a, p.5).

Os termos da legislação e documentos (Diretrizes Nacionais) que instituem e regulamentam os CTAs se destinam ao trabalho de prevenção, realização do aconselhamento e exames anti-HIV. Por sua vez, os SAEs destinam-se ao tratamento dos portadores do vírus HIV ou outras DSTs.

Com os avanços observamos na área de tratamento das DST/HIV/AIDS, mais marcadamente a introdução dos medicamentos anti-retrovirais, os CTAs passam a ter uma posição estratégica de fundamental importância no que diz respeito ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, referenciando, de maneira ágil, os indivíduos portadores de HIV aos serviços assistenciais (Brasil, 1999b, p.5).

O uso concomitante das siglas HIV/AIDS se fez necessário devido à diferenciação entre o portador do vírus e o doente de AIDS, pois um indivíduo pode ser portador do vírus e não manifestar a doença durante muitos anos. No entanto, apesar da importância dessa informação, somente os casos de AIDS são notificados à vigilância epidemiológica, ou seja, apenas os usuários que desenvolveram a síndrome, e não os infectados pelo vírus.

Os CTAs possuem, como estratégias de trabalho, o aconselhamento e a testagem anti-HIV. A testagem deve ser voluntária, mas, pode se realizar também por indicação médica, nos casos de exame pré-natal, pré-operatório ou por suspeita de contaminação. O aconselhamento, não obrigatório na rede privada, torna-se obrigatório para a realização do exame nos CTAs. Estas duas atividades se constituem na estratégia principal da prevenção.

Outras atividades, preconizadas nas Diretrizes Nacionais dos CTAs, são denominadas e reconhecidas pelos profissionais do aconselhamento como atividades extramuros. Esta denominação é oriunda do fato destas atividades serem desenvolvidas além dos espaços físicos dos CTAs, ou seja, na comunidade atendida pelo CTA. Neste trabalho, serão chamadas Atividades Comunitárias, denominação considerada mais adequada, pois supõe participação da comunidade.

Os CTA/SAE, concebidos como centros de referência para assistência e prevenção do HIV/AIDS, subordinados hierarquicamente à estrutura de funcionamento dos serviços de saúde, geralmente estão distribuídos na proporção de um CTA por município; além disso, o CTA pode ser itinerante ou descentralizado. A estrutura física é diferenciada em cada município, podendo estar anexado a uma Unidade de Atenção Básica ou em uma sede própria. Normalmente os CTAs possuem uma sala de recepção, uma sala de coleta de material, duas

ou mais salas onde ocorrem as consultas médicas, procedimentos da equipe de enfermagem, o aconselhamento e o atendimento psicológico. Em alguns CTAs há sala de medicação para a armazenagem e entrega das medicações e outras diferenças nas instalações, como sala para reuniões em alguns CTAs que possuem sede própria. É comum o CTA dividir espaço físico com o Serviço de Atendimento Especializado - SAE com atendimento em horários opostos. A equipe de profissionais geralmente é composta por aconselhores (nível superior), recepcionista e técnico de laboratório ou de enfermagem para a realização da coleta de sangue e armazenamento do mesmo. Nos CTAs, além da importância fundamental da distribuição de folhetos informativos e preservativos, dá-se ênfase maior ao aconselhamento e ao exame Anti-HIV.

Minha experiência de trabalho permite-me sugerir que há uma dinâmica diferenciada dos CTAs entre os demais serviços prestados nos Centros de Saúde. Isto porque possuem maior disponibilidade de medicamentos, recursos financeiros e humanos, além do encaminhamento preferencial para outras especialidades médicas (o paciente não ingressa na fila de espera, em geral bastante extensa). O sistema de dados, denominado de SICTA é bastante rigoroso com relação às informações, as quais são encaminhadas ao Ministério da Saúde.

Assim, poderíamos notar a existência de discriminação positiva dos usuários do CTA, por parte do serviço de saúde. Também o preconceito e o estigma (socialmente construídos) condicionam a existência, ao menos em tese, de maior preocupação com o perfil, segurança e bem estar do profissional aconselhador, no sentido de não reforçar este estigma ou colocar o usuário em situações desconfortáveis ou de risco moral e físico. Tais questões estão expressas nas Diretrizes Nacionais dos CTAs.

As DST, e a AIDS em especial, provocam um forte impacto na vida subjetiva dos indivíduos, gerando metáforas e representações simbólicas, muitas vezes distanciadas da realidade.

Tais construções subjetivas, geradas por fantasias em torno de temas como a expressão das sexualidades, as transgressões dos padrões de comportamento socialmente estabelecidos e a inevitabilidade da morte, são produtos de uma cultura que afetam também os profissionais aconselhores (Brasil, 1999c, p. 9).

Nota-se também preocupação com a postura e a ética, visando assegurar proteção ao usuário e ao profissional, pois qualquer informação prestada inadvertidamente poderá causar sérios danos a ambas as partes envolvidas, bem como ao próprio serviço. Portanto, todo sigilo

se faz necessário, em relação ao portador e à doença, conforme expressamente recomendado nas Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) - Manual “*A confidencialidade no processo de testagem tornou-se um requisito imprescindível*” (Brasil, 1999b, p.7).

O Brasil tem se destacado no cenário mundial e servido de modelo para outros países devido às suas estratégias de prevenção da AIDS. Todavia, ainda há muito por fazer neste campo. Seffner (2002) aponta para a necessidade de mudanças, mas reconhece que, embora com sérios problemas, este ainda é um modelo para outros países:

De forma paradoxal, este viés burocrático e técnico preocupante convive atualmente com o extraordinário sucesso mundial de nosso modelo de tratamento, que leva o Brasil a ter um papel propositivo no cenário da pesquisa mundial em AIDS, pela capacidade instalada e pela singularidade, pelo menos durante o período em que durar o sucesso. Esse papel propositivo não pode ser confundido com o de simples “exportação de modelos”, de “best practices”, tão ao gosto de muitas recomendações do Banco Mundial e de outros órgãos internacionais de planejamento, que transferem de forma acrítica experiências de um país a outro (p.28).

4.2. O aconselhamento enquanto forma de enfrentamento da AIDS.

O aconselhamento, hoje prática obrigatória realizada paralelamente ao exame anti-HIV, caracteriza-se por uma consulta pré-teste e pós-teste, geralmente feita por um psicólogo, assistente social ou enfermeiro, teoricamente treinado para tal atividade. Um formulário próprio registra dados sobre opção sexual, número de parceiros sexuais no último ano e uso de drogas injetáveis, entre outras informações (anexo 3).

O aconselhamento, baseado nos autores Frank Parsons e Carl Rogers (1949), em meados do século passado, caracteriza-se como modalidade de atendimento psicológico, consistindo em uma relação de ajuda, com intervenções centradas no cliente (Brasil, 1999b, p.8-9). Nos EUA, nas décadas de 1960 e 1970, com a expansão dos movimentos sociais, o aconselhamento assumiu outras dimensões, constituindo-se em mecanismo de apoio aos grupos, numa relação de escuta e ajuda entre seus pares.

De acordo com as Diretrizes do aconselhamento, no Brasil, o aconselhamento sofreu forte influência dos psicanalistas argentinos Pichon Riviére e Bléger, com origem “*no âmbito*

das organizações não governamentais (ONGs) a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares” (Brasil, 1999b, p.8).

Portanto, o aconselhamento parece ter surgido por iniciativa de grupos organizados que, diante de um problema, buscavam formas de suavizá-lo, além de amenizar as carências encontradas no setor da saúde, em relação ao atendimento desta nova demanda e sua necessidade específica. A solidariedade se constituía em um dos pontos fortes deste apoio dos grupos. (Brasil, 1999b, p.8-9). Posteriormente, em 1987/1988, a Coordenação Nacional de DST/AIDS, através do MS, oficializou o aconselhamento nas redes de atendimento à saúde, após a constatação de sua eficácia nos movimentos sociais e nas ONGs.

Segundo a proposta do MS, o aconselhamento, no contexto das DST/AIDS, tem por objetivos:

Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas seguras; estimular o diagnóstico dos parceiros sexuais; encaminhar as pessoas HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos anti-retrovirais; absorver a demanda por teste sorológico nos bancos de sangue; auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem sorológica de gestantes; levar informações sobre prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas para grupos específicos; promover a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras e também, a redução do nível de estresse (Brasil, 1999b, p.10-11).

Porém, o aconselhamento consiste, sobretudo, em dar atenção às necessidades dos usuários, ou seja, é entendido como escuta ativa do profissional, conforme as orientações da Coordenação Nacional de DST/AIDS (Brasil, 1999b), onde as questões do trabalho educativo e preventivo são colocadas nos seguintes termos:

(...) consolidando os CTAs como um serviço de caráter essencialmente preventivo, onde os mais novos conhecimentos sobre a doença e a epidemia desdobram-se em ações melhor adequadas ao momento presente, e a necessidade de adoção de novas estratégias de aconselhamento em HIV/AIDS. (...) é pela via do Aconselhamento que se garante, no trabalho dos profissionais que se deparam com as questões trazidas pela Aids, a manutenção de ações educativas em saúde, pautadas em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST e da Aids; e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e da plena utilização de seus direitos (Brasil, 1999b, P.9, grifos nossos).

Torna-se necessário, pois, questionar a ação desencadeada pela prática do aconselhamento. Qual o sentido da palavra ‘educativa’ na prática do aconselhamento, para os profissionais de saúde? Até onde os usuários são instigados a adquirir conhecimentos referentes ao seu corpo, à saúde, aos estilos de vida, à cidadania, fundamentais para poder decidir conscientemente sobre suas ações? Como ocorre esse diálogo entre profissional e usuário do serviço de saúde? Qual sua abrangência?

Segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS, uma das principais dificuldades de se trabalhar a prevenção, nesta área, consiste no fato de que as DST/AIDS “*envolvem em suas rotas de transmissão, práticas muito íntimas, carregadas de simbolismos particulares que são social e culturalmente determinados*” (Brasil, 1999 a, p. 5), portanto, muito difíceis de serem trabalhadas.

Parker, há dez anos, já chamava a atenção para a importância da ES na área da prevenção do HIV/AIDS:

Analisando a breve história da educação sobre a AIDS no Brasil durante os últimos anos, fica claro que houve uma série de avanços e é possível ter esperanças para o futuro. O avanço mais importante, provavelmente, o reconhecimento generalizado em todos os níveis da importância da educação sobre a AIDS como chave para o enfrentamento da epidemia (...) No Brasil, como em outros países, parece claro que a informação, por si e em si, não é suficiente para estimular as mudanças de comportamento para redução do risco e que é preciso abordar urgentemente uma série de outras questões, a fim de desenvolver programas de promoção da saúde mais sofisticada e eficaz no futuro (Parker, 1994, p.112-113).

Entretanto, à primeira vista e tal como realizado atualmente, o diálogo e o aconselhamento adquirem aspecto de preparo psicológico, para o recebimento do resultado de positividade para HIV. Também parece servir para diagnosticar o perfil comportamental do usuário, ou seja, de como adquiriu o vírus. Conforme minha experiência permite afirmar, questões como o significado da vida, prazer, dignidade e respeito são pouco trabalhadas na sessão do aconselhamento.

Além disso, falta explorar aspectos sobre responsabilidade consciente e exposição aos riscos, questões que perpassam a vida e os relacionamentos humanos. É possível haver, na prática do aconselhamento, uma individualização da responsabilidade, com relação à contaminação pelo HIV. Em contrapartida, vivemos uma exacerbação da sexualidade, da exploração do corpo, da busca do prazer a qualquer preço.

Impõe-se a responsabilidade pela aquisição do vírus exclusivamente ao portador, ignorando-se todo o contexto no qual o indivíduo se encontra inserido e que exerce forte influência sobre ele.

4.3. Os recursos humanos e sua capacitação

Os profissionais responsáveis pelo aconselhamento nos CTAs são graduados e treinados nas áreas da saúde. Segundo as diretrizes da implantação e funcionamento dos CTAs (Brasil, 1999a, p.13), membros da comunidade e de organizações civis, devidamente treinados, também podem realizar o aconselhamento. Não encontrei, nestas diretrizes, nenhum outro critério específico de seleção dos profissionais atuantes no aconselhamento, inclusive de acordo com o documento *“Todos os profissionais da saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento”* em DST/HIV/AIDS (Brasil, 1999a, p. 13).

Ser portador de conhecimentos atualizados em DST/AIDS é considerado pré-requisito para o profissional de saúde atuar como aconselhador. Além disso, o profissional aconselhador deve ter desprendimento para reconhecer suas próprias limitações e potencialidades, para respeitar a singularidade do usuário e perceber suas necessidades, bem como ter disponibilidade para dar-lhes respostas.

Além de ser detentor dos saberes científicos inerentes à profissão, o profissional do aconselhamento tem o compromisso de dialogar com o usuário, propiciando a construção de um conhecimento crítico, evitando, assim, que ele assuma uma postura passiva diante das informações. Ceccim e colaboradores (1997) alertam para esses aspectos da ação:

Quando o curar e o cuidar significam a afirmação apenas da técnica e do olhar do profissional sobre a criança, estrutura-se um processo pedagógico em que o conhecimento e o saber pertencem ao outro, reduzindo a potência de ação do conhecimento e sua produção de uma positividade à doença e hospitalização (p.32).

O trabalho com doenças sexualmente transmissíveis envolve aspectos íntimos e demanda atenção diferenciada. Em decorrência disto, há necessidade de treinamentos específicos para os profissionais, pois nem sempre eles se encontram aptos para lidar não só com fatores biofisiológicos, mas também fatores políticos e psicosocioculturais, condicionantes do processo saúde/doença. Dentro desta perspectiva, a Coordenação Nacional

de DST/AIDS estrutura cursos de capacitação, treinamento e aconselhamento em DST/AIDS (Brasil, 1999c, p.7).

Segundo o preconizado pelas Diretrizes, os temas desenvolvidos nos treinamentos devem abranger aspectos biofisiológicos, epidemiológicos, laboratoriais, éticos e psicossociais, políticos e jurídicos, além dos aspectos teóricos e práticos e a organização do processo de aconselhamento.

As Diretrizes recomendam ainda a prudência de planejamento, seguida de supervisão continuada, que deverá levar em conta a realidade local, as necessidades e dificuldades encontradas para elaboração de planos de curso, nos quais a prioridade deverá recair nos critérios de seleção dos participantes. A estratégia de organização da prática do aconselhamento e os mecanismos de avaliação devem fazer parte dos conteúdos a serem abordados no decorrer dos treinamentos. (Brasil, 1999c, p.7-8).

As metodologias para os cursos de treinamento e capacitação recomendadas pelas Diretrizes Nacionais dos CTAs proporcionam o reconhecimento dos saberes do grupo e sua participação efetiva na construção coletiva do conhecimento.

Desta forma, pode-se dizer que as Diretrizes preconizam a utilização, durante os treinamentos, da mesma metodologia empregada no aconselhamento, conforme fica explícito no seguinte trecho: “(...) *não pode restringir-se à incorporação de conhecimentos e habilidades técnicas, mas, sobretudo, deve permitir a expressão e a reflexão sobre sentimentos, valores e atitudes dos treinandos relacionados com tais temas*” (Brasil, 1999c, p.9). Para alcançar tais objetivos, propõe “*dinâmicas de grupos e jogos dramáticos, associados a técnicas expositivo-dialogadas*” (p.9).

A Coordenação Nacional de DST/AIDS dá ênfase ao treinamento para o profissional atuante no aconselhamento e considera a educação continuada uma das estratégias eficazes para a manutenção da qualidade dos serviços ofertados e imprescindíveis para a efetividade do programa: “*É importante ressaltar que toda formação é um processo permanente, instigador de outros conhecimentos e aprofundamentos, no qual nunca se está totalmente pronto, mas, antes, suficientemente preparado*” (Brasil, 1999c, p.8).

4. 4. As Diretrizes Nacionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento

As Diretrizes Nacionais, documentos que normatizam os CTAs e norteiam os serviços de aconselhamento, foram elaboradas pela Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS do MS, e distribuídas em todo o território nacional (Brasil, 1999a, 1999b). Inicialmente publicadas em 1993 e 1997, sofreram alterações, principalmente, devido a experiências, nos próprios CTAs, até então denominados de COAS (Brasil, 1999b, p.10).

As normas de organização e funcionamento dos CTAs baseiam-se nestes princípios gerais: *a) acessibilidade e gratuidade; b) anonimato flexível e confidencialidade; c) agilidade e resolutividade; d) aconselhamento adequado e não pontual; e) referência e contra-referência; f) equipe multidisciplinar.* (Brasil, 1999b, p.11-12).

Diretrizes e Manual, além dos princípios gerais do aconselhamento, incluem os aspectos filosóficos, epistemológicos, éticos e políticos. Foram elaboradas para servir de suporte, fontes de referência e consulta aos profissionais aconselhadores. Trata-se de trabalho de certa forma inovador na área da saúde, que em determinados aspectos rompe com o atual modelo, pautado no aparato tecnológico. Desta forma, o modelo brasileiro de atenção à saúde, na área da AIDS, busca nova estratégia de atenção, onde a integralidade da atenção constitui-se em um dos componentes básicos nestes serviços.

Concede-se importante espaço, nas Diretrizes, à capacitação de recursos humanos para o aconselhamento, considerado prioridade para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

Embora, no documento, haja referência sobre o aconselhamento como processo educativo, nas dinâmicas sugeridas para as capacitações, não há qualquer menção ao processo ensino/aprendizagem. Tal fato sugere falta de reflexão ativa e planejada sobre o ensinar e o aprender ou, pior, parecem conceitos tomados como adquiridos *a priori*.

O problema reside na crença, geralmente aceita, de que a aprendizagem se dá através da aquisição de informações pontuais, de forma linear, contínua e cumulativa. Esta evidente tônica, dominante nas Diretrizes, pode ser verificada em algumas frases, como: *A correta informação, transmitida por meio das ações do aconselhamento* (Brasil, 1999b, p. 16). *Trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s)* (Brasil, 1999a, p. 14). *Transmitir informações básicas sobre DST.* (Brasil, 1999C, p. 21). *Educativo, que trata de passar informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento.* (Brasil, 1999d, p. 9).

Como o usuário aprende? Como ele se apropria das informações repassadas/oportunizadas por ocasião do aconselhamento? Nenhuma destas perguntas é discutida nas Diretrizes ou no Manual.

Em tal panorama, pode-se afirmar que a exposição aos riscos é compreendida como decorrência de um déficit de informação, condicionando uma perspectiva de prevenção altamente centrada no indivíduo. Silva (2004) desmistifica esta crença de déficit de informação, como se a informação por si só seria suficiente enquanto mecanismo de oportunizar conhecimentos significativos.

Apointa para a necessidade de pensar a AIDS enquanto contradição que precisa ser desmistificada, no sentido de problematizar e compreender os fatores que interferem nesta realidade. No apêndice de sua tese, o exemplo 3 apresenta um exercício programático sobre a AIDS, realizado em escola da rede de ensino regular de São Paulo, com a turma de 6^a série, em que busca problematizar e desmistificar as contradições existentes em torno da AIDS a partir das falas dos educandos. Este trabalho é transdisciplinar e busca aporte em várias áreas do conhecimento humano.

5. A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO DOS CTAS

5. 1. Revisão bibliográfica

Para amparar este estudo localizado no campo da educação e da saúde, foi necessária uma revisão de literatura sobre as duas áreas abrangidas. Também se tornou necessária à delimitação bastante precisa do tema, na revisão bibliográfica (de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa), uma vez que essa área possui vasta produção bibliográfica e os campos profissionais envolvidos são múltiplos. Portanto, foram privilegiados os estudos sobre o processo educativo em AIDS e aconselhamento em DST/HIV/AIDS.

No *sítio* Programa Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde, (<http://www.aids.gov.br>), na base de dados da biblioteca virtual em saúde - DST e AIDS, nenhum documento foi encontrado com a expressão “processo educativo e AIDS”; o mesmo ocorreu para “educação e aconselhamento”. Em “aconselhamento”, e “prevenção e educação”, obtive também apenas um trabalho. No entanto, com a palavra ‘AIDS’, foram encontrados 64 documentos. Versam sobre os mais variados aspectos relacionados à epidemia, desde boletins epidemiológicos, metodologias de planejamento estratégico, até legislação sobre DST e AIDS, no Brasil.

A revisão também se deu nas bases de dados LILACS, BIREME/OPAS/OMS - Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br>). Aqui, procurando pela palavra ‘aconselhamento’ encontrei 15 estudos, nos quais, consta à referência das Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (Brasil, 1999), ou seja, os manuais de orientação e avaliações quanto às ações do aconselhamento, analisadas no item 4.6. Também foi possível encontrar outros artigos e livros referentes ao tema. Embora não versem sobre o processo educativo, contribuíram muito para esta pesquisa. Dentre eles, destaca-se: “Teoria do trabalho e construção do conhecimento em saúde coletiva: para uma epistemologia reconstruída como práxis emancipatória”, Ayres (1996). Procurando por “Saúde Pública” foram encontradas sete referências, mas nenhuma delas versava sobre a problemática da AIDS.

Através da base de dados Scielo (<http://www.scielo.br>) foram pesquisados vários periódicos versando sobre educação e saúde, conforme tabela 1, com destaque para os Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública, que forneceram uma série de artigos

referentes à questão da AIDS e à questão da educação em saúde. A Revista de Saúde Pública, por exemplo, em agosto de 2002, dedica todo o vol.36, nº 4, para a temática da AIDS.

Nos periódicos da área de educação, relacionados na tabela 1, quase não houve referências a questões da saúde, a não ser quando estavam estreitamente relacionadas a questões de higiene. Por exemplo, o periódico *Cadernos Cedes*, no ano de 2003, vol. 23 nº. 59, trata sobre a questão dos cuidados relacionados à higiene, deixando no ar uma conotação de que os conteúdos referentes à ES se restringem a questões de higiene individual e ambiental.

Surpreendeu-me esta pouca produção em educação em saúde nos periódicos de educação. Parece-me que a área da educação, com raras exceções, não abarcou ainda esta causa.

A seguir apresento os periódicos analisados, disponíveis na Internet entre agosto de 2003 e maio de 2004. Verifiquei também os periódicos disponíveis no Centro de Ciências da Educação e na Biblioteca Central da UFSC, conforme descritos na tabela 1.

Assim sendo, nas bases de dados pesquisadas foram encontrados poucos trabalhos com teor educativo. Muito embora o número de produções referentes à problemática da AIDS seja significativo, elas versam sobre outros aspectos da epidemia. A maioria dos artigos tem caráter epidemiológico e clínico e não trata do processo educativo nas ações de saúde relacionadas à AIDS.

Tabela 1: periódicos revisados

PERIÓDICOS	ANO DA REVISÃO REALIZADA	VOL/NUM
Cadernos CEDES	1997 a 2003	18(42) a 23(61).
Cadernos de Pesquisa	2001 a 2003	114 a 119.
Cadernos de Saúde Pública	1994 a 2003	10 a 19 (6).
Ciência e Saúde Coletiva	2001 a 2003	6 (1) a 8 (4).
Educação e Pesquisa	1999 a 2003	25 (1) a 29 (1).
Educação e Sociedade	1997 a 2003	18 (58) a 24 (84).
Ensaio - Pesquisa em Educação em Ciências	1999 a 2000	1 (1) a 2 (2).
História, Ciências, Saúde - Manguinhos.	1999 a 2003	5 (3) a 10 (2).
Revista Brasileira de Saúde Escolar	1992 a 1994	2 (1) a 3, (4).
Revista Brasileira de Pesquisa em Ed. em Ciências	2002 a 2002	2 (1) a 2 (3).
Revista da Faculdade de Educação	1997 a 1998	23 (1) a 24 (2).
Revista Estudos Feministas	2001 a 2003	9 (1) a 10 (1).
Revista de Saúde Pública	1992 a 2004	26 (n) a 38 (1).

5. 2. Entrevistas: limites e possibilidades

O processo do aconselhamento tem sido objeto de estudo por profissionais de diferentes áreas (Minayo, 1999; Deslandes, 1999; Filgueiras, 1999; Ferreira 2001; Coelho 2004), sendo que cada pesquisador foca uma das várias dimensões do aconselhar em DST/HIV/AIDS. Essa diversidade de aspectos compõe uma realidade complexa que, para ser compreendida, necessita ser analisada em todas as suas facetas: “(...) *é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macro-realidade social*” (Triviños, 1987, p.138).

Este estudo tem por objetivo caracterizar e analisar as ações em saúde (ditas) educativas, realizadas no processo do aconselhamento nos CTAs estudados. Tratando-se de duas temáticas muito complexas, tanto a questão da AIDS, quanto à da ES, optamos pela metodologia de pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo:

A Metodologia de Pesquisa Qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalidades de variáveis.

(...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (1994, p. 21-2).

Estudar o aconselhamento torna-se um tanto delicado, pois envolve muitos aspectos da vida privada e íntima do usuário, os quais não são, habitualmente, muito discutidos. Este fato foi constatado por Monteiro (2002), em pesquisa na favela de Vigário Geral, onde o tema era discutido com reservas:

“A sexualidade não é um domínio sobre o qual as pessoas discursam; particularmente, nas camadas populares, esse tema se organiza com referência a uma moralidade de gênero” (Monteiro, 2002, p. 55).

Este fato levou-me a optar pelas entrevistas individuais com o aconselhador e não por observações ‘*in loco*’ do aconselhamento, partindo do pressuposto de que as entrevistas semi-estruturadas são estratégias importantes para a produção de dados de pesquisa. Essa opção leva em conta que, de certa forma, o próprio aconselhamento pode tornar-se invasão da

privacidade⁵. De posse destas informações optei por não intervir no processo de aconselhamento, mantendo a privacidade do usuário. Optei então, pela entrevista com o aconselhador, o que se apresentou como o melhor instrumento de pesquisa, pois não interferiria na dinâmica do aconselhamento e manteria a privacidade do usuário.

Procurando aperfeiçoar o instrumento de pesquisa, bem como melhor familiarizar-me com ele, realizei cinco entrevistas piloto, em dois CTAs. Após as primeiras entrevistas, foi necessário fazer algumas alterações no instrumento de pesquisa que será descrito no item 5.3.

Ao término da realização das entrevistas considerei que embora tenha feito algumas alterações no roteiro das mesmas, as entrevistas pilotos possuíam dados muito relevantes e que seria importante para fazer a análise dos resultados e, principalmente dados que não obtive nas demais, razão pela qual as entrevistas pilotos foram utilizadas nesta pesquisa. Ao total realizei dez entrevistas e todas foram utilizadas na pesquisa.

Entrevistas semi-estruturadas foram escolhidas, devido à possibilidade de coleta de maior número possível de dados, em um menor tempo, sem necessidade de seguir um roteiro rígido. Assim, a entrevista pode transcorrer em tom de diálogo, de conversa.

As questões que nortearam a elaboração do roteiro de entrevista encontram-se no anexo 4, e embora tenha tentado contemplar os aspectos considerados mais importantes, estou ciente de que estes questionamentos e sua análise não contemplam todas as interrogações que pairam sobre ES em AIDS.

5. 3. Roteiro das entrevistas

O roteiro de entrevista foi elaborado objetivando conhecer mais profundamente a compreensão dos profissionais aconselhadores a respeito do aconselhamento enquanto um processo educativo. Ele foi composto inicialmente de 22 questões e modificado após parte da pilotagem, em parte porque havia informações que não seriam úteis nesta pesquisa ou estariam contempladas em outras questões em detrimento de outras que seriam muito importantes, em parte porque o roteiro estava bastante extenso, tornando a entrevista um tanto cansativa. Assim, retirei questões que tratavam da obrigatoriedade do aconselhamento, da importância da educação continuada e do espaço para as reclamações e sugestões para o

⁵ Esta invasão de privacidade era descrita por alguns usuários quando questionados sobre suas compreensões em relação ao aconselhamento, após sua realização. Esses questionamentos eram feitos de maneira informal, durante meu trabalho em um CTA em 2002.

serviço. Neste processo de reformulação do roteiro de entrevista novas questões foram acrescentadas: era necessário saber qual o material didático disponível, se a estrutura física era adequada para o desenvolvimento de todas as atividades programadas, e como eram desenvolvidas as atividades comunitárias, assunto freqüente na fala das primeiras entrevistadas. Outra questão importante era saber se a aconselhadora estava satisfeita com a forma como o aconselhamento estava estruturado e como era realizado nestes serviços. Para tanto, perguntamos: “Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o Ministério da Saúde, como seria? Como você estruturaria o serviço?”

Entendo que conhecer o público que vem para o aconselhamento é uma questão fundamental para pensarmos a ação educativa neste serviço, neste sentido era importante saber o que os profissionais aconselhores pensam a este respeito. Era importante também saber se o aconselhamento atinge os objetivos a que se propõe, qual a visão que o profissional aconselhador possui em relação aos resultados de seu trabalho. Para tanto, foram introduzidas as perguntas: Você acha que o serviço está dando conta do recado? Está fazendo o que se propõe? Existe espaço para reclamações do serviço? Qual a relação entre profissional/usuário no sentido de estabelecer vínculos de confiança? O que é anotado no formulário?

Após a realização das três primeiras entrevistas-piloto, tendo o questionário como um guia, resolvi fazer apenas um roteiro de itens que deveriam ser contemplados para as outras duas entrevistas piloto. Este roteiro mostrou-se eficaz no sentido de permitir que as mesmas ocorressem de forma mais descontraída, porém, pela minha inexperiência acabei por não contemplar alguns aspectos e decidi pelo questionário na realização da demais entrevistas. Os tópicos para as duas outras entrevistas-piloto foram os seguintes:

Sobre o aconselhamento: o que é; o que é mais importante nesse processo; o que é mais difícil; o que precisa melhorar; qual o tempo necessário; quando é bom; quando é ruim; principais entraves. É um processo educativo? Por quê?

Sobre o Público: quem vem; por que vem; se há diferença no aconselhamento para diferentes usuários; se ele se sente à vontade para falar; se compreende a linguagem da área; se o conhecimento prévio auxilia; se a situação socioeconômica influencia; se ele vem disposto a questionar, falar; como ele aprende a se cuidar; como adquire conhecimento; o que pensa sobre o uso do preservativo, a sua percepção sobre o mundo microscópico, seu entendimento sobre a janela imunológica.

Sobre o aconselhador: Que conhecimentos, habilidades e requisitos são necessários ao profissional aconselhador; que profissionais estariam mais habilitados para fazer o aconselhamento; se ele se sente apto para fazer o aconselhamento; qual seria o perfil do

aconselhador; qual seria a importância da educação continuada; quais as maiores frustrações e angústias decorrentes da prática do aconselhamento; quais as suas maiores satisfações; quais os resultados esperados do aconselhamento.

Sobre a Unidade: informações sobre a estrutura física e material didático utilizado.

Acrescentei duas novas questões ao roteiro, fruto da discussão com os membros da Comissão de Avaliação do Projeto de Dissertação: *O que é ensinar e O que é aprender ao pensar em um processo educativo em saúde?* Ao final, o roteiro da entrevista manteve-se com 21 questões. O roteiro que guiou as dez entrevistas encontra-se no anexo 4.

5. 4. Escolha dos CTAs e dos entrevistados

Visando à operacionalização desta pesquisa, foi necessário delimitar os CTAs a serem investigados. Não é pretensão desta pesquisa caracterizar a realidade catarinense, mas fazer um estudo do processo educativo realizado em alguns órgãos de seu sistema de saúde. Portanto, limitei-me a investigar pequena amostra, sem a pretensão de generalizar os resultados.

Os CTAs escolhidos localizam-se em cidades litorâneas, duas delas com grande fluxo de turistas. Considerando a importância do anonimato dos sujeitos da pesquisa, neste caso, as profissionais aconseladoras, não irei mencionar o nome das cidades pesquisadas, para evitar possível identificação das entrevistadas, compromisso assumido por mim no ato da entrevista ao pedir o consentimento livre e esclarecido. A escolha também se deve à estrutura dos seus CTAs, alguns reconhecidos inclusive como referência, cujas atividades não se restringem ao trabalho desenvolvido dentro da instituição, outros enfrentando dificuldades quanto ao espaço físico e quadro de profissionais. Dois deles possuem apoio de universidades com cursos da área da saúde em diversas áreas, outros dois, embora tenham também universidades instaladas em seu município, não possuem todos os cursos da área da saúde ou até mesmo não chegam a possuir estes cursos.

As instalações físicas também são diversificadas, em um deles encontrei sede própria, os demais estavam associados a outras instalações de atenção à saúde, geralmente com espaço físico inadequado para a realização de suas atividades. Em apenas um dos municípios o CTA era localizado no centro do município, os demais eram localizados em bairros, que embora, fossem bairros com determinada infra-estrutura, muitas vezes dificultava o acesso de parte da população.

5. 5. Realização das entrevistas

Com o intuito de marcar as entrevistas foram feitos contatos telefônicos com as coordenações dos programas e as próprias coordenadoras se encarregavam de fazer o contato com as aconselhadoras. Em outro CTA por estar em período de troca de coordenação do programa, meu contato foi direto com as aconselhadoras, quando então marcamos as entrevistas e as próprias aconselhadoras conversaram com a coordenadora do programa. Em um dos CTAs o processo foi bem diferente, visto que o primeiro contato com o CTA foi feito pessoalmente quando da ocasião, conversei com uma das aconselhadoras, a qual foi bastante receptiva e me encaminhou para a coordenadora do programa. O contato com a coordenadora do programa foi por telefone e esta me indicou os procedimentos que precisaria realizar para obter o consentimento para a realização das entrevistas.

Nestes procedimentos estava incluído o encaminhamento do projeto de pesquisa, bem como a carta de apresentação do programa de pós-graduação da UFSC e a solicitação de permissão para a realização das entrevistas ao Sr. Secretário Municipal de Saúde. Esta burocracia, de certa forma, interferiu na dinâmica do trabalho de pesquisa, exigindo mais dispêndio de tempo e conseqüentemente, acarretou atraso na realização das entrevistas, pois entre o primeiro contato e a realização de todas as entrevistas passaram-se mais de 70 dias.

Nos demais CTAs, entretanto, o período entre o primeiro contato e a realização das entrevistas ficou em torno de duas semanas. Exceto este processo burocratizado para a autorização das entrevistas, não encontrei nenhum traço de resistência à realização das mesmas. Todas as pessoas contatadas foram espontâneas e cooperativas, tanto as coordenações quanto os aconselhadores, quando da realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas somente com os profissionais aconselhadores integrantes dos CTA. Os demais membros da equipe do CTA não foram entrevistados, pelo fato de não participarem do aconselhamento.

Após identificar-me e esclarecer os objetivos deste estudo e das entrevistas, apresentei o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi assinado por todas as entrevistadas. Em apenas um CTA houve a exigência de ler as entrevistas depois de transcritas, para então, assinarem o termo de consentimento. Obtive também o consentimento prévio para a gravação das entrevistas. Estas ocorreram sem outras intercorrências, no próprio local de trabalho das entrevistadas, em um consultório disponível no momento. Eram individuais e seguiam na forma de uma conversa.

Havia um roteiro no qual eu me guiava, no sentido de contemplar todas as questões pertinentes, ou seja, conseguir obter todos os dados necessários ao estudo. A duração era em média de uma hora. As gravações foram posteriormente transcritas e revisadas. Em um dos CTAs foi possível perceber certo desconforto, insegurança em relação às entrevistas, e as profissionais pareciam ter receio de serem avaliadas. Após terem sido esclarecidas de que as entrevistas não tinham caráter avaliativo, e apesar deste aparente receio, as entrevistas foram concedidas sem maiores problemas, apenas com a exigência de que após a transcrição as entrevistadas pudessem ler as entrevistas para então assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme mencionado acima (Anexo 5).

5. 6. Forma de registro/transcrição

As entrevistas eram gravadas em fitas cassete, após ser autorizada a gravação. As fitas foram ouvidas e transcritas; ouvidas novamente para conferir a transcrição. A transcrição foi integral. As falas foram mantidas na íntegra, sendo retirados apenas os vícios de linguagem. Não realizei qualquer outro tipo de anotações no decorrer das entrevistas, exceto uma entrevistada que por problemas na voz preferiu que a entrevista fosse escrita na hora e não gravada. Seu pedido foi aceito inclusive o de ler após a digitação, para posteriormente assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Embora a entrevista tenha sido registrada no ato e lida para confirmar com a entrevistada se era isso que ela realmente queria dizer, quando retornei com a entrevista digitada e formatada a entrevistada pediu para ficar com ela para ler depois; quando retornei para pegar a entrevista, seis respostas haviam sido totalmente mudadas, e em todas as demais havia correções, descaracterizando a entrevista original. Esta entrevista está assinalada, indicando que houve alterações em suas respostas.

5. 7. Blocos de análise

Para a análise dos dados organizo blocos de análises onde busco organizar e facilitar a estruturação dos resultados. Inicialmente faz-se necessário conhecer os sujeitos da pesquisa, para tanto delimito o perfil das aconseladoras, que ficou um pouco prejudicado devido à necessidade de preservar o anonimato das entrevistadas. Em seguida faz-se necessário conhecer o público que procura o CTA, os sujeitos da ação do aconselhamento. Busco compreender a dinâmica de funcionamento do CTA, os resultados esperados, principais

conquistas e dificuldades. Estes dados são importantes para a compreensão de questões norteadoras desta pesquisa, tais como: O que é um processo educativo na área da saúde? O que é ensinar e aprender para o profissional do aconselhamento?

Bloco 1: O aconselhamento, na visão do aconselhador. Aqui busco conhecer o processo de aconselhamento na visão das profissionais. Para tanto, é importante saber como ele ocorre e quais os pontos mais importantes e mais difíceis do aconselhamento. Fundamental seria saber se os resultados esperados eram os resultados obtidos com o aconselhamento e quando este era considerado bom ou quando este pode não ter sido bom.

Bloco 2: O processo educativo - Características pedagógicas. Aqui busco compreender o entendimento de processo educativo, as ações desenvolvidas no CTA objetivando a ação educativa em saúde. Para compreender o que as profissionais aconseladoras entendem por ação educativa em saúde, procuro observar a adaptação do aconselhamento ao usuário, as metodologias e abordagens utilizadas durante o processo de aconselhamento, bem como a adaptação da linguagem aos diferentes públicos. Não menos importante é compreender como se dá a relação dos diferentes saberes (senso-comum e conhecimento científico) na relação profissional/usuário no CTAs.

Bloco 3: As atividades extramuros. As atividades comunitárias apareceram em algumas das entrevistas é necessário compreender qual a importância destas atividades no contexto da prevenção e na dinâmica do aconselhamento. Por se tratar de trabalho desenvolvido fora do espaço físico do CTA, algo incomum para os serviços de saúde, faz-se necessário sua melhor caracterização, entender em que consistem e como são realizadas estas atividades.

Bloco 4: A formação profissional. O aconselhamento caracteriza-se como um trabalho diferenciado na área da saúde, portanto é imprescindível questionar sobre a formação profissional da aconselhadora, quais profissionais estão mais aptos à realização do aconselhamento. Ele está restrito somente a profissionais da área da saúde, ou a integralidade da atenção à saúde abre espaço para outras áreas do conhecimento humano atuarem nesse processo? Pensando a dinâmica de produção de conhecimento na sociedade atual e nas necessidades suscitadas na prática cotidiana é importante pensar sobre o peso da educação continuada neste processo, nas décadas passadas e na atualidade. E não menos importante é saber quem a faz e como é realizada, sua periodicidade, a metodologia

utilizada. E, por fim é importante investigar se estas atividades de qualificação e capacitação profissional, da forma como vem sendo desenvolvidas, contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento, bem como, as especificidades da ação educativa em saúde e quais as mudanças necessárias.

6. PROCESSO EDUCATIVO REALIZADO NO CTAS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS A PARTIR DOS BLOCOS DE ANÁLISE.

“A realidade é uma coisa diferente e muito mais rica do que aquilo que está codificado na lógica e na linguagem dos fatos (...). O pensamento corresponde à realidade somente na medida em que transforma a realidade ao captar e decifrar sua estrutura contraditória (...). Compreender a realidade significa, portanto, compreender o que as coisas realmente são e isto implica, por sua vez, na recusa de sua simples facticidade.” Marcuse. (In: Brandão, C.R. - Pesquisa participante, Editora Brasiliense, 4ª edição, 1984).

“O que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho” (Minayo, 1998).

Esta análise consiste na síntese do diálogo realizado entre as entrevistadas e os diversos autores que deram respaldo à discussão teórica desta pesquisa, caracterizando assim uma visão singular sobre as ações educativas em saúde, possível para este momento.

Os textos/falas das entrevistadas serão propositadamente longos, para que o leitor entre em contato com uma dimensão maior do contexto destas falas e que, de posse destas, possa fazer suas próprias interpretações, tirar suas próprias (in)conclusões desta realidade tão complexa, de forma que não se limite apenas às minhas conclusões a serem explicitadas.

As transcrições completas das entrevistas encontram-se no anexo 6.

Neste enredo pretendo salientar não apenas as semelhanças, mas sobretudo as diferenças e singularidades das entrevistas. São estas diferenças e singularidades que podem apontar caminhos promissores para se pensar a ação educativa nos serviços de saúde, bem como contribuir para a melhoria do serviço prestado pelas instituições envolvidas.

Mas, como analisar essa riqueza de dados que a realidade complexa e contraditória nos impõe? Triviños apresenta possíveis caminhos para esta análise.

Mas o método capaz de aprofundar a análise da realidade do fenômeno social, com todas as suas contradições, dinamismo e relações, é o método dialético. Este não é fácil manejar. Ele, além de exigir capacidade reflexiva ampla, precisa do apoio de vasta informação e de sensibilidade para captar os significados e explicações dos fenômenos não só ao nível de sua aparência, mas também, muitas vezes, de sua essência (1987, p. 151).

Eis o maior desafio desta pesquisa, dialogar com os diferentes saberes, visões de mundo e diversidades culturais e econômicas que envolvem as ações educativas em saúde e, principalmente, no contexto da epidemia da AIDS.

6. 1. Dados Gerais do aconselhamento

6. 1. 1. Perfil dos aconselhadores

Com o objetivo de não identificar nenhuma das entrevistadas, farei sempre referência ao gênero feminino, pois, das dez entrevistadas apenas um era do sexo masculino. Outra razão também seria pelo fato de ser tratar de atividades que envolvem a escuta, o cuidado e a ternura que são características essencialmente femininas. A faixa etária das entrevistadas oscila entre 24 e 58 anos.

Foi possível constatar que todas as aconselhadoras são graduadas e possuem especialização em áreas da saúde, em várias especialidades: gerontologia, psicoterapia corporal, saúde pública com ênfase em saúde da família, psicomotricidade e estimulação precoce, doenças infecto-contagiosas, metodologia de atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco, formação sistêmica para trabalho com família e casais. Uma das entrevistadas possui mestrado em psicologia, direcionado ao aconselhamento, realizado na UFSC. Três entrevistadas são formadas em Enfermagem, três em Psicologia, três em Serviço Social e uma em outra área do conhecimento humano.

Os locais de graduação e pós-graduação são instituições tanto públicas quanto privadas de Santa Catarina, sendo que apenas duas graduações foram realizadas em outros Estados (Amazonas e Mato Grosso do Sul). Apenas uma aconselhadora não possui pós-graduação, é recém graduada.

Algumas entrevistadas estão em início de carreira, outras com vasta experiência de atendimento ao público, (não necessariamente no CTA). As experiências de trabalho anteriores incluem ambientes de consultórios particulares (enfermagem na área de estimulação precoce e psicologia com terapia clínica), clínica de tratamento para dependentes químicos, hospitais, farmácia, hospital-dia, laboratório, serviços administrativos em órgãos públicos bem como projetos de prevenção da AIDS (Projeto de Redução de Danos e Bem-me-quer - destinados aos usuários de drogas injetáveis e aos profissionais do sexo, desenvolvidos pelo

próprio CTA, em parceria com o MS, por meio da Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS).

O tempo de serviço em aconselhamento varia de um a oito anos. A maioria das entrevistadas relata ter recebido treinamento específico para o exercício da atividade, analisado no item 6.5. Quanto à satisfação referente ao trabalho realizado foi possível perceber certa frustração quanto ao alcance deste trabalho e seus resultados, embora relatem gostar do trabalho que desenvolvem. Foi possível também, perceber ser esta satisfação relativa, possível de perceber na expressão facial, nas pausas ocorridas nas falas, mesmo que o discurso aponte para outra direção.

A escolha por este trabalho nem sempre foi opção das entrevistadas. Uma aconselhadora diz ter assumido a função por não ter mais ninguém que se habilitasse ao cargo, porém, salienta ter sido sua “*perdição*”, pois se apaixonou pelo programa e só desiste por imposição (E.4). Talvez seja oportuno mencionar que a mesma não trabalha mais no serviço. Segundo sua colega de trabalho, a demissão não teve outra causa aparente, senão questões políticas. Outras três aconseladoras relatam não ter sido opção pessoal e sim a situação, devido à escolha de vagas em um concurso público no qual as únicas vagas existentes eram destinadas ao CTA. Destas entrevistadas, duas fundaram um CTA, sendo, nesta pesquisa, as aconseladoras com mais tempo de serviço específico em aconselhamento, totalizando oito anos, conforme os relatos seguintes:

Das aconseladoras entrevistadas, cinco fazem parte do quadro de efetivos da rede municipal de saúde, as demais são contratadas por tempo determinado. Destas cinco, duas já foram demitidas e uma efetiva pediu transferência para outro setor. Estes dados parecem mostrar grande mobilidade neste setor, implicando na qualidade do serviço e qualificação profissional, o que é problemático no sentido da necessidade de capacitação inicial destes profissionais e o não prosseguimento das capacitações aprofundadas no tema. Alguns conhecimentos, habilidades e requisitos foram apresentados como indispensáveis para um profissional do aconselhamento: gostar do que faz, colocar-se à disposição do usuário, escutar, atender, ter conhecimento da área, ter treinamento específico, ter paciência, autocontrole e capacidade de trabalhar com preconceitos e estigmas:

Primeiramente tem que ser uma pessoa livre de preconceito. Tem que ter um trabalho muito intenso quanto aos seus conceitos, quanto ao respeito aos comportamentos adversos aos seus, poder receber sem limites uma pessoa diferente do seu comportamento, depois tem que ser

uma pessoa capaz de ouvir, capaz de entender a linguagem do outro e poder repassar de uma forma correta e simples, para que o outro possa entender, reforçar estas tua informação. (E7)

Vou voltar à questão da escuta, à questão da linguagem, que eu acho que é importante, a concentração. A questão de deixar claro, para o usuário, a questão do sigilo, de as informações que ele está passando, que essas informações, esses dados serão guardados em sigilo, que não serão repassados para ninguém. A questão do cuidado com o atendimento, que ninguém interrompa esse atendimento, os cuidados que se tem que ter também para ter um bom aconselhamento. (E8)

As aconseladoras em sua maioria relatam sentirem-se aptas a realizar o aconselhamento. A ênfase aqui será dada às falas das entrevistadas, pois o contato com estes serviços foi por período muito curto para poder expressar opiniões quanto aos trabalhos desenvolvidos. Os depoimentos abaixo indicam as percepções das entrevistadas quanto às suas aptidões para o aconselhamento, bem como a forma de lidarem com as situações novas e imprevistas no cotidiano de suas ações de aconselhamento.

“Sim, porque se faz toda uma sensibilização, vê o que a pessoa já conhece, vê a demanda da pessoa, vê o conhecimento que ela tem, oferta novas metodologias de práticas sexuais, de uso de drogas. Tem umas orientações coletivas e individuais, utilizamos várias metodologias didáticas diferentes, vídeo, falamos, com certeza é supereducativo”.(E1)

Olha, eu acho que tenho que aprofundar algumas questões, melhorar muitas outras, mas aquele medo inicial, aquele receio, aquele desconhecimento total, eu já perdi, assim, hoje me sinto apta para fazer, o que eu acho que tenho que fazer e eu já pedi para a coordenação é uma capacitação em aconselhamento, mesmo até para saber se o que faço, que li e aprendi, esta certo. (...) Mas acho que não estou toda errada no que faço. Eu acho que ainda faço bem. (E4)

Embora o relato da entrevistada anterior refira sentir-se segura e apta para a realização do aconselhamento, ela me pareceu bastante preocupada com a possibilidade de não estar desenvolvendo satisfatoriamente seu trabalho, deixando transparecer insegurança quanto à aptidão para a realização do aconselhamento.

Esta preocupação pareceu-me ser decorrente da falta de treinamento/capacitação para o exercício da função. Qual preparação seria adequada para um profissional aconselhador e como desenvolver adequadamente o aconselhamento são algumas das questões apontadas por

E6, além da necessária integração entre os CTAs para a troca de experiências e o investimento em capacitações destes profissionais.

Às vezes, penso que precisaria ter um preparo melhor, capacitação... fui aprendendo com a prática, mas acho que deveria ter mais discussões sobre o assunto. Como é que outras pessoas estão fazendo? Será que o que estamos fazendo é o correto? Será que não é? Neste sentido assim, integração entre diversos CTAs, saber o que os outros estão fazendo. O que estamos fazendo é o correto? Precisamos mudar algumas coisas? Acho que é mais isso. (E6)

Por ser um trabalho diferenciado na assistência e promoção à saúde, no SUS, questionei se haveria formação profissional melhor adequada ao desenvolvimento do aconselhamento. As respostas apontaram para o Enfermeiro, o Psicólogo, o Assistente Social e o Médico.

Psicólogo, é claro. Tem toda aquela questão do vínculo, do saber ouvir, de colocar-se a disposição. Porém tem profissionais e profissionais. Temos uma bióloga que faz um excelente trabalho (E1).

A nossa técnica de enfermagem faz só em casos extremos, só para não mandar a pessoa embora, porque a gente não admite mandar pessoa embora, porque a pessoa não atendida ela não retorna e a gente perde a pessoa e pode ser um HIV positivo. Então nestes casos para não mandar a pessoa embora a técnica faz e, não faz o aconselhamento todo só a primeira parte as perguntas mais básicas e no pós-teste a gente faz o pré também (E5).

O enfermeiro, ele já é mais assistencialista, muito prático, muito técnico. A gente tem psicologia na graduação, tenta abordar algumas questões um pouco mais... Só que não é muito fácil. Eu não estou sabendo expressar. O psicólogo está mais preparado... (E4)

Acho que tem que ser uma pessoa da área de humana. Você não vai por um administrador a fazer aconselhamento, não vai dar certo, mas acho que a área da enfermagem, acho que a assistente social, a antropologia, que estuda a sociedade, o comportamento, qualquer área que estuda o comportamento humano eu acho uma boa medida, a área médica, a área de psicologia. Acho que ligada às ciências humanas. Perfil tem que ser uma pessoa assim, que tenha capacidade de liberação de estresse, liberação de material, como explicar... A gente passa seis horas lidando com situações bastante estressantes, bastante complicadas. O portador do vírus, ou o testando, é uma pessoa frágil, que vem até a gente com a necessidade de um tratamento diferenciado, e eu acho que tem que ser realmente uma pessoa com

capacidade de liberação de stress fora do horário de serviço, de que ela consegue sair e deixar estas dificuldades para traz e que possa retomar no outro dia, livre deste material, com bom humor, boa receptividade. Acho que deve ser uma pessoa muito comunicativa, receptiva e um bom ouvinte, acho isso fundamental, ter todo esse conhecimento de HIV, toda essa parte teórica, sobre formas de transmissão, situações de risco... uma pessoa deste gênero. (E7)

A figura do médico no aconselhamento teve tanto indicações favoráveis quanto desfavoráveis. As posições favoráveis consideram o médico um profissional da saúde gabaritado e ao mesmo tempo em posição privilegiada para informar, discutir, “prescrever”⁶ os conhecimentos necessários para a prevenção:

O médico também poderia fazer, apesar de não ter tempo para isso, mas se ele tivesse que fazer eu acho que faria bem. Até porque são questões que ele também sabe trabalhar. E até porque implicitamente na conversa dele, acaba fazendo o aconselhamento dentro do consultório também. Eu acho que o médico também estaria apto a fazer isso. (E4)

As Diretrizes Nacionais para o aconselhamento dão ênfase à figura do médico quando afirmam: “*Todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento. Pelas características do trabalho do médico, assim como pelo papel social que ocupa no contexto da atenção à saúde, a realização do aconselhamento durante a consulta médica é fundamental*”. (Brasil, 1999 a, p. 13).

A posição contrária das entrevistadas quanto ao profissional médico realizar o aconselhamento é argumentada pelo seu excessivo abuso de poder, com ênfase nos aspectos biológicos, prescritivos. O cumprimento de carga horária reduzida para atender à demanda elevada, dificulta ou até mesmo inviabiliza a realização do aconselhamento. A relação de poder apareceu no relato de algumas entrevistadas e se manifestou concretamente no momento em que uma entrevistada, ao ler a transcrição de sua entrevista, pede para retirar esta fala, por medo de ser identificado. Outra entrevistada mantém sua fala:

(...) eu não vejo um médico fazendo um bom aconselhamento, com raríssima exceção. [Por quê?] Porque eles não têm tempo, primeiro lugar, não querem ter tempo, não podem perder tempo, não gostam nem de escrever uma palavra direito, vão escutar uma pessoa? Não, não escuta. Tem médico, tem, mas, são raríssimos. (...) Qualquer outro profissional, legal, médico não. A gente vê que eles não dão bola muito pra isso. Até porque são muito poderosos, as

⁶ Aqui o termo prescrever possui a conotação real de prescrição, onde supostamente detentor do saber o médico prescreve ao usuário, concepção da qual eu não compartilho.

peças têm medo deles e não reclamam. (...) Há alguns anos atrás, por causa desta mesma médica, uma mãe de uma jovem de 15 anos rasgou a requisição e jogou na minha cara, quando eu disse que o teste era para investigar se a pessoa tinha tido contato com o HIV. Em vez de rasgar na cara do médico, veio e rasgou na minha. Se o médico tivesse feito o papel dele de explicar porque era importante fazer o exame na gravidez, toda a historinha que você já sabe. Eu tenho muita revolta dos médicos. A hierarquia e o poder. Porque o que o médico representa na cabeça destas pessoas, é o “fini” (sic), o grande problema existencial nosso, é a morte, é o “fini” (sic). Então, o médico tem nas mãos o poder de nossas vidas. É difícil. Quer ver uma coisa que eu vou te contar sobre essa relação de poder, chegou um cara muito embriagado no CTA, queria porque queria fazer o teste, já passava das 17 h e não tínhamos mais coletador. (...) E ele continuava berrando, exigindo o teste, nisso saiu um médico do consultório do mesmo corredor. O médico viu aquela pessoa e chegou lá, este cara ficou manso, manso, que tu nem acreditas ser a mesma pessoa. Bêbado, ele poderia ter continuado, mas, mesmo bêbado ele identificou onde ficava poder.

A responsabilidade sobre a preservação da vida, da integralidade física e psíquica dos usuários do serviço de saúde é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe de saúde. Historicamente, o profissional médico vem assumindo posição privilegiada e hierarquizada no processo de cuidado. Todavia, não possui “o poder de nossas vidas”, pois, se assim fosse, venceríamos a dor e a morte, o que, sabemos, nem sempre é possível.

A colocação de que a ação médica possui sua ênfase nos aspectos biológicos e prescritivos é considerada um fator que dificulta o aconselhamento. Vários autores, entre eles Mota (1995), questionam a eficácia das ações de saúde que reduzem as questões sexuais aos aspectos biológicos e individuais.

Por isso, não podemos pensar a sexualidade somente centrada no indivíduo, como quer a ciência médica, uma vez que os comportamentos não são produzidos no vácuo social. São, ao contrário, constitutivos de conflitos com influências religiosas, ideológicas, étnicas. Em outras palavras, para entender o cenário dos sistemas de representações da sexualidade é fundamental perceber que eles são produzidos e reproduzidos num contexto político muito mais amplo, pois o estudo da sexualidade é forçosamente o estudo da sociedade e dos atores sociais no cenário cultural.

Essas questões apontam para os limites da concepção médico-científica sobre a sexualidade. O indivíduo homem e mulher e os grupos em que se inserem não são “atemporais”, “a - históricos”, não se reduzem a categorias sexuais. São,

sim, sujeitos modificadores das suas condições de existência, imersos em uma sociedade específica, com particularidades de espaço e tempo, imbricado em uma estrutura de classe... (p.51).

Ainda nesta perspectiva, Monteiro (2002) afirma:

A biomedicina representa o organismo como uma 'máquina bioquímica', na qual a influência dos aspectos psicossômicos e contextuais na origem e desenvolvimento das doenças não é percebida como significativa. Tendo em vista que a epidemiologia tem por base a perspectiva da clínica médica, fica clara a dificuldade da mesma em incorporar a dimensão subjetiva do adoecer humano. Nessa perspectiva classificadora, as pessoas ficam reduzidas a medidas e a padrões de referência (p.44).

Os profissionais médicos, em geral, são formados na perspectiva biomédica e possuem o olhar dirigido para estes aspectos do adoecer humano, razão pela qual alguns profissionais não os considerem aptos à realização do aconselhamento.

Ainda na perspectiva de haver profissional melhor preparado, pela formação inicial, para desenvolver o aconselhamento, uma entrevistada aponta para o pedagogo, porém, não conseguiu fazer uma argumentação sólida sobre o porquê desta indicação. Sua pausa na argumentação sugeriu não haver pensado sobre esta possibilidade anteriormente. E, talvez, o fato de ter conhecimento da entrevistadora como pedagoga, tenha conduzido a fazer esta colocação. Embora se fale em interdisciplinaridade, em transdisciplinaridade, em atenção integral à saúde, o educador/pedagogo, não faz parte do quadro de profissionais da saúde. Segundo o VER-SUS - Programa de Estágio e Vivência no SUS - são 12 as áreas de graduação que compõem as profissões da saúde, incluindo, o Serviço Social, da área das Ciências Econômicas e a Psicologia das Ciências Humanas. Torna-se no mínimo curioso que, ao se falar em Educação em Saúde, em Educação Permanente em Saúde, em Educação na Saúde, o Pedagogo não integre seu quadro profissional.

Acho que todos os profissionais, não só os da área da saúde, mas da pedagogia, da psicologia. [Por quê?] Porque acho que já tem aí toda uma questão da (pausa) Ah! Não sei responder, que pergunta mais difícil. Não, é porque muita gente pensa assim, para trabalhar na área da saúde tem que ser profissional da área da saúde, mas, eu penso que não, assim, tipo, o assistente social, ele não trabalha só na área da saúde, o psicólogo, o pedagogo, nós já fomos em CTAs que tinha sociólogos trabalhando, entendeu? Na verdade são profissionais que também, que trabalham estas outras questões, questões de grupo, de formação, que

trabalham conceitos importantes para trabalhar com estas pessoas. São profissionais que vêm de um aprendizado, que têm uma bagagem legal que dá para estar trocando no dia-a-dia, estar trabalhando. (E8)

Na continuidade desta fala, foi possível perceber a necessidade sentida, no cotidiano do serviço, da discussão interdisciplinar. A problemática da AIDS suscitou outros aspectos do atendimento para os quais os profissionais de saúde ainda não estão suficientemente habilitados.

Quando a gente fala em AIDS, a gente começou a falar em AIDS, a gente começou a falar de uma série de questões que não é só saúde, mesmo, mas, questões emocionais, socioeconômicas também, questões relacionadas a sexo, a traição, a fidelidade, a droga, uma série de outras questões vierem à tona para a gente estar falando em AIDS e eram questões que ninguém falava antes. Por isso a necessidade da equipe multidisciplinar. E o ser humano não é só de um jeito, alguma doença, ele é um ser humano em todos os seus aspectos. Então quanto mais profissionais tiver para trabalhar, estes aspectos, melhor, porque vamos aprendendo também a trabalhar com seus aspectos para depois trabalhar com o usuário. (E.8)

Chamou-me a atenção o fato de que em determinado CTA a equipe de aconselheiros era composta somente por Assistentes Sociais, causando uma conotação de saúde baseada no assistencialismo, no suprimento de determinadas carências, negando a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de prevenção. Porém, em suas entrevistas ficou muito forte a questão da necessidade de uma equipe interdisciplinar, conforme relato de E8:

(...), a nossa equipe hoje, são três pessoas, três assistentes sociais (...) Eu penso que é importante ter uma equipe multiprofissional e uma equipe maior para o atendimento. (...) Acho que se tivesse outros profissionais de outras áreas ou mais profissionais. [Quais áreas?] Acho que da enfermagem, psicologia, pedagogia, médicos, enfim, mas que realmente gostasse, assim como eu acredito que a nossa equipe gosta do que faz. Seria legal enquanto equipe, seria legal para o usuário, essa diversidade do atendimento, essa questão discussão seria importante, porque seriam visões diferentes, bagagem diferentes que cada profissão tem, para estar discutindo os casos, apesar de que a gente consegue fazer isso, apesar da mesma profissão, mas seria interessante está ouvindo outros profissionais.(...).

Esta necessidade é apontada por Minayo, 1998, da seguinte forma:

Isso implica que, para todos os grupos, ainda de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuições de significados. Pois, saúde e doença, exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e sinalizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambas reais em suas conseqüências. (p.15-16)

A maioria das entrevistadas restringe o trabalho de aconselhamento ao profissional graduado nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social. Embora as Diretrizes Nacionais apregoem que qualquer profissional graduado, possuidor de conhecimentos específicos possa atuar no aconselhamento, isto parece não ser levado em conta nos serviços. Entre as entrevistadas encontramos uma profissional de outra área que é lotada na área administrativa e só exerce o aconselhamento porque está em desvio de função. Em sua fala havia uma queixa explícita de não poder participar dos treinamentos oferecidos pelo MS, por não ser aconselhadora oficialmente e, se houver inscrição para a seleção de novos aconselhadores, ela não poderá se inscrever por não ser considerada da área da saúde. Portanto, as portas permanecem fechadas para profissionais graduados em outras áreas. Situação idêntica ocorreu no período em que trabalhei em um CTA, onde não pude participar de um treinamento, pois segundo a coordenação municipal, não seria possível justificar minha participação, porque não tenho graduação em enfermagem, psicologia, medicina e serviço social. Essa perspectiva não parece estar em consonância com as diretrizes que regulamentam os CTAs:

Quem faz o aconselhamento?

- profissional da saúde treinado em aconselhamento;
- membros da comunidade e de organizações civis que trabalham com AIDS, devidamente treinados (Brasil, 1999^a, p. 12).

A interdisciplinaridade é essencial ao se pensar em ações educativas em saúde, numa perspectiva dialógica/problematizadora. Entretanto, parece haver ainda um longo caminho a percorrer para a implementação da tão discutida interdisciplinaridade no atendimento à saúde, visando a integralidade da atenção.

6. 1. 2. Tempo destinado ao aconselhamento e número de usuários atendidos

O tempo destinado ao aconselhamento foi considerado adequado pela grande maioria das aconseladoras. Em seus relatos afirmam que o tempo de duração de uma sessão oscila entre 10 e 20 minutos, pois consideram poder abarcar todas as questões essenciais, neste período de tempo. No pós-teste, o tempo de aconselhamento também varia de 10 a 20 minutos, podendo ser ainda maior, principalmente quando o resultado for positivo. Todas as entrevistadas foram unânimes em afirmar que o tempo é delimitado pela própria dinâmica de construção do aconselhamento, ou seja, depende do diálogo estabelecido entre profissional e usuário.

Porém, E4 e E6 salientam que devido à alta demanda e à escassez de funcionários, o tempo espera dos usuários tem sido muito longo. Isso acontece porque em alguns CTAs existe uma agenda de marcação, e em outros é por livre demanda. Em ambos os casos existe a possibilidade dos usuários chegarem ao serviço em horários muito próximos e assim terem que aguardar muito tempo pelo atendimento. Isso se torna um problema porque o usuário não está organizado para passar tanto tempo no CTA, e ao ser chamado para o aconselhamento está ansioso para ir embora, pois tem outras obrigações a cumprir. Outra questão mencionada refere-se ao tempo gasto com a burocracia necessária e/ou exigida durante o processo de aconselhamento, para as informações necessárias para o SICTA.

O aconselhamento coletivo, por sua vez, tem duração média de 20 a 30 minutos e antecede o individual. Algumas entrevistadas relataram sessões de aconselhamento coletivo com mais de uma hora de duração, o que ainda é inadequado, devido ao tempo disponível do usuário e, não menos importante, ao excesso de informações oferecidas em um relativo curto espaço de tempo.

O número de usuários atendidos diariamente por aconselhador pode variar de 5 a 15, entre pré e pós-testes, e está condicionado à livre demanda, à política interna de cada CTA e ao número de aconselhores disponíveis no momento, visto que em alguns CTAs os aconselhores desenvolvem atividades extramuros, ou seja, na comunidade atendida pelo serviço. Em três CTAs o atendimento é por livre demanda; em um, por agendamento prévio.

Nos relatos, foi possível verificar que o número de atendimentos seria maior caso os serviços possuíssem maior número de profissionais. A equipe reduzida amplia o tempo de espera e o trabalho constante e repetitivo se torna cansativo, refletindo automaticamente na qualidade do atendimento. Essa rotina “árdua” foi mencionada por algumas entrevistadas;

uma delas solicitou a retirada desta fala, parecendo tentativa de omitir pontos frágeis do serviço, ou ainda, receio de avaliações posteriores.

O aconselhamento não tem a qualidade de quando tu podes fazer devagar, quando lá fora não tem muita gente esperando, mas é uma pressão muito grande. Não adianta falar que a qualidade de aconselhamento é a mesma, porque a gente vai esta mentindo. A gente tenta antecipar, abordar as questões superficialmente para atender todos. Porque nosso produto final, o que a gente quer ao final das contas é fazer o exame HIV das pessoas é tentar achar os positivos perdidos por aí, que não sabem. A gente pensa muito que se demorar no aconselhamento a gente perde essas pessoas, dispensando essas pessoas elas não voltam, dificilmente elas voltam. (E4)

6. 1. 3. A população atendida nos serviços dos CTAs

A população que procura os CTAs envolve diferentes classes econômicas e diferentes níveis de escolarização. Tal diversificação depende também da localização geográfica do CTA. Segundo algumas entrevistadas, aquela população se origina das camadas menos favorecidas e, não raro, carente de tudo, inclusive atenção.

De maneira geral, a demanda maior no serviço de aconselhamento é o feminino de baixo poder aquisitivo, oriundo das camadas mais desfavorecidas, usuário do SUS, ausentes dos planos de saúde.

De livre e espontânea vontade é a classe mais desfavorecida economicamente. Isto é fato. Pelos formulários a gente vê o perfil é praticamente o mesmo, sócio econômico baixo. E são os que mais dão positivo... 70% a 80% dos pacientes positivos atendidos em (nome da cidade omitido) são carentes, de condições econômicas bem baixas. (E4)

O fato de o grande público ser feminino é atribuído à rotina de pré-natal, com exame anti-HIV obrigatório. Outro fator do aumento desta demanda, segundo uma entrevistada, é histórico-social, pois a mulher procura mais os serviços de saúde. O homem somente em casos extremos, pois dificilmente deixa de ir ao trabalho para fazer um exame. Com o intuito de atender a clientela masculina, um dos CTAs passou a atender em horários noturnos, favorecendo a realização do exame. Isto contribuiu para um relativo aumento da demanda masculina.

Normalmente, a procura do CTA se dá por recomendação médica, sobretudo nos casos de pré-natal e exames pré-operatórios. Mas a suspeita de ser portador ou a exposição a riscos também constitui indicativo para o exame. Um dos CTAs visitados desenvolve projetos de prevenção na comunidade, denominados “atividades extramuros”: Projeto Educa vida (prevenção nas escolas), Projeto Beija-flor (Profissionais do Sexo, anteriormente denominado de Bem-me-quer), o Projeto Bem Viver (destinado às Mulheres e realizado em grupos de mães, associação de moradores, etc.), e o Projeto Redução de Danos (cujo público-alvo são os usuários de drogas injetáveis e é realizado nos locais onde os usuários geralmente se reúnem para o consumo da droga). Recentemente foram criados o Projeto Produção e Saúde (destinado aos comerciários) e o Projeto Homem Saudável (cujo público-alvo se constitui de pescadores, motoristas e empregados da construção civil), ambos financiados pelo próprio município.

No início da epidemia, o MS financiava estes projetos e o município entrava com uma contrapartida. Hoje o município assume toda a responsabilidade. Parece que, com a pauperização⁷ da epidemia, houve, concomitantemente, sua naturalização e a redução dos investimentos. Estes projetos visam trabalhar a prevenção com grupos específicos da comunidade e acabam por incentivar a realização do exame, ficando responsáveis por parte desta demanda.

Os CTAs têm um fluxo de atendimento regular, grandemente aumentado quando das campanhas oficiais como: “O dia mundial de combate à AIDS - 1º de Dezembro”, e “Fique sabendo⁸.” As comunicações entre os pares também são responsáveis pela divulgação e procura pelos serviços dos CTAs.

Parece-me importante mencionar a não exigência de requisição médica para o exame nos CTAs, ficando sua realização a critério dos usuários.

Inclui-se, também, a situação socioeconômica como elemento significativo no processo de aconselhamento. Segundo algumas entrevistadas, a expectativa do conhecimento referente ao assunto é relativamente proporcional à condição sócio-econômica do usuário. Tal expectativa deve-se ao fato de que o acesso à escolarização das pessoas com situação sócio-econômica desfavorável é restrito, acarretando menores possibilidades de aquisição do

⁷ A pauperização da epidemia consiste no processo de adoecimento das pessoas das camadas mais desfavorecidas economicamente. Lembro que o termo “adoecimento” não se refere apenas ao aspecto biológico, mas também cultural, emocional, democrático, social, ético.

⁸ Uma das últimas campanhas oficiais de incentivo a realização da testagem anti-HIV, realizada em 2003/2004.

conhecimento sistematizado. Mesmo assim, se constitui em fator importante no trabalho da prevenção.

Com certeza, porque alguém com melhor padrão de vida tem acesso à Internet, tem acesso à biblioteca, tem um nível intelectual melhor, consegue fazer maiores associações, convive com pessoas críticas e uma pessoa de baixa renda não tem todos esses acessos, não se preocupa tanto com isso, muitos mal sabem ler e escrever. A maioria das informações é passada por televisão. (E7)

Para outras entrevistadas a associação entre escolarização e prevenção nem sempre é proporcional, pois a subjetividade compõe um dos fios que tecem este emaranhado conhecer/saber/prevenir, tão importante quanto os conhecimentos lógicos, racionais.

Segundo Restrepo (2001), a dissociação entre cognitivo e afetivo constitui-se em um dos persistentes erros da sociedade ocidental.

Convocadora de mediações culturais que estão sempre sujeitas ao escrutínio público, a estética pedagógica exige uma atitude de precisão e cuidado que só pode ser alcançada se aceitarmos o importante papel que a dinâmica afetiva desempenha no ambiente educativo (p.36).

Eis como uma entrevistada aponta para este componente subjetivo, no processo de conhecer para prevenir.

Vai muito de acordo com a crença que a pessoa tem sobre prevenção, se ela não acredita que ela possa adquirir o vírus do HIV se ela continuar tendo comportamento de risco, isso acontece em todos os níveis de escolaridade. E também assim, como nós trabalhamos com o nível sócio-econômico baixo, eu não sei como isso seria trabalhado com um nível sócio-econômico mais elevado, o que as pessoas pensam em relação a isto, porque pegamos muito poucos. (...) Mas a princípio o que se vê é que tem maiores esclarecimentos quem tem um nível sócio-econômico melhor, escolaridade maior. Mas também, algumas pessoas que a gente atende têm esclarecimentos bons, só que a questão da prevenção, às vezes, não depende só disso. (E6)

As condições de vida e de sobrevivência, muito aquém de uma vida digna e, portanto, saudável interferem na prevenção. Como imposição da realidade sócio-econômica.

Quando mais carente mais condição de risco tem, pelo próprio aglomerado, uma casa de um cômodo, dez dormindo junto, o próprio padrasto, a mãe casada no sétimo casamento, um filho adolescente, a promiscuidade, falta de atenção em casa, violência em casa. Quanto mais

pobre mais situação de risco... bairros pobres, usuário de drogas injetáveis - UDI, programas (prostituição), padrasto que já burilou (sic) a filha (molestou sexualmente a enteada). Adolescentes retomados daqueles bairros geralmente são UDI, sem ocupação, sem escolaridade, e se submetem a mais situações de risco. (E4)

As situações de risco apontadas referem-se à contaminação pelo HIV. Monteiro (2002) aponta para os vários riscos do viver em tais situações, observando que, na visão de mundo destes usuários, o HIV pode significar apenas mais um deles, dentre outros tantos aos quais a situação de carência de quase tudo os deixa vulneráveis. Ao falar sobre o perfil da AIDS no Brasil, nos últimos anos, a autora aponta para o aumento da expectativa de vida do portador devido ao uso de medicamentos anti-retrovirais, a interiorização, a feminilização e a pauperização da epidemia.

Significativo aumento de casos entre pessoas com baixa escolaridade. Até 1985, 76% dos casos eram de pessoas com nível superior ou 2º grau; em 1999/2000, entre os casos de escolaridade reconhecida, 74% dos casos eram de indivíduos analfabetos ou com até oito anos de estudo; somente 26% tinham mais de 11 anos de estudo ou nível superior. Considerando a escolaridade como indicador de estratificação social, tais dados sugerem o fenômeno da pauperização da epidemia, isto é, o número de casos cresce entre os segmentos mais empobrecidos da sociedade. (Monteiro, 2002, p. 21-22).

A pauperização da epidemia apareceu nas entrevistas realizadas, apontando para uma tendência que parece ser significativa na realidade brasileira. Para a entrevistada E1, a situação socioeconômica privilegiada pode, às vezes, dificultar o trabalho de prevenção, pois a população de melhor nível sócio-econômico considera-se superior e, portanto, imune ao HIV. Na verdade, as escolas privadas geralmente resistem ao trabalho de prevenção, não aceitam o Projeto “Educa Vida”, realizado nas escolas, pois, para sua clientela, a AIDS é vista como “doença do outro”. Outro ponto que parece relevante para a resistência ao trabalho de prevenção nas escolas particulares pode ser o descrédito no serviço público, este entendido como inadequado quanto à sua qualidade. Esta desqualificação é comum tanto por parte dos usuários quanto por parte dos profissionais. Frases como as seguintes revelam este descrédito: “Não é SUS, é susto”. “É de graça e ainda querem exigir bom atendimento!” “Se esta assistência não está boa, então pague”. De acordo com E8

(...) às vezes, quando a gente fazia aconselhamento coletivo no CTA, muitas vezes, a resistência era maior de quem estava cursando a faculdade, tinha nível superior... “Ah! Já sei

como é, como não é, não vou ficar ouvindo, só quero fazer o meu teste.” Então, muitas vezes, as pessoas que têm uma escolaridade mais baixa, elas buscam mais a informação. Não que as outras pessoas tenham a informação, porque quando tu falas em janela imunológica elas dizem: “Tá, mas eu nem sabia que tinha isso no teste do HIV.” A informação, ela existe, mas tem coisas que eu preciso saber antes de fazer meu teste, se é o momento de fazer o teste. E, essas informações são repassadas no aconselhamento também. Então, às vezes, a questão da escolaridade, isso dificultava um pouco, a pessoa já chegava dizendo: “Olha, eu estou fazendo faculdade, sei todas as informações, não preciso assistir o aconselhamento, só quero coletar o sangue”. E às vezes não é assim, tem informações que ela não sabe e são importantes até para a segurança do resultado. (E8)

6. 2. O aconselhamento na visão do aconselhador

O aconselhamento é rotina obrigatória no pré e pós-teste em todos os CTAs. Em dois dos CTAs visitados é realizado um aconselhamento coletivo que antecede ao individual, no pré-teste. O aconselhamento coletivo é feito, geralmente, em forma de palestra, na qual se incluem explicações sobre o HIV, a AIDS, os tipos de exames, as formas de contágio, o modo correto de usar o preservativo.

Habitualmente, o aconselhamento coletivo se desenvolve em forma de palestra, usando-se vídeos, álbum seriado, folhetos informativos, próteses pélvicas femininas e masculinas (anexo 6) e preservativos, como material de apoio. O aconselhamento coletivo acontece em dois dos quatro CTAs pesquisados.

Aproveitando o tempo de espera do atendimento individual, questionam-se as dúvidas e os usuários assistem fitas de vídeo, uma delas intitulada: “*Na mira da AIDS*” e outras, destinadas à prevenção, com o objetivo de fornecer subsídios para reflexão crítica da realidade e possibilidades de prevenção.

A observação do aconselhamento individual não foi um dos instrumentos de pesquisa usados neste trabalho, pois, conforme justificativa anterior, acreditamos não ser conveniente, quer para o usuário, quer para o pesquisador. Aqui será possível organizar os relatos de forma a fornecer uma noção de como ocorre o aconselhamento:

(...) nós temos um formulário que a gente preenche, baseado naquelas perguntas da vida da pessoa, é que a gente vai perguntando para ela se usa droga, se usa preservativo, se não usa, quantos parceiros, se teve DST. Baseado nisso, a gente aborda as questões de prevenção, o

aconselhamento; no meu entender e até pode ser que eu não esteja fazendo da forma mais adequada, mas a gente trata de prevenção, a gente aborda questões provenientes daquele questionário e diante das respostas das pessoas, a gente levanta. O porquê não está usando, a opção, o que levou ela a escolher a não usar. No meu modo de ver o aconselhamento é abordar a prevenção mediante o que elas estão relatando para a gente e explicar o que é o HIV, o que é o exame e por que elas estão fazendo o exame (E4).

(...) pego os dados pessoais da pessoa e pergunto por que ela quer fazer o teste do HIV, e a partir daí vai desenrolar todo o processo do aconselhamento. Então, dependendo do que ela fala, do motivo que trouxe ela a fazer o teste do HIV, vai buscando as outras coisas. Se ela disser: “Vim fazer só por fazer”, por exemplo, é o que algumas pessoas dizem, então você vai ter que perguntar: por quê? Mas o que realmente queres, você está aqui neste momento, veio fazer uma testagem, o que isso significa para você? E a gente vai desenrolando e aí começa. Passou por alguma situação de risco? O que pra ti é situação de risco, por exemplo? Relação sexual sem camisinha com o marido que já és casada há vários anos, então para você não é situação de risco? O uso de drogas, a situação ocupacional, se acidente com material perfuro cortante, transfusão de sangue. A partir daí se trabalha o que é situação de risco. Depois se trabalha o uso da camisinha: usa preservativo, não usa, por quê? Gosta de usar, não gosta? Não acha importante, porque não acha importante? Depois começa a trabalhar a questão do resultado: o que é o HIV? Como se pega uma DST? Como se transmite? Daí vou fechando as informações, sobre o que ela pensa, o que ela sabe sobre o vírus. E trabalhar o resultado, o que é um resultado positivo? O que é um resultado negativo? Caso venha um resultado positivo, como você pensaria? Eu sigo essa rotina, assim. (E6)

Via de regra, os profissionais compreendem o aconselhamento como um ato de saber ouvir, tirar dúvidas, informar, orientar. Faz parte desta rotina do aconselhamento preencher um formulário padrão nacional e encaminhá-lo à coordenação estadual e, posteriormente, à coordenação nacional, através do SICTA. É entendido como momento de informação primária, de esclarecimento quanto ao exame, bem como suporte técnico e emocional no pós-teste, caso seja positivo para o HIV e também como sua função encaminhamento de pacientes para outros serviços, quando houver necessidade.

Apesar de reconhecerem que a palavra “aconselhamento” tem origem em “conselho”, as entrevistadas deixam bem claro que não entendem o aconselhamento como um simples ato de dar conselhos, ou de convencer alguém a seguir certas regras:

Um momento muito importante, fundamental eu diria, antes do exame. Muitas vezes, a pessoa, vem fazer o exame porque o médico mandou fazer o exame, mas, não foi esclarecido para ela o porquê do exame, o que é? Por que esta sendo solicitado? Em que contexto foi solicitado esse exame? Se for o caso de dar positivo, o que muda para ela? O que é o HIV para ela? Alguém será que já perguntou? Será que ela sabe o que é AIDS? O que é HIV? O aconselhamento é esse momento. O terapeuta vai ver com a pessoa informação do tipo: quantos parceiros sexuais? Usa camisinha? Como ele vê a camisinha? Como ele pensa a camisinha? O que é usar camisinha? É só método anti-conceptivo? Ou para prevenir doenças? O que pensam a respeito da camisinha? Primeiro é colher as informações pertinentes, tirar dúvidas. Se positivar, entender o porquê e dar os encaminhamentos necessários. É, também, momento de informação, não é prevenção no sentido de palestra, de oficina para aprender a usar o preservativo, ou saber que o HIV existe. É prevenção sim, digo, prevenção primária, no sentido de que o exame... No sentido de que a pessoa está tendo conhecimento sobre o assunto. Um segundo momento muito importante é na entrega do resultado, a pessoa não vai pegar e abrir sozinha e ir embora para casa, ela tem um momento com o aconselhador para entender o resultado, ela não está sozinha, está apoiada. Então acho o aconselhamento fundamental. Acho que exame HIV sem aconselhamento é muito arriscado. A pessoa não entende, muitas vezes, não entende o que está acontecendo. E quantas gestantes vêm fazer o exame e só sabem que estão fazendo o HIV no momento do aconselhamento, “Ah, mandaram fazer este exame de sangue...” Esse momento de apoio, de troca de informação, de prevenção, de informação. (E.5)

(...) Aconselhar seria ouvir e fazer que ele mesmo tenha consciência dos riscos que poderia estar passando em relação às DSTs. Para mim, aconselhar parece que você vai emitir um juízo de valor para que aquela outra pessoa siga as normas que você acha correto. Vou aconselhar e você tem que seguir isso porque é assim que deve ser. Mas eu entendo aconselhamento como uma relação de ajuda mútua. (E6)

A palavra aconselhamento não significa dar conselhos, significa orientar quanto à dificuldade que o paciente tem nas mãos. Aqui nosso enfoque é sexual, porque tratamos de HIV, mas eu vejo que o aconselhamento é uma prática de qualquer profissional da saúde, desde o auxiliar de enfermagem até a área médica. Orientar o paciente quanto a sua queixa, quanto a sua dúvida, o que ele procura. Muitos vêm quanto a alguma dificuldade alimentar, quanto... Qualquer uma outra dificuldade que necessita de uma orientação, uma reeducação quanto aquele ato. Em se tratando de HIV, eu vejo desta forma, a gente está aqui não é para

aconselhar, mas é para mostrar a pessoa aonde está o seu comportamento de risco e ajudá-lo, de como poder mudar, de provocar uma mudança, frente à prevenção a favor da sua saúde. (E7)

Aconselhamento não é aconselhar. É me colocar à disposição do usuário do serviço, para que este sinta segurança, orientar e propor medidas preventivas de acordo com a demanda. (E.1)

Os pontos mais importantes do aconselhamento, portanto, foram: o saber ouvir, criar vínculos, não pré-julgar o comportamento do usuário, colocar-se à disposição, usar linguagem compatível, dentre outros.

Os relatos que se seguem assinalam os pontos considerados mais importantes para o aconselhamento, na concepção do aconselhador:

Ouvir. [Por que ouvir é tão importante?] Porque se tu não ouves, tu só vais passar informações, tu não vais escutar a preocupação da outra pessoa. [Em que ouvir a preocupação da outra pessoa auxilia no aconselhamento?] Porque no processo de aconselhar tu ouves para poder ter este processo de ajuda mútua. Saber qual é realmente, o que ela veio procurar, só veio realmente fazer o teste do HIV ou quer alguma outra coisa. Não adianta chegar ali e quer fazer o teste do HIV, vamos fazer e pronto. Mas é isso realmente que ela quer? A preocupação dela é essa? O risco que ela estaria correndo seria este? Talvez ela nem pensou nesta situação, ou, a preocupação dela nem era esta, está fazendo só por fazer. (E6)

Olha, primeiro eu deixo a pessoa falar, eu considero muito importante o que ela vai me dizer... A gente aborda muito a prevenção em si, o cuidado, das parcerias, esclarecer os riscos da doença... Eu considero mais importante, primeira coisa, eu deixo a pessoa livre para contar o que ela quer. A gente tenta perguntar aquilo que tá lá no formulário, mas tudo enquanto conversa. Não em pergunta e resposta, pergunta e resposta. Até porque a gente já conhece o formulário, então a conversa vai fluindo, a gente não força a pessoa a dizer nada. Ela vai falando o que sente vontade de falar, às vezes, ela até volta para conversar, pois não conta toda a verdade na primeira vez. O que eu acho importante no aconselhamento por parte da pessoa é deixar a pessoa livre, a conversa flui, para ela contar o que se sente à vontade. E da nossa parte é abordar os riscos da doença, é falar do HIV propriamente, o que é a doença, o que é HIV. (E4)

É você poder estar livre de seus conceitos básicos e estar “prestes” a ouvir, sem interferência de valores, conceitos, de certo ou errado, você estar livre para poder ajudar até onde ele te permite, sem querer impor e sempre com respeito ao outro. (E7)

A importância da escuta na saúde é discutida por Ceccim (1997), ao pensar a atenção integral à criança hospitalizada. O autor faz diferenciação entre a escuta enquanto ato da audição e a escuta em saúde:

(...) a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas.

A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade. (...).

Numa perspectiva de atenção integral, como escuta a vida, o desenvolvimento da escuta se dirige à promoção da saúde (produção de vida e de sentidos) e não só ao tratamento, por isso, se volta tanto aos processos interativos de percepção e sensibilidade às condutas infantis e sintomas somáticos, quanto ao acompanhamento dos processos assistenciais (p.31).

Neste sentido, a escuta torna-se fundamental ao processo do aconselhamento, razão pela qual ela aparece em quase todas as entrevistas. Porém, nem sempre, a escuta tem sido uma escuta em saúde:

Eu acho que mais importante de tudo é ouvir o que a pessoa tem a dizer. Sabe, acho que hoje nossos profissionais de saúde carecem disso, carecem dessa escuta. Não é ouvir por ouvir, é escutar com atenção, essa é uma grande importância no aconselhamento. A outra, é informar a pessoa. São duas coisas muito importantes. Uma, escutar com atenção entendendo o que a pessoa quer te dizer, te contar, e informar, é muito mais importante que a testagem do sangue. (E5)

Silva (2004) alerta para a natureza do entendimento de diálogo entre os profissionais afirmando:

Percebo o equívoco de considerar o diálogo apenas um relacionamento respeitoso com os alunos e não um referencial epistemológico de uma pedagogia fraseológica (p. 4).

A questão de estabelecer vínculos de segurança entre usuário e aconselhador foi considerada fundamental, pois, nos dizeres de Ceccim, “A *atenção de saúde, por ser encontro, produz afetos*” (1997, p. 28). Os afetos gerados no ato de cuidar em saúde devem favorecer um relacionamento ético e de confiabilidade entre o profissional de saúde e o usuário.

Conseguir estabelecer um vínculo de segurança entre aconselhador e usuário, falar na linguagem dele, de igual para igual, pois, só assim consegue escutar efetivamente, e, conseguir mudar seu comportamento. Na maioria das vezes consigo fazer isto, a gente trabalha com ser humano, é mais difícil, a falta de comprometimento. (E1)

A escuta, tantas vezes mencionada, parece caracterizar-se como a questão mais importante do aconselhamento, pois seria a partir dela que o aconselhador, ao compreender a realidade, terá subsídios para interagir com o saber do usuário e a possibilidade da construção de um novo saber, que poderá ou não provocar mudança de comportamento, no sentido de maior cuidado com a prevenção.

A eficácia da ES não está condicionada à mudança de comportamento, pois sua função é oportunizar o acesso a determinado saber, possibilitando ao usuário condições de tomar decisões conscientes, fundamentadas em um saber sistematizado. A aquisição deste saber não implica, necessariamente, em mudança de comportamento. A mudança será consequência da junção dos aspectos cognitivos e afetivos envolvidos nos comportamentos.

As maiores dificuldades apontadas para o aconselhamento foram à questão da comunicação, dos diferentes termos utilizados por diferentes públicos, da disponibilidade do usuário para este diálogo, seja por questão de tempo ou interesse em discutir suas dúvidas, sua sexualidade, sua visão de mundo. Também foi considerada difícil a necessidade de superar as dificuldades particulares para a escuta, o desprendimento dos preconceitos, juízos de valor e julgamentos. As condições práticas do dia-a-dia são apontadas como dificuldades, como as rotinas do serviço ou o número excessivo de atividades atribuídas ao aconselhador, além do aconselhamento.

A dificuldade em abordar questões referentes à sexualidade apareceu com menor freqüência nos relatos. Porém, foi considerado entrave ao processo de aconselhamento, quer por preconceitos e receios pessoais, quer por falta de conhecimento ou metodologias de abordagem do assunto. Além disso, é importante ressaltar a precariedade de pesquisas e conhecimentos sobre como trabalhar prevenção e preparação para o resultado do exame, em um mesmo momento:

Uma coisa interessante que acho importante é ter mais trabalhos sobre saúde sexual e educação sexual. Trabalhar conosco mesmo para que pudéssemos trabalhar com as outras pessoas. Falta embasamento teórico para trabalhar. A gente foi colocada assim, sem nenhum embasamento sobre educação sexual, a forma de abordagem. Tu acabas tendo que trabalhar a educação sexual também, mas sem ter um embasamento para isto.

(...) aconselhar em HIV/AIDS no momento em que vai fazer o HIV, que vem fazer a coleta para saber o resultado, a questão da prevenção fica prejudicada, pois tu tens que preparar para receber o resultado. E quando tens que preparar para receber um resultado é complicado trabalhar a prevenção. Como tu vais trabalhar para usar a camisinha e ao mesmo tempo preparar para receber o resultado? É assim, as duas coisas ao mesmo tempo. É assim, você tem que usar camisinha, e também, você poder estar com o vírus. (E6).

Na provocação da mudança deste comportamento, na verdade, nós temos pouco contato com a pessoa. No primeiro momento, no aconselhamento você tenta provocar uma mudança a favor da prevenção, a camisinha é muito característica disto. Quando a gente impõe uma regra... [fez uma pausa como se não fosse exatamente isto que queria ter dito.] para o uso da camisinha, uma mudança de comportamento para o uso freqüente da camisinha, é onde a gente encontra a maior dificuldade. Porque não se tem o hábito, porque não acha importante, porque comigo não vai acontecer. Em muitos casos esse primeiro contato não provoca a mudança de comportamento; é somente num segundo momento, no resgate do resultado é que você vai perceber o quanto foi importante esse primeiro contato que você teve com a pessoa. E aí quando essa mudança não ocorre é o que te frustra, porque você sabe que esta pessoa vai sair daqui, muitas vezes, com um resultado negativo, mas que porta afora, ele vai continuar correndo os riscos, que ele tem um grande percentual de retornar e resgatar um resultado positivo e fazer parte não mais só do CTA, mas, do serviço especializado de HIV/AIDS. (E7)

A impossibilidade de impor regras, de normatizar o campo da sexualidade, no sentido da obrigatoriedade do uso de preservativo e a redução do número de parceiros, parece ser entendido como problema, para algumas entrevistadas. A possibilidade de o usuário ter o direito de poder aderir ou não às questões abordadas ainda frustra os profissionais do aconselhamento. A falta de domínio sobre os atos do outro, mesmo que seja em prol da manutenção da saúde individual ou mesmo coletiva, leva a certa frustração dos profissionais da saúde.

Outra dificuldade encontrada é a dificuldade, em determinadas circunstâncias, de saber se o usuário está compreendendo o problema em discussão, se acompanha a linha de raciocínio, se está interagindo com o aconselhador; por fim, se está havendo um diálogo entre o conhecimento científico e o senso comum.

“É saber se aquilo que estás falando, realmente, a pessoa está entendendo. Se está atingindo o universo de outra pessoa; às vezes, está óbvio, na cara que outra pessoa não está entendendo, demonstra através de gestos, ou fala. Mas em muitos momentos eu me vejo perguntando será que ele entendeu? Será que ele entendeu exatamente o que eu quis dizer, será que não entendeu errado? Até dificuldade de entendimento, por baixa escolaridade, isso eu acho que é o mais difícil. Eu não tenho dificuldades em abordar sexualidade, em abordar camisinha, já tive, no início, logo que comecei a trabalhar e isso já passou faz tempo, isso não é difícil para mim. O que eu realmente me preocupo no aconselhamento é se a pessoa realmente está entendendo, a pessoa está entendendo esse fenômeno que esta acontecendo com ela, que é o exame do HIV”. (E5)

Outra dificuldade, ainda, é a entrega do resultado do teste, tanto para o resultado reagente⁹, quanto para o não-reagente, pois cada qual, com sua especificidade, torna o pós-teste um momento difícil.

Olha, o que é mais difícil é quando a gente dá o resultado, principalmente positivo; isso envolve outras questões, pessoais, quando a paciente é gestante, que a gente entrega muito resultado para paciente gestante, aqui. Essa parte do aconselhamento é pior, de dar o resultado. E é assim, eu ainda acho que, independente do resultado, claro que dar um resultado positivo é pior, mas o que não é positivo também é ruim, porque as pessoas de forma geral, elas encaram que a gente está ali para repetir o que já falou no pré-teste, elas encaram que antes de fazer o HIV, a gente já falou todas aquelas questões quando; a gente vai entregar, a gente frisa os pontos principais, não vai repetir tudo o que já falou, mas tenta frisar as principais. Eu percebo que algumas pessoas, nem todas, elas não aceitam isso. A impressão que dá é que: Eu já sei isso tudo, você já falou antes, por que falar de novo? Abordar o assunto de novo na entrega do resultado é uma coisa difícil. Mas, sem dúvida o pior de tudo é entregar o resultado (E4).

⁹ Resultado reagente para o HIV, significa que o usuário possui anticorpos contra o HIV. O resultado não-reagente significa que ele não teve contato com o vírus e não desenvolveu o anticorpo contra o HIV.

As principais angústias frente ao aconselhamento foram apontadas como o descompromisso dos usuários, a influência de questões religiosas, a falta de diálogo familiar e a juventude sem referencial, dentre outros.

“Minha principal frustração é a falta de comprometimento do usuário. Pessoas que não conseguem ter uma percepção maior dos fatos: ‘Comigo isto não vai acontecer’. ‘Eu confio no meu parceiro’. Sinto uma frustração muito grande ao trabalhar com evangélicos, pois estes não conseguem aceitar a via sexual como a principal via de transmissão, é difícil trabalhar este choque cultural, a questão da religião. Há falta de orientação para os adolescentes em casa, por medo de estimular a iniciação sexual”. (E1)

No caso da AIDS podemos salientar, dentro das questões culturais, a influência da Igreja sobre nossa sociedade, fortalecendo crenças (o uso de preservativo seria pecado), resistências na busca de tratamento médico (“sofrer engrandece a alma”, “é da vontade de Deus”), dificuldades em campanhas de prevenção (Ex. controle de natalidade).

Para as aconselhadoras, o principal resultado do aconselhamento seria a mudança de comportamento do usuário, principalmente no que se refere à adesão ao uso do preservativo. Acredita-se, ou, espera-se que o usuário, adequadamente orientado, informado, deverá aderir às instruções e assim evitará o contágio pelo HIV. Outro resultado esperado é a detecção dos soropositivos para iniciar o tratamento, principalmente quando gestantes, com o intuito de evitar a transmissão vertical. Em suma, as aconselhadoras esperam que a ação do aconselhamento resulte na mudança de comportamento, no sentido de prevenção ao HIV e, conseqüentemente, na diminuição dos números da epidemia.

O aconselhamento é uma troca; é uma troca de ouvinte, de interlocutor, na verdade na colocação de problemas pessoais, situações de risco, de prevenção. Eu acho que o aconselhador tem o dever de fazer a pessoa enxergar o seu comportamento de risco e para poder corrigir para não passar mais por esse medo, essa ansiedade, e ir além, poder orientar quanto à prática sexual segura. Eu entendo dessa forma. (E7)

Segundo as entrevistadas, o aconselhamento é considerado bom quando consegue conscientizar a pessoa sobre a importância do exame e não fazê-lo somente para cumprir uma ordem médica. A sensação/percepção da aconselhadora de ter conseguido passar as informações consideradas mais importantes foi apontada como indicativo do aconselhamento ter sido bom. Além disso, o questionamento e o levantamento de dúvidas, por parte do usuário, consiste em outro indicativo do aconselhamento ter atingido seus objetivos.

“A gente entrega o resultado e a pessoa te faz pergunta, indaga sobre o HIV, os riscos, se interessa por aquilo que ele fez. Ele até fala algumas coisas: estou usando o preservativo, eu tirei as dúvidas, eu não estava tão consciente dos riscos que estava correndo... É nessas horas que vejo que serviu o que a gente conversou lá dentro”. (E4)

Bom? Ah, é difícil. Porque... (pausa para pensar). Porque o aconselhamento não depende só do aconselhador, depende da situação, depende da pessoa que veio procurar o serviço, depende dessa relação. Então vai depender muito da relação que a gente construir. E o aconselhamento, ele não se esgota num único atendimento, ele vai ter um outro atendimento, vai ter um pós-teste, ele vai ter um aconselhamento pós. E muitas vezes, vai ter outros aconselhamentos, o mesmo atendimento, vários atendimentos. Quando ela procura para fazer o teste, quando ela procura pra buscar preservativos. Eu penso assim, que quando se consegue ter um resultado legal no aconselhamento, é quando você inicia uma relação com este usuário ou com a usuária, e que ela retorna outras vezes pra estar (pausa) pegando preservativo entendeu? Quando ela diz que ela está usando a camisinha, quando ela diz que ela está se protegendo, quando conversou com o parceiro sobre as suas situações ou sobre a preocupação que tem com ele. É esse retorno que vem do usuário, sabe? “Olha, consegui sentar e conversar com meu parceiro sobre o que esta me preocupando, sobre situações que ele possa ter vivido ou esta vivendo”. Essa questão da reflexão, mesmo. Quando o usuário traz essa reflexão, em um aconselhamento posterior (E8).

Quando você conseguiu passar por esta frustração e promover uma mudança de comportamento em favor da prevenção. Quando o paciente se enxerga, quando ele vê que esta correndo risco, que o HIV esta presente, que somente a mudança de comportamento dele vai fazer ele sadio. Quando tu percebes isso é sinal de que o teu primeiro encontro foi satisfatório. (E7)

Por outro lado, o objetivo do aconselhamento pode não ter sido alcançado, por repostas não condizentes com a realidade, por omissão ou alteração de dados ou na possibilidade de o usuário estar omitindo dados ou ainda cair em contradição.

Quando vejo que está mentindo, confronto-o, digo que está enganando a ele mesmo, o maior prejudicado é ele, pois a orientação feita foi inadequada, porque a informação não foi sincera. (E1)

(...) às vezes, se contradiz, omite informações. Não pressiono para dizer a verdade, mostro que houve contradição em suas respostas (E4).

Quando é possível perceber incongruências nas respostas, a aconselhadora ainda pode rediscutir o assunto com o usuário, procurando orientá-lo da melhor forma, mas se elas existirem e não foi possível percebê-las o aconselhamento não terá cumprido sua função.

O fato de o usuário não se importar com o resultado (seja ele reagente para o HIV ou não), por considerar a AIDS uma doença crônica, é também indicativo de um aconselhamento falho. E3 considera os resultados ruins quando há expectativas diferenciadas entre aconselhador e usuário, ou seja, quando a escuta não é efetiva. Identificam-se falhas no aconselhamento quando, ao final, a pessoa, que se expôs à situação de risco, afirma ter certeza da benignidade de seu exame, ou ainda, quando se julga capaz de avaliar se uma pessoa é portadora ou não através de sua aparência. E4 aponta como demonstração de um resultado não desejado o retorno de um usuário que nem sequer sabe o tipo de exame que realizou:

Em contrapartida, tem paciente que vem pegar o resultado e pergunta que exame fez. É uma decepção só. A gente fala, pergunta, deixa-o falar e ao final vem e pergunta o exame que fez... Aí acaba com a gente. Aí penso que não fiz nada certo. Não é muito freqüente. Outra situação que mostra que não funcionou é quando o usuário volta para fazer o exame de prevenção: “É bom prevenir”. A gente explica que não é exame de prevenção, e ele vem para prevenir, a exemplo do papanicolau. E a gente sabe que não é assim. Quando a gente pergunta por que veio fazer o exame e ele responde: “Ah! É bom para se prevenir.” Isso também acaba com qualquer um. A gente entrega o resultado e eles dizem que está tudo da mesma forma, que eles não estão usando o preservativo. Não teve êxito (E4).

No relato acima fica evidente o desejo de mudança de comportamento como consequência imediata do aconselhamento. Considerando o aconselhamento como um processo educativo, me coloco em uma situação desconfortável: de um lado, enquanto profissional da saúde, desejo a mudança de comportamento, visto que isto poderia reduzir consideravelmente os riscos de uma contaminação pelo HIV. Por outro lado, educar significa proporcionar a aquisição de conhecimentos que permitam a tomada de decisões consciente, respaldada por conhecimentos científicos, sistematizados, não necessariamente implicando em mudança de comportamento:

Quando a pessoa não consegue interagir comigo, só repasso informações e ela sai daqui e eu não senti nenhum sinal de que ela conseguiu interagir. [Seria possível dizer que você não consegue saber se o que foi conversado é do interesse dela?] Exato. Ela veio fez o teste, mas,

eu não sei se ela assimilou o que estava fazendo aqui. Qual a importância deste teste para a vida dela? Se ela realmente queria fazer o teste ou se fez só por fazer, se tem outras preocupações, e saiu também sem pensar na prevenção. E quando sai sem pensar na prevenção, me preocupa. (E6)

Uma das primeiras necessidades de mudança apontadas refere-se à falta de recursos humanos, à estrutura física inadequada e a pouca possibilidade de desenvolver um trabalho educativo durante o processo de aconselhamento, devido à alta demanda e ao tempo reduzido. E1 diz que se pudesse sugerir reformulações iria além do processo de aconselhamento, sugeriria a formação de multiplicadores (homens, mulheres, adolescentes, usuários de drogas, etc.) para trabalhar a prevenção na comunidade, entre seus pares:

Sugeria fazer treinamentos para que todos pudessem ser multiplicadores, pessoas da comunidade, no boca-a-boca, mesmo procurando ser o máximo possível, próximo do usuário, minha linguagem é sempre diferente. É melhor a formação pelos pares. Somos só 5 aconselhadoras, precisa mais multiplicadores. (E1)

Outra necessidade de mudança está relacionada à restrição de profissionais, para o exercício do aconselhamento. Muitos profissionais com conhecimento específico e desejo de atuar nesta área estão impossibilitados de realizar o aconselhamento, por este estar basicamente relacionado a quatro profissões (assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo):

Mudar a questão do reconhecimento de outras profissões para o exercício do aconselhamento. [A entrevistada se refere ao MS] Precisa saber quem são as pessoas que realizam o aconselhamento, não só da área médica. Não acredito que existe uma profissão que seja melhor para desenvolver a função do aconselhamento. Saber ouvir sem preconceitos, porque você não faz, (porque você não tem o mesmo comportamento) não acha correto, não pode dizer ao cliente que é assim ou assado. Saber acolher, ouvir, respeitar as opiniões sem discriminar e, é claro, conhecer o assunto. Conhecimento técnico para repassar as informações, saber o que cada pessoa precisa saber nesse momento. Necessidade de aconselhamento individual e não apenas coletivo. O profissional tem que ter graduação, não pode ser estagiário, não pode assumir esta função, apenas fazendo o estágio. Tem que ter estrutura para saber entregar o resultado. O pós-teste é muito importante. (E2)

Algumas entrevistadas acreditam no êxito e na eficiência do serviço, outras estão mais receosas, pois a epidemia está aumentando e mudando seu perfil:

... os índices estão aumentando. A transmissão sexual esta aumentando. As mulheres estão se contaminando mais. Precisa mudar as estratégias, a realidade muda muito. Epidemia muito delicada. Os anti-retrovirais foi um avanço, mas criou-se uma mentalidade de doença crônica, de tratamento gratuito. (E1)

6.3. O processo dito educativo realizado no CTA

A maioria das aconseladoras compreende o aconselhamento como um processo educativo porque oportuniza a reflexão e compreensão do processo de prevenção, bem como a possibilidade de avaliar seus riscos e tomar suas decisões conscientemente. A construção do conhecimento, no aconselhamento, ocorre a partir do conhecimento que o usuário já possui, aprofundando-o. Embora uma das entrevistadas utilize-se de termos inadequados para explicitar sua idéia de processo educativo, sua concepção de educação parece-me adequada:

“Acho, eu acho, porque ali diante do que eles falam, a gente aborda questões, não mudança de comportamento, mas a gente tenta fazer com que as pessoas entendam o que é o vírus, quais os riscos. Não deixa de ser educativo a gente tenta passar para eles, mas se eles estão captando, é uma outra questão, a nossa parte de informar, de levantar questões pertinentes ao vírus, eu acho que é um processo educativo. A gente está tentando fazer com que a pessoa mude o comportamento dela. É difícil falar em mudança de comportamento, mas é um processo educativo. Acho que de uma forma ou outra tentamos fazer com que a pessoa perceba os riscos desta doença e isso eu acho que isso é fazer educação. É processo educativo”. (E4)

É educativo porque... Eu entendo como educação, você está ensinando algo a alguém. Tem muita coisa que é novidade para as pessoas. Saber a diferença entre HIV/AIDS. A maioria das pessoas não sabe a diferença. Pode ser portador e saudável, saber.

No aconselhamento coletivo, não faço palestra, faço uma conversa. Eu gosto muito de saber o que eles estão sabendo. Somente participa quem já fez outros aconselhamentos, ou quem já assistiu a palestras, no trabalho, na escola, etc. Explico diferença entre HIV/AIDS. Se for positivo o que vai acontecer com eles. A janela imunológica.

No aconselhamento individual primeiro conversa bem direta para saber o objetivo. Porque você veio fazer este exame. Não faço questões por questões, apenas converso. Cada aconselhador vai fazer de uma forma diferente, são visões diferentes (E2).

Outra entrevistada acredita ser educativo por oferecer novas possibilidades aos usuários e, também, devido ao fato de utilizar várias metodologias para atingir os objetivos propostos:

“Sim, porque se faz toda uma sensibilização, vê o que a pessoa já conhece, a demanda da pessoa, oferta novas metodologias de práticas sexuais, de uso de drogas, orientações coletivas e individuais... utilizamos várias metodologias”.(E1).

E3 aponta para outras possibilidades do trabalho educativo não restritas ao aconselhamento. Faz menção à diferenciação entre informar e educar, porém não entra em maiores detalhes, não os caracteriza:

Acho que é educativo. Mas, educativo em que ponto de vista? Aqui dentro é educativo, bem informativo, alguém que fica só informando. Um educativo, se for pensar ensino/aprendizagem, acontece lá fora. É mais dinâmico, ocorre mais integração com outras áreas, outros profissionais. (E3)

Em outro depoimento, a relação entre educar e informar é bastante explícita, compreendendo a ação educativa como sinônimo do ato de informar, o que consiste em um grande equívoco.

Porque ele informa... A principal função dele é essa de levar a informação (...) e a partir daquilo que a pessoa traz, explica, justifica, explica outra forma de ver o mesmo fenômeno. Então eu acho educativo sim. Se a pessoa não sabe como usar o preservativo é demonstrado no aconselhamento como é que se usa a camisinha [em uma prótese], então eu acho sim que é educativo. Só que eu acho que só ele não basta... As pessoas têm que ter acesso a outras formas, também, as escolas eu acho que é um lugar interessante de se ter, e hoje muitas escolas já têm, assim, nesse sentido tem que fazer parte da vida da pessoa e acho que é isso que ainda falta um pouco para a gente. (E5).

Uma entrevistada questiona se realmente seria um processo educativo, devido aos diversos fatores envolvidos, desde o pouco tempo disponível, o interesse do usuário em estar aprofundando determinados aspectos ou simplesmente realizar o exame, e a ansiedade diante da possibilidade do resultado positivo.

Educativo e informativo. Porque você pode só informar, às vezes, a pessoa vem aqui e ela quer só informação mesmo, não quer saber de pensar a respeito da vida dela então será só informativo. Educativo, não sei, podes educar, mas é tão pouco tempo... Pode ser que em alguns momentos a gente consiga fazer esta educação. E se conseguir fazer que a pessoa pensa sobre aquilo que a gente esta conversando, pode ser que se torne um processo educativo. (E6)

Quando questionados sobre o uso de materiais didáticos, o álbum seriado foi o material mais recomendado e utilizado pelas aconselhadoras, sendo considerado como um dos melhores materiais disponível nos CTAs. Esta posição privilegiada parece-me ser devido ao fato de possuir fotos chocantes de órgãos sexuais afetados, por DSTs:

Uso o álbum seriado, fotos lindas, muito úteis, quando falo é uma coisa, depois de ver aquelas fotos que chocam eles refletem um pouco, eles sentem e... (E2)

Álbum seriado é muito importante. Quando uma pessoa vem referindo uma DST que não o HIV eu gosto de mostrar a DST para a pessoa, para ela identificar uma gardinerela, uma... Às vezes, a pessoa não entende o que é a DST, um HPV e eu gosto de mostrar, é bem ilustrativo. O material é bom e eu uso. É maravilhoso. (E5)

Acho um bom instrumento, quando a gente fala sobre as DSTs e quando mostra as DSTs, o usuário consegue, muitas vezes, estar mostrando e identificando o que ele esta sentindo com a figura que esta ali. E aí a gente consegue estar fazendo o encaminhamento para o ambulatório para fazer o tratamento. Então, é um instrumento bom que auxilia no momento do aconselhamento. (E8)

Uma entrevista destoou das demais ao questionar o uso destes materiais, a pedagogia do terror como forma de coagir, de induzir a mudança de comportamento, a adoção de comportamento seguro condicionado pelo medo dos efeitos da doença em seu organismo.

Esse aí, sinceramente, não gosto. Quando a gente mostra para a pessoa é para dar um impacto. Ah! Mostrar isso daí é a pedagogia do terror, como se diz. Mostra aquilo ali e então a pessoa, a partir de agora, olhou aquilo ali, então nunca mais irá viver situações de risco. Não gosto, parece que as DSTs realmente são só quando acontecer isso, aí a pessoa tem uma DST. É muito dado o enfoque pelas doenças em estados mais graves, então, uma verruginha só não é problema. E as outras doenças? E o HIV que a gente não vê? Talvez, realmente não poderia dar tanta importância a um sintoma menor. Pode ser realmente que não dê

importância a estados iniciais, “um corrimentozinho de mulher”, uma cândida, uma gardinerela não dá a devida importância, não trata, deixa assim... (E6)

Ao serem questionados sobre possíveis conseqüências negativas do uso de tais materiais, como medos infundados e negligência dos estados iniciais da doença, as entrevistadas parecem não reconhecer aspectos negativos, mas somente o lado positivo e justificam suas posições:

Acho que isso é um cuidado que a pessoa quando mostra a foto tem que ter. Ela fez para chocar mesmo, os álbuns foram feitos para chocar. Mas quem mostra tem que mostrar isso tem que ter o cuidado de mostrar que é um estado avançado. Se não cuidar você que esta no estágio inicial pode chegar a ficar assim, por isso tem que cuidar agora... O cuidado de colocar isso, geralmente as pessoas colocam isso... principalmente a foto do HPV, é horrorosa: “eu não estou assim”. Eu respondo que isso é alguém que não cuidou, Quem não cuida do seu corpo pode ficar assim, mas você, que está cuidando do seu corpo não ficará assim... Então, é nesse sentido. (E5)

(...) lembramos que aquilo está num estado muito avançado e que a gente não precisa chegar naquilo. A figura do Condiloma está em um estado assustador. Quer dizer, não vai logo acontecer isso comigo, acontece de aparecer uma verruguinha, e se aparecer algo diferente, eu preciso procurar o médico. Se eu deixar e achar que não é nada e não dar bola pode acontecer aquilo que está ali. Parece tratamento de choque. Então a gente tem sempre que estar lembrando antes de mostrar, as fotos são assim, mas isso não é para ninguém sair daqui querendo não mais ter relações sexuais, enfim, realmente temos que ter cuidados para que isso não venha a acontecer. (E8)

Minha posição ainda é contrária ao uso de tais materiais. Acredito ser o feio agressivo aos olhos, causando-nos repúdio, um determinado desinteresse em conhecer mais sobre este assunto. Pergunto-me: até que ponto, ao apresentarmos estas fotos, estamos favorecendo o processo educativo? Embora seja uma estratégia utilizada pelo MS na campanha contra o tabagismo, quanto aos efeitos do uso de drogas, entre outras, minha posição ainda continua desfavorável, ao uso de tais estratégias. Não acredito ser a coerção pelo medo, uma estratégia que produza bons resultados, em se pensando em autocuidado e prevenção. Acredito que a “pedagogia do medo” ultrapassa a produção de materiais e atinge também a formação destes profissionais, pois foi possível perceber traços desta pedagogia nas falas de algumas das entrevistadas, bem como, em outros relatos fora deste contexto de pesquisa.

As metodologias e as formas de abordagem durante o aconselhamento mostraram-se bastante diversificadas e variam entre as aconselhadoras. As metodologias mais utilizadas foram a exposição verbal, a exibição de vídeos, o uso de próteses pélvicas feminina e masculina para demonstração do uso correto do preservativo, o uso de gravuras, com destaque para o álbum seriado das DSTs e outros folhetos informativos. Com uso menos freqüente encontram-se os desenhos e a analogia da guerra para explicar a ação do vírus e a forma como o organismo reage a ele.

O uso de analogias e metáforas muito freqüente constitui-se em uma das estratégias para tentar aproximar o conhecimento científico à realidade do usuário. A analogia mais comum entre os aconselhadores é a da guerra, onde os leucócitos, célula de defesa, são comparados a soldados e o vírus ao inimigo invasor.

Segundo Andrade (2001) o uso da linguagem metafórica e analogias na imunologia são comuns tanto no meio científico quanto no meio leigo e remonta à própria construção desta teoria, na década de 1890. A adesão a este tipo de linguagem tem o objetivo de facilitar a compreensão de conhecimentos abstratos, neste caso, auxiliar na compreensão do funcionamento do sistema imunológico. O ensino pelo uso de analogias e metáforas possui alguns agravantes, pois, quando não bem explicitado a analogia e ou a metáfora, pode levar a dificuldades na compreensão e produção do conhecimento. É necessário explicar o uso desta linguagem, suas semelhanças e diferenças com o objeto análogo e seu uso deve ser cauteloso para evitar uma associação superficial entre analogia e objeto análogo sem sua compreensão.

O sistema imunológico possui mecanismos que não podem ser tão simplesmente explicados aos alunos, pois a supressão de informações e simplificação exagerada do mecanismo pode levar a um esvaziamento do conceito, o que vai dificultar ainda mais a compreensão por parte dos alunos, que não conseguirão ligar partes do processo por falta de informação adequada de como ele ocorre (Andrade, 2001, p.72).

Tais cuidados também são necessários no aconselhamento, que apresenta ainda um agravante: o pouco tempo disponível para a discussão do tema.

No aconselhamento coletivo, houve relatos de outras estratégias, como a utilização de dinâmicas de grupo e brincadeiras com intuito de integrar os membros do grupo, na construção do conhecimento necessário à prevenção. Além disso, apontou-se para a necessidade de muito “*jogo de cintura*” como as próprias aconselhadoras falam, para adequar a melhor estratégia para cada caso em particular, e possibilitar um diálogo efetivo.

Outro fator importante apontado por algumas entrevistadas é a percepção da necessidade de reforço das informações, cuja alternativa são os aconselhamentos pós-teste, pois neste momento o usuário já dispôs de tempo para processar as informações fornecidas e elaborar suas dúvidas. Uma entrevistada aponta a necessidade de um outro espaço para discussão, mesmo após o reforço no pós-teste:

E nós atendemos usuários que vieram de outros serviços para retestagem, o segundo teste, porque o primeiro deu positivo e chegaram cheios de dúvidas, porque num primeiro momento, quando te deram um resultado positivo, você não está conseguindo digerir tudo aquilo, não está nem aqui, está com um resultado positivo e não consegue parar para prestar atenção. Então não é o momento de passar todas essas informações. É preciso dar um tempo para esta pessoa, sentir o que é esse resultado, absorver essas informações, para num segundo momento retomar estas informações e os encaminhamentos necessários. (E8)

A adequação da linguagem foi um quesito apontado como importante para o desenvolvimento do processo de aconselhamento. Houve consenso ao dizer que, de maneira geral, os usuários não compreendem os termos técnicos, já que a área da saúde tem uma terminologia bastante específica. A maioria das entrevistadas relata que a complexidade da linguagem é estabelecida à medida que se desenrola o processo de aconselhamento:

Eu tomo por base a primeira fase do formulário (escolaridade, ocupação...). A idade também interfere muito. Às vezes, vem um adolescente fazer o teste que não entende nada do que a gente vai dizer em termos técnicos, científicos, a gente usa gírias, que a gente acha que a galera vai entender ou quando vem uma senhora velhinha, muito conservadora, que a gente percebe que não estudou, que foi criada na roça. Eu levo muito em consideração a história de vida da pessoa, o que a gente colhe de informação sobre a vida da pessoa e evito termos técnicos. Às vezes, a pessoa está formada, fez uma universidade, mas é de outra área, totalmente diferente da minha. Diante da conversa, se consegue estabelecer um nível de linguagem (E4).

Neste relato é possível identificar a idade como outro fator que interfere no tipo de linguagem utilizada, quando o uso de gírias pode auxiliar a comunicação ou passa a ser entrave no processo comunicativo.

A linguagem técnica, também não é utilizada pelas aconseladoras por ser considerada inacessível para a maioria dos usuários do SUS. “A linguagem é a mais comum possível, adaptada ao usuário (E.9).” A utilização de linguagem compatível com o usuário foi uma preocupação apresentada em todas as entrevistas:

A gente tenta usar vários tipos de linguagens, eu, dou a informação de forma como acho mais correta, mas se vejo que a pessoa não entendeu, pelo próprio vocabulário que eu utilizei, eu tendo explicar, com outras palavras, através de desenhos. Até desenhos já usei pra tentar mostrar o que acontece, para ver se fica claro. Acho que temos que tentar achar uma linguagem para que a pessoa entenda (E5).

O cuidado com as siglas, nomes científicos e a leitura do resultado do exame, também foi apontado como necessário à comunicação, considerando que nem sempre o usuário consegue compreender os resultados de um exame e o significado de sua terminologia.

Os conhecimentos prévios dos usuários dos serviços de saúde foram considerados fundamentais para o desenvolvimento de um aconselhamento satisfatório por todas as entrevistadas e algumas afirmam ainda, ser o conhecimento prévio dos usuários o elemento balizador do processo de aconselhamento. É o conhecimento prévio e o interesse dos usuários que dão as diretrizes do diálogo que ocorre durante o aconselhamento:

Enfim, eu acho muito válido quando tem pessoas na sala de palestra, de orientação pré-teste, que já fizeram capacitação¹⁰ ou já fizeram exame, ou que têm conhecimento, que participaram de algum treinamento, porque aí os questionamentos são mais interessantes. (E1)

Algumas entrevistadas afirmam que os usuários quase não possuem conhecimentos referentes ao assunto, que estes são muito superficiais e, às vezes, equivocados, sendo a maior fonte de informação a TV. Outras entrevistadas reconhecem a existência de saberes diferentes e a necessidade do diálogo para a produção de novo saber:

São esses cuidados da comunicação que são importantes, senão tu falas, falas e quando sai daqui e daí? Ela falou tantas coisas e eu não consegui entender nada. Então, é perceber isso. E as pessoas têm conhecimento. Fala-se muito em AIDS, em HIV. Talvez ainda se pense que mosquito transmite o HIV, que compartilhar garfo e copo também, mas, enfim, a gente tem que ouvir também para aí estar trazendo as questões corretas, o uso do preservativo que é importante para estar desmistificando todas essas questões em torno da AIDS. O conhecimento que o usuário tem é importante. (E8).

“O conhecimento que o usuário possui auxilia bastante, porque, eu sempre pergunto o que ouviu falar, o que sabe sobre HIV/AIDS, o que a camisinha previne, quando usa camisinha,

¹⁰ As atividades de capacitação fazem parte das atividades comunitárias; buscam a prevenção e são coordenadas pelo CTA e direcionada à comunidade.

que função tem a camisinha na vida dele”. “Ah, eu só uso na hora de ...” - já não está usando direito... Ou então “Ah! Eu só uso nos dias férteis“. Ele só usa como método contraceptivo, não como cuidado. ...Sempre coloco assim, usar, encarar a camisinha como cuidado, cuidado com seu corpo, com o corpo do outro. Eu gosto sempre de usar aquela frase: ‘Quando a gente ama, a gente cuida’. Eu digo isso para eles: Se eu amo, se me amo, se amo aquela pessoa que está comigo, eu cuida. A camisinha é cuidado, não é desconfiança. Eles costumam dizer: “Se eu exigir camisinha ele vai estar pensando que desconfio dele”. Ou “Se eu usar camisinha meu marido vai pensar que estou traindo ele”. Ai eles vão para o outro lado, de traição, de infidelidade e não como um ato de cuidado, saúde. Eu acho que tem como trabalhar isso. (E5).

Diante deste cenário, várias questões podem ser elencadas: Como trabalhar os conhecimentos prévios do usuário e desfazer seu imaginário, construído ao longo de sua vida? O que significa a camisinha para o usuário do serviço de saúde? É comércio? É imoral, anti-higiênico entre casais fixos? Um objeto que diminui o prazer? Um indicativo de insegurança quanto ao parceiro (a)? Um assumir a possibilidade de estar sendo infiel ao parceiro(a)? Um sinal de amor ao parceiro(a) e a si próprio? Respeito à vida? Quais questionamentos mobilizam os usuários dos CTAs? Diferentes visões de mundo permeiam estas relações e a forma como concebemos estes cuidados. Neste contexto, não concebo uma ação educativa que não seja embasada no diálogo, na problematização, essencialmente fundamentada em uma epistemologia relacional, na qual o conhecimento é construído a partir de uma troca entre os sujeitos e entre os sujeitos e os objetos do conhecimento, ou seja, entre o aconselhador, o usuário do serviço de saúde e a problemática da AIDS.

Em algumas das entrevistas questioneei sobre a hipótese de o usuário decidir não acatar as orientações fornecidas no aconselhamento, por exemplo, o uso do preservativo por casais que supostamente são parceiros fixos. Indaguei então como seria a reação de cada aconselhadora. As respostas, também, foram idênticas: todas as aconselhadoras questionadas dizem aceitar se for uma decisão consciente, e não apenas falta de habilidade em negociar com o companheiro, descompromisso para com sua saúde e a saúde do outro e falta de compreensão/assimilação da informação:

Se uma usuária disser que não irá usar o preservativo com seu companheiro, eu respeito. Essa foi uma escolha dela e eu tenho que respeitar. Em que contexto ela está dizendo isso, se realmente ela entende... Se realmente foi uma escolha consciente... Então eu respeito, não tenho como obrigar ninguém a usar. Eu acho que essa não é a função do aconselhamento, a

função do aconselhamento é informar, é mostrar que dá para pensar diferente, mostrar que a camisinha pode fazer parte da nossa vida, mas, no dia-a-dia a opção é sua. É mostrar que existem opções alternativas... e não garantir que pessoa vai usar... ele pode dizer que usa, mas não usa, no dia-a-dia quem decide é a pessoa... Sempre digo: a escolha é sua. Você sabe os riscos que você corre... Tem muitos casais que não usam mesmo, e não tem tanta necessidade de usar, são casais estáveis, são fiéis... São alertados que bactérias, vírus, fungos, podem ser passados um para o outro, mas o HIV não, se estão negativos. Se fizerem o HIV e não estão em Janela Imunológica, então a escolha é deles. (E5)

É interessante perceber que, embora a entrevistada aparente respeito pela decisão do usuário, acrescenta: “Então eu respeito, não tenho como obrigar ninguém a usar”. Realmente há aceitação ou diante da impossibilidade de obrigar o uso, a única alternativa é a aparente aceitação? A fala “Você sabe os riscos que você corre...” é sugestiva como tom de ameaça, podendo significar: “segue o que estou dizendo ou, as conseqüências poderão ser indesejáveis”, atitudes e falas que demonstram a adesão à “pedagogia do medo”.

As entrevistadas acreditam que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar na relação familiar, na escola, com os amigos e em alguns casos no próprio CTA, embora nem sempre de maneira correta, pois, segundo algumas entrevistadas, há muitos relatos de ruptura do preservativo e, isto consiste em um indicativo de uso incorreto do mesmo.

O fator idade foi apontado como condicionante importante do processo de prevenção. Os jovens estariam mais aptos à adesão ao preservativo, a incorporá-lo naturalmente em seus relacionamentos sexuais, ao passo que mudar hábitos antigos seria mais difícil. A responsabilidade individual e em relação ao outro foram fatores apontados nas entrevistas:

Bom, primeiro ele é responsável por ele mesmo. E ele vai estar mudando o comportamento se ele parar para refletir os riscos que ele já correu e sei lá, se ele refletir para não correr mais riscos. Não adiante a gente falar, orientar, não adianta a gente disponibilizar preservativo, se ele não tem essa reflexão, se ele não parar para pensar... É assim, a gente tem que refletir com ele e ele tem que tomar a decisão de mudar ou não o seu comportamento. Cada um é responsável por si, às vezes, a gente ouve assim: “Eu me contaminei por culpa de meu marido”. “É culpa dela, da minha namorada...” Não é assim, nós somos responsáveis por nossas atitudes, nossas ações. Então é importante isso, trabalhar com as pessoas as responsabilidades, sobre o seu corpo, responsabilidade sobre o outro para que não corra risco. Agora, se mudam, se fazem prevenção? Não tem como dizer. Até porque nós temos um

limite e temos que trabalhar com esse limite. Até onde nós queremos ir? Até onde ele quer nos contar? (E8).

No momento em que ele começa a desenvolver amor próprio. No momento que ele percebe que ele não faz sexo sozinho, que ele faz sexo com outra pessoa, que ele não consegue controlar nem seu próprio comportamento muito menos o comportamento do outro e que ele sabe que não tem como garantir que a outra pessoa nunca na vida vai sentir atração por outra pessoa, de que corre o risco de não usar camisinha com outro, então ele está preparado para se proteger e cuidar mais da sua vida, é só usar camisinha. (E7).

Diante deste posicionamento, questionei a possibilidade de afirmar se o usuário tem acesso às informações por várias maneiras e se, a partir do momento em que ele tem informação e amor próprio, teria condições de se cuidar. A resposta foi positiva, afirmando uma concepção empirista e pragmática de educação, pois uma vez que o conhecimento é externo ao indivíduo e pode ser transmitido a ele, conseqüentemente mudará seu comportamento.

Na maioria das entrevistas não há menção à concepção de educação, a modelos epistemológicos, pedagógicos, sugerindo a não familiarização com estes aspectos. A visão predominante de educação parece ser cumulativa e linear. Em certos momentos, pareceram-me surpresos às entrevistadas, ao ter que pensar em processos educativos em saúde, tendo dificuldades em justificar suas respostas e até mesmo certa dificuldade em pensar sobre a aprendizagem humana, em como ela ocorre:

(...) Mas, a forma como ela adquiriu este conhecimento, a gente não questiona, eu não abordo. (...) Eu não pergunto da onde veio essa informação, eu pergunto o porquê dessa opção. E não de onde veio essa opção. Sempre parto do princípio de que ela chegou nessa opção por vontade própria, ou de acordo com o marido e não que alguém indicou. (E4)

Eu to te dizendo até porque quando a gente fez um desses trabalhos com os alunos, eu nunca imaginei que um aluno de 5ª série ia perguntar assim: “Qual é o tipo de droga que contamina o HIV, toda droga ou só aquela droga mesmo que vai entrar no sangue?” Quem contamina não é a droga, então a gente teve que tá explicando melhor isso. Se você for pensar, nunca imaginei que alguém ia ter dúvida disso, quando a gente diz que o usuário de droga pode se contaminar do HIV, nunca imaginei que alguém ia imaginar que era pela droga que se contaminava, mas essa pergunta veio. Então nesses momentos, às vezes, quando tem algumas

perguntas assim, que você percebe que o que você ta falando não é nada do que o outro ta entendendo (E3).

6. 4. As atividades extramuros: em que consistem e como são realizadas

As atividades extramuros, assim denominadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, são atividades de prevenção realizadas fora do espaço físico do CTA, ou seja, em diferentes espaços da comunidade à qual o CTA assiste. Neste trabalho chamo de atividades comunitárias, por achar este termo mais condizente com a proposta educativa. Embora sejam consideradas importantes no âmbito da prevenção, as atividades comunitárias acontecem de maneira sistematizada em apenas um dos quatros CTAs visitados. Nos demais acontece de forma esporádica, aleatória, atendendo a chamadas específicas, tais como palestras em empresas e escolas ou capacitação para funcionários da rede básica de saúde. Apesar de intensas e muito interessantes, as atividades comunitárias não fazem parte de um projeto político da instituição:

Bom, nós realizamos capacitações em aconselhamento, na rede, para médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos. Realizamos também, algumas atividades junto com o programa municipal de DST/HIV/AIDS, que é o projeto escolas, projeto empresas, (nomes das empresas) onde vamos falar sobre prevenção as DST/HIV/AIDS, onde se formou uma equipe de multiplicadores que irão fazer o trabalho lá dentro também. [E o projeto escolas?] Olha, agora no último ano a gente não trabalhou muito, mas, nos outros anos a proposta era assim, trabalhar com toda a comunidade escolar. Então, o projeto era lançado em algumas escolas da rede e quem tivesse interesse em participar da capacitação, se inscreveria, eram alunos, pais, professores, direção, merendeiras, vigilantes, enfim, toda a comunidade escolar. E participavam da capacitação, onde era falada sobre a prevenção das DST/AIDS, droga, enfim, e daí surgia o grupo de multiplicadores dentro da escola. A última vez que nós participamos foi no ano passado, este ano outras equipes do programa de DST/HIV/AIDS participaram, e a supervisão é dada pela equipe e é a escola que mantém suas equipe de multiplicadores. (E8)

Embora apenas um CTA tenha consolidado estas atividades em sua rotina de trabalho, as referências às atividades comunitárias estão presentes em todas as entrevistas, algumas falando do sucesso de tais atividades, outras lamentando a impossibilidade de realizá-las. Isso

acontece por variados motivos, o mais comum é a falta de tempo e ou funcionário disponível para se deslocar a outros locais ou para outras atividades. Contudo, ficou evidente a credibilidade depositada nas atividades comunitárias: *“O aconselhamento não é o serviço que mais gosto. Gosto lá fora (atividades comunitárias), onde posso ser criativa, aqui é rotina, sempre repetindo” (E3).*

No âmbito da atenção à saúde, no SUS, encontramos um paradoxo: ao mesmo tempo em que se preconiza a prevenção, a integralidade da atenção à saúde, sua ênfase recai na testagem dos usuários. Este aparente distanciamento entre teoria e prática nos remete a questionarmos por que a ênfase na testagem anti-hiv? Até que ponto esta estratégia, de testagem sorológica, produz um resultado mais positivo, ao pensar a prevenção, se comparada às atividades educativas na comunidade, abrangendo diferentes segmentos populacionais? Estas são algumas das questões emergentes da prática do aconselhamento que demandam rica discussão sobre as prioridades estabelecidas nas políticas de prevenção. Todavia, por não ser este o foco desta pesquisa, fica aqui registrado como possíveis temas de investigações futuras.

Três entrevistadas tocaram neste assunto, argumentando que o serviço não cumpre adequadamente seu papel na prevenção:

Sim, há um desfalque na questão da prevenção. Que é só trabalhado quando já aconteceu, quando já passou, se esta aqui é porque já passou. [O velho problema das políticas públicas para saúde.] Isto, só é trabalhado em última instância e isto poderia ter sido trabalhado bem antes. Talvez, tenhamos que discutir a forma de como trabalhar esta prevenção? Acho que é isto a maior discussão, é questão de pesquisa. Qual a melhor forma de trabalhar a prevenção? (E6)

Habitualmente, o usuário não procura os serviços de saúde pensando na prevenção. Parece-me ilusório pensar que o usuário irá se dirigir ao Centro de Saúde para pedir orientações quanto ao “sexo seguro”. Minha experiência no CTA permite-me afirmar que a procura acontece somente após o usuário vivenciar as situações de risco, a fim de realizar o exame, salvo raras exceções (para adquirir preservativos). Considere-se a hipótese de um jovem que pensa iniciar sua vida sexual. Irá procurar os postos de saúde, próximos a sua casa, para pedir orientação e ou falar de suas dúvidas quanto à prevenção das DST e gravidez não desejada, quando normalmente o funcionário é morador do bairro? Pensando em CTA como único em todo o município e considerando a situação socioeconômica da maioria dos usuários e a localização geográfica dos bairros, teriam estes jovens condições e ou disponibilidade para procurar este serviço? Há preservativos disponíveis sempre?

E a escola? Caberia a ela trabalhar a prevenção? De que forma? Quem a faria? Em que circunstância ela aconteceria? Qual a metodologia utilizada? Muitas vezes, estas atividades ocorrem de forma desorganizada, em uma pretensa parceria entre a escola e o serviço de saúde, o que pode descaracterizar o trabalho de ambos e o resultado obtido ficará muito distante do esperado.

Em certa ocasião, trabalhando no CTA, fui convidada pela equipe do PSF (Programa Saúde da Família) para participar de uma atividade sobre prevenção em DST/HIV/AIDS em uma escola, previamente organizada pela equipe do PSF e supostamente pela escola. Seria uma palestra para as turmas de 6^a e 7^a séries. Entretanto, o professor foi avisado apenas no momento em que entrou na sala de aula; as duas turmas foram acomodadas em uma mesma sala e não havia cadeiras para todos. Organizada desta forma, a atividade foi uma experiência, no mínimo, desastrosa. Nós havíamos caído de pára-quadras dentro da aula de biologia, com um professor aparentemente bem preparado para trabalhar o assunto e que, inclusive, já havia desenvolvido estes temas com seus educandos, em diferentes momentos do ano letivo. Apesar de termos contado com a ajuda do professor, nossa intervenção foi inadequada. Episódios semelhantes foram relatados por professores da rede regular de ensino, em Mohr, 2002, ao tratar sobre ES em escolas de Florianópolis.

Ali na (nome da escola omitido) tinha um pessoal da enfermagem, que vem lá de vez em quando, até acho estas coisas meio esquisito, umas coisas que caem de pára-quadras na escola, sabe? Ai vão lá, dão uma palestra de, de... Outro dia eles foram lá sobre métodos anticoncepcionais, sabe? Ai elas tinham um boneco, sabe? Que era a vulva da mulher, assim. Ai ela queria mostrar. Ai os alunos tudo ficaram longe, né, tudo longe. Ai ela mostrava, palalá, não sei o que. Ai tinha esse, o boneco, ai mostrava a vulva, ela botou o aparelhinho que o ginecologista coloca para abrir e mostrar o colo do útero. Ela abriu, só que ninguém teve coragem de ir lá para ver... Ai ela: ó, vem aqui ver, vem aqui ver. Ai eu pequei o boneco na mão e passei na frente de todos os alunos. Ai eles olharam, né? Ela achou meio esquisito, eu acho. É uma coisa meio esquisita, sabe? Cai de pára-quadras, fazer aquela palestra. Daí tu faz todo um trabalho com os teus alunos, daí eles vão lá, fazem aquela palestra. ...Quando eu trabalho sexualidade com eles, eu trabalho um monte de coisa, sabe? Não é só lá dar uma palestra, de métodos. Poderiam ter ido lá, conversado comigo antes, que eu já fiz um trabalho com eles, sabe? O que eu tinha falado, como é que é, sabe? Então é tudo umas coisas, assim, que caem lá na escola. Daí os alunos: "ai que saco" (p. 185).

Diante de tais cenas, surge uma série de questões: Que relação deve existir entre os Centros de Saúde e as Escolas? Como deve ser esta integração? A quem cabe a ES nas escolas? Quem decide os conteúdos a serem discutidos? Qual sua eficácia? Que concepções de educação sustentam tais atividades? Qual a compreensão sobre o processo ensino/aprendizagem dos profissionais que realizam estas atividades? Que formação profissional possuem estes profissionais que realizam a ES?

Mohr faz a seguinte afirmação:

Embora as intenções desta forma de agir possam ser louváveis, o resultado é pelo menos inócuo, quando não chega a ser nefasto, pois muitas vezes contribui para aumentar a perda de autoridade intelectual que o professor necessariamente deve possuir perante seus alunos, e que os profissionais da saúde têm a obrigação de preservar, realizando um trabalho em conjunto e não de mera substituição. Por seu lado, os professores precisam assumir que eles são os responsáveis e os legítimos profissionais do ato educativo. É o professor que tem, ou deveria ter, a competência para ensinar o seu aluno. Dentistas, médicos, enfermeiros não podem ser responsabilizados ou assumir a tarefa educativa na ES pelo fato de terem tido uma formação de saúde, pois lhe falta à formação pedagógica, que, numa situação de ensino, é tão ou mais importante que seus conhecimentos sobre saúde (2002, p. 187).

Atividades de ES nas escolas devem ser planejadas de forma orgânica entre os profissionais da saúde e os da educação. Ambas as partes têm muito a compartilhar, a ensinar e aprender.

Nos relatos das entrevistas realizadas nos CTAs, onde as atividades comunitárias acontecem aleatoriamente, fica evidente a intenção de transferir para as equipes de PSF a responsabilidade pelas atividades comunitárias, pois estas equipes teoricamente deveriam trabalhar nas comunidades. Cada equipe do PSF é formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, cuja atividade tem por base a visita domiciliar e não somente a assistência no centro de saúde.

A tendência em responsabilizar as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para a realização de atividades comunitárias ficou bem clara nas entrevistas. Os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) são parte significativa dessa equipe, pois são muitos e deverão desenvolver um importante trabalho. No entanto, não possuem formação específica; normalmente são moradores do bairro, com educação fundamental e os vínculos de trabalho

são muito precários, implicando em alto rodízio dos mesmos. A formação profissional do ACS constitui-se em uma das metas do MS, a ser realizada pelos Pólos de Educação Permanente. As perguntas que surgem, neste momento, são: Que profissionais estão organizando estes cursos? Qual conteúdo fará parte deste currículo? Quem ministrará estas aulas? Quais as concepções de saúde e de educação que permeiam estes cursos?

O ACS, profissional da equipe de PSF que circula diariamente na comunidade, é quem faz o levantamento da realidade para poder pensar/projetar as ações em saúde para cada bairro/comunidade. Este levantamento é de suma importância para pensarmos a ES, seja sobre a AIDS, ou outros assuntos. Que abordagem este profissional utiliza em sua atuação na comunidade? Existe uma interação orgânica ente o PSF e o CTA? Ou apenas se delega tarefas estanques, fechadas em si mesmas, para cada serviço? Através das entrevistas e pela minha vivência no setor de saúde pude perceber que praticamente não há integração entre as diversas ações em saúde, realizadas por diferentes setores, embora a integralidade seja um dos princípios do SUS.

As políticas públicas para a área de saúde deveriam pensar mais nesta estratégia, que parece muito promissora.

6. 5. A formação profissional

Ao pensar educação profissional, na área da saúde, tornam-se prioritários os conhecimentos técnicos dirigidos ao cuidar, ao aliviar o sofrimento, a tentar prolongar a vida. Raríssimas vezes se cuida da educação em saúde ou da vida em evidência, incluindo-se, o lazer, o prazer, o lúdico, a leitura do corpo político, social e histórico. A formação profissional necessita ser mais abrangente, abarcar outras questões, sobretudo a educação em saúde, nosso interesse imediato. Mohr (2002) aponta para alguns questionamentos: que formação os profissionais da saúde recebem para contemplar os aspectos relacionados à educação? Quais conteúdos de educação são trabalhados na formação inicial, sendo os cursos específicos para áreas afins? O processo de aprendizagem humana é questionado na formação inicial ou continuada das áreas da saúde?

Embora a questão da formação do profissional da saúde também é um ponto que merece ser amplamente discutida, neste trabalho, preocupamo-nos com a maneira como o profissional trabalha nos processos ditos educativos. Ostetto, (1998), faz um relato sobre uma experiência vivida dentro de um hospital, enquanto acompanhante de um usuário dos serviços

de saúde em fase final de vida. Neste relato, entre outras reflexões muito pertinentes para a área da saúde, ela questiona a formação destes profissionais, neste caso, dirigida aos aspectos da atenção à pessoa em fase de morte iminente. Seus questionamentos são também pertinentes à ES em AIDS porque também envolvem várias dimensões da vida humana:

(...) Do que tenho testemunhado, noite e dia, da engrenagem hospitalar, arrisco dizer que, em regra, os profissionais da saúde não recebem, em sua formação, conteúdos para compreenderem, atuarem e ajudarem no momento extremo da vida de pacientes terminais. Momentos que não envolvem apenas o paciente, mas também seus familiares... Momentos que não requerem apenas técnicas, mas um profundo sentimento de humanidade (de solidariedade, por que não?). (Informativo da ABEn, 1998, p.11).

A educação continuada foi considerada fundamental para o desenvolvimento deste serviço. El afirma que, embora já trabalhe no aconselhamento há anos, os treinamentos fazem parte de sua vida.

“Treinamento todos os anos. A troca de informação é muito importante, até porque a AIDS é uma doença nova, não tem nem 18 anos (...) Nós também promovemos encontros, estudamos para inovar e com isso aprendemos muito, com o outro, na prática se aprende”.

Neste CTA existe uma escala para a participação em eventos, visando à participação de todas as aconselhadoras. No retorno, a cursista deverá socializar com as colegas, as principais discussões ocorridas no evento.

Foi possível, através dos depoimentos, perceber que no passado parece ter havido maior investimento em capacitações, o que hoje estaria relegado a um segundo plano. As entrevistadas, com mais anos de aconselhamento, relatam ter sido a capacitação muito importante para sua melhor atuação, no desenvolvimento do aconselhamento. Uma entrevistada relata ter feito o curso de formação de aconselhadores, no CETRUS (Centro de Educação e Treinamento de Recursos Humanos em Saúde), em Itajaí, antes de começar a trabalhar no CTA:

O primeiro foi através de trocas de experiência, foi reunido os CTAs daqui, de (nomes omitidos) toda a redondeza, onde nós trocamos experiências e foi colocado sobre algumas regras de aconselhamento, regras jurídicas, quanto ao serviço, e isto tudo, a abordagem, o que deve ser explorado, como pode ser feito a educação, a abordagem dessa... desse acolhimento de material de situações de risco. O outro foi mais centrado no SIS/CTA, na informatização do serviço. Este não se deteve só a ele e acabou expandindo para outras

experiências, então ali a gente teve uma troca de experiências e uma preparação pessoal, eles passaram muita aptidão pessoal para o serviço de aconselhamento e com o resgatar essa situação de risco como paciente. (E7)

As aconselhadoras que ingressaram recentemente alegam não ter recebido treinamento, mas aprenderam com a prática dos colegas que já trabalham há mais tempo. Esta falta de treinamento foi apontada como um dos entraves à realização de um trabalho eficiente:

Tudo que aprendi foi no dia-a-dia. A única coisa que tive, depois que entrei no DST, foram as reuniões de Estado, os encontros da coordenação, de medicação, de impactuação, de contrapartida, de treinamento para desenvolver planos de ações e metas, que é o dinheiro que vem para ser usado, mas capacitação propriamente, para trabalhar dentro do DST eu não tive. Nem para coordenação nem para aconselhamento. Tudo que aprendi foi no decorrer do dia-a-dia, foi nas apostilas que fui lendo, que a gente recebe muito, sobre o aconselhamento e fui fazendo do meu jeito, mas fui fazendo do meu jeito. (...) Quando me vi na necessidade de fazer o aconselhamento, pois a psicóloga precisava se ausentar ou faltava, que precisava cobrir, a psicóloga me deu uma aulinha e fui lendo as outras coisas. Muito do que aprendi foi com ela também. Mas ela já estava aqui, ela sempre fez parte da equipe DST/AIDS. (E4)

Nenhum treinamento. Aprendi através de leituras e de acompanhamento de outros profissionais que já realizavam o aconselhamento aqui no setor. Acompanhando uma aconselhadora mais antiga. (E6)

A alta rotatividade de funcionários, apresentada como um problema sério neste serviço, é creditada às coordenações, por serem cargos comissionados, pois a cada nova administração municipal há troca das coordenações dos programas. Torna-se oportuno mencionar que, no período entre março de 2004 e janeiro de 2005 mudou a coordenação de três dos quatro CTAs entrevistados, e três aconselhadoras não trabalham mais com o aconselhamento. A alta mobilidade apontada pelas entrevistadas tem como causa não só o preconceito ainda existente entre os profissionais da saúde, no contato com portadores de HIV, como também o excesso de burocracia exigida pelo programa, acarretando elevado nível de stress ao profissional pelo acúmulo de trabalho paralelo. Conforme depoimento de E4:

É, o DST/AIDS, tem uma verba própria, ele tem... (faz uma pausa e não completa a frase) antigamente ele tinha uma conta específica para receber o dinheiro que vinha direto do Ministério da Saúde, hoje, o dinheiro do DST/AIDS, para as ações do DST/AIDS são depositados fundo a fundo. É gerenciado da mesma forma que as outras verbas que chegam

para os outros programas do município. Para receber esta verba a gente tem desenvolver um projeto. Não é simplesmente que o Ministério manda, para as ações simplesmente. A gente desenvolve um projeto, um plano, e recebe uma verba. Ano passado um projeto para a manutenção do serviço DST/AIDS. E este ano todos os programas do estado têm que desenvolver o Plano de ação e metas. Todas as programações do ano têm que relatar, é um documento padrão que se preenche com todas as ações que estão previstas para serem desenvolvidas, tudo que vai ser comprado, equipamentos, medicação, preservativos, tudo que é referente ao programa, isso tem que estar escrito neste documento, e todas as ações e com prazo de quando vão ser executadas e aí sim a gente recebe esta verba. Tem que justificar a vinda deste dinheiro.(...).

O DST/AIDS de (nome da cidade omitido) já funciona desde 1998 e quem iniciou o programa se ausentou do município e outra enfermeira assumiu (...) passou três coordenações, Médicos cinco trocas, três em 1 ano. Toda a equipe foi convidada a sair, por questões políticas (...). Essas trocas são terríveis. (E4).

E10 também menciona a questão da mobilidade de profissionais como um dos entraves no processo de aconselhamento, causado pelos órgãos públicos que estão sempre investindo em capacitação de novos funcionários ou financiando instituições particulares para a realização das capacitações. Isto acarreta maiores investimentos somente em capacitações iniciais e inviabilizam um aperfeiçoamento maior, em nível de pós-graduação. Neste relato, percebi o desejo da aconselhadora de fazer um curso de especialização, em nível de Pós-graduação nas áreas de aconselhamento, porém, espera que o curso seja oferecido pelo MS como as demais capacitações. Menciona a prática, a experiência, como fundamentais para a realização de um bom trabalho. Além disso, sugere ser “desperdício” um profissional treinado ser encaminhado para outros setores, embora haja a possibilidade de utilizar este conhecimento em outras áreas para desenvolver o aconselhamento e ou prevenção nas DST/HIV/AIDS.

Normalmente, as capacitações são realizadas pelas Coordenações Nacional, Estaduais e Municipais, por meio da Diretoria de Vigilância Sanitária. Em alguns casos, ONGs ligadas à causa da AIDS, como a FAÇA (Fundação Açoriana para o controle da AIDS) acabam por organizar cursos, não ligados necessariamente ao aconselhamento, mas que acabam fazendo parte desta educação continuada.

Pelas entrevistas, percebi que nos últimos anos é bem maior a aprendizagem na prática, durante a qual a aconselhadora, ao iniciar a nova função, acompanha a colega

experiente e vai aprendendo empiricamente, complementando sua capacitação com leituras dos materiais disponíveis no setor.

Nos primeiros anos de existência dos serviços dos CTAs, o investimento em capacitação dos profissionais da saúde para o aconselhamento foi a expressão do apoio institucional à realização de um trabalho diferenciado. No entanto, essa preocupação vem sendo consideravelmente reduzida nos últimos anos, conforme o observado nas entrevistas.

Em alguns CTAs existe a prática das aconseladoras veteranas oferecerem capacitações para os demais profissionais da rede de saúde, habilitando-os a fazer o aconselhamento em seus locais de trabalho.

“Bom, nós realizamos capacitações em aconselhamento, na rede, para médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos”. (E.8)

O CETRUS (Centro de Educação e Treinamento de Recursos Humanos em Saúde), localizado na UNIVALI, Campus de Itajaí, trabalha com projetos financiados pelo MS e tem sido um dos pontos de referência para o treinamento de aconselhores em Santa Catarina. Segundo informações fornecidas verbalmente pela coordenadora do projeto, no ano de 2004 teve suas atividades reduzidas, devido à falta de verbas e às mudanças na política nacional de financiamento nas questões de capacitação em saúde. O MS estruturou o Projeto Federal dos Pólos de Educação Permanente que deverá organizar e financiar as formações e capacitações na área da saúde, nestes próximos anos. Santa Catarina possui 12 Pólos de Educação Permanente, divididos por regiões. A Região da Grande Florianópolis pertence ao Pólo Litoral Centro. A Educação Permanente em saúde é definida como *“(...) estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”* (Ceccim, 2005, p. 3).

A ênfase na importância das capacitações apareceu em todas as entrevistas. Algumas salientam sua importância para o desenvolvimento das atividades, outras denunciam falhas no serviço, em consequência de sua ausência:

Quanto à abordagem apresentada pelo Estado, com a minha experiência não me trouxe muita soma. As maiores somas que aconteceram nesses eventos foram às trocas de experiências com outros locais, isso sim acrescentou muito, muito maior que a abordagem do Estado, que fica muito mesmice, fica uma linguagem muito conhecida, muito sem ser diferente, sempre na mesma coisa. Na troca do dia-a-dia, na troca com outros profissionais é que é engrandecedor. (E7)

Os cursos ajudaram bastante. Os cursos que o ministério dá auxiliaram a entender quem é essa pessoa HIV+ a desmistificar os mitos, os preconceitos. A olhar para o paciente como para outra pessoa. Para mim isto é muito importante. Muito mais que técnica, para saber em que pé anda o conhecimento, a visão sobre a aids hoje (...).(E5)

Parece-nos que as capacitações são consideradas importantes, mas nem sempre conseguem suprir todas as necessidades do aconselhamento. Faltam outros aspectos, por exemplo, referenciais para a Educação Sexual:

Uma coisa interessante que acho importante é ter mais trabalhos sobre saúde sexual e educação sexual. Trabalhar conosco mesmo para que pudéssemos trabalhar com as outras pessoas. (...) falta embasamento teórico para trabalhar. A gente foi colocada assim, sem nenhum embasamento sobre educação sexual, a forma de abordagem. Tu acabas tendo que trabalhar a educação sexual também, mas, sem ter um embasamento para isto. (E.6)

A complexidade da capacitação de recursos humanos demanda uma série de aspectos a serem considerados, pois, “(...) formar é muito mais do que puramente treinar o educando em suas destrezas” (Freire, 1998, p.15).

Assim como defendo a utilização de uma metodologia, dialógica/problematizadora para o aconselhamento, da mesma forma afirmo que esta seria a melhor metodologia a ser utilizada nos cursos de capacitação.

Daí que o que fazer que se baseia nela seja inteiramente o contrário da ação puramente extensiva dos conteúdos escolhidos por um de seus pólos. A assistência técnica, que é indispensável, qualquer que seja seu domínio, só é válida na medida em que o seu programa, nascendo da pesquisa do “tema gerador” do povo, vá mais além do puro treinamento técnico.

A capacitação técnica é mais do que o treinamento, porque é busca de conhecimento, é apropriação de procedimentos.

Não pode nunca se reduzir ao adestramento, pois que a capacitação só se verifica no domínio do humano.

O homem, como antes afirmamos, ao contrário do animal, cuja atividade é ele próprio, é capaz de exercer um ato de reflexão, não somente sobre si mesmo, mas sobre a sua atividade, que se encontra separada dele, como separado dele se acha o produto de sua atividade.

A assistência técnica, na qual se pratica a capacitação, para ser verdadeira, só pode realizar-se na práxis. Na ação e na reflexão. Na compreensão crítica das implicações da própria técnica. (Freire, 2002, p.88-89).

Além da metodologia, é importante lembrar a necessidade de repensar a educação profissional considerando a complexidade do fator saúde/doença, quando se objetiva realizar ação educativa em saúde. De acordo com Smeke & Oliveira (2001):

Nossa proposta tem procurado lidar com a complexidade os desafios postos para a Educação em Saúde na área de formação profissional, orientando-se para o desenvolvimento de intervenções educativas que apontem para a reflexão contínua e ressignificação das ações cotidianas, como também para a integração das perspectivas técnicas, cognitivas, afetiva e político-social, mediante uma compreensão multidimensional do processo educativo. Nesse sentido, buscamos reconhecer as abordagens presentes em nossas práticas educativas como profissionais de saúde, tentando integrá-las no que podem ser complementares.(p.116)

Fica claro o comprometimento das aconselhadoras com o serviço, a disposição para cursos de capacitação e aperfeiçoamento e a necessidades de melhor formação desses profissionais, relatada por eles mesmos. Desta forma, aponto para a necessidade de oferecimento de cursos de capacitação e aperfeiçoamento que tenham, além do enfoque diferenciado em relação às concepções do processo saúde/doença, uma metodologia adequada, bem como estratégias que permitam a participação das aconselhadoras nos referidos cursos. É função do SUS a capacitação profissional para a atender a suas diretrizes e seus princípios, defendidos na Constituição Federal.

7. NOVAS PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

7. 1. A ação educativa: entre o idealizado e a realidade

A partir da análise das entrevistas é possível considerar que uma quantidade expressiva das aconseladoras entrevistadas tem a concepção de que educação é um processo linear e cumulativo, o conhecimento é visto como algo estanque, pronto e acabado. Conhecer seria uma questão de acesso às informações. Assim, bastaria ao usuário/educando, acumular as informações recebidas, o que permitiria uma ascensão a outros “patamares do conhecimento”. Assim, eles acreditam que os usuários bem informados sobre as formas de transmissão e contágio irão mudar o seu comportamento e aderir aos preceitos orientados. No entanto, considero esta uma visão empirista de educação e da produção do conhecimento, assunto discutido no item 3.2.

Wendhausen e Saupe (2003) afirmam ser a ES um instrumento fundamental para a construção da integralidade da atenção à saúde. Apontam, ainda, para a necessidade de mudança na formação inicial dos profissionais da saúde, favorecendo a atenção integral à saúde preconizada pelo SUS.

O profissional requerido para esta nova prática também está por construir-se, pois a formação tradicional toma o saber como algo fragmentado, hierarquizado, desembocando numa atuação compartimentada, técnico-reparadora, que alija os usuários, família e população da participação no seu processo de recuperação (p.18).

Vale a pena ressaltar que em nenhum CTA há menção à realização de alguma formação inicial ou continuada abordando aspectos da ação educativa. Evidencio, assim, que as aconseladoras carecem, além do apoio institucional, de fundamentação epistemológica, pedagógica e didática para uma possível ação educativa efetiva. Devido a esta carência, as atividades acabam por serem desenvolvidas somente no decorrer da experiência prática, numa possível tentativa de ações assertivas.

Parece-me que os profissionais da saúde, majoritariamente, não percebem ou agregam um valor insignificante ao seu trabalho sob o aspecto educativo, seu potencial educacional. Reduzem, deste modo, suas atividades ao limiar técnico da assistência em saúde.

O aconselhamento coletivo pode ser pensado na perspectiva de diálogo, pensamento co-participado. Para tanto, é necessária uma estruturação do serviço para que o mesmo possa atender a nova dimensão da atenção à saúde. Surge então outra pergunta: Os usuários deste serviço, ao marcarem seus horários, ou se encaminharem até os locais de atendimento, possuem conhecimento sobre esta metodologia de trabalho para poder organizar-se em seu tempo e seus afazeres e compromissos? Qual a divulgação desta metodologia de trabalho para a comunidade?

O desconhecimento da dinâmica de serviço do CTA acaba por dificultar a adesão a outras formas de pensar/cuidar em saúde. Modelos e dinâmicas diferenciadas de atendimento necessitam de divulgação junto à comunidade. Esta divulgação permite que a comunidade possa usufruir do atendimento ao qual tem direito, otimizando suas potencialidades.

Parece-me que a divulgação da estrutura de funcionamento do serviço para que o usuário possa organizar sua ida ao CTA é praticamente inexistente, o que dificulta a efetiva participação do usuário no aconselhamento, pois este não organiza o seu tempo e tampouco redistribui seus afazeres. Assim sendo, me pergunto: qual participação, no aconselhamento, será possível se este usuário foi realizar o exame anti-HIV, da mesma forma que se organiza para a realização de outros exames, ou seja, para apenas retirar sangue? Não foi previsto o tempo necessário ao aconselhamento, e na maioria das vezes isso acarreta transtornos em seus trabalhos. Dialogar, construir e apropriar-se de conhecimentos pressupõem tempo disponível.

Neste contexto de “falta” de tempo, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, surgem questões fundamentais: Como dialogar? Em que consiste este diálogo com o usuário? É possível um diálogo qualificado em um espaço de tempo reduzido de 10 ou 15 minutos? A prática corrente nos CTAs, entendida pelas aconselhadoras como “diálogo”, não é apenas a aplicação de um questionário, ainda que de forma indireta, para a obtenção de dados importantes para o levantamento epidemiológico?

Numa pesquisa de avaliação das ações de aconselhamento Filgueiras e Deslandes (1999), apontam para este equívoco de considerar diálogo a aplicação de um questionário:

Nas entrevistas de aconselhamento individual, também foi predominante uma dinâmica de aplicação de um roteiro, em que o profissional se via numa postura de perguntador. Inúmeras perguntas eram feitas sobre a intimidade do usuário, cujas respostas, contudo, não serviam

(salvo raras exceções) como elemento para uma orientação adequada às necessidades individuais... (p. 126).

Concordo com as autoras quando afirmam que o aconselhamento não pode ser reduzido à aplicação de um questionário e principalmente de que as repostas dos usuários não sejam orientadoras do diálogo, que sirvam de subsídios para o aconselhamento. Dialogar é muito mais que uma conversa de perguntas e respostas entre duas pessoas. Para Berois (2004), dialogar é mais significativo do que a simples fala:

Esse diálogo entre seres não diz respeito só à fala propriamente dita, mas diz também do partilhar experiências. De superar a dicotomia entre os que pensam e os que executam. Entre o cérebro e os músculos. Afinal, todos temos as mesmas capacidades, então por que segmentar, dividir? Separar o inseparável? O sentido e a profundidade de ouvir e ser ouvido. Dialogar com Seres Humanos. Possibilidade de sentir o movimento interno e intersubjetivo de cada ser humano na historicidade de sua vida (p.161).

Freire reafirma a necessidade do diálogo com o educando no processo educativo emancipatório:

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. (...)

O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele. (Freire, 1998, p. 127-8 grifos do autor).

Embora haja o empenho das aconselhadoras na realização de uma ação educativa direcionada, esta acaba por ser inviabilizada a partir do momento em que se depara com o agendamento de 15 (quinze) ou mais usuários para o período de uma manhã. Neste contexto, mesmo que o empenho e a dedicação das aconselhadoras sejam expressivos o trabalho fica prejudicado.

Para a efetivação de uma educação dialógica é imprescindível apoio institucional, econômico e logístico. Parece-me inviável a realização de trabalhos solitários na perspectiva de educação emancipatória, pois para que esta ocorra é necessária a interação com o outro, momento de aperfeiçoamento para ambos.

Nessa perspectiva, a educação implica na construção de um projeto político pedagógico da instituição; pressupõe mudanças na estrutura de funcionamento do CTA; nas políticas direcionadas para este setor e nas ações dos órgãos gestores de saúde (Secretaria Municipal, Estadual e MS). A ausência de tais condições inviabiliza a realização de uma ação educativa em saúde dialógica e problematizadora.

O Programa Nacional de DST/HIV/AIDS consiste em um trabalho pioneiro na perspectiva de atenção integral à saúde coletiva. Embora, possa ser considerado um grande avanço, ainda necessita de estudos e reflexões para seu melhor desenvolvimento.

O aconselhamento se situa em um momento de transição entre o velho e o novo estilo de atenção à saúde. O “velho estilo” privilegia o trabalho individual, a atenção ao biológico e a relação de superioridade entre o aconselhador e usuário; o aconselhador detém todo o conhecimento importante, o usuário não tem conhecimentos e, se tiver, este não é importante. O “novo estilo” vê o usuário além do biológico, levando em consideração o meio social; os trabalhos são feitos de forma individual e coletiva. Assim, o aconselhamento ainda se aproxima do “velho estilo” de atenção à saúde porque tem pouca integração com outros programas e pela agenda sobrecarregada, mas também já tem uma posição diferenciada em relação aos demais programas de saúde, pois abre espaço para o diálogo entre o profissional e o usuário, parte do conhecimento inicial do usuário e procura dar informações diferenciadas a cada usuário, ou seja, informações adequadas a cada caso específico, além de oferecer atendimento psicológico.

Neste sentido, a prática do aconselhamento, situa-se em um momento de transição entre o “velho” e o “novo” conhecimento/práticas de ES. *Há, portanto, uma sucessão constante do saber, de tal forma que todo novo saber, ao instalar-se, aponta para o que virá substituí-lo (Freire, 2002, p.47).*

Além do aconselhamento, a discussão coletiva entre os pares¹¹ e entre profissionais da saúde sobre questões que abarcam a epidemia da ADIS consiste em uma produção de conhecimento co-participada, no dizer de Freire:

Deste modo, além do sujeito pensante, do objeto pensado, haveria como exigência (tão necessária como a do primeiro sujeito e a do objeto), a presença de outro sujeito pensante, representado na expressão de companhia. Seria um verbo “co-subjetivo-objetivo”, cuja ação incidente no objeto seria, por isso mesmo, co-

¹¹ A comunicação entre os pares refere-se à comunicação entre parceiros numa determinada atividade, entre pessoas de um mesmo grupo, que usam a mesma linguagem e compartilham experiências semelhantes. Esta identidade existente entre os sujeitos da comunicação a torna mais eficiente.

participada. O sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem co-participação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um “penso”, mas um “pensamos”. É o “pensamos” que estabelece o “penso” e não o contrário (2002, p. 66).

No desenrolar dos serviços do CTA o pensar co-participado é possível no momento em que há diálogo, em que se discute sobre possibilidades de prevenção, de prazer com risco reduzido. Acontece no momento em que o usuário conversa com o aconselhador ou com seus parceiros, e pode remetê-lo a refletir sobre a responsabilidade diante de si e diante do outro.

Nas visitas realizadas aos CTAs observo, em alguns casos, um vácuo entre o idealizado e o preconizado nas diretrizes e nos discursos. As práticas encontradas, referentes aos aspectos que envolvem o acolhimento, atendimento ao usuário, suas linguagens, suas formas de comunicação, nem sempre estão em consonância com o discurso. Para ilustrar este distanciamento existente entre o idealizado e o real, destaco uma situação vivenciada durante as visitas:

Contra minha vontade e de forma não planejada, acompanho o processo de aconselhamento coletivo em um CTA sem me apresentar como pesquisadora. Este é o único aconselhamento coletivo que assisto, e percebo que a conduta durante o aconselhamento foi distante do preconizado nas diretrizes e até mesmo do relatado nas entrevistas.

A aconselhadora responsável pelo aconselhamento coletivo e depois dele, pelos aconselhamentos individuais, convida os usuários a entrarem na sala. A sala está equipada com cadeiras posicionadas em círculo, aparelhos de TV e vídeo, folhetos informativos disponíveis em cima de uma mesa logo na entrada da sala e vários cartazes afixados pelas paredes. A profissional se apresenta, informa sobre os exames, inclusive citando vários nomes técnicos sem qualquer explicação sobre eles. Pergunta se alguém tem alguma dúvida e passa a palavra para uma voluntária.

A voluntária se encarrega de mostrar em próteses a maneira correta de usar o preservativo masculino e feminino. Esta voluntária tem um vocabulário que mescla o português e o espanhol, dificultando a compreensão do que está sendo dito, não só pelo inesperado da situação (ver-se diante de próteses de genitálias masculina e feminina em meio a várias pessoas desconhecidas, inclusive crianças) mas também pela confusão entre as línguas.

A voluntária em sua explanação/demonstração deixa dúvida quanto ao uso do preservativo feminino ao dizer que seria necessário colocá-lo até oito horas antes do ato

sexual (quando, de fato, ele poderia ser colocado com essa antecedência). Essa informação duvidosa deixa um sentimento de desconforto entre os usuários presentes, pois, presume que o relacionamento sexual teria de ser programado com oito horas de antecedência. Assim, percebi que mesmo num centro de referência são transmitidas informações incorretas.

Após o aconselhamento coletivo é exibida uma fita de vídeo intitulada “Na mira da AIDS”, onde jovens recém incorporados ao exército discutem suas “aventuras” com e sem o uso do preservativo. Em seguida, é exibida outra fita, agora dirigida ao público feminino, estimulando o uso do preservativo também com os parceiros fixos. Estes vídeos são exibidos para os usuários que aguardam o aconselhamento individual.

A situação descrita acima tem dissonância com diversos aspectos do aconselhamento idealizado, onde os usuários seriam acolhidos pelos profissionais, e apesar de coletivo, o aconselhamento não seria impessoal, haveria um diálogo e a linguagem utilizada seria adequada. Na situação descrita, o diálogo foi inexistente, ocorreu apenas um processo de repasse de informações, feito de modo assimétrico, verticalizado e descompromissado com as reações dos usuários, pois o profissional não esteve atento para perceber se o usuário acompanhava o raciocínio ou não.

Apesar de podermos reconhecer mais facilmente a eficiência do método dialógico, pois o outro interage conosco, existem situações em que o método transmissivo pode ser de grande valia, dando bons resultados. No entanto, nesse caso, a pessoa que fornece as informações deve estar muito atenta para a sintonia entre ele e os receptores. Giordan (1996) aponta que o método transmissivo não é de todo condenado, desde que:

Queremos frisar que nada temos, a priori, contra os ensinamentos de tipo transmissivos. Utilizamos-lo ocasionalmente numa palestra... E, num certo sentido, os manipulamos ao escrever este livro. Podem propiciar o fornecimento do máximo de informações no tempo mínimo. Para isso só basta que o transmissor e receptor estejam sintonizados “na mesma onda”, isto é, que se façam os mesmos tipos de perguntas (ou que o primeiro tenha previamente conseguido transmitir sua problemática ao segundo) e que eles tenham os mesmos quadros de referências e a mesma rede semântica. Infelizmente, porque essas condições são de difícil realização é que, na maioria das vezes, a mensagem não passa (p. 217).

Outro ponto que merece atenção é o uso de muitos termos técnicos específicos da área das ciências biomédicas, sem explicá-los aos usuários, o que impede a compreensão das informações que se pretende transmitir. A natureza da linguagem utilizada pode dificultar a compreensão e apropriação das informações transmitidas. A composição do grupo relatado

acima se divide praticamente em dois subgrupos: o profissional, com uma linguagem específica da área das ciências biomédicas, e os usuários, com a linguagem coloquial, de senso-comum. Em decorrência desta discrepância de linguagem ocorre uma comunicação ineficiente, visto que a linguagem profissional se torna inacessível à maioria dos usuários. A dificuldade de comunicação decorrente do uso de linguagem específica é comum no cotidiano das ações em saúde. Os profissionais utilizam-se de uma linguagem comum ao seu círculo de conhecimento, e em contrapartida são incompreendidos pelo usuário. Desta forma, o profissional acredita ter sido claro com o usuário, mas este na verdade não entendeu as informações.

A rotina referida pelas entrevistadas aponta para a necessidade de pensar outras formas de organização dos serviços do CTA, bem como alternativas possíveis de trabalhar a prevenção. Parece oportuno questionar o porquê de todos os esforços no sentido de trabalhar a prevenção serem dirigidos ao aconselhamento. Por que não investir em outras atividades de prevenção, além do aconselhamento? Quais os reais custos/benefícios destes investimentos, de buscar algo novo, outras possibilidades, em um momento em que vêm aumentando preocupantemente os números de pessoas infectadas pelo HIV?

Embora o Programa Brasileiro de atenção à AIDS possua destaque no cenário mundial, há muito que fazer no sentido de potencializar sua eficácia. O diálogo entre as ciências biomédicas, humanas e sociais consiste em caminhos possíveis para atingir outros patamares de eficácia.

Ao apreender a Aids não apenas no âmbito biomédico, mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas, os profissionais reiteraram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com Aids (Silva e cols., 2002, p.111).

O usuário do serviço de saúde é um ser histórico-social, em constante transformação, nos dizeres de Freire. Desta forma, a maneira como ele se relaciona com a doença sofre as influências de seu tempo histórico e do meio social no qual está inserido, consiste em aspectos essenciais ao pensar ES. Os aspectos relacionados ao modo como percebe a saúde e a doença são condicionantes fundamentais das políticas de prevenção e tratamento da AIDS.

Parker (1994) alerta para o fato de que as políticas de prevenção necessitam permear a compreensão do sistema de significados que envolvem a sexualidade, o prazer e a prevenção das DST/HIV/AIDS:

Talvez mais importante, dada uma ideologia do erotismo tão fortemente concentrada na importância da transgressão, num certo tipo de perigo ou risco,

fundamental para a constituição do desejo, da excitação e, em última instância, do prazer sexual, parece bastante evidente que as intervenções concentradas na redução do risco e no sexo mais seguro como parte de uma resposta racional a informações objetivas enfrentarão necessariamente uma série de dificuldades. Entretanto, em vez de tratar esse sistema cultural como uma barreira à redução do risco, enfrentá-lo abordando a erotização de práticas que realmente resultem na redução efetiva do risco poderia ser uma estratégia mais eficaz (p.154).

Esta necessidade também é apontada nas entrevistas, onde se questiona como educar em AIDS, como atingir o universo da erotização, do prazer e da prevenção:

O problema maior de DST/AIDS está na sexualidade... Quando se trata de se cuidar, às vezes, usuário de droga injetável vai usar a seringa descartável, ele faz um esforço bem grande e também acaba, às vezes, pondo mais risco na relação sexual. Pra mim, não é à toa que a relação sexual é o meio de maior contaminação, porque relação sexual é uma coisa extremamente subjetiva, não tem educação, que faça. Essa educação informativa, ela não dá conta. Você conscientiza, conscientiza, mas o ato sexual tem aspectos inconscientes, na minha maneira de pensar, que você não dá conta. O que faz eu ter t...? O que faz eu ter t..., às vezes, é o risco? O que faz eu ter t..., às vezes, é ter vários parceiros? O que faz eu ter t..., às vezes, é estar submissa ao outro? Então se a gente for ver o que faz o outro g... mesmo, são tantas questões onde o risco fica presente, e o uso da camisinha, né... Ele sabe que tem que usar, mas ele não usa. E é por isso que eu acho que as pesquisas estão muito quantitativas: quantos usam camisinha, quantos não usam, quanto isso, quanto aquilo. E pesquisa qualitativa? Tá faltando! Pra saber qual é a lógica que faz a pessoa, se tá usando camisinha, não tá usando, o significado, o que ela sentiu... Tanto que eles têm consciência e, às vezes, já foram trabalhados e que depois eles vêm apavorados aqui, sabem que eles fizeram errado. Consciência eles têm, agora, na hora não fazem. (E3)

Le Goff e colaboradores (1986) afirmam que as doenças possuem um imaginário simbólico, socialmente construído, que pode ser de caráter positivo ou negativo. Esse imaginário norteia as relações estabelecidas com o doente e com a própria doença. No caso da AIDS, pode-se dizer que esse imaginário socialmente construído é de caráter negativo, estigmatiza o portador do HIV e a pessoa doente de AIDS.

A discriminação dessas pessoas é constantemente observada e vivenciada por mim no cotidiano do CTA/SAE. Há relatos dos próprios usuários que demonstram a rejeição da família e dos amigos, a vergonha de procurar por este serviço. Por vezes, há orientações para

não deixar recados ao ligar para os telefones de contato. Um depoimento, no grupo de adesão ao tratamento, é bastante marcante e revelador desta discriminação:

“Se me perguntarem o que sou? Respondo: Sou um ser humano. O vírus? Ah, isso é outra coisa”.

A revista “ISTO É” trouxe em março de 2005 uma reportagem ilustrativa da discriminação vivida por portadores do HIV. A reportagem de Biancarelli (2005) mostra a discriminação sofrida por mulheres Moçambicanas portadoras do vírus HIV, que por ocasião da manifestação da doença são abandonadas por seus companheiros. Além de ficarem relegadas à própria sorte, perdem o contato com os filhos. Esta reportagem sinaliza, ainda, para a dificuldade de prevenção devido às diferentes culturas existentes em Moçambique, bem como todo o contexto sócio-histórico do país. Apesar de ser esta uma reportagem feita em outro país, acredito que esta seja também a nossa realidade, no que tange a prevenção as DSTs e os diferentes contextos sócio-culturais.

Torna-se imprescindível aos programas de prevenção da AIDS e das demais doenças o conhecimento do imaginário simbólico que as envolve. Apesar de mais de duas décadas convivendo com a epidemia e dos tantos trabalhos desenvolvidos, o preconceito e o estigma ainda permanecem em nosso cotidiano, ora de forma explícita, ora velada.

7. 2 Quando informar se confunde com educar

A experiência profissional de 14 anos na área da saúde permitiu-me constatar que, em geral, a ação educativa em saúde se restringe ao ato de informar. Os conhecimentos prévios dos usuários normalmente são desconsiderados; os conhecimentos científicos referentes à promoção, recuperação e manutenção da saúde não são compartilhados e a conduta resume-se a uma prescrição a ser seguida pelo usuário. Assim, as ações chamadas educativas, tal como vêm ocorrendo nos serviços de saúde, não estimulam a capacidade crítica do usuário, nem favorecem sua autonomia.

A análise das diretrizes levou-me a concluir que a concepção de educação que permeia o discurso do MS é o que Freire chama de educação bancária (Freire, 2003). Quando muito, seria possível dizer que em alguns momentos essa concepção parece estar em transição entre a educação bancária e a educação dialógica/problematizadora.

A ênfase no repasse de informações se justifica pelo pressuposto do saber pronto, definitivo, bastando oportunizar ao usuário o acesso ao ato educativo eficiente. Na verdade, os

termos mais encontrados nos objetivos do aconselhamento são os de ‘reforçar’, ‘reafirmar’ e ‘trocar informações’ (Brasil, 1999 a e b).

Um novo conhecimento torna-se um conhecimento com significado para o educando, construído a partir de sua realidade e capaz de instrumentalizá-lo para atuar em sua realidade. Conhecimento que permite a passagem da consciência real efetiva para a consciência máxima possível.

Na perspectiva freiriana, o objetivo maior da ES é a mudança no nível de consciência do educando/usuário em relação à realidade. A “consciência real efetiva”, também chamada de consciência ingênua, seria, para Freire, a percepção da grande maioria das pessoas com relação à realidade, uma consciência superficial, incapaz de perceber além das aparências, do imediato. A “consciência máxima possível” seria o perceber além das aparências, a essência dos fatos, o possível de ser realizado, as mudanças possíveis. É a percepção da realidade desmistificada:

Daí que, ao nível da “consciência real”, os homens se encontrem limitados na possibilidade de perceber mais além das “situações limites”, o que chamamos de “inédito viável”.

Por isso que para nós o “inédito viável” [que não pode ser aprendido no nível da “consciência real”, ou efetiva] se concretiza na “ação editanda”, cuja viabilidade antes não era percebida. Há uma relação entre o “inédito viável” e a “consciência real” e entre a “ação editanda” e a “consciência máxima possível”

A “consciência possível” (Goldman) parece poder identificar -se com o que Nicolai chama de “soluções praticáveis despercebidas” (nosso “inédito viável”), em oposição às “soluções praticáveis percebidas” e às “soluções efetivamente realizadas”, que corresponde à “consciência real” (ou efetiva) de Goldman. (Freire, 2003, p.107).

Essa alteração do nível de consciência ocorre por meio do diálogo, da problematização da realidade do usuário, nunca em uma sobreposição de saberes. Educar vai mais além de mera assistência técnica, do repasse de informações:

(...) para, em diálogo com elas, conhecer, não só a objetividade em que estão, mas a consciência que tenham desta objetividade; os vários níveis de percepção de si mesmos e do mundo em que e com que estão.

Por isso é que não podemos, a não ser ingenuamente, esperar resultados positivos de um programa, seja educativo num sentido mais técnico ou de ação

política, se, desrespeitando a particular visão de mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa espécie de “invasão cultural”, ainda que feita com a melhor das intenções. Mas “invasão cultural” sempre. (Freire, 2003, p.86).

Na ES, esta invasão cultural ocorre quando limitamos a ação educativa ao ato de informar, isto é a “doação” de conhecimentos científicos relacionados à prevenção e tratamentos, desconsiderando as experiências e o contexto dos usuários. Seria uma tentativa de impor um padrão considerado adequado para a manutenção da saúde, porém descontextualizado da realidade do indivíduo.

Nem sempre o ideal torna-se possível, em se tratando de cuidados com a saúde. Como manter alimentação equilibrada, se a renda familiar mensal é de um salário mínimo? Como evitar as verminoses e zoonoses se o usuário vive em bairros sem saneamento básico? Como evitar contaminação por microorganismos se muitas famílias garantem sua subsistência coletando materiais nos grandes lixões? Estas questões tão complexas compreendem as contradições sociais, e em hipótese alguma podem ser reduzidas a déficit cognitivo. Da mesma forma, são importantes as crenças, tão arraigadas em toda sociedade. É necessário conhecer as crenças e tratamentos populares, para entender o indivíduo e intervir de forma adequada, e isso se dá através do diálogo.

Possuir um mínimo de domínio sobre os aspectos envolventes do ato de conhecer torna-se imprescindível para um efetivo trabalho educativo. A ação educativa em saúde, não pode ser sustentada apenas pelo conhecimento técnico da área e das experiências empíricas de ações (ditas) educativas, ou seja, ao nível da experiência prática ou doxa (Freire, 2003).

Este fato tem contribuído para o descrédito destas ações e, conseqüentemente, a inexistência de investimentos em processos educativos em saúde. No caso da ES, um diálogo entre os conhecimentos científicos dos profissionais e o conhecimento de senso comum dos usuários dos serviços de saúde.

A ES objetiva proporcionar ao educando/usuário não só a percepção do “inédito viável” e das “soluções praticáveis despercebidas”, mas também, da importância do saneamento básico como um direito, cuja conquista depende da disposição consciente dos membros da comunidade. Ainda porque existe a possibilidade de mudança, pois a realidade não é algo dado, imutável, mas construída historicamente pelos seres humanos. Nesta perspectiva, educar em saúde na concepção freiriana

(...) não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e cagando em fossas sépticas. (...) Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos

envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investindo de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (Vasconcelos, 2001, p.15).

Alcançar estes objetivos, adequar a concepção de educação freiriana para a realidade dos serviços de saúde, eis o nosso desafio.

7. 3. A realidade de trabalho e a viabilidade de desenvolvimento de uma ação educativa em saúde: considerações finais

Minha experiência na saúde permite-me afirmar que as ações educativas não se constituem em prioridade do SUS, pois, historicamente, as ações de saúde são centradas no assistencialismo. Não há, na prática, uma política de prevenção consistente enquanto ES. Embora a integralidade seja um dos princípios do SUS, estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), na prática, nem sempre ela é observada (Sophia, 2001). Os poucos recursos destinados à saúde são encaminhados, em sua grande maioria, para as áreas de atenção secundárias e terciárias à saúde, relegando a ES a atividades isoladas e/ou de grupos minoritários que buscam outras formas de trabalhar a saúde.

A priorização de algumas atividades ficou explícita nas entrevistas, caracterizando o privilegiamento da realização do aconselhamento e dos exames anti-HIV em detrimento de atividades comunitárias. É possível que essa priorização aconteça em decorrência da política de saúde pública adotada no Brasil, muito mais curativa, assistencialista, hospitalocêntrica e focalizada. Atualmente, foram reduzidos os recursos alocados para a prevenção em HIV/DST/AIDS, obrigando os profissionais a fazerem escolhas de prioridades de trabalho. Estas escolhas, em geral, vão ao encontro das políticas de saúde adotadas pelos órgãos competentes, e são poucas as iniciativas que buscam questionar ou até mesmo romper com a lógica vigente. O maior agravante é o aumento da procura por este serviço, sem que ocorra o aumento da oferta, refletindo na baixa qualidade dos serviços prestados.

Constatai que os profissionais da saúde não possuem embasamento epistemológico e pedagógico suficiente para alicerçar a ação educativa em saúde. Apesar de as profissionais entrevistadas terem uma formação profissional sólida, não estão preparadas, como a maioria relatou, para a função que estão exercendo. Estas profissionais estão imersas no que deveria ser um processo educativo em saúde, mas sem embasamento teórico para realizá-lo a

conteúdo, isto independe da formação inicial, seja ela enfermagem, serviço social ou psicologia. Esse embasamento seria propiciado por cursos de capacitação, reconhecidos pelos profissionais como fundamentais para sua adequada formação.

Por outro lado, ao iniciar meu trabalho na recém-criada Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, lendo os manuais encaminhados pelo MS e participando das reuniões e demais atividades desenvolvidas pela Diretoria de Desenvolvimento Humano (subordinada à Secretaria de Estado da Saúde - SES), percebi no MS e nas Secretarias Estaduais, a presença de um grupo de profissionais que discute a educação na saúde (formação de profissionais do SUS) e educação em saúde com embasamento teórico consistente.

Desta forma, verifiquei a presença de dois importantes grupos de profissionais responsáveis por ações educativas em saúde: o primeiro grupo, formado pelo núcleo estruturador de políticas para a educação na saúde, responsável pelo desenvolvimento humano nesta área; e o segundo grupo, que abriga os profissionais atuantes na assistência direta ao usuário.

Assim, é possível perceber que, apesar de o núcleo estruturador de políticas para a educação em saúde discutir o assunto com embasamento teórico e profundidade, ainda não são efetivadas ações que façam essas reflexões chegarem aos profissionais que atuam diretamente com o usuário. O investimento em educação continuada para os profissionais da saúde enquanto parte responsável pela ação educativa torna-se imprescindível para a potencialização e otimização da mesma. Capacitação que busca amenizar o vácuo existente entre o idealizado e a realidade da atenção à saúde, no SUS. Assim, chamo a atenção para a necessidade de as instituições de formação em saúde e órgãos gestores fornecerem cursos de formação e aperfeiçoamento adequados às necessidades do profissional do aconselhamento, visto ser a formação profissional para as necessidades do SUS uma atribuição dos órgãos gestores. Aqui é pertinente pensar qual a participação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) na qualificação destes profissionais. Acredito que é função da DIDH, por meio de suas respectivas escolas¹², a formação profissional necessária ao desenvolvimento de atividades com qualidade em seus serviços, visto ser estabelecido na Lei 8080, que regulamenta o SUS, a obrigatoriedade da formação de seus profissionais.

¹² Em Santa Catarina, a SES possui duas escolas voltadas à formação profissional na saúde: a Escola de Formação em Saúde, implantada em 1993, que se destina à formação e capacitação dos profissionais do nível médio. A Escola de Saúde Pública está em processo de regulamentação e destina-se à formação em nível de especialização e capacitação, preferencialmente, para os profissionais da saúde de nível superior.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (ligada diretamente ao MS) está estruturando a Política de Educação Permanente em Saúde, cujos princípios educativos seguem os Modelos Epistemológicos Relacional e Pedagógico Interacionista, diferindo significativamente da Educação Continuada defendida anteriormente pelo MS. Esta mudança de referencial epistemológico e pedagógico, ponto forte da política da educação permanente na saúde, poderá subsidiar uma ação educativa em seu real sentido. Aqui se faz necessário pensar em como superar a lacuna existente entre as políticas públicas e a atenção ao usuário de saúde.

Como integrante da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, proponho a realização de cursos de capacitação ou especialização para as aconseladoras, objetivando suprir as necessidades observadas nas entrevistas. Estes cursos seriam realizados, necessariamente, em parceria com a Coordenação Estadual do Programa de DST/HIV/AIDS, ou seja, com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVE) e a Diretoria de desenvolvimento Humano (DIDH) de acordo com a metodologia problematizadora. A estruturação do curso deverá contemplar a participação das aconseladoras na escolha e organização dos temas tratados, a partir do levantamento da realidade das aconseladoras e suas reais necessidades, quebrando a lógica de “sofrer capacitações”, visando uma integração orgânica entre serviço de saúde e instituições formadoras. Além disso, nos cursos de capacitação, deverão ser abordados aspectos referentes ao processo educativo em saúde.

Torna-se importante salientar o que já foi construído, ao mesmo tempo, fazer proposições para aperfeiçoar estas ações, no sentido de ampliá-las em qualidade e quantidade. Um dos grandes entraves à eficiência do aconselhamento é o pouco tempo reservado para este processo, tanto por parte do serviço de saúde, devido ao grande número de usuários que deve ser atendido por período, quanto à falta de tempo do próprio usuário, que vai ao CTA pensando que fará apenas uma coleta de sangue, e não se organiza para ficar no CTA por mais tempo. Assim, além de oportunizar uma melhor capacitação para as aconseladoras e investir mais nas atividades comunitárias, devemos informar melhor o usuário sobre o processo de testagem e aconselhamento.

O tema não se esgota aqui, muitos questionamentos estão emergindo, ao se pensar a educação em saúde: Como superar os obstáculos da antidialogicidade na relação educador-educando, visto que por muito tempo, os aspectos sociais, históricos, culturais e estruturais foram/são desconsiderados nos processos de atenção à saúde? Como incorporar os valores que permeiam o diálogo na prática das ações educativas em saúde, nas atuais condições de trabalho? Como realizar a investigação e redução temática para um público tão diversificado

quanto os usuários dos CTAs? Qual o significado, para o usuário dos serviços de saúde, em infectar-se com o HIV, num contexto de miséria? Como trabalhar cada uma das pequenas ações dentro da educação em saúde, se elas fazem parte de um todo muito maior? Como pensarmos em um diálogo, um encontro horizontal, se a nossa cultura reconhece o saber acadêmico como muito superior aos demais saberes?

Ao final desta pesquisa pretendo salientar os pontos fortes do aconselhamento que consistem no atendimento diferenciado e personalizado, na tentativa de diálogo com o usuário, na valorização de seu saber prévio, na busca de adequação da linguagem utilizada, dentre outros. Mas, principalmente, na escuta efetiva, no cuidado, na natureza das relações estabelecidas, que nos torna seres mais humanos. Na “amorosidade” defendida por Freire, na humildade na relação com o outro.

Dentre as ações que devem ser potencializadas, destaco as atividades comunitárias, cujo alcance considero ser significativo. Credito a relevância destas atividades ao fato de vivências repletas de significados estarem presentes no cotidiano dos usuários, sendo produtoras de conhecimentos significativos.

Educar em saúde implica em comprometimento com o usuário, com o ser humano seu processo de construção e constituição enquanto tal, um ser em constante transformação. Consiste em ações de resultado em médio prazo. Em uma analogia, pode-se dizer que seria semear e cultivar esperanças, desejos e movimentos em prol da qualidade de vida, da valorização da mesma.

Neste trabalho, procurei salientar a importância das relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, ambos seres humanos que amam, sentem e desejam de maneira única. Destaco também a responsabilidade dos profissionais frente aos usuários no que se refere aos cuidados com a integridade física e psíquica, nas relações de poder, no compartilhar conhecimentos, lembrando que o paciente, não é um ser passivo, mas alguém que tem a paciência da espera, da espera do restabelecimento da saúde, da espera do atendimento profissional adequado, da espera do respeito mútuo.

Entendo que a proposta de utilização da educação dialógica e o entendimento do que é realmente uma ação educativa em saúde são fundamentais para que o profissional exerça sua função respeitando a individualidade e as necessidades do usuário, permitindo que ele seja um dos sujeitos ativos no processo de educação em saúde. Enfim, seres humanos em sua plenitude.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Beatrice Londero de. **O ensino do sistema imunológico: da metáfora à analogia da guerra**. Dissertação de Mestrado em Educação, Centro de Ciências da Educação, UFSC, Florianópolis: 2001.

BACKES, Vânia Marli Schubert et.al. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. In. – **Texto & Contexto Enfermagem, educação, saúde e enfermagem**. Vol. 12, nº10, p.80-88. UFSC, Florianópolis: 2003.

BECKER, Fernando. Modelos pedagógicos e Modelos epistemológicos. In: **Educação e Realidade** 19(1) p.89-96, jan/jun. Porto Alegre: 1994.

BEROIS, Isabel Christiani Susunday. **O tornar-se sem terra nas contradições de um acampamento/assentamento do MST: a trajetória de Oziel Alves II**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação – UNB, Brasília: 2004.

BIANCARELLI, Aureliano. Uma dor feminina. In: **Revista Isto É**. Editora três. 2 de março de 2005. p. 53-54. São Paulo: 2005.

BRASIL. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos**. 3ª Edição, Ministério da Saúde. Brasília: 1999a.

BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Manual**. Ministério da Saúde. Brasília: 1999b.

BRASIL. **Manual de Treinamento de Aconselhamento em DST, HIV e AIDS**, 2ª Edição, Ministério da Saúde. Brasília: 1999c.

BRASIL. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde. Avaliação das ações**. Ministério da Saúde. Brasília: 1999d.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS.**

Conselho Nacional de Secretários de Saúde _ CONASS. Brasília: 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de

1988 / Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. _ 35 [edição atual e ampliada]. Coleção Saraiva de Legislação _ Saraiva. São Paulo: 2005.

CAPRA, Fritjof. O modelo biomédico. In: **Ponto de mutação.** Cultrix. São Paulo: 1982.

CECCIM, Ricardo Burg & CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança hospitalizada:**

atenção integral como escuta a vida. Editora da Universidade/UFRGS. Porto Alegre: 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação

de capacidade pedagógica na saúde. In: **Ciência e saúde Coletiva.** V.10 n.4. Rio de Janeiro: 2005.

CHIARADIA, Cristiane de França. **Uma História Social da AIDS: Estudo de caso sobre a**

incidência da AIDS em Itajaí/SC. Dissertação de Mestrado em educação, CED-UFSC, Florianópolis: 1998.

COELHO, Elaine Cristina. **Observação e registro da relação comportamental verbal de**

aconselhar da díade terapeuta/cliente em serviço. Dissertação de mestrado em psicologia, CFH-UFSC. Florianópolis: 2004.

CUTOLO, Luiz Alberto Agea. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do**

currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de Doutorado em educação – CED- UFSC. Florianópolis: 2001.

CZERESNIA, Dina. **AIDS, pesquisa social e educação.** Editora Hucitec ABRASCO, São

Paulo - Rio de Janeiro: 1995.

- DA ROS, Marco Aurélio. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** Tese de Doutorado – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2000.
- DELIZOICOV, Demétrio. **Concepção problematizadora para o ensino de ciências na educação formal.** Dissertação de mestrado. Instituto de Física e Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo:1982.
- DELIZOICOV, Demétrio. O ensino de física e a concepção freiriana da educação. **Revista ensino de física.** V. 5, nº2. São Paulo: 1983.
- DELIZOICOV, Demétrio. **Conhecimentos, tensão e transições.** Tese de doutoramento. Instituto de Física e Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo: 1991.
- FLECK, Ludvik. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Alianza Editorial, S. A. Madrid: 1986.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 11ª ed. Graal, Rio de Janeiro: 1993.
- FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** 3ª edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro:1981.
- FREIRE, Paulo e SHOR, Ira. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor.** 2ª edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro:1987.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 7ª edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro: 1998.
- FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação.** 12ª edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro: 2002.
- FREIRE, Paulo. **Professora sim, tia não: Cartas a quem ousa ensinar.** 12ª edição. Olho d'água, São Paulo: 2002ª.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 37ª edição. Paz e Terra, Rio de Janeiro: 2003.

- GIORDAN, André. & DE VECCHI, George. **As origens do saber: das concepções alternativas dos aprendentes aos conceitos científicos.** Trad. Barros Charles Magno. 2ª edição. Artes Médicas, Porto Alegre:1996.
- GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere.** Vol.1 e 2. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro: 2001.
- GREEN, Lawrence W. Novas políticas em educação para a Saúde. **A saúde no mundo.** p.13-17, abr./maio 1983.
- GRISOTTI, Márcia. **Percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença em comunidades de baixa renda.** Dissertação de Mestrado - UFSC. Florianópolis: 1992.
- HOLLANDA, Hortênsia Hurlia de. Entrevista a Schall. In: SCHALL, V. T. Alfabetizando o corpo; o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Nº 15 (suplemento 2): p.149-159. Rio de Janeiro: 1999.
- LE GOFF, Jacques et.al. L'Imaginaire des maladies. In: **Histoire et Imaginaire.** Poiesis, p.45-71. Paris: 1986.
- LUZ, Terezinha Madel. Razão médica e Paixão Política: mecanicismo organicista x vitalismo homeopata no século XIX. In: **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna.** p. 117-147. Rio de Janeiro: 1988.
- LUZ, Zélia Maria Profeta da, et. al. Avaliação de material informativo sobre leishmanioses distribuídos no Brasil: critérios e subsídios para a elaboração e o aperfeiçoamento de materiais educativos para a saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública.** Mar/abril, vol.19, nº 2. p. 561-569. Rio de Janeiro: 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª edição. Hucitec. São Paulo: 1992.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13ª edição. Ed. Vozes, Petrópolis: 1994.
- MOHR, Adriana. A saúde na escola: análise dos livros didáticos de 1ª a 4ª séries. In- **Cadernos de Pesquisa**, nº 94, p.50-57, ago. Rio de Janeiro: 1995.
- MOHR, Adriana. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências**. Dissertação de Doutorado-Centro de Ciências da Educação, UFSC. Florianópolis: 2002.
- MORIM, Edgar. **Os Setes saberes necessários à educação do futuro**. 4ª edição. Editora Cortez -UNESCO, São Paulo: 2001.
- MONTEIRO, Simone. **Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: 2002.
- MOTA, Murilo Peixoto da. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. In: **AIDS, pesquisa social e educação**. Org. Czeresnia, D., Santos, E. M., Barbosa, R.H.S. e Monteiro, S. Editora Hucitec ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro: 1995.
- NUNES, César. **Educação para a emancipação**. Editora Sophos, Florianópolis: 2003.
- OSTETTO, Luciana Esmeralda. A propósito da ética: quando o hospital não é para curar. In: **Informativo da ABEn**, Florianópolis: 1998.
- PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In- **AIDS e Sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Maria Andréa Loyola (Organizadora). Relume-Dumará: UERJ. Rio de Janeiro: 1994.
- PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. 34ª edição. Rio de Janeiro:ABIA; São Paulo: 2000.

- PERNAMBUCO, Marta Maria C.A. Quando a troca se estabelece. In: **Ousadia no diálogo: interdisciplinaridade na escola pública**. Org. Nídia Nacib Pontuschka. Edições Loyola, São Paulo: 1993.
- RESTREPO, Luiz Carlos. **O direito à ternura**. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Vozes. Petrópolis, RJ: 1998.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. 2ª edição - São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduados em Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro:1994.
- SANTA CATARINA. **Proposta Curricular de Santa Catarina**. Florianópolis: 1998.
- SANTA CATARINA. **Sistema Único de Saúde – SUS: legislação básica Secretaria de Estado da Saúde**. 2ª Edição, SES. Florianópolis: 2002.
- SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. Dissertação de mestrado, Departamento de Saúde Pública – UFSC – Florianópolis: 2002.
- SCHALL, Virgínia T., STRUCHINER, Miriam. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teoria e tendências pedagógicas. In: **AIDS pesquisa social e educação**. Org. Czeresnia, D., Santos, E. M., Barbosa, R.H.S. e Monteiro, S. Editora Hucitec ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro: 1995.
- SEFFNER, Fernando. Prevenção à AIDS: uma ação político pedagógica. In: **Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década**. Org. Parker, R. e TERTO, V. J. anais. ABIA. Rio de Janeiro: 2002.
- SILVA, Antônio Fernando Gouvêa da. **A construção do currículo na perspectiva popular crítica: das falas significativas às práticas contextualizadas**. Tese de doutorado. PUC. São Paulo: 2004.

- SILVA et. al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. In: **Revista de Saúde Pública**. Nº 34, supl. 4, p.108-116, Rio de Janeiro: 2002.
- SMEKE, Elizabete de Leone Monteiro. & OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em Saúde e concepção de sujeito. In: **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. Eymard Mourão Vasconcelos, org. Hucetic. São Paulo: 2001.
- SOPHIA, Daniela, Educação Popular em saúde. In: **Tema**. nº 21, FIOCRUZ. nov/dez. de 2001. Rio de Janeiro: 2001.
- VALLA, Victor Vincent. e STOTZ, Eduardo Navarro. **Educação, saúde e cidadania**. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro: 1994.
- VASCONCELOS, Eymar Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. Eymard Mourão Vasconcelos, org. Hucetic. São Paulo: 2001.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Equidade e Reforma Sanitária: BRASIL. In: **Saúde em Debate**. Revista da CEBES. p.44-52. Rio de Janeiro: 1994.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Atlas, São Paulo: 1987.
- XAVIER FILHO. Ernesto de Freitas. **Vila Pobre Vila, Por uma antropologia médica**. Editora Sagra. Porto Alegre: 1991.
- WENDHAUSEN, Águeda. & SAUPE, Rosita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. In: **Texto & Contexto Enfermagem, educação, saúde e enfermagem**. Vol. 12, nº10, p.80-88. UFSC. Florianópolis: 2003.

9. ANEXOS

Anexo 1: Álbum Seriado

O que precisamos saber sobre

DST

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
Coordenação Nacional de DST e Aids

Doenças que causam verrugas

Condiloma acuminado



Doenças que causam corrimentos

**Gonorréia
e Clamídia**

No homem



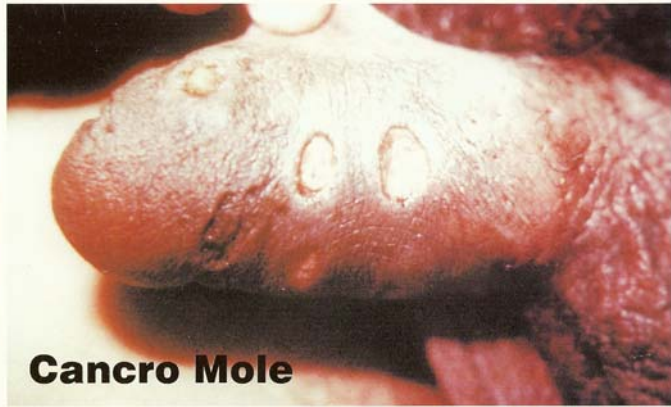
Doenças que causam corrimentos

Na mulher

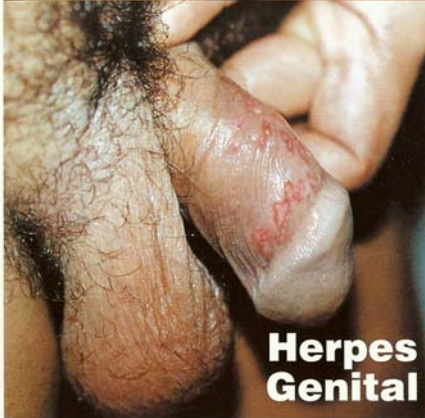
**Tricomoniase, Candidíase
e Vaginose Bacteriana
(vaginais)
Gonorréia e Clamídia
(cervicais)**



Doenças que causam feridas



Cancro Mole



Herpes Genital



Donovanose



Linfogranuloma Venéreo

Doenças que causam feridas

Sífilis
(1ª fase)



Sífilis
(2ª fase)



Anexo 2: Folhetos informativos



Não leve a aids para casa.

O grande desafio no combate à aids é deter o avanço da doença nas mulheres. Entre elas, esse crescimento é nove vezes maior que entre os homens. E a maioria é infectada por parceiros ou maridos que não usam o preservativo. Se você ama sua família



e quer preservá-la da aids, use camisinha em todas as relações sexuais. Se utiliza drogas injetáveis, não compartilhe seringas e use a camisinha sempre. Os homens precisam saber que eles também podem fazer a diferença na prevenção da aids.

Como se cuidar

- Use camisinha nas transas sempre, desde o início da relação sexual.
- Feridas, verrugas e corrimentos no ânus, na vagina ou no pênis podem ser sinais de Doença Sexualmente Transmissível (DST). Se você tiver algum desses sintomas, procure imediatamente o serviço de saúde mais próximo.
- Se você usa drogas injetáveis, não compartilhe agulhas, seringas e equipamentos de diluição (colher etc.). Use sempre agulhas e seringas descartáveis.
- Faça o exame de HIV. É um direito seu.



Como usar o preservativo



Ponha a camisinha quando o pênis estiver duro.



Aperte a ponta para o ar sair (é aí que o esperma vai ficar).



Desenrole até embaixo cuidadosamente.



Tire a camisinha com o pênis ainda duro.



Use somente lubrificante à base de água.



Use a camisinha uma vez só. Depois dê um nó e jogue no lixo.

SEXO COM CAMISINHA

COMO COLOCAR A CAMISINHA FEMININA



Para colocar a camisinha, encontre uma posição confortável. Pode ser em pé com o outro pé em cima de uma cadeira; sentada com os joelhos afastados; agachada ou deitada.



Abra a embalagem, segure o anel interno conforme a figura.



Aperte o anel interno e a introduza na vagina, com o dedo indicador.



Empurre-a com o dedo até sentir o colo do útero.



A camisinha feminina deve cobrir o colo do útero e recobrir a vagina. A argola externa fica para fora da vagina e isso aumenta a proteção.



Terminada a relação, retire a camisinha dando uma "torcida" na argola externa, para que o esperma não escorra, puxando-a com cuidado e jogando-a na lixeira.

GESTANTE

Faça o acompanhamento Pré-Natal para evitar o HIV e a Sífilis.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SANTA CATARINA

0800 48 2800

HIV/AIDS



**Informe-se.
Previna-se.**

SEXO COM CAMISINHA

COMO COLOCAR A CAMISINHA MASCULINA



Tire a camisinha do pacote só na hora de usar. **NÃO USE** os dentes, tesoura ou nenhum objeto cortante para isso.



Aperte a ponta da camisinha para retirar o ar e coloque no pênis somente quando ele estiver duro.



Desenrole a camisinha até a base do pênis. Após a ejaculação, tire a camisinha com o pênis ainda duro e segurando a borda para o esperma não derramar.



Dê um nó na camisinha e jogue no lixo.



Se seu parceiro não tiver camisinha ou se ele não quiser usar, diga não! Sua vida vale mais!!!

ASSIM PEGA

-  **SEXO ORAL** sem proteção (boca/pênis, boca/vagina ou boca/ânus)
-  **SEXO ANAL** sem proteção (pênis/ânus)
-  **SEXO VAGINAL** sem proteção (pênis/vagina)
-  **USO DE SERINGAS** por mais de uma pessoa (baque/pico)
-  **DE MÃE INFECTADA** para seu filho (durante a gravidez ou parto)
-  **LEITE MATERNO** (se a mãe estiver infectada)
-  **INSTRUMENTOS** não esterilizados
-  **RECEBER SANGUE** contaminado

ASSIM NÃO PEGA

-  **BEIJO NA BOCA** e no rosto
-  **MASTURBAÇÃO** a dois
-  **USO DE COPOS** talheres ou pratos de outras pessoas
-  **SUOR** saliva e lágrimas
-  **APERTO DE MÃO**
-  **SABONETE** toalhas, banheiro e piscina.
-  **PICADAS** de insetos
-  **ASSENTO** de ônibus ou patente de banheiro.
-  **TOSSE OU ESPIRRO**
-  **ROUPAS** lençóis ou travesseiros
-  **DOAÇÃO DE SANGUE**

 <p>UNDCP Programa das Nações Unidas Para o Controle Internacional de Drogas</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL Trabalhando em todo o Brasil</p> <p>UNIVALI</p> <p>NAVIGANTES PREFEITURA MUNICIPAL Navegando para um futuro de qualidade</p> <p>CAMBORIÚ PREFEITURA MUNICIPAL Trabalhando em parceria</p>	<p>Projeto Bem-Me-Quer</p> 	<p>QUEM SOMOS?</p> <p>Somos um projeto de Extensão do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Realizamos intervenção comportamental em Saúde, com ênfase em DST/AIDS, com profissionais do sexo desde 1996. Iniciamos na Região do Porto de Itajaí e, hoje, atuamos em todo o município, bem como em Balneário Camboriú e Navegantes.</p>
--	---	---

<p>Fontes Financiadoras</p> <p>Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas UNDCP</p> <p>Ministério da Saúde - MS</p> <p>Universidade do Vale do Itajaí UNIVALI</p> <p>Centro de Ciências da Saúde - CCS</p> <p>Centro de Treinamento de Recursos Humanos - CETRHU</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde de Navegantes</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú</p>	<p>Nossas Metas:</p> <p>Possibilitar assistência integral à saúde das profissionais do sexo de casas de prostituição, casas de shows e pontos de rua.</p> <p>Propiciar as profissionais do sexo oportunidade para aprender mais sobre questões de saúde e cidadania, tornando-as multiplicadoras em prevenção as DST/AIDS.</p> <p>Acompanhando e encaminhando para a realização de teste anti HIV, bem como exames ginecológicos e preventivos de câncer.</p> <p>Prevenir a transmissão do vírus HIV e outros agentes causadores das DST.</p> <p>Área de Abrangência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itajaí - Balneário Camboriú - Navegantes <p>Formas de Atuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encontros semanais em locais onde há favorecimento à prostituição, abordando assuntos relativos ao cotidiano (saúde, cidadania, sexualidade, prevenção as DST/AIDS). - Aconselhamento e encaminhamento para realização de 	<p>teste anti-HIV, bem como exames ginecológicos e preventivo de câncer.</p> <p>- Encaminhamento para tratamento de DST/AIDS e outras ocorrências em saúde.</p> <p>Onde nos Encontrar?</p> <p>Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí/SC - Bloco 26 Fone: (47) 341-7647 Horário: 8:00 12:00 e 13:30 17:30</p> <p>Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal - CODIM Rua: Felipe Schimidt, esq. e Hercílio Luz, s/n - Centro - Itajaí/SC Fone: (47) 348-3313 - ramal: 248 Horário: 13:30 as 17:00 horas</p> <p>Posto de Saúde Central Rua: Vandelino Lopes Fagundes, s/n - Centro - Navegantes/SC Fone: (47) 3421036 - ramal: 202 Horário: 13:00 as 19:00 horas</p> <p>Centro Integrado de Solidariedade e Saúde - CISS Rua: 300 n.º 110 - Balneário Camboriú SC Fone: (47) 360 0309 Horário: 13:00 19:00</p>
--	--	---

SAÚDE E CIDADANIA

REDUÇÃO DE DANOS

NÃO COMPRE

Contatos:




Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA
 Avenida Sabinópolis, 120 - Vila Militar
 INHARAÍMA, RJ - CEP: 24.040-448
 aborda@aborda.com.br
 www.aborda.org.br

Rede Brasileira de Redução de Danos - REDUC
 Avenida Madureira, 256 - Sala 604 - Alphaville
 BARCELONA, SP - CEP: 06454-010
 info@reduc.org
 www.reduc.org

Rede Latino-Americana de Redução de Danos - RELARD
 Curitiba, PR - CEP: 81240-900
 info@relard.org
 www.relard.org

Apoiado por:

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ESTADOS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

REDUÇÃO DE DANOS

SAÚDE E CIDADANIA

Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas.

Por que fazer Redução de Danos?

Grande parte de usuários de drogas que faz uso problemático não consegue ou não quer parar de usá-las. Essas pessoas encontram nos Programas de Redução de Danos quem as aceita e orienta, de modo a evitar consequências mais graves do uso. Do total de casos notificados - CN - DST/Aids - MS*:

- 25% estão associados direta ou indiretamente ao uso de drogas injetáveis;
- 38,2% das mulheres portadoras de aids contraíram o vírus pelo uso de drogas injetáveis ou através de parceria sexual com usuários de drogas injetáveis;
- 36% dos casos de aids pediátrica apontam a mãe ou sua parceria sexual com uso de drogas injetáveis.

Além disso, 85% dos usuários de drogas injetáveis informam compartilhar equipamento de uso e 52% deles estão infectados pelo HIV, 60% por hepatite "C".

Redução de Danos Funciona?

- 23% dos usuários atendidos pelos PRD procuraram tratamento para dependência química*.
- Nos países onde foi implantada precocemente, como na Austrália, a taxa de infecção pelo HIV entre UDI se mantém abaixo de 5%.
- Em todos os locais onde os PRD funcionam, melhora o acesso dos UDI aos cuidados de saúde e à qualidade de vida.

A Constituição Brasileira diz "todos são iguais perante a lei" e não "todos são iguais, exceto homossexuais, trabalhadores do sexo, pobres e usuários de drogas".

Fonte dos dados epidemiológicos: * - CN DST/Aids - Set/2000 - ** - Projeto Agente Brasil, UNIC, 1998.

DISCRIMINAÇÃO É CRIME.

Todo uso de drogas causa danos?
 Não, nem todo consumo de substâncias psicoativas (categoria genérica à qual pertencem as substâncias que denominamos "drogas") é necessariamente danoso à saúde nem caracteriza "doença mental".
 A Redução de Danos surgiu como resposta a um contexto no qual os padrões de uso evidenciavam riscos e danos potenciais – de transmissão de agentes infecciosos, além de danos à saúde decorrentes do próprio consumo das substâncias – portanto, contribuindo diretamente para o uso mais seguro de drogas pelos usuários de drogas e indiretamente para reavaliar o mito de que todo contato com as drogas seria

Não. Os Programas de Redução de Danos não incentivam o uso nem distribuem drogas. A distribuição de material preventivo feita visa a proteção à saúde.

Exemplos de Propostas de Redução de Danos

De álcool: ingestão de água e líquidos não alcoólicos e de vitaminas do complexo B, nutrição adequada, evitar

De crack: beber muito líquido; usar cachimbo individual e com filtro; reservar tempo para dormir e comer; misturar maconha ao crack ou trocar o

De cocaína: beber muita água; usar equipamento próprio seja para cheirar

INDIVIDUAIS E LIMPAS): fracionar as doses; lavar as mãos antes de preparar doses injetáveis; usar água destilada; injetar lentamente para avaliar o efeito.

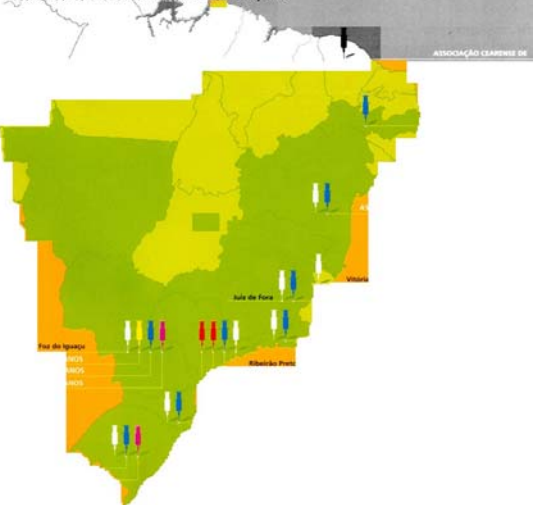
De tabaco: reduzir o número de cigarros, não usar "baixos teores" que levam ao consumo de maior número de cigarros para obter a mesma satisfação, portanto, com mais risco de câncer; tentar outras fontes de nicotina: adesivos, gomas de mascar; aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C; controlar outros fatores de risco para infartos: obesidade,

De todas que alteram as funções motoras e cognitivas: usar em companhia de alguém sóbrio; respeitar os direitos alheios; evitar uso em situações incompatíveis com os efeitos (ex: dirigir, trabalhar, esportes radicais, nadar sozinho); Não se envolver com violência, se cuidar; usar camisinhas sempre.



Troca e fornecimento de material de prevenção para usuários de drogas injetáveis é política de saúde pública no Brasil, desde 1994. Há leis estaduais e municipais que a regulamentam ou em tramitação em vários locais (veja o mapa), assim como está tramitando uma lei federal.

Vale a pena?
 Só pelo resgate de pessoas que de outro modo continuariam marginalizadas e vulneráveis já vale. Além disso, a relação custo-benefício é muito boa: cada caso de aids custa ao País, pelo menos, US\$3.000,00/ano, só em medicamentos, enquanto o atendimento a cada UDI custa US\$29,00/ano.



Anexo 3: Formulário de Aconselhamento

Formulário de Entrada (completo) - Página 1

Nº Requisição: Data da Requisição:

Tipo de Orientação: Coletiva Individual Nenhuma Indiv. & Coletiva

Val fazer a coleta: Sim Não Protocolo: Nome:

Teste Nominal: Sim Não Sexo: Masc Fem Mostrar nome/Etiqueta: Sim Não Data de Nascimento:

Gestante: Sim Não Idade Gest: Zona: Urbana Rural Cidade: Bairro:

1º Teste no CTA: Sim Não 1ª Amostra: Sim Não

Motivo da Procura

- Exposição à situação de risco
- Encaminhado de serviço de saúde
- Encaminhamento do banco de sangue
- Encaminhamento clínicas de recuperação
- Sintomas relacionados ao HIV / AIDS
- Admissão em emprego / Forças Armadas
- Conhecimento do status sorológico
- Exame pré-natal
- Conferir resultado anterior
- Janela Imunológica
- DST
- Prevenção
- Outros

Motivo da Repetição

- Janela imunológica
- Nova exposição ao risco
- Conf. de resultado anterior
- Exame indeterminado
- Teste nominal
- Outros

Requisição Anterior:

Escolaridade (em anos de estudo concluídos)

- Nenhum
- 1 a 3
- 4 a 7
- 8 a 11
- 12 e mais
99. Não informado

Situação Profissional

- Autônomo
- Desempregado
- Empregado
- Estudante
- Do lar
- Aposentado
99. Não informado

Estado Civil

- Casado(a) / Amigado(a)
- Solteiro(a)
- Separado(a)
- Viuvo(a)
99. Não informado

Já procurou banco de sangue para fazer o teste: Sim Não

Origem da Clientela

- Material de divulgação
- Amigos / Usuários
- Jornais / Rádio / Televisão
- Banco de Sangue
- Serviço / Profissional de saúde
- Serviços de informação telefônica
- Outros
99. Não informado

Tipo de Exposição

- Relação sexual
- Transfusão de sangue
- UDI
- Hemofílico
- Ocupacional
- Transmissão vertical
- Não possui risco
- Outros
99. Não informado

Compartilhou seringas com outros usuários de drogas injetáveis no último ano:

- Sim
- Não
- Não lembra
98. Não se aplica
99. Não informado

Pegou algum tipo de DST no último ano:

Nº de Parceiros Sexuais no Último Ano

- Nenhum
- 01
- 02 a 04
- 05 a 10
- 11 a 50
- 51 a 100
- Mais de 100
99. Não informado

Tipo de Parceiros

- Homens
- Mulheres
- Homens e mulheres
98. Não se aplica
99. Não informado

Uso do Preservativo com Parceiro Fixo

- Sempre
- Nunca
- Às vezes
98. Não se aplica
99. Não informado

Motivo de Não Usar Preservativo com Parceiro Fixo

1. Não gostar	12. Não tinha consciência
2. Não acredita na eficácia	13. Não tem condições de comprar
3. Não sabe usar	14. Não deu tempo / tesão
4. Parceiro não aceita	15. Desejo de ter filho
5. Não dispunha no momento	16. Tamanho do preserv. peq/gde
6. Confiar no parceiro	17. Disfunção sexual
7. Uso de drogas / Alcool	18. Estupro / Violência Sexual
8. Não consegue negociar	19. Outros
9. Acha que o outro não tinha	98. Não se aplica
10. Acha que não vai pegar	99. Não informado
11. Negociou não usar preservativo	

Uso do Preservativo na última relação com Parceiro Fixo

- Sim
- Não
- Não lembra
98. Não se aplica
99. Não informado

Risco do Parceiro Fixo

- Relação extra-conjugal
- Homo / bissexualidade
- Transfundido
- UDI
- Uso de outras drogas
- Portador de HIV
- Desconfia de relação extra-conjugal
- Passado sexual
- Não atribui risco
- DST
- Não sabe
- Outros
98. Não se aplica
99. Não informado

Uso do Preservativo com Parceiro Não Fixo

- Sempre
- Nunca
- Às vezes
98. Não se aplica
99. Não informado

Motivo de Não Usar Preservativo com Parceiro Não Fixo

1. Não gostar	12. Não tinha consciência
2. Não acredita na eficácia	13. Não tem condições de comprar
3. Não sabe usar	14. Não deu tempo / tesão
4. Parceiro não aceita	15. Desejo de ter filho
5. Não dispunha no momento	16. Tamanho do preserv. peq/gde
6. Confiar no parceiro	17. Disfunção sexual
7. Uso de drogas / Alcool	18. Estupro / Violência Sexual
8. Não consegue negociar	19. Outros
9. Acha que o outro não tinha	98. Não se aplica
10. Acha que não vai pegar	99. Não informado
11. Negociou não usar preservativo	

Uso do Preservativo na última relação com Parceiro Não Fixo

- Sim
- Não
- Não lembra
98. Não se aplica
99. Não informado

Formulário de Entrada (completo) - Página 2

Nº da Requisição:

Recorte Populacional	
<input type="checkbox"/>	1. População em geral
	2. Populações confinadas
	3. Caminhoneiros
	4. Trabalhadores do sexo
	5. Homens que fazem sexo com homens
	6. Usuários de drogas injetáveis - UDI
	7. Usuários de drogas (exceto injetáveis)
	8. Pessoas vivendo com HIV / AIDS
	9. Portadores de DST
	10. Hemofílicos e politransfundidos
	11. Profissionais da saúde
	12. Travestis

Encaminhamento(s)	
<input type="checkbox"/>	1. Nenhum
	2. Repetir / Inconclusivo
	3. Repetir / Janela
<input type="checkbox"/>	4. Repetir / 2ª Amostra
	5. Ambulatório
	6. Psicólogo
	7. Tratamento de DST
	8. Outros

Ambulatório: Preservativos Entregues: Data Entrega do Resultado: Orientador: Notas: Req. Anterior:

RESULTADOS:			
Triagem:	<input type="checkbox"/>	HIV - Confirmatório:	<input type="checkbox"/>
VDRL:	<input type="checkbox"/>	Hepatite "B":	<input type="checkbox"/>
Tipo:	<input type="radio"/> Doença ativa <input type="radio"/> Cicatriz sorológica		

Legenda:

1. Não Reagente
2. Reagente
3. Indeterminado
4. Ignorado
5. Discordante
6. Não Realizado

Anexo 4: Roteiro de Entrevista

Entrevista semi-estruturada.

* Identificação do entrevistado e Perfil de sua formação:

Nome Idade, Formação/ especialização Local de formação.

Função desempenhada no serviço

Experiências anteriores

Tempo de serviço Tempo de serviço no aconselhamento

Por que você trabalha neste serviço? Foi escolha? Gosta?

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha eles importantes? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)? Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento?

Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?
2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?
3. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?
4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?
5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?
6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?
7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?
8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?
10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?
11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?
12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica?
13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia. Que esse conhecimento é significativo.)?
14. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?
15. O que é aprender/ o que é ensinar?
16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?
17. Qual(is) profissional(is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?
18. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?
19. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?
20. Descreva um aconselhamento;
21. Quais outras atividades, além do aconselhamento são realizadas pelo CTA?

Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Meu nome é Luciana Gelsleuchter Lohn e estou desenvolvendo a pesquisa “O Processo Educativo nas Ações de Saúde”, com o objetivo de entender esse processo nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS. Este estudo é necessário porque queremos contribuir para a melhora do serviço público de saúde, e para tanto serão realizadas entrevistas com os aconselhadores. Isto não traz riscos ou desconforto, mas esperamos que através deste trabalho possamos compreender melhor o processo de aconselhamento nos CTA_DST/HIV/AIDS e contribuir para uma melhor assistência ao usuário. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, pode entrar em contato pelo fone 331-6911. se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “O Processo Educativo nas Ações de Saúde” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, 13 de Janeiro de 2004

Assinatura: _____ RG: _____

Anexo 6: Transcrição das Entrevistas

Entrevista semi-estruturada 1

[Entrevista transcrita e revisada]

Por que você trabalha neste serviço? Foi escolha? Gosta?

Ah, eu sou uma profissional de saúde, eu gosto muito de atuar em saúde e acredito que as maiorias das doenças são psicossomáticas. Se todo mundo fizesse uma terapia individual, contigo mesmo, muitas doenças poderiam ser evitadas. Então, eu acredito que prevenção é o melhor remédio. E esse programa trabalha bem com prevenção. Eu já tinha uma experiência com usuários de droga, com dependentes químicos, eu gosto bastante dessa área e vim aqui não tanto inicialmente pelo CTA ou aconselhamento, mas mais pelo programa redução de danos. Aí como a redução de danos acaba chamando muitas pessoas pra vir fazer o exame, tem que se prestar aos aconselhamentos, às orientações, que é o que a gente faz nas ruas.

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Muitos, em (nomes das cidades omitidos) e, com o pessoal da casa. Foi realmente aí que aprendi, na prática, lado a lado, com o colega. O maior treinamento foi colocar a mão na massa. (...) [Com o pessoal que já era da casa?] Isso, com o pessoal da casa. Foi com quem mais aprendi na verdade do que com os treinamentos extras. Que os treinamentos são um pouco corridos, final de semana, quatro ou cinco dias, e aqui a prática, você vendo, sentando do lado da colega e vendo o dia a dia como é que é, as orientações coletivas, palestras que a gente faz. E o maior treinamento acho que foi quando começou a pôr a mão na massa mesmo. [Na prática?] Com a prática, com certeza.

22. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos este se propõem? Vem de conselho?

O aconselhamento não é você aconselhar. Aconselhamento é você, em primeiro lugar sentar... [Era a minha pergunta seguinte. A palavra aconselhamento vem de conselho?]

Não, não. Não vem de aconselhar, de dar conselho. Conselho como é que é: se fosse bom não se dava, se vendia, e não é bem por aí. Bom, a gente não faz aconselhamento só por aconselhar, a gente faz uma orientação. O aconselhamento pra mim, pelo menos, é eu me colocar à disposição do usuário do serviço totalmente, pra que ele se sinta em primeiro lugar (pausa). Formar um vínculo com ele pra que ele se sinta seguro pra ta colocando questões que, na maioria das questões envolvidas aqui no nosso trabalho são questões extremamente particulares, ainda mais porque mexe com questões sexuais, intimas. Então aconselhar pra mim é, em primeiro lugar se colocar à disposição inteiramente pra que essa pessoa sinta confiança pra ta colocando a demanda dela. Eu procuro orientar essa pessoa de acordo com a necessidade dela, de acordo com a demanda dela. Obvio, se for uma pessoa que nunca teve relação sexual, eu não vou ficar... eu vou orientar ela sobre as possibilidades que podem acontecer na vida dela, das primeiras relações, da importância de usar preservativo, que é diferente da orientação de uma profissional do sexo, que já tem umas experiências diferentes, que é diferente de uma orientação de um morador de rua. Então, o aconselhamento é me colocar à disposição, formar um vínculo no tempo e na medida do possível suficiente pra que a pessoa se sinta à vontade e dentro da demanda dela, dentro da realidade dela e no vocabulário dela, eu vou procurar orientá-la, pra gente ver quais são as práticas que estão sendo adequadas e as que são inadequadas pra poder orientar e propor medidas preventivas frente à demanda do usuário do serviço. Pra mim é isso que é aconselhamento.

23. O aconselhamento é rotina ou obrigação?

É inevitável porque existem umas fichas que a gente tem que preencher, fichas de requisição de exames e uma ficha que chama SICTA, que é um sistema de informática do CTA que é mandado mensalmente para o Estado, coordenação estadual que manda pra coordenação nacional até pra ter dados de controle epidemiológico e traçar novas pesquisas em cima desses dados. Então, inevitavelmente, na hora de fazer o exame a gente acaba fazendo uma orientação individual. Agora, é rotina nossa aqui, todo mundo que vai fazer o exame de HIV passar por uma orientação coletiva antes de 20 a 30 minutos, isto já está incluso uma fita de vídeo de 8 minutos feita em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério do Exército. Então

todo mundo passa por essa orientação coletiva, é óbvio que tem muitas exceções, tem pessoas que de repente não tem condição, não tem horário, não tem disponibilidade, enfim, em algumas exceções essas pessoas não passam por uma orientação coletiva, mas vai ter que passar pela orientação individual. Nessa orientação individual, somente no preenchimento da ficha, que é uma rotina, que vai para o computador. Enfim, nesse preenchimento a gente acaba participando um pouco mais das particularidades da vida da pessoa, do usuário. [E o que consta nesta ficha?] Olha, (pausa) tem um cabeçalho com os dados de identificação: endereço, telefone, nome, escolaridade, enfim, tem um início que são dados de identificação e depois disso, tem algumas questões desde números de parceiros, se contraiu algum tipo de doença sexualmente transmissível, se tem parceiro fixo, não fixo, se atribui risco para o parceiro fixo de ter alguma doença sexualmente transmissível, se já foi usuário de drogas injetáveis, se compartilha seringa ou não, se usa preservativo, e se não usa, porque que não usa, então são questões muito particulares que conforme você vai conversando né, e tem também um pedaço que a gente usa para observações, porque ta ali pra fazer o exame de HIV? O que te despertou o interesse de vir fazer aqui? Foi por programa nosso de prevenção que te sensibilizou e fez com que você viesse ao serviço? Ou você viu na televisão? Ou, agora tem aquela campanha do piano [campanha do Ministério da Saúde para a prevenção da AIDS, que visa estimular a realização do teste anti-HIV], muita gente: ah, vim jogar o piano de canto (risos). Então, a gente pergunta porque que a pessoa vem fazer o exame, qual que é o interesse dela e, com isso, a gente acaba respondendo a maioria das perguntas ali, não é um questionário: ah, transou com quantos? Fez isso? Não é bem assim. Eu pergunto: porque veio fazer o exame? Ai a pessoa vai se colocando.

24. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? O que é mais difícil?

O mais importante no aconselhamento (pausa) eu acredito é a pessoa conseguir fazer com que estabeleça um vínculo bacana com o aconselhador. Que o usuário do serviço se sinta à vontade, seguro, crente de que as informações são sigilosas, pra que ela possa colocar a demanda de uma maneira mais realista possível. Acredito que o mais importante é isso, é o vínculo, porque se você formar um vínculo bacana com a pessoa você fala na linguagem dela, vocês conversam de igual pra igual, porque só assim a pessoa vai conseguir escutar efetivamente e conseguir mudar os seus comportamentos. Pra mim.

[Você consegue fazer isto?]

Na maioria das vezes, sim. A gente trabalha com o ser humano, o ser humano é altamente... [não conclui a fala.]

O que é mais difícil? (pausa) Ah, a falta de comprometimento das pessoas. [Como assim?] As pessoas, às vezes, não se comprometem, vem muitas vezes fazer os exames, algumas pessoas vêm fazer os exames por obrigação, entende? Vai assistir à palestra, acha que aquilo é um saco, acha desagradável, entende? Eu, antes de iniciar a palestra, eu já começo desde o início: “olha pessoal, a gente vai passar por uma orientação de tantos a tantos minutos, eu penso que é muito mais importante vocês terem acesso às informações que simplesmente colocar o braço, coletar o sangue, depois pegar o resultado, que tu nem sabe o que aquele resultado significa”. Então, pra mim, a minha maior dificuldade, a minha maior frustração é quando as pessoas não se comprometem, quando vem aqui por mera obrigação: “ah, têm que vir fazer, o médico me mandou fazer, vim obrigado”. Eu falo: “Olha, ninguém é obrigado a fazer esse tipo de exame, você está vindo fazer porque quer, se você está se sentindo obrigado não precisa vir fazer o exame”. Pra mim a maior dificuldade, minha maior frustração é essa, quando eu tento orientar, quando eu percebo que a pessoa precisa abrir um pouco mais a mente dela, de ter consciência de algum tipo de informação e não consegue, entende? Às vezes, tem pessoas que chegam, sabe, é como se algumas pessoas usassem meio que tapa-burro, não eu só consigo enxergar assim, na frente. Mulheres casadas, por exemplo: “Imagina, meu marido me trair, de maneira nenhuma, eu tenho relação há tanto tempo”. E o que a gente vê na realidade, é que não é bem isso, tanto as mulheres traem quanto os homens traem, muito parecido apesar de que, os homens é que levam mais a má fama, mas a gente percebe aqui que ambas as partes, e a questão de confiança, então, às vezes, a pessoa vem já com aquilo sabe, já tinham um preconceito: “Não, imagina, isso não acontece comigo”. Evangélicos, por exemplo, raramente vem um evangélico fazer um exame de HIV, a maioria que vem são as gestantes e a gente orienta: gestante, é muito importante que o seu marido venha fazer o exame, se está grávida é porque teve relação sem preservativo, obviamente, a não ser que tenha sido uma inseminação artificial. Se teve relação sem preservativo, puxa, é importante que o marido venha fazer e os maridos nunca vêem, maridos de evangélicas principalmente, os que tem uma, nada contra, a religião. Mas, tem uma resistência maior a vir porque: “Não, isso não acontece comigo, isso não chega até mim”. E a gente tem um encontro dos Jileões aqui em (nome da cidade omitido), está pra acontecer aí em março, abril, logo após esse encontro de Jileões o que aparece de mulheres jovens: 15, 16, 17 anos grávidas aqui. [O que é esse...] Jileões são evangélicos, eu acredito, são encontros de evangélicos, em (nome da cidade omitido), não é aqui em (nome da cidade omitido), é em (nome da cidade omitido), mas óbvio, vem todo mundo aqui pra, (nome da cidade omitido), porque ela é o chamariz aqui da região. É um encontro que eles

ficam alguns dias reunidos ali em (nome da cidade omitido), na praça, no centro, então têm cultos, tem barraquinha, é tipo uma feira que eles se reúnem e logo após essas feiras a gente percebe muitas mulheres grávidas porque já não tem o hábito de usar preservativo. Em casa, imagina que o pai vai orientar a usar preservativo, sexo foi feito pra procriação, então como é que vai usar preservativo? Eles têm uma cultura diferente, uma educação diferenciada que bate de frente um pouco com as orientações que a gente faz. Por exemplo, eu sinto uma frustração muito grande com evangélicos. [Por quê?] Porque a maioria deles não consegue aceitar a realidade de que a via sexual é a maior via de transmissão, que hoje as pessoas tem vários parceiros sexuais, porque pela doutrina deles, eles tem um parceiro só, fixo, não tem relações extraconjugais e, na prática, não é isso que acontece. Pelo menos o que a gente vê aqui, acredito que a maioria deve até funcionar, claro.

[É difícil trabalhar com esse choque cultural?] Não é bem choque cultural não (pausa) são, como é que pode dizer isso, não deixa de ser cultura, doutrinas, não sei, diferente (pausa). Porque a religião é um dogma né, você acredita naquilo, tem uma filosofia que eles acreditam e a gente, como a igreja católica, acredito que até hoje condena o uso do preservativo. E como é que você vai condenar o uso do preservativo se hoje o maior risco de contaminação da AIDS é via sexual. A maioria das pessoas pega AIDS transando. É como aquele pai que tem uma filha de 15, 16 anos e: “Não, não vou oferecer preservativo pra minha filha, não vou orientá-la.” Mas, puxa, ela vai transar daqui a pouco, não tem como fugir disso, a não ser que ela entre pra um convento ou enfim, não sei. E, sempre tem uma orientação por causa do receio de estar iniciando já precocemente a iniciação sexual da filha. Acaba se comprometendo e não orientando e ela é uma possível candidata a desenvolver, a contrair algum tipo de doença e até mesmo a gestação inoportuna, fora de hora, durante a vida escolar, ainda nem acabou o segundo grau, que a gente também tem muitos casos aqui. Então isso é que fica difícil, entende? As pessoas sabem da importância que é o nosso trabalho só que, algumas pessoas se julgam que estão acima disso. Não, pra mim não funciona e essa é a minha maior frustração também.

25. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Eu acho bacana. Eu acho bacana como a gente faz aqui. [Quanto tempo dura?] Olha, todo o processo... [O coletivo?] O coletivo demora de vinte a trinta minutos, isso agora, pra mim faz pouco tempo, que antes eu fazia uma orientação que demorava uma hora, uma hora e pouco. Algumas pessoas reclamavam, mas a maioria achava interessante. Depois, conforme a gente foi conversando, que a gente tem uma reunião quinzenal entre nós aconselhadores e a gente vem percebendo que era muita informação pro usuário do serviço e acaba até se apavorando um pouco, porque é muita informação e eles não conseguem assimilar tudo de uma vez. [Essa informação era passada em forma de palestra?] Isso. [Como que era feito?] A orientação à gente faz ela verbalizando, tem um seriado com algumas doenças sexualmente transmissíveis. Pra recurso didático né. [Aquele que mostra todos os tipos de doença e a figura dos órgãos sexuais?] Isso, isso. A gente fala, mostra essas figuras, ou a gente faz essas figuras um pouco mais rápido porque senão a palestra se estende demais, a orientação, aí vira uma palestra mesmo. Usamos também próteses de órgão sexual, tanto feminina quanto masculina pra mostrar como é que se faz o uso do preservativo, mais até o que dá ibope é o preservativo feminino, porque o masculino a maioria das pessoas conhece. E, é legal porque aí a gente faz brincadeiras: quem é que sabe, sabe mesmo? Então põe aí o seu preservativo, aí brincando as pessoas acabam aprendendo mais. E a gente faz depois, eu, pelo menos, cada um tem a sua maneira de fazer a orientação, eu prefiro falar, mostrar as fotos, mostrar as próteses e depois passar a fita de vídeo pra ilustrar melhor o que eu falei. [E o vídeo fala o que?] São oito minutos de fita. É uma situação exemplo. Um rapaz que chega e fala: Puxa, tive uma relação, ele chega pra conversar com dois soldados que estão fazendo o exército. Aí a gente passa essa fita. Passou essa fita, a gente chama um a um e essa avaliação individual varia de 10, 15, 20, 30, 40 minutos, aí depende da demanda da pessoa. Pra quem fica esperando, porque geralmente somos 2 aconselhadoras, eu chamo o número 1, a (...) chama o número 2, aí a gente leva um tempo pra atender cada um o seu usuário. E ali, os que estão na sala de orientação, a gente deixa mais uma fita rodando, é uma fita mais voltada pra mulher, que serve pra homens também, obviamente, aí a gente deixa uma outra fita, que é uma fita mais longa e eles ficam ali na sala de orientação. [Quantos exames vocês marcam por horário? No caso vocês são em dois aconselhadores, tem quantos agendados?] No período da manhã a gente faz dez exames. [Cada um?] Não, total. Oito horas da manhã inicia essa orientação, a gente pede pra que chegue um pouquinho antes porque a gente distribui só dez senhas, no período da manhã. [Não é agendado, é distribuído na hora?] Não, não se faz agendamento. É dez de manhã, quinze à tarde e na terça-feira, hoje, tem o da tarde também, que são dez, que são sete horas da noite, mais de tardezinha. São esses os grupos de exames que a gente faz. E eu daqui a pouco estou indo pro presidio, eu faço exames no presidio também. Aí varia, vou eu e um outro rapaz que trabalha comigo na redução de

danos, que é auxiliar de coordenação, aí a gente se reveza, eu faço cinco e ele faz cinco. Hoje a gente vai só pra entregar resultado, não vamos fazer exame. Geralmente a gente pega duas semanas fazendo uns 20 exames, depois voltamos e entregamos os resultados.

[Há usuários que vem fazer o aconselhamento mais vezes?]

Sim, sim. [E como é que é, qual é a diferença entre fazer o aconselhamento uma única vez ou pela primeira vez e fazer outros aconselhamentos?] Por exemplo, vamos supor que você venha fazer o exame e aí dentro daquela ficha que a gente preenche eu te pergunto: você já fez exame de HIV alguma vez? Aí tu fala: “Ah já, esse é o sétimo, esse é o oitavo”. Nossa, aí eu me assusto, aí é uma orientação um pouco diferenciada, aí eu sou um pouco mais, como é que eu posso te dizer, não é rígido, mas (pausa) sou um pouco mais duro, um pouco mais enérgico assim, tipo pra procurar sensibilizar essa pessoa de que: “Olha, daqui a pouco eu vou te entregar um resultado positivo né, que está fazendo sete exames”. Até porque na nossa orientação, a não ser que sejam gestantes, profissionais de saúde, pessoas que vivem com outras pessoas que são portadoras do vírus HIV ou já doentes de aids, aí não, aí é compreensível, óbvio. Ou profissional do sexo, que já não é tão bem compreensível assim, mas já dá pra aceitar um pouco mais. Quando uma pessoa vem fazer o seu nono exame de HIV, eu falo: “Olha, exame de HIV, na nossa orientação, você faz dois na tua vida e nunca mais precisa fazer exame na vida de HIV”. Porque com orientação tu viste que é só tu fazer o exame, pra saber da história da tua vida, depois tu repete esse exame pra ter certeza ou pra sair do período de janela imunológica, óbvio, e não precisa mais fazer exame na vida, porque tu aprendeu aqui com a gente agora que só pega aids quem quer. E só você usar preservativo e não compartilhar seringas, senão você não pega aids. Agora tu tá aqui pela 9º vez, 10º vez, de repente quem sabe agora que eu te dou um resultado positivo, eu falo assim, brincando, mas pra dar uma espetada até. Poxa, porque 10º vez fazendo um exame de HIV, acho que ele está tentando pegar né, quem sabe agora tu consegue: “Não, imagina tu tá louco?” Eu falei: “Eu não, você é que tá louco de fazer tanto exame assim, de expor tantas vezes assim, a de repetir situações de pegar um vírus.” Então é uma orientação um pouco mais diferenciada, mais dura, mais pra procurar a pessoa e dar um chacoalhão mesmo: “O que é isso, pra que fazer tantos exames assim?” “Ah, mas é o preservativo que estourou.” Aí vem aquelas desculpas das mais variadas: “Olha, tudo bem, mas eu to preocupado contigo, tomara que dessa vez se repita de novo.” Ou então aquelas pessoas que vem e estão em janela imunológica, aí tem que voltar pra repetir, pra ter certeza. Aí volta porque tá em janela de novo. Aí volta, tá em janela de novo. Ah, puxa, o que tá acontecendo, porque tá vindo de novo, não precisa fazer exame. Ou tu adota as medidas preventivas que a gente oferece e distribuimos preservativos enfim, ou você para de fazer exames e vê uma hora mesmo mais tarde pra pegar o resultado positivo. Você quer saber a data exata que você contraiu o vírus? Por isso que tá fazendo tanto exame? Então é uma orientação um pouco diferenciada, pra quem faz muita repetição. A não ser que é gestante né, quinto filho, quinto exame, é aquela gestante que faz o pré-natal adequado, bem caprichado, o marido também vem. Também profissionais de saúde. Profissionais de saúde a gente sabe que apesar das orientações de biossegurança, um ou outro acaba se picando, sofrendo algum acidente então, eventualmente, esses profissionais vêm fazer o exame também. Profissional do sexo, profissional do sexo rompeu o preservativo, não deixa de ser um acidente de trabalho também, então é um pouco diferente esse tipo de situação.

26. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

O aconselhamento é bom quando você percebe que a pessoa conseguiu entender o que você transmitiu pra ela, ela conseguiu avaliar os riscos que ela tem, que ela comete, as situações que ela se expõe. Quando ela consegue perceber, criar consciência dos comportamentos que ela tem que não são adequados pra você se prevenir de DSTs e adotar medidas pra que mude esses comportamentos. Assim que eu percebo que o aconselhamento é válido. Você percebe quando a pessoa caiu à ficha e diz, principalmente as mulheres: “Puxa, nossa, é verdade, mas ele não usa o preservativo masculino, como é que eu faço?” Eu falo: “Não, mas a gente tem o feminino.” “Ah, então eu vou levar!” Aí ela vem e faz um cadastro, e eu percebo mais, isso não é nem tanto na hora do aconselhamento, porque na hora do aconselhamento todo mundo se desespera: “Ai meu Deus, quanta besteira que eu já fiz.” “Ai que medo do meu exame dar positivo.” No momento do aconselhamento, a maioria das pessoas se assusta mesmo porque tem uma história de práticas sexuais inadequadas ou de drogadição. A gente, pra mim, eu percebo melhor quando é mais efetivo o aconselhamento quanto no balcão, quando eles vêm pegar o preservativo, que a gente distribui uma carteirinha, aí vem àquela carteirinha lotada, cheia, toda completinha de que tá vindo toda semana pegar preservativo ou das mulheres que levam o preservativo feminino como experiência e depois voltam pra fazer o cadastro com a enfermeira: “Puxa, essa aí o marido não quer usar mas não está tendo escapatória porque ela está vindo pegar o feminino.” Assim que eu vejo que o aconselhamento é mais efetivo, que ele está funcionando.

[E quando ele é ruim, como você vê que ele é ruim?]

Quando as pessoas vêm aqui por obrigação. Aí a palestra assiste olhando, lendo os cartazes, dormindo. Quando você orienta e você percebe que a pessoa mente e você procura contornar, mas a pessoa está

mentindo e você percebe pelas fichas que a gente tem, que a gente preenche. Você responde uma coisa ali, depois cai em contradição numa outra questão. Aí você: “Puxa, essa pessoa, vou ter que gastar um pouco mais de tempo com ela, dar um pouco mais de atenção pra ela.” Aí você procura dar um pouco mais de atenção, só que já vêm com preconceitos formados, então aquilo, às vezes, que eu falo: “Não, não é pra mim!” Às vezes, você entrega resultados positivos e a pessoa não percebe, não entende o resultado positivo, daí a gente tem que marcar uma nova consulta. [Eles associam que: é positivo, é bom?] Às vezes sim, às vezes acham que não tem problema nenhum, porque hoje aids é uma doença controlável, é uma doença crônica e não é, hoje se morre ainda muito de HIV. [Quer dizer que o coquetel pode ter trazido a mentalidade também de que a doença...] Pra algumas pessoas eu acredito que sim, até pacientes, que chegam aqui já muito debilitados, já com o estado de saúde já bastante comprometido, mas nunca fez nenhum tipo de tratamento. Começa a fazer o tratamento aqui com a gente, dá alguns meses e tá com a saúde ótima de novo. CD4, CD8 lá em cima, carga viral lá em baixo, aí acha que aquele remédio não é tudo aquilo, aí começa a ser um pouco mais negligente com o tratamento, com as medicações e aí o vírus vai criando resistência, vai comprometendo. Então os anti-retrovirais foi um avanço muito grande pra epidemia, fazer com que as pessoas mais tardiamente venham desenvolver a aids. Ao mesmo tempo, algumas pessoas já acabam acreditando que os anti-retrovirais são remédios que curam. “Não, não cura, mas se eu tomar o remédio sempre eu estou legal.” Aí muitas pessoas se convertem religiosamente: “Ah, Deus agora me iluminou.” “O meu pastor veio e falou que quero fazer um outro exame acho que eu não tenho.” Com os remédios, as medicações, com o acompanhamento médico, os pedidos de exames CD4, CD8, carga viral, a medicação faz a carga viral baixar bastante, faz o CD4, CD8 elevar, a pessoa fica com uma saúde bacana e aí algumas vezes relaxa o tratamento e aí complica.

27. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Ih, puxa! (pausa) Sugerir, montar um programa de aconselhamento?

[Isso, hoje existe esse programa de aconselhamento, se você fosse sugerir uma reformulação, um novo, o que você sugeria? Uma melhora pra esse, alguma coisa assim.]

(pausa). Olha, eu sugeria fazer treinamentos, até como a gente faz aqui com o programa Educar a Vida, com os professores, com os alunos. Promover mais treinamentos, pra que todos possam ser multiplicadores, que a gente tenha aqui muitos multiplicadores. Que a gente faz treinamentos pra que as pessoas se tornem multiplicadores das informações, de metodologias de prevenção. Porque com muitas pessoas sendo treinadas, tendo acesso à informação e se capacitando elas podem, na roda de convívio, estar propagando cada vez mais. E eu acredito muito no boca-a-boca. Então de repente: “Ah, a (...) é (nome da profissão omitida), ela tem uma linguagem diferenciada.” De repente a minha linguagem não é a mesma do usuário do serviço, mesmo eu procurando ser o máximo possível pra que a pessoa me entenda. O nosso programa de redução de danos, por exemplo, usuários de droga, ele funciona e eu acredito que é um dos melhores programas de prevenção, porque nós temos usuários nos nossos programas, ex-usuários, entende, porque existe a mesma linguagem. Então eu acredito que aconselhadores aqui nós somos só 5 e a população toda é muito diversificada, então acredito que montar um programa de aconselhamento para o Ministério da Saúde como seria? Eu acho que até já existe um pouco disso, mas eu acredito que é isso, formar mais multiplicadores e mais e mais, fazer um assunto super corriqueiro, apesar de que já é, mas cada vez mais ainda. [A prevenção pelos pares?] Claro, sim. Com certeza. Imagina só, de repente um aconselhador que não mantém relação sexual vamos dizer, não tem um parceiro fixo, não tem nenhum parceiro, sei lá, porque que padres, a igreja católica preza, o uso do preservativo não se usa, aliás, o preservativo é condenado, sexo só pra procriação. É complicado, então eu acredito que você tem que ter uma vivência, você tem que ter uma experiência da realidade do usuário do serviço pra você poder transmitir e falar na mesma linguagem que ele, você saber mais ou menos como é a realidade dela. Se eu não tenho relação sexual com ninguém como é que eu vou fazer uma orientação adequada com essa pessoa, entende?

28. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

(Contemplado em outras questões, resumido a seguir) Nossas atividades extramuros são nosso chamaris, nossa propaganda, é daí que vem a nossa população.

29. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

(Contemplado em outras questões)

30. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Olha, eu acredito que é no dia a dia mesmo, conforme vai aprendendo sobre questões de sexo vai aprendendo sobre questões do uso de preventivo. Hoje a gente tem esse programa Educa a Vida que trabalha nas escolas, que é muito mais fácil você trabalhar prevenção, ensinar um jovem de 15, 14 anos a usar o preservativo e fazer ele entender que isso é o correto do que você pegar um senhor de 50 anos, 60 anos, que nunca teve a necessidade de usar preservativo e agora ter que usar. Existe uma incidência, até que significativa, de pessoas que se contaminam já próximo da terceira idade, ou porque enviuvaram, ou se separaram. Na história de vida deles nunca foi importante usar o preservativo, no máximo que podia acontecer era uma gonorréia, uma sífilis, que era facilmente tratada. Hoje em dia existe a questão da aids, então, trabalhando mais precocemente, o quanto antes, eu acredito que seja mais, acredito não, tenho certeza, que é mais eficaz do que quando a pessoa que já tem uma certa maturidade. Que aí as resistências são maiores para o uso. Então acredito que as escolas hoje estão fazendo bastante esse papel de estar orientando, até a própria mídia. A maioria das pessoas, eu acredito que aprende em casa, na rua, com amigos, com colegas e aprende de uma maneira não tão correta, porque a gente orienta aqui também no nosso aconselhamento pré-teste e a gente mostra o uso do preservativo aqui. O feminino, por exemplo, é novidade pra maioria das pessoas, o preservativo feminino e o masculino mesmo, que a maioria das pessoas já conhece, já existe há muitos anos, as pessoas ainda, quando a gente diz: “tem que prender a ponta e desenrolar até a base do pênis, o reservatório de esperma não deve ficar com ar...”, pra muitas pessoas isso é novidade.

31. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Sim, durante o aconselhamento coletivo, da orientação coletiva, eu faço alguns questionamentos. Como eu falei pra você: “Quem sabe usar preservativo?” “Ah, eu sei, eu sei, eu sei...” Na hora todo mundo fala: “Eu sei me prevenir.” Então eu peço: “Vai lá, faz uma demonstração pra gente.” Quando a gente vai fazer palestras fora, é sempre assim.

32. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Durante a orientação coletiva, a gente orienta sobre o tipo de exame que está se fazendo. Metodologia de ELISA que é o padrão no Brasil todo que é feito o exame de HIV, apesar de ter Western Blot e a imunofluorescência, mas são exames confirmatórios. Então a gente explica o que significa esse exame, o que esse exame vai detectar. Esse exame não detecta o vírus, detecta anticorpos, então eu faço toda uma explicação, acredito que fica bem didático, que todo mundo entende. Eu falo que nós temos um quartel general, aí tem os microorganismos que a gente não vê. [Faz uma analogia?] Isso, é. Aí entra um bicho estranho no nosso corpo que a gente não vê, aí os nossos guerreiros do nosso quartel general lá na guarita vê: “olha tem inimigos, invasores.” Aí treinam soldados, os nossos soldados são nosso sistema de defesa, então eu procuro fazer uma brincadeira assim. E já faço uma ponte com o resultado de exame do neném, filho de uma mãe que é HIV positivo, que o resultado dele dá positivo, mas a mãe fez o tratamento como é que deu positivo, só que não passou o vírus, a mãe segurou o vírus, só transmitiu as defesas. Isso eu falo tecnicamente, pra quem gosta de ouvir tecnicamente, a maioria das pessoas não entende, então eu falo de uma maneira bem figurativa, uma historinha mesmo eu conto: Desde que os soldados, os inimigos entram no corpo, a guarita identifica, vão lá no primeiro confronto de guerra, as nossas defesas não conseguem resistir ao vírus do HIV, que é um vírus forte. Aí eles voltam pro quartel e são treinados especificamente, aí eles vão combater, mesmo assim não são fortes o suficiente. Aí o exame de HIV é pra verificar quem tem esses soldados treinados pra combater o HIV. Ninguém tem um soldado pra combater um inimigo que não existe, e aí eu vou questionando, vou perguntando sobre as dúvidas e as pessoas vão se colocando.

[E sobre a janela imunológica, os usuários costumam entender?] Olha, na hora que você faz a orientação, parece que a maioria entende, parece. Mas como volta muita gente pra fazer o exame eu não sei se entendem muito bem. É como eu te disse, antes minha orientação demorava uma hora e meia, só falando, é muita informação de uma vez, a hora que chegava em janela imunológica, nossa, já não assimilou. Hoje diminuiu esse horário de orientação, então eu acredito que a janela imunológica hoje está sendo um pouco mais compreendida. Mas, mesmo assim, não é todo mundo. Acredito que uns 60, 70% saem sabendo sobre janela imunológica porque voltam. Os que estão em janela voltam, aí não precisa passar pela orientação coletiva de novo, é só trazer a carteirinha de preservativo e aí que eu vejo que a orientação foi bem aceita e bem assimilada, respondendo a pergunta, quando a pessoa vem buscar preservativo ou quando a pessoa volta pra sair do período de janela imunológica e mostra a carteirinha.

33. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

É a gente até já falou um pouco sobre isso. A gente procura na medida do possível, falar na mesma língua do usuário do serviço. Se eu for muito técnico com um andarilho, ele não vai entender bulhufas o que eu vou falar. Então, pra mim o aconselhamento quando é, bastante efetivo, é quando você coloca um vínculo suficiente para a pessoa se sentir à vontade, colocar do jeito dela, e, você tem que ter jogo de cintura, maleabilidade para procurar falar a linguagem dela. Lógico que você não precisa falar errado “pobrema”, óbvio, mas quando consegue falar a linguagem dela. A gente consegue fazer isso.

34. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica? Por que?

Auxilia, a gente tem muitas pessoas que vem fazer o HIV que já tem uma preparação diferenciada, não sei se já foi treinada, se já teve algum tipo de capacitação. Enfim, eu acho muito válido quando tem pessoas na sala de palestra, de orientação pré-teste, que já fizeram capacitação ou já fizeram exame, ou que tem conhecimento, que participaram de algum treinamento, porque aí os questionamentos são mais interessantes. Porque orientação coletiva e a individual? A coletiva porque tem pessoa que tem dúvidas, mas não consegue se colocar, então acaba aproveitando a questão do outro, sendo uma dúvida sua mesmo. Então quando a pessoa tem conhecimento, que é uma minoria da população que vem aqui, aí fica mais dinâmica, mais interessante à orientação. No individual, algumas pessoas acabam não se sentindo a vontade para se colocar e daí acabam indo embora levando dúvidas. Então, quando tem pessoas que já tem algum conhecimento, algum tipo de treinamento é muito mais válido, mais interessante mais proveitoso.

Interfere, quem tem condições financeiras melhores, teoricamente tem mais acesso à educação, tem uma cultura um pouco melhor e isso facilita um pouco. Andarilho por exemplo, que é a população que eu mas trabalho, que são mais usuários de drogas, andarilhos, moradores de rua, são pessoas que não tem orientação, ou, mal tem o primeiro grau completo, então a informação é diferente, é diferente. A informação chega diferente para esta pessoa. O tempo que ela passou estudando, a gente tem programa de orientação nas escolas, hoje, então quem estuda mais, vai ter mais oportunidade de estar tendo mais acesso as nossas informações. Quem não é um pouco mais complicado. Apesar de a gente trabalhar mais com as escolas públicas, municipais e estaduais, do que com as privadas. [Há resistência maiores destas escolas, ou, é opção pelas públicas?] Há resistência, à medida que se tem mais acesso, também se julga um pouco superior, não só economicamente, mas, também culturalmente; isso não pra mim. A população que a redução de drogas injetáveis. Eu nunca distribui um kit para uma situação privilegiada. A nossa população é morador de rua, jovens que vivem mais na noite, vivem mais na periferia da sociedade. Então eu acredito que tem um pouco de diferença.

35. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia)?

36. O usuário vem ao serviço disposto a perguntar, apresentar seus pontos de vista, esclarecer suas dúvidas? Por que? Ele se sente à vontade para se expor, falar de si durante o processo de aconselhamento? Quem fala mais?

Acredito que depende do número de vezes que ele entrará em contato com o assunto. Nosso programa de prevenção, os meninos da redução, eles tem um mapeamento, eles trabalham quase que semanalmente, nas mesmas ruas, nos mesmos lugares, cada dia um bairro diferente, todos os dias eles encontram as mesmas pessoas, os mesmos moradores, as mesmas associações, então, conforme você vai sensibilizando, então, estas pessoas chegam aqui mais à vontade, participam mais, mais interativas, as orientações tem mais espaços. Agora tem pessoas que não, que vem fazem o exame, depois retornam para o período de janela e não entenderam nada. Aí voltam denovo. Eu penso que na medida que as pessoas vão se sensibilizando, vai ficando mais eficaz. Algumas não têm dúvidas, outras tem um milhão de dúvidas, umas questionam, outras não questionam. É difícil você, às vezes, saber isso da pessoa, se ela esta mentindo, quando esta mentindo, se está mentindo.

[Quem costuma falar mais, o aconselhador ou o usuário?]

Se tirar a parte da palestra, aí é o usuário. Se contar com a palestra aí... [A palestra é o coletivo?] A palestra é o coletivo. Senão com certeza é o usuário. Tanto no aconselhamento pré-teste, que a gente faz um pré-teste, quando a pessoa vem fazer o exame ela passa por uma orientação coletiva ou direto pra individual ou os dois e também tem o aconselhamento pós-teste, que a gente acha que, eu acredito, nós acreditamos que é tão importante quanto o pré. Que se você tem um resultado negativo, que ótimo né, então vamos fazer uma orientação pra que esse resultado continue e se perpetue pra todo sempre né.

37. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Sim, porque se faz toda uma sensibilização, vê o que a pessoa já conhece, vê a demanda da pessoa, vê o conhecimento que ela tem, ofertas novas metodologias de praticas sexuais, de uso de drogas. Tem umas orientações coletivas e individuais, utilizamos várias metodologias didáticas diferentes, vídeo, falamos, com certeza é supereducativo.

38. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Se considera apto para desempenhar esta função?

Nós aconselhadores aqui somos duas psicólogas, e as outras três são enfermeiras. O que a gente precisa ter? Primeiro, gostar do que faz. Para mim é importante que a pessoa em primeiro lugar gostar do que faz, se sinta à vontade, se coloca a disposição de ouvir, de escutar de atender o problema do próximo. E, lógico ter conhecimento da área. Ter a vontade, ter o desejo, ter treinamento específico, obviamente. Realizamos nossas reuniões quinzenalmente para trocar idéias, visto que as dificuldades surgem a cada dia.

Apto? sim, com certeza, adoro o que faço, acho muito bacana. O programa que coordeno, hoje são mais meninos, 18 a vinte e poucos anos, tem uma senhora de cinqüenta e poucos anos e a gente se dá super bem. Eu saio à rua com eles também, a gente fala a mesma linguagem, cheia de gírias também. Enfim, a gente adota bem o perfil, procura se espelhar bem no estilo de nossos usuários. A gente esta sempre fazendo pesquisa nos prontuários de nossos usuários. Procuro sempre traçar novas metodologias que conduzem a nossas realidades.

39. A educação continuada é importante para o desenvolvimento deste serviço?

Com certeza. A gente vai promovendo e a gente participando. Acho importantíssimo que isso acontece. A gente tem treinamento todos os anos aqui. Tem vários programas de prevenção e tem eventos destes programas e eu procuro ir. Semana que vem a gente está em (nome da cidade omitido), para trocar idéias, sair a campo com eles, eles vem e saem a campo com a gente, trocam experiências com a gente. Essa troca de informação é muito importante, até porque a aids é uma doença super nova, não tem nem 18 anos, que se estuda sobre a AIDS que se tem um conhecimento. As pessoas vivem muito mais tempo, do que antigamente em função destes estudos, acho impossível parar, por isso eu acho que é importante estudar. Eu não quero parar. A gente esta sempre se reciclando, mesmo em nossas reuniões quinzenais, o pessoal do CTA ou, o pessoal dos programas de prevenção em particular, as programações que a coordenação estadual oferece, sempre esta indo um de nós e depois estar repassando para os colegas, porque não dá para ir todo mundo, senão aqui fica sem, sem ninguém para atender aqui. Existe uma escala, não rigorosa, mas você foi naquele, agora vai você que ainda não foi. E a gente cobra o retorno dos que vão tanto em materiais, quanto o que ficou para ela, o que ela achou importante. Acho fundamental isso acontecer. Nós também promovemos muitos encontros, seminários, debates, treinamentos e nestas promoções que a gente faz, a gente procura se reciclar para não passar sempre a mesma coisa, estudamos para inovar, vamos usar outros recursos e com isso aprendemos muito, quando a gente treina outras pessoas a gente aprende também e quando a gente é treinada a gente aprende, é muito importante.

40. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Psicóloga, é claro, com certeza. Não, é assim, existe profissionais e profissionais, obviamente. Tem enfermeiras ótimas que fazem aconselhamentos maravilhosos. Temos uma menina que é bióloga, só que ela trabalha com a saúde, com HIV já tem uns 5-6 anos, e o aconselhamento dela é ótimo. Só que ela é bióloga. Então, eu acho que isso é de cada um. Depende, Há! Você fez faculdade na USP e você fez na UNIVALI. Qual o melhor profissional? Isso é muito relativo, se eu me formei na UNIVALI e sou uma pessoa muito dedicada, se procurei outras coisas além do que a faculdade oferecia, aquele que fez uma faculdade de renome e tudo, mas não se interessava. Eu vou puxar a sardinha para a minha brasa, para as psicólogas, porque tem toda aquela questão do vínculo, do saber ouvir, de colocar-se a disposição. Que é ... a gente respondeu a umas questões há um tempo atrás de pra coordenação estadual sobre o aconselhamento e as questões que estavam ali, muito do que respondi foi em função de minha graduação. Eu não sei se outro profissional teve as mesmas oportunidades que tive, se a minha grade curricular tinha alguma coisa semelhante. É diferenciada, a psicologia é um curso mais voltado para você estar ali escutando, a questão do vínculo. E, é o que já falei no início, o aconselhamento funciona melhor se houver um vínculo bacana, entre o usuário, o serviço e a pessoa que esta prestando o serviço.

[Eu poderia dizer que uma das competências do aconselhador é saber ouvir?]

Com certeza. Olha você saber ouvir, você não pré julgar ninguém, você estar livre de rótulos, de rotulações, rotular as pessoas, primeiro, se colocar a disposição. Aquele momento é o momento do usuário do serviço, não é o teu momento, é o usuário que tem que se sentir à vontade, você tem que esquecer tudo

que é de você, te dar de corpo e alma para o usuário, então todos os teus pré-julgamentos têm que ficar de lado.

41. Você acha que o serviço esta dando conta do recado? Esta fazendo o que se propõe?

Pois é, é complicado, né. Não sei. Sinceramente, a gente vê os índices não estão abaixando, pegando pelos dados que a gente tem da epidemiologia, os índices estão aumentando. A transmissão via sexual esta aumentando. A epidemia antes era mais com os homossexuais e UDI, hoje as mulheres estão se contaminando muito mais. É uma doença muito nova, 18 anos é muito pouco tempo, esses dados que fazemos no pré-teste são para poder trabalhar melhor em cima da prevenção, saber onde esta havendo as falhas. Eu falo pro pessoal aqui, para pegar no pé do pessoal: claro que a redução de danos é o melhor programa de prevenção, porque diminuiu muito a incidência de usuários de drogas injetáveis infectadas. Agora, as pessoas estão deixando de usar as drogas injetáveis, porque eles sabem que compartilhando seringas é um risco muito alto de contrair o HIV. Então, esta vendo uma evolução da epidemia. Homossexuais hoje, já não estão tão vulneráveis como era antes. Hoje, tem novas demandas, hoje são mulheres casadas estão apresentando bastantes resultados positivos. Então, a gente tem que a cada dia que passa, mudar as estratégias. Acredito que a gente esta evoluindo, está atingindo os nossos objetivos. Mas, à medida que a gente evolui as pessoas também vão evoluindo, vão criando situações diferentes. Hoje em dia o homossexualismo é muito mais aceito do que antigamente. Então, as práticas sexuais vão mudando, algumas coisas estão passando a ser mais normal do que antes. Então penso, que é uma epidemia bem delicada que a gente vem conseguido ter muitos resultados positivos, mas ao mesmo tempo o HIV vem aumentando. Mas, a população também aumenta. Hoje tem bem mais casos de câncer de HPV, mas, hoje se conhece mais, se estuda, se trata mais. (nome da cidade omitido) tem os maiores casos de AIDS do Brasil, mas, se vocês trabalham tanto a prevenção, como tem os maiores índices do Brasil? Por isso mesmo, por a gente ir atrás, por notificar, por registrar, por querer tratar. A medidas que as coisas vão evoluindo, a gente vai sabendo aonde o problema esta mais e ele vai surgindo e a gente vai pensar em novas metodologias para estar atendendo estes novos casos. A gente esta fazendo um trabalho com os prontuários de HIV e usuários de drogas injetáveis a mesma proporção de 30, 40 % . agora já não tem tanto. Antes nós trocávamos seringas, hoje nós oferecemos cachimbos, eles trocam as drogas injetáveis pelo craque. Hoje o craque esta sendo mais predominante do que a cocaína de forma injetável. Então esta tendo uma evolução e a gente tem que acompanhar e é difícil acompanhar. Por isso, que as pessoas tem muito preconceito, imagina, a mulher casada, não, não vou usar preservativo com meu marido para que, eu sou casada há dez anos. E sabe puxa, que por mais que tenha uma relação estável, é possível que, de repente encontra alguém interessante, esta numa crise na relação, é acontece muito. Mas, as pessoas negam, isso comigo não acontece e tem mulheres que brigam porque o marido esta com preservativo na carteira.

[Há pessoas que sabem destes riscos, mas, que opta por correr estes riscos?] Tem, tem muitas mulheres que vem fazer o exame e dizem: “Eu vim fazer o exame por que meu marido é muito serelepe.” Puxa, se seu marido é muito serelepe, então usa a camisinha. Há, mas não dá, ele não usa, ele não gosta ele não quer. Então a senhora vai vir aqui fazer esta montoeira de exame. Tem, tem de tudo aqui. Tem pessoas que vivem com outras que são portadoras e que não usam o preservativo. Vem fazer dois, três exames. Então, porque você sabe que seu parceiro é positivo e não usa preservativo, então porque fazer tantos exames se vira em mexe transam sem camisinha. “É, pois é, eu não sei...” não tem explicação. Naquele momento não estou nem aí, depois eu venho fazer o exame. [Como se o exame fosse reverter a situação de risco.] É, e também a questão dos anti-retrovirais trouxeram a questão da AIDS como uma doença crônica, e a AIDS não é uma doença crônica. Eu tenho pacientes HIV positivo que dizem eu parei a medicação por conta própria, eu estou me sentindo bem, eu estou legal. Não faz isso conversa com a doutora, porque a medicação não é agradável, tem muitos efeitos colaterais. Tem pessoas que estabilizam a carga viral, o CD4 e o CD8 então acham que não precisam mais usar. (Não foi transcrito o restante da fala, por não ser o objeto desta pesquisa a questão da medicação e ou a adesão ao tratamento.)

42. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Mais profissionais aconselhadores nessa área, pois, é difícil o trabalho, frustrante (às vezes). Não é fácil trabalhar com exame de HIV, com a frustração de ver que as pessoas não estão assimilando o que você gostaria de transmitir. Entregar resultados positivos para gestantes, é complicado, envolve crianças. Acredito que precisamos ter uma atenção especial com nós aconselhadores, é muito estressante. Procurar promover mais instantes, estratégias a mais, mais multiplicadoras. Hoje em dia as pessoas sabem que precisam usar preservativos, mas falta alguma coisa a mais para que elas façam deste conhecimento, uma mudança de comportamento. Nós da redução de danos não trabalhamos contra a droga, mas, sobre a droga. Nós aconselhadoras não trabalhamos contra o sexo, mas, falamos sobre sexo. A gente tem que conversar mais sobre isso, tem que ser um assunto mais falado, mais natural, sem misticismos, sem preconceito. Não se faz

orientação sexual com medo da filha começar a vida sexual um/dois anos antes do que o pai ou a mãe queria. Eu acho que é isso.

43. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?
Descomprometimento do usuário, sua falta de tempo.

44. Quais suas principais angústias frente ao aconselhamento?
Minha principal frustração é a falta de comprometimento do usuário. Pessoas que não conseguem ter uma percepção maior dos fatos, comigo isto não vai acontecer, eu confio no meu parceiro. Sinto uma frustração muito grande ao trabalhar com evangélicos, pois estes, não conseguem aceitar a via sexual como a principal via de transmissão, é difícil trabalhar este choque cultural, a questão da religião. A falta de orientação para os adolescentes em casa, por medo de estimular a iniciação sexual.

45. O que você gostaria que fosse o resultado do aconselhamento para o usuário? (reflexão, comportamento)
Que todos adotassem comportamentos seguros.

46. Ele fala a verdade? E aí? O que anota? Como é o registro?
Há! Se eu perceber que ela está mentindo eu procuro colocar para ela: “Você não está me enganando, você está se enganando”. “Porque eu estou me enganando?” Porque o que você diz agora, não condiz com o que disse anteriormente, então se você tem esta prática sexual, então você pode estar correndo risco sim. há por exemplo, eu transo só com o meu marido e não uso preservativo e o meu marido eu desconfio que ele tem relação extra. Puxa! Ai depois ele responde: Mas eu uso sim preservativo, não, não uso não, você falou que não. Então, a gente procura confrontar, eu confronto sim, quando percebo que existe contradição, alguma omissão, tentativa de me manipular, eu confronto. Eu procuro confrontar, a mim não vai fazer muita diferença o resultado de seu exame, para minha pessoa. Lógico, meu trabalho não está funcionando adequadamente, mas agora, o maior lesado é você. Se você está mentindo para mim, acontece muito na hora de você entregar o resultado, a pessoa chega aflita, nervosa, a pessoa está ansiosa, todos ficam ansiosos, mesmo que não tenham situações de risco, na hora de pegar o resultado todos ficam nervosos. Então, antes de entregar, eu leio a ficha, para eu poder entregar e dar as orientações de acordo com que ele falou no pré-teste. Então depois que eu faço a orientação, a pessoa suspira aliviada. “Meu Deus! Que alívio” mas porque esse alívio todo, você foi alertada, então porque de toda esta tensão? Sabe, é que na verdade eu omitir de uma relação. Pó, se você omitiu isso a maior lesada foi você. A orientação que foi feita para você foi feita de forma inadequada, eu confronto para ele se tocar. Ai a pessoa se coloca: “Puxa, que besteira que eu fiz, agora eu vou ter que repetir o exame”.

47. Existe espaço para reclamações do serviço?
Sim, aqui ou na própria secretaria, porém temos mais elogios.

48. Descreva um aconselhamento;
(Não contemplado nesta entrevista.)

49. Uso de material didático. Álbum seriado.
Eu gosto, eu acho que as figuras são bastante chocantes, elas ilustram bastante do que eu estou falando, porque se você estuda alguma coisa só escutando, só ouvindo é um órgão sensorial que você coloca para trabalhar, se você escuta e escreve, já são duas maneiras diferentes de estar assimilando o conteúdo. Se você escuta, escreve e vê, então, quanto mais órgãos sensitivos você estiver usando, vê uma figura, escuta sobre ela, vê uma pessoa falando, então acredito que é mais eficaz. [O fato de estas figuras serem chocantes, você acredita que auxilia mais?] Eu acho um pouco chocante, mas, acho importante, mas acho legal que elas sejam como são, são fotos bonitas, bem feitas, em tamanho natural. Algumas até não em estados tão avançados. Mostra a realidade e a verdade, a realidade ninguém gosta de ver. Eu gosto de mostrar o condiloma, as verrugas. É uma epidemia muito maior que a AIDS. As pessoas olham e dizem: Ui! que feio, que nojo. É feio mas, uma de cada 4 mulheres tem o HPV, que causa câncer de colo de útero. E aí em cima do choque que a pessoa tem eu procuro trabalhar em cima. Eu acho importante, bastante válido.

Entrevista semi-estruturada 2

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Aqui não. Recebi treinamento em (nome omitido), eu vim de (nome omitido). Mesmo porque aqui não entrei no quadro de aconselhadores, sou de outro quadro, do administrativo, sou cedida para o aconselhamento, lá eu sou aconselhadora [do projeto bem-me-quer.] agora final do ano participei de mais três treinamentos. [Questionei se ela estando em desvio de função poderia participar de treinamentos dirigidos a aconselhadores?] Aqui não. Em (nome omitido), não sou aconselhadora do CTA e sim do projeto Bem-me-quer, com profissionais do sexo. E é assim, precisa de alguém no CTA, eu sou cedida para o CTA. O quadro do CTA, tanto aqui, quanto lá já é fechado, já tem seus funcionários. E com certeza se fosse abrir vaga, eu não conseguiria participar do processo seletivo devido a minha profissão. Então é uma coisa que o MS realmente deve rever. Mas, eu acho que seria muito interessante que por aqui eu também participasse dos treinamentos. Mas, é uma coisa que a gente ainda não discutiu, eu estou aqui desde Dezembro, é pouco tempo. (...).

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? Vem de conselho?

Uma conversa, um momento muito especial, momento onde a gente tem a intenção de despertar na pessoa a consciência, assim, a gente passa para as pessoas as informações que, às vezes, até aquele momento elas não tinham se tocado. É o momento em que elas se tocam dos comportamentos de risco, que elas estão tendo em frente as DTA/AIDS. Até aquele momento não haviam se tocado que pode ser perigoso e a partir desta conversa elas passam a perceber que realmente podem ter conseqüências serias.

Não é conselho. Muito pelo contrário, há bem mais trocas, o aconselhador escuta bem mais do que fala, responde. É o momento em que a pessoa, nosso cliente, vai tirar suas dúvidas, expor suas fraquezas. Então ninguém fica aconselhando. A gente passa as informações e a pessoa decide o que faz, não ficamos dizendo o que fazer.

2. O aconselhamento é rotina ou obrigação?

Rotina.

3. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? O que é mais difícil?

Eu acho que é a troca que ocorre entre o aconselhador e o paciente/cliente/usuário. Que é o respeito, que é esse sentir que ele pode se abrir, que ele pode falar, então ele se torna mais receptivo as informações. Então você vê que ocorre realmente uma intervenção comportamental, que parece que vai mudar o comportamento que ele tem. Acho isso muito importante.

Consigo. Não é sempre que se consegue, mas felizmente, na maioria das vezes. Porque não depende só de você, mas, é frustrante quando a gente não consegue.

4. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Depende muito do cliente, pois se é aquela pessoa que já tem um pouco de informação, que lê bastante, ou que já fez outros aconselhamentos. Que já assistiu palestra na faculdade, no trabalho. Enfim, ele chega, às vezes, com mais dúvidas, mas facilita muito. [Questionei quanto tempo?] Individual em torno de 20, 30 minutos no mínimo O coletivo também. Isso tanto o pré como o pós. Então, um resultado positivo, vai depender da aceitação do paciente, se ela estava esperando, se foi bem trabalhada no pré, pra ter esse resultado ou não. Tanto que é assim, quando você faz o pré da pessoa, vê a história da pessoa, a gente fala sobre o resultado, diz, você tem que se preparar para os dois resultados, você se expôs em riscos, e ela teima em achar que não, o resultado vai ser negativo, negativo. E você questiona se for positivo 'Há! Se der positivo eu me mato'. Ou isso e aquilo. E as chances são grandes de ser positivo, a gente o encaminhamento para o psicólogo, antes do resultado do exame, independente do resultado. (...).

5. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

Eu realmente fico muito feliz quando eu vejo que realmente consegui tocar a pessoa. Quando ela diz: 'Realmente agora eu entendi e acho que vou conversar com meu parceiro, trazer ele aqui para conversar, fazer o exame.' Da necessidade e importância do uso do preservativo, a importância de fazer o exame durante a gestação, tanto o homem quanto a mulher, por que o pai também tem grande participação, precisa fazer o exame, para tirar o período de janela imunológica. Então essa é uma satisfação. Você conversa com uma gestante que veio fazer porque o médico mandou e não por que ela acha importante, mas porque o médico mandou e nisso ela entende a importância. Começar a usar o preservativo é uma grande satisfação.

[Não foi bom] *Quando uma pessoa bate o pé que não: 'Tenho certeza que o exame vai dar negativo.' Mesmo nunca tendo usado preservativo, tendo comportamento de risco, quando se julga capaz de julgar, de avaliar se uma pessoa é portadora ou não. Mesmo quando ao final do aconselhamento a pessoa ainda bate o pé assim. 'É uma pessoa que conheço há anos e vive sempre comigo...' Quer dizer, eu não consegui passar para ela diferença entre HIV e Aids. Por mais que você converse a pessoa não esta receptiva a este tipo de informação. Isso é uma tristeza, quer dizer que não adiantou.*

6. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Bom, em primeiro lugar eu iria mudar algumas coisas, por exemplo, eu sou bióloga, aqui exerço a função de aconselhadora, faço os papéis, mas o MS não reconhece oficialmente que alguém que não seja médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social faça esse papel. Eu acho que o MS precisa se abrir para novas áreas, que são essas pessoas que estão estudando biologia, imunologia, quem são estas pessoas que estão estudando esta pandemia. Por que muitas vezes, você abrir uma vaga para aconselhadora apenas para estes profissionais, não quer dizer que você esta escolhendo os melhores [Muitos ruídos externos que dificultou a transcrição.] acho que isso é uma grande discussão para o aconselhamento, precisa dar uma averiguada nisso.

7. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

Desde que virou regra o exame de HIV no pré-natal, aumentou muito o número de gestante. Ai, devido a Janela Imunológica, e o avançado estado da gestação à gente não tem tempo de ficar repetindo o exame, então tem que trazer o parceiro. A maioria dos homens no horário que nós estamos funcionando, eles estão trabalhando e eles não vão deixar de trabalhar para vim fazer o exame. Então, a gente ampliou um horário à noite, um horário noturno, para as pessoas que trabalham, para eles poderem vir. Ai começou a aumentar o número de homens, mais, ainda, a maioria são mulheres. [Questionei o fator cultural, da procura ao médico]. Exatamente isto, normalmente a mulher devido à gravidez vai mais ao ginecologista e ele encaminha para a gente. E também, o trabalho, o homem precisa estar muito doente para deixar o trabalho e ir ao médico. A mulher se cuida mais e então, vem mais.

8. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Parece-me que foi contemplado na questão 12.

9. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Com a gente ensinando. A gente ensina, a gente traz a prótese, mostra os detalhes. Sempre que a gente faz palestras, pergunta se sabe usar, se alguém já estourou o preservativo e normalmente, tem alguém que já estourou. Então, por mais que digam que saibam usar, que conheçam o preservativo masculino, eu sei pôr. Mesmo assim, a gente sempre ensina detalhe por detalhe e mostra onde pode estar as falhas que fazem estourar o preservativo. A mesma coisa com os meninos, a gente pede para eles colocarem e mostra onde esta certo e onde esta errado. Eu acredito que seja assim, a gente mostrando e pedindo para eles colocarem.

10. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Sim.

11. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Não, não pergunto. Mesmo porque, é assim, nós temos uma demanda muito maior do que a gente poderia atender. Sempre tem uma demanda maior do que a gente pode atender. Quando a gente faz o aconselhamento, tu tenta fazer os focos principais, porque depois tu vais ter mais um período individual com ele, que daí ta, se a pessoa tiver bastante duvidas ou não, vai usar este tempo a mais. Mas o que você fala, você tem certo tempo para concluir.

12. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

Eu acredito que normalmente ele compreenda bem. Até porque a gente não fala igual com todos, não mesmo. (...) Você conhece nosso formulário? Por ali tiramos várias informações sobre ele, nível de escolarização, se tem graduação, a profissão, quantos anos têm, em que bairro mora. Por ali você já tira, já

tem um parâmetro de por onde você vai falar. Nosso aconselhamento é coletivo, já conversaram isso contigo. Então quando estou dando o aconselhamento coletivo, inclusive eu sempre peço licença para todos, que eu vou falar da forma mais simples possível, para que todos compreendam. Então, por exemplo, quando vou falar do exame de CV e DC4 eu falo o que é o exame de CV e CD4 e digo: agora vou simplificar, vou chamar o Vírus de bandidos e o CD4 de soldado. Sabe, para que isso não fique na dúvida. O ideal é que tenha bastante soldado e pouquinho bandido. É isso que o médico está confirmando nos exames. Então, a gente sempre transforma no que é mais fácil para a pessoa entender. Tem, por exemplo, para populações específicas como os profissionais do sexo, então quando você vai conversar com elas e para você ter certeza que elas estão entendendo, não estão entendendo, se elas estão no nível de estudo inferior, fala pênis e vagina, elas não entendem. Quando tu vais explicar o uso do preservativo tem que falar na linguagem delas. Então eu acredito que a maioria dos profissionais faz isso para elas poderem entender. (...).

13. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica? Por que?

A situação socio-econômica ajuda, mas não é um padrão. Às vezes, a gente pensa que quem tem uma graduação, tem um fator econômico melhor, então sabe mais, mas, nem sempre é o que acontece aqui. Às vezes, até pode ser que saiba mais sobre algum tema, mas chega e busca temas aqui com a gente que a gente não sabe o resultado. Sobre incidência da cidade, mas, ele quer dados mais detalhados, depende do paciente.

14. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia)?

Olha, eu acredito que uma grande maioria possa usar. A questão do uso do preservativo, por exemplo, a gente conversa com a gestante, ela fica assustada com os riscos que pode correr, fica até assustada, sabe que pode dar um resultado positivo, que precisa usar, mas ela não sabe negociar em casa. Ela tem medo do marido, ela tem medo de ser rejeitada por ele. Ela precisa de crédito e tenta trazer ele para conversar com a gente, para ver se a gente consegue tocar ele também. Mas eu acredito, pelo que tenho visto, pelo que eles estão falando, que esta havendo muita mudança de comportamento. Estão aderindo muito mais ao preservativo. Pela conversa que estamos tendo (...) acho que você deveria fazer um aconselhamento, entenderia bem mais fácil. (...) Hoje em dia, a maioria dos nossos casos positivos são entre casais. Quando a gente fala isso no aconselhamento coletivo, isto choca. Por que não é mais usuário de drogas, gay, não é prostituta. Não, este povo está usando o preservativo para se cuidar, quem não está usando são os casais. Porque os casais não estão usando? 'Há! Porque confia'. Uma discussão bem interessante. Confia, e os dados estão aí confirmando que a aids entre os casais continua aumentando. Eles começam a sentir isso. (...) Há uma mudança, não é o ideal, mas, é um começo.

15. O usuário vem ao serviço disposto a perguntar, apresentar seus pontos de vista, esclarecer suas dúvidas? Por que? Ele se sente à vontade para se expor, falar de si durante o processo de aconselhamento? Quem fala mais?

Com certeza. A grande maioria das vezes. [Salientei que o aconselhamento envolve questões tão íntimas, a exemplo, da sexualidade, do uso de drogas, se mesmo assim, o usuário se sentiria bem para se expor] Com certeza, porque desde o início da conversa a gente expõe pra ele a questão do sigilo, a gente expõe para ele que só ele terá acesso, que vão ficar no prontuário dele e que se ele quiser ter certeza do resultado, ele sabe que vai ter que passar o maior número de informações para a gente. Muitas vezes, no início da conversa, você percebe que ele está mentindo, mas quando você mostra a possibilidade de que se ele não for fidedigno nas informações, o resultado não pode ser interpretado com certeza ele se abre. Ele se contradiz. Quando você pergunta e lê demora a responder ou responde de cabeça baixa, você sabe que ele não está falando a verdade. Olha, pode começar com um pé a traz, mas no decorrer da conversa, se abre.

Depende, tem pessoa que chega ao serviço com a intenção única de fazer o exame, por exemplo, o teste do pré-natal. Aí a partir do momento que começa a conversar a assistir a palestra surge um milhão de dúvidas. Aí começa a perguntar, a tirar suas dúvidas. É uma troca, não dá para dizer quem fala mais.

16. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Acredito que sim, por causa [Interrompe a frase]. Eu entendo como educação, você está ensinando alguma coisa para alguém. Então tem muita coisa que é novidade para as pessoas. Inclusive assim, uma coisa que eu sempre pergunto ao usuário, pelo que passa na TV, que vocês vêem na mídia, vocês sabem a diferença entre HIV/AIDS. Eu acho que é o grande foco do problema. A maioria das pessoas não sabe a diferença. Elas acham que sendo seus parceiros bonitos e saudáveis não precisa usar o preservativo. Então acho que seria de extrema urgência estar vinculando isso na mídia para as pessoas gravarem mais,

entenderem melhor a diferença entre HIV/AIDS. Há, então seu parceiro que esta contigo hoje, nunca te traiu, mas esqueceu o que houve antes de você. Portanto, pode ser portador do HIV e ter te contaminado. Então são coisas que as pessoas não sabem, não esta assimilada e é a maior dificuldade.

17. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Contemplada na questão 19.

18. A educação continuada é importante para o desenvolvimento deste serviço?

Eu acho, sempre. Acho que nessa área que a gente ta, de imunologia, biologia, DTS/AIDS cada dia há um dado novo de pesquisa, de medicação, então acho que a gente tem que ta sempre se reciclando. Acho super importante, participação em congressos, todo é válido, em treinamento. Acho super importante mesmo. Principalmente na área do aconselhamento. Não basta dois ou três treinamentos, tem coisa que com o tempo, a rotina, as pessoas acabam esquecendo. Então é interessante.

19. Qual(is) profissional(is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Eu realmente, não acredito que existe uma profissão que seja melhor para atender. (...) Eu tenho o conhecimento de psicólogos que não tem o dom de saber ouvir e assim pra médicos e enfermeiras...Enfim. Então eu acho... É aí que ta, a função de aconselhador é aconselhador. E obviamente tem algumas características, saber ouvir, principalmente, é [fez pausa para pensar.] ser uma pessoa sem julgamentos diante daqueles fatos que você esta ouvindo, não é porque você não faz, você não acha correto, que você vai dizer ao cliente que não é assim, que não é assado. Eu acredito que o principal é saber ouvir, saber acolher, saber respeitar as opiniões sem julgamentos e é claro, ter o conhecimento devido para poder passar as informações, saber como explicar para a pessoa. (...) Saber o que cada pessoa precisa saber nesse momento.

20. Você acha que o serviço esta dando conta do recado? Esta fazendo o que se propõe?

Com certeza, sim.

21. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

(...) reafirmaria a necessidade de aconselhamento individual e não apenas coletivo, era uma coisa que eu não aceitaria. As pessoas não podem se abrir falar de sua vida pessoal, ali na frente de todo mundo. É uma coisa que eu acho complicado. Bem difícil. Pra mim não serve, para mim não fecharia. Ninguém vai ser extremamente sincero se esta o vizinho, o pai do namorado, sei lá, mais pessoas dentro da sala. Eu acho que não é correto. (...) Tem locais que o aconselhamento é realizado por estagiário dentro destas áreas. Eu acho que uma pessoa sem graduação, não pode realizar o aconselhamento. Elas podem ao final da graduação fazer um estagiário, pra aprender, aí eu acho correto. Mas exercer a função de... Sem a graduação não. Tem que ter estrutura para saber entregar o resultado seja ele positivo ou negativo, é muito difícil. Tem que ter uma estrutura legal. As pessoas acham que é muito fácil entregar o resultado negativo. “Seu resultado deu negativo. Tchau”. Não é assim. É o momento de você resgatar ele e mostrar para ele: ‘Olha, mesmo com todas as cabeçadas que você deu, esta tendo uma nova chance, vamos aproveitar e tal’. E então, o resultado positivo? Nem tem estrutura, não sabe como trabalhar com isso, como vai orientar essa pessoa? Eu sei de locais onde pessoa que só tem segundo grau, nem tem segundo e exercem estas funções. [Em Santa Catarina].

22. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Eu acredito que em primeiro lugar, o usuário ele tem um entrave em relação ao tempo. Porque a maioria das pessoas que vem fazer o exame, elas não entendem a grande importância da palestra. Vieram para fazer o exame, você vê que eles estão sempre preocupados com o tempo, então quando começa a troca de informações e perguntas, aí muda a percepção depois que inicia a conversa. Aquele que mais se preocupava como tempo, quando entra na sala, é quem mais conversa. Então muda esta concepção, mas é um entrave. A principio você vê que eles estão com pressa depois é uma etapa que foi vencida. Uma grande dificuldade para o aconselhamento é a falta de informação da população, principalmente os mitos que ainda existem em torno do HIV/AIDS. Ainda ouço perguntas do tipo: ‘Pela quentura da cadeira do fulano pego AIDS?’. Esperava nunca mais ouvir isso, do mosquito. Então, ainda tem esses medos e mitos. Embora, tenha todo o processo de informação da mídea, ainda existe.

23. Quais suas principais angústias frente ao aconselhamento?

A maior frustração, quando realmente não consigo sensibilizar a pessoa. Não é que todo mundo que converse com a gente, tenha que sair daqui usando preservativo como bandeira, não é isso, mas que ele

saiba a importância do uso do preservativo, de estar conversando com o parceiro, do respeito, da traição, porque o problema é que a maioria das pessoas não toca neste assunto. 'Isso não acontece na minha casa.' 'Isso não acontece comigo.' Então para mim é isso, uma grande dificuldade é quando a gente não consegue fazer isso. A maioria não conversa com o parceiro sobre isso.

[Questionei se eu estando consciente de meus riscos, ainda os quisesse correr, qual seria seu posicionamento? Eu quero correr este risco. Quero ter a opção de escolher.] *Ótimo! Você disse para mim que você entendeu. Então se daqui a um ano você fizer o exame e der reagente, a gente já conversou, você sabia seus riscos e aconteceu. Você vai ser uma pessoa mais lúcida, na hora da gente conversar, na forma de entregar o resultado positivo. Diferente daquela pessoa que não tinha informação nenhuma e não tinha noção dos riscos que estava correndo. Porque tem pessoas que acham que é impossível delas pegarem aids.*

[Questionei mais uma vez, se o fato de eu não aderir à informação, lhe causava frustração?] *Não, não é o ideal, mas se você me dizer que entendeu e é opção sua. Não é frustração, não mesmo. Mas quando a pessoa me diz assim. "Isso não acontece comigo". "Isso não é problema, isso não é um risco". Ai é uma frustração, pois eu não consegui demonstrar para ela o risco que ela está correndo. Mas quando ela compreende, eu acredito que cada um tem o direito de fazer, com as informações, o que bem quiser. (...) O problema é quando a pessoa não entende o que falei e ainda acha que não está correndo este risco.*

24. O que você gostaria que fosse o resultado do aconselhamento para o usuário? (reflexão, comportamento).

Conseguir fazer com que eles entendam o que você está falando. Tem pessoas que é realmente difícil. Não sensibilizar alguém durante o aconselhamento é uma angústia. Resultado. Que eles não tivessem mais nenhum comportamento de riscos, nenhuzinho. Seria ideal todo mundo usando preservativo, não compartilhando seringas, fazendo tatuagem e colocando Pearce em locais especializados, né. Que não tivessem comportamento de risco.

25. Ele fala a verdade? E aí? O que anota? Como é o registro?
Contemplado na questão 15.

26. Existe espaço para reclamações do serviço?
Não contemplado nesta entrevista.

27. Descreva um aconselhamento;

Aconselhamento coletivo, eu não faço uma palestra, faço bem uma conversa, faço questão que eles participem. Pois, eu te convido, amanhã sou eu que faço a palestra, se quiser assistir seria bem legal. Eu começo falando sobre isso, o que funciona aqui. Ah! O centro de DST, por exemplo. O que se faz para não pegar uma DST, usar o preservativo (...) Eu gosto muito de saber o que eles estão sabendo, normalmente, só participa quem já fez exames outras vezes, é quem sabe, o resto não sabe mais, não consegue participar. Mas daí eu pergunto, mostro a foto das doenças, os sintomas, as divisões, falo a respeito do exame que eles vão fazer explico a janela imunológica. Explico a diferença entre HIV/AIDS. Se for positivo, o que vai acontecer com eles.

[Questionei se ela faz uso do álbum seriado oferecido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS.] *Sim, Uso o álbum seriado, fotos lindas, acho muito útil, acho chocante. Se você falar para eles; olha DST é doença sexualmente transmissível é uma coisa, quando falo é uma coisa, depois de ver aquelas fotos que chocam eles, o efeito é bem diferente, quando chegam na sala, faço questão de perguntar denovo para vê se eles entenderam. O feito é bem melhor. Claro você diz que algumas têm sintomas outras não, uns tem corrimentos outros não, mas, é importante você mostrar, eu acho.*

[Comentei sobre meu receio de que estas fotos tenham um efeito negativo].

Acredito que não. Eu friso bastante isso. Eu digo, ninguém vai dormir saudável e acorda assim. Isto aconteceu com o tempo. Logo que aparecer a primeira manifestação, qualquer irregularidade, procurar o médico. Acho legal assim, tem uma parte que mostra os corrimentos, os diferentes tipos de corrimento, amarelado, espumoso, sei lá. Da para mostrar a diferença e que os tratamentos são diferentes. Da para falar a questão do balcão da farmácia, o tratamento que serviu para fulano, não necessariamente vai servir para cicrano. É claro, vai depender de quem está falando, precisa dar o referencial, de que este é um estado avançado.

O aconselhamento individual, Primeiro conversa bem direta para saber o objetivo de. Porque você veio fazer este exame. Daí surge n respostas. (...) Não faço questões por questões, apenas converso. [pensamos na possibilidade de fazer um aconselhamento comigo, mas, o tempo disponível da aconselhadora já estava se esgotando, inviabilizando esta possibilidade]. (...) Se você for fazer com cada aconselhador, cada um vai fazer de uma forma diferente, a forma de abordagem de cada um é diferente, são visões diferentes. (...).

Outras considerações:

Aconselhamento coletivo é praticamente uma palestra que é dada. Nossas atividades extra-muros são muito requisitadas, palestras nas escolas, nas empresas, são o nosso marketing. Na seqüência, vem um catatau de gente fazer o exame, sabe. Porque daí se sensibilizou, se tocou dos riscos e ficou interessada em saber como esta. Felizmente tem esses projetos para populações localizadas, falta um pouco de projeto para a população geral (...) mesmo assim, chega população que não sabe, que diz 'nunca ouvi falar'. Tem diferença entre HIV e AIDS, nunca ouvi falar. Isso eu acho que é uma grande dificuldade.

28 O que é aprender? O que é ensinar?

29. Sua formação inicial contemplou os aspectos relacionados à educação?

Entrevista semi-estruturada 3.*[entrevista transcrita e revisada]*

Por que você trabalha neste serviço? Foi escolha? Gosta?

De qualquer maneira eu acho que é interessante, agora se você perguntasse pra mim: é o trabalho que você mais gosta? Não, aqui dentro agora o que eu mais gosto é o que eu faço lá fora, que eu posso ser mais criativa, que eu posso fazer de uma maneira mais, de uma maneira que eu acredito que seja mais eficiente. Isso aqui vira rotina, então cansa um pouco. Pouco criativo, pois repete, repete sempre a mesma coisa. Claro, repete a mesma coisa, depende: às vezes a gente percebe que o paciente que venha diferente, então modifica às vezes no individual, numa orientação. Tem momentos que a gente se sente mais auxiliando, outras vezes aquilo é mais preencher um papel burocrático e deu, dependendo do paciente, dependendo do jeito que você tá.

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Fiz curso de treinamento com o pessoal do MS em (nome da cidade omitido). Trabalho com outros aconselhadores.

[E esse trabalho aqui dentro seria com os outros aconselhadores?] Isso, que foram me passando né... Sendo que assim (pausa) pra mim não foi muito difícil, porque como eu tenho especialização em psicologia da educação e psicomotricidade e a gente até passa por questões bastante complexas, coisas como a negação na psicologia e até psicanálise, então assim, escutar (...) para um aconselhamento eu tinha um pouco noção. Até porque, como eu trabalhava em um consultório pra atender crianças, pra fazer estimulação precoce, eu tenho que ter toda uma escuta dos pais, pra definir demanda. Às vezes a demanda do pai é uma, a demanda da escola é outra, a necessidade que a criança tem é outra, então eu acho que é um trabalho que não é muito difícil assim, pensar em escutar o paciente né, o que a gente tá atendendo aqui. Depois a enfermagem tem muito trabalho de promoção à educação e saúde, então aqui dentro evidente que quando a gente faz o aconselhamento, tem que ser uma coisa mais pontual, porque as pessoas têm horários, as pessoas também não tem uma disponibilidade. Então não dá pra gente entrar num trabalho, por exemplo, de oficina, de coisa do tipo, mas o trabalho que a gente faz extramuros aí sim. (...) com a saúde da família, em parceria e a gente colocou como eles queriam que trabalhassem com as mulheres de maneira geral porque as mulheres estão se contaminando muito. Aí a proposta primeira começou de que era pra trabalhar com o grupo de mulheres que fazem bordados, mas aí a gente chegava lá elas não queriam escutar daquilo, era uma coisa como se a gente invadissem. Daí começaram a pedir então pra gente marcar, daí o que acontecia: quando era marcado que ia ter a palestra sobre a AIDS a maioria não vinha. O que elas queriam era ir lá aprender a bordar, não era escutar sobre isso. Então, eu comecei a fazer parceria com a saúde da família, então daí a gente trabalha com uma perspectiva de trabalho um pouco diferente. Eu não sou a chata que fala só sobre DST Aids, eu sou aquela que proporciono um trabalho de saúde da mulher, então a gente faz oficina, quando começa o primeiro grupo fazendo oficina, onde elas descobrem ou elas vão colocar as suas dificuldades em relação à sua saúde, o que elas entendem, o que elas não entendem. Daí elas apresentam, fazem cartazes, a gente trabalha com a questão da sexualidade e um monte de coisas. Em cima disso, elas é que vão definir qual é o tipo de orientação que elas estão querendo, então tem várias orientações e a gente chama às vezes outros profissionais. Como eu falei ali, a gente faz oficina de alimentação, daí tem as estagiárias de nutrição da Univali. Às vezes vai o ginecologista falar sobre o climatério, outras vezes vai se falar sobre câncer de mama, de útero e tem um dia que se tem uma palestra mais específica em relação à sexualidade, DST, HIV, Aids. Mas o que eu consigo fazer em cada encontro desse, sempre tem uma hora em que é falado um pouquinho dentro da temática, depois a gente consegue colocar alguma coisa assim ó: “mas não adianta nada disso se a gente não se prevenir, a grande ameaça hoje é o HIV”. Aí para um pouquinho, elas tiram algumas dúvidas, apresenta a camisinha, distribui camisinha (...) entra nessa programação como um tema transversal, ele tá sempre presente, mas ele não é a temática principal sempre, é uma coisa um pouco mais ampla (...) a saúde da mulher que é uma coisa mais ampla, o que tá dando um resultado bem interessante.

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? Vem de conselho?

Eu acho que tem a parte informativa no aconselhamento e tem a parte de escutar. Que você tem um tempo pra tá escutando o que esse paciente tem, o que tá trazendo ele até aqui, quais são as suas dúvidas. E você é o profissional que está disponível pra isso. Aqui dentro a gente trabalha assim, com esse aconselhamento de grupo, que a gente tem uma demanda muito grande, então nem sempre daria pra fazer um trabalho realmente de promoção à educação e saúde quando é aqui, entende?

[Você considera que o trabalho educativo é mais efetivo nos trabalhos extramuros do que aqui dentro?]

Ah, eu acho que sim. Porque lá você tem uma participação das pessoas, a interação se estabelece de um outro jeito. Aqui algumas vêm pra fazer o exame, elas não estão muito interessadas em escutar nada, mas sempre alguma coisa fica, eu acredito. E o que a gente tenta é ter informações mais rápidas, falar daquilo que você acha que é importante, mas dando uma disponibilidade de que ele possa perguntar e de que, se hoje ele não pode ficar pra saber mais, mas que você abra um espaço pra ele voltar se tiver necessidade. Eu tento fazer desse jeito, sempre abrir um espaço pra que ele possa voltar se ele tiver necessidade. Então ele percebe um apoio, ele percebe que o serviço tá dando pra ele um diferencial em relação ao atendimento, que a gente tem interesse em relação à pessoa em si, à sua história, às suas angústias e se não for hoje, se ele precisar de outro dia ele pode voltar. (pausa) Agora, claro, ali é bem pontual né, as informações.

2. O aconselhamento é rotina ou obrigação?

É obrigatório. É desse jeito que funciona. E eu diria pra você que o aconselhamento acaba sendo uma maneira de planejamento da instituição. É que toda instituição acaba tendo suas regras, algumas metas do estabelecimento, a gente acha que é a melhor maneira. Eu acho que você não pode tá trabalhando assim com uma questão de: “Ah, quem quiser faz, quem quiser não faz o aconselhamento.” [Por quê?] Porque senão tem muitas pessoas que querem só tirar o sangue, mas isso não significa que elas não tenham que estar escutando alguma coisa. O escutar algumas informações ou você abrir a possibilidade que a gente tá disponível pra eles poderem se colocar ou que a gente tá disponível se não for pra hoje, pra outro dia, isso faz uma diferença. Às vezes eles podem entrar ali não querendo participar da palestra, mas a maioria eu acho que se sensibiliza com ela. Nesse sentido, de que você pode não tá querendo escutar muito aquilo, mas sabe que o serviço tá te proporcionando uma possibilidade de lidar com a doença dele ou de passar informações ou de valorizar ele enquanto pessoa, de ser apoio. Fora que eu acho que tem algumas coisas que são necessárias: a pessoa tem que saber que tipo de exame ela vai fazer, eles não sabem, tem que saber, mas isso eles não sabem antes de participarem. Então eles podem até achar um saco antes, a hora que eles escutam eles percebem que tem algumas coisas ali que foram importantes serem informados, até pra eles saberem que resultados que vão pegar, ou os riscos que estão correndo.

3. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? O que é mais difícil?

4. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Eu penso que é adequado. Porque se ele for muito longo, ele dura de 20 minutos à meia hora, se ele for muito longo você passa informação demais e fica cansativo. E até porque, como ele é uma coisa obrigatória às pessoas têm horário, tem um monte de coisa. Elas se esquematizam pra vir tirar o sangue, então não dá pra se estender muito, eu acho.

Em torno de 20 pessoas por palestras. Por aconselhador uns cinco às vezes até oito. a entrega do resultado é mais cansativa, tem resultado que é dolorido. A entrega nem sempre é como mesmo aconselhadora. Dependendo de quem esta designada para entregar naquele dia. Não tem agenda para o aconselhamento. Faz-se um monte de anotações da história de vida. O código “R” de reagente. A entrega do resultado carece de reforço às informações, encaminhamentos e agendamento.

[E o numero de pessoas atendidas por dia, cada aconselhador, é um numero adequado? Sobrecarrega muito?]

Tem dia que a gente tem, no máximo que a gente aceita são 15 pessoas. [Por aconselhador?] Não, 15 pra fazer a palestra. O aconselhador, no máximo que é estabelecido é 5, mas tem dia que você faz 8, é cansativo quando você atende muito, principalmente quando você atende muito pra fazer entrevista e depois ainda você, como hoje o meu dia, de entrega de resultado. A entrega do resultado também é... nossa! Tem resultado às vezes que é dolorido, que o paciente te suga tudo ali, sabe? E aí é difícil continuar. [A entrega do resultado é feita pela pessoa que fez o aconselhamento ou qualquer outro aconselhador pode entregar?] Não, funciona assim: tem dias estabelecidos. O meu dia é terça-feira. terça-feira sou eu quem dá a palestra e entrego o resultado, mas sempre tem alguém que me ajuda no aconselhamento individual. Eu faço o aconselhamento coletivo e o individual tem alguém que me ajuda, uma ou duas às vezes. [Mas digamos assim: as pessoas que passaram por você pra fazer o aconselhamento individual, eles só pegam o resultado com você ou pode pegar com outro?] Não, pode pegar o resultado com outro. [Com outro?] Pode. Porque não é agendado nem pra vim, nem é agendado pra pegar o resultado. Não tem agendamento, a gente estabelece, explica ali como eu falei ali pra ele, daqui a 15 dias provavelmente vai tá pronto, é provável, então ele pode ligar pra saber se chegou e daí ele pode ter a opção de escolher um horário e dia que fique mais viável pra ele vir pegar. Só que a gente anota várias informações, esse paciente que você viu eu

fazendo, eu não anotei nada, só preenchi mais os dados assim, mas conforme a história do paciente eu faço um monte de anotação. Então a gente na hora que vai entregar a gente lê primeiro aqui. [Vocês primeiro pegam a senha no caso, pegam o resultado, depois chamam o paciente pra entrar?] Não, a gente tem um código: quando é positivo, tem um R no... [No envelope?] No envelope lá. [Um R?] Um R, de reagente. Então você já tá preparada que aquele é reagente. Quando não tem nada é porque não é reagente, daí a gente abre, deixa-me pegar pra mostrar pra você: eu abro, vejo o nome da pessoa aqui e já abro direto aqui. Claro, eu vou entregar dizendo que não é reagente aqui tá o resultado junto, te entreguei, não é reagente, isso significa que você não tem nada, que você tá bem. Aí eu já vou ler aqui algumas informações pra ver, as informações que a gente acha interessante pra quem vai entregar o resultado ter e aí conversa com o paciente. Que não é porque o resultado deu negativo que eu não tenha que conversar com eles denovo. [Seria um reforço do aconselhamento?] Isso, do pré-aconselhamento.

5. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

Pra falar a verdade a gente nunca mediu isso realmente avaliando, o ideal era ter até uma pesquisa pra se ver a eficácia disso, então vai ficar muito mais dentro da minha percepção. Eu acho que o aconselhamento é bom quando eu me sinto que consegui passar as informações que a pessoa queria, que a pessoa interagiu, que a pessoa perguntou e criou um vínculo entre eu e o paciente de maneira que eu percebi que ele ficou à vontade, que ele conseguiu perguntar, que eu consegui passar as informações. Ou, às vezes, uma pessoa que está meio contrariada, uma pessoa que tá angustiada, que eu consegui parar, escutar o que ela tinha pra me dizer, às vezes, até fazia encaminhamentos, às vezes, a gente encaminha pra psicólogas. Se você pegar uma pessoa que veio fazer o exame e tem toda uma probabilidade de ser positivo e ela te coloca uma angústia muito grande, que ela não vai suportar ficar esperando esse resultado durante 15 dias, a gente tem que encaminhar pra psicóloga. A psicóloga atende até três vezes por semana se for necessário. [A psicóloga é a mesma que também faz aconselhamento ou é uma outra?] Não, é uma outra. Uma que trabalha com assistência. [E dando positivo, o paciente será encaminhado pro psicólogo e pro médico?] É, ele é encaminhado conforme as suas necessidades. Aqui mesmo eu já posso encaminhar pro médico por causa de uma DST (longa pausa) ou pro psicólogo por uma angústia. Ou, às vezes, por até outras coisas, que tipo: eu vejo que a pessoa tá muito angustiada, que queria fazer um exame ginecológico, por exemplo, que nunca mais fez e que daí no posto dela ficou muito complicado pra ela conseguir e tal... Mas isso é uma postura muito minha, porque eu sou enfermeira e eu acho que na enfermagem a gente tem muito essa coisa assim de gerenciamento e de dar solução, até porque eu acho que o diferencial do SUS é esse: o paciente chega aqui, você não tem que ficar focado só naquilo que você tá fazendo, você tem que escutar mais e tentar solucionar o problema dele. Nesses dias veio uma pessoa aqui, só pra você vê do que está se tratando, ele tava com um problema dermatológico e daí ele resolveu vir fazer esse exame de HIV porque como ele tentou, foi no médico do seu bairro, não resolveu, era um médico da família, tomou remédio e não deu. Foi na central, mas não conseguiu um dermatologista, então foi pra um clínico geral, também não resolveu, que a especialização de dermatologia aqui é mais difícil, acho que só tem um pro município inteiro. Então ele falou, eu resolvi fazer exame de HIV, mas ele não tinha histórico de risco e também, porque nem aquilo que ele tinha ali me parecia que se fosse alguma coisa relacionada com uma doença oportunista de HIV, entende? Não era disso que se tratava. O apelo daquela pessoa me pareceu outro e daí ele falou que ele ali as pessoas são bem atendidas, que ele tem um amigo que veio aqui que falou o que a gente era e que ele só confirmou isso. Que a gente era muito legal, que a gente dava atenção, que a gente isso, que a gente aquilo... E me falava sobre o seu problema dermatológico. O que ele tá me pedindo? Ele tá me pedindo: Olha pra mim, vê se tu consegue um encaminhamento. E eu fiz, liguei e consegui agendar uma consulta com um dermatologista pra ele. Então, às vezes, a gente faz essas coisas e eu acho que o serviço é pra isso. E não é porque ele era meu amigo, ou ele era meu parente, ou ele era isso. Ele era um paciente que o que ele tava precisando era daquilo, não vou te dizer que eu consigo tudo, mas aquilo que eu conseguir eu tento fazer.

[E quando você considera que um aconselhamento não teve um bom resultado? Não foi bom no desenrolar dele?]

É complicado porque é assim: tem coisas que não dependem só da gente, quer dizer, tem uma coisa tua e uma coisa do paciente. E, às vezes, essa escuta, esse vínculo, a expectativa do paciente. Algumas vezes você tá achando que tá fazendo um ótimo trabalho. Então a expectativa do paciente é uma, a sua é outra e dá um viés. Vou te dar um exemplo disso, pra ficar mais claro: (pausa) tem uma senhora que tá se tratando aqui que foi há muitos anos atrás faxineira da minha mãe. E ela começou a se tratar, chegou muito ruim, tava super bem, agora ela é evangélica, botou na cabeça que Deus curou e que ela não precisa mais fazer o tratamento. E ela tá ótima mesmo, mas ela parou de tomar os medicamentos, então isso foi super questionado pela médica, mas a gente não pode obrigar o paciente se ele não quer se tratar. E aí ela quer agora a prova disso com o exame, então como ela me conhecia e tem uma relação de afetividade ela me procurou pra fazer o exame. Eu fiz, escutei tudo o que ela tinha pra me dizer e falei assim pra ela: “Que às vezes o que Deus quer da gente é uma provação, não significa que Ele vai fazer milagres como você tá

acreditando, às vezes, você ta bem pra tudo, mas o exame vai continuar dando positivo, até porque eu nunca presenciei esse tipo de milagre, mas eu não vou ta questionando isso com você.” Então eu vou bater de frente com ela, entendeu? Com respeito, eu falei, só que você tem que ta preparada pro exame dar positivo. E se ele der positivo, como é que vai ficar a tua fé? Ai talvez Ele vai colocar isso em provação, eu falei. Daí ela me escutou e disse assim pra mim: “Então esse exame que eu fizer, eu vou tentar me conformar, você quer me dizer que sim. Eu fizer o exame e o exame der positivo eu vou aceitar e eu não vou precisar repetir então?” Eu falei: “Não, se ele der negativo é porque ele é negativo, se ele der positivo, é porque ele é positivo. Você não vai precisar repetir.” Então ela saiu com isso na cabeça. Quando ela vai pegar o resultado de exame com outra pessoa, essa pessoa, como ela já era paciente, ela não esperou o resultado confirmatório, ela entregou o resultado pra essa paciente só com Elisa reagente. Só que quando a gente tem um resultado Elisa não vem o papel escrito, só vem pra nós do laboratório escrito num papelzinho e a gente passa aqui Elisa reagente. Porque, na realidade ele vai pra confirmatório e quando tiver o Western Blot e Imunofluorescência prontos é que volta, entendeu? Então o que aconteceu com essa paciente? A aconselhadora explica pra ela então que o exame dela tava dando positivo e ela se revolta porque o que ela queria era um resultado negativo. E ela diz: “Então ta, então me dá o papel onde ele ta positivo.” Ela fala: “Não...” Porque ele explicou e ela não escutou, entendeu? Que aquilo era só o Elisa que tinha... Resumindo, quando ela voltou pra falar comigo, ela me procurou porque estabelecia uma confiança comigo, por que? Porque numa historia anterior de relação aí né, de afetividade. Então ela me procura e o que ela entendeu. Ela entendeu que foi negado pra ela o resultado do exame dela, e quando foi entregue mais tarde o resultado quando veio da Imunofluorescência ela achou que era um outro exame e que teve um que não entregaram. Então no que ela se apega? Que aquele que não entregaram era o resultado negativo. Daí conversei com ela tudo denovo, daí ela fez o exame denovo, tentei convencê-la de que teve um engano, e teve. Eram duas pessoas, uma escutando o que queria, quer dizer, a paciente não tava escutando o que a aconselhadora tava falando, entende? Se queixou, talvez faltou do aconselhador, não sei, um pouco de escuta: parar e deixar ela falar tudo, tudo, tudo, tudo, tudo. Ele começou a dizer, então vamos lá, vamos tirar o teu sangue denovo, vamos repetir esse exame. E ela tava louca quando ele dizia que ia repetir o exame, porque ela dizia: A (nome omitido) falou pra mim que não precisava repetir. E mais ainda ela tava se achando enrolada, e na realidade o aconselhador tava querendo mostrar pra ela que se ela duvidava daquele resultado ela tinha possibilidade de fazer um outro, entendeu? Então isso é um aconselhamento mal sucedido, por que? Porque teve uma comunicação falha. Onde que estava a falha? Dos dois pares. A paciente veio querendo uma resposta, uma expectativa que não foi correspondida e daí nada que a aconselhadora falava pra ela fazia efeito, entendeu? E todos nós estamos expostos a isso. Ai, claro, é nessa hora que a gente tem que ter o suporte. Tem que vir um outro que vai dar conta de desfazer isso. (Pausa) Isso a gente tem, a gente tem um trabalho de equipe daí.

6. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

(Longa pausa) Eu acho que é uma coisa que o Ministério já ta tentando fazer, eu acho que a gente tem que cada vez descentralizar mais, não ser um posto que fique funcionando como aquele que vai ser detentor de... não sei porque nos postos não tem pessoal treinado mesmo, lá vai fazer o pré-natal, vai colher, já cada um ta atendendo a sua demanda, em cada posto de saúde básico. Eu descentralizaria mais, eu acho que é muito centralizado.

7. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

(Longa pausa) Ah, eu acho que é a população em geral. É, só que a gente acha, não sei se a gente acha ou se sou eu. Eu tenho a sensação que é um público mais... é uma camada da população menos diferenciada economicamente. São pessoas de classe média pra baixa, são pessoas mais... (pausa) com um diferencial socio-econômico... [economicamente menos favorecidos?] É, é, são, são.

8. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Tem diferença. Eu acho que a gestante agora ta mudando um pouco com essa historia de que pré-natal humanizado, hospital amigo da criança, todo esse incentivo do parto normal. Eu acho que a gente ta criando aí uma coisa mais diferenciada em atendimento de pré-natal. Tem muita gente fazendo grupos de pré-natal, as gestantes estão sendo muito mais trabalhadas, promoção da educação em saúde em grupos de gestantes aqui em (nome da cidade omitido) aqui tá forte; Isso faz a diferença. Faz a diferença pra maneira que ela vem fazer o exame, ela aceita mais, ela sabe que aquilo vai ser bom pra ela e pra criança. É muito comum vir casal fazer o exame, já vem encaminhado, porque já ta participando de todo um trabalho educativo e de promoção e saúde. Então eu acho que eles estão vindo mais preparados, mas a gente ainda

tem coisas desse tipo: gestante que vem contrária, que vem mesmo só por obrigação. Mas, às vezes, algumas se surpreendem aqui, com aquilo que escutaram, se sensibilizaram, trazem aí o companheiro, aí dizem assim: Ah, eu achei que ia ser chato, mas foi legal! Outros não, outros vêm aí só por fazer, até porque quando ela primigesta (Primeiro filho) acho até que ela se sensibiliza mais, mas quando já é o 5º filho elas já acham um saco né, 3º filho, tem que ta sempre repetindo o exame. Se bem que a gente faz o seguinte também: se a pessoa faz pouco tempo que assistiu à palestra ou ela participou de palestra lá fora, na comunidade, ela vem aqui e só colhe o sangue, não precisa participar da palestra, a gente faz também. Agora, é claro, aquele que vem apavorado, ele vem procurar o serviço, uma demanda que é dele, o desejo ta nele, é diferente. É diferente, mas às vezes também, ele vem muito mais esperando um resultado, eu acho que da maioria, vem esperando um resultado negativo. Às vezes muito ansioso, às vezes é um paciente difícil de estar trabalhando. (pausa) Mas é diferente.

9. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Quer que eu seja bem sincera, bem sincera? [Sim, bem.] Então assim: o problema maior de DST Aids está na sexualidade, eu acho assim. Quando se trata de se cuidar, às vezes usuário de droga injetável, vai usar a seringa descartável, ele faz um esforço bem grande e também acaba às vezes pondo mais risco na relação sexual. Pra mim, não é à toa que a relação sexual é o meio de maior contaminação, por que? Porque relação sexual é uma coisa extremamente subjetiva, não tem educação, que faça. Essa educação informativa, ela não dá conta. Você conscientiza, conscientiza, mas o ato sexual tem aspectos inconscientes na minha maneira de pensar, que você não dá conta. O que faz eu ter tesão? O que faz eu ter tesão às vezes é o risco? O que faz eu ter tesão, às vezes, é ter vários parceiros? O que faz eu ter tesão, às vezes, é estar submissa ao outro? Então se a gente for ver o que faz o outro gozar mesmo, são tantas questões onde o risco fica presente, e o uso da camisinha né... Ele sabe que tem que usar, mas ele não usa. E é por isso que eu acho que as pesquisas estão muito quantitativas: quantos usam camisinha, quantos não usam, quanto isso, quanto aquilo. E pesquisa qualitativa? Ta faltando! Pra saber, qual é a lógica que faz a pessoa, se ta usando camisinha, não ta usando, o significado, o que ela sentiu... Tanto que eles têm consciência e, às vezes, já foram trabalhados e que depois eles vem apavorados aqui, sabem que eles fizeram errados. Consciência eles tem, agora na hora não fazem.

10. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Ah, ali não muito. Aqui no trabalho não muito. Não dá muito tempo pra isso, é mais informativo, aqui. (pausa) No individual às vezes, às vezes. Mas quando eu faço o trabalho lá fora eu acho que essas coisas são mais bem trabalhadas. [Lá fora são mais trabalhadas?] Isso, isso. Até porque minha população é mulher e mulher é extremamente submetida ao homem usar o preservativo; A gente faz várias questões sobre isso.

11. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

A gente faz algumas dinâmicas. A gente faz algumas dinâmicas aonde essas coisas vêm assim entre linhas, não assim de microorganismos exatamente, mas assim pelas dinâmicas que você faz e você nunca sabe na aparência se o outro ta contaminado ou não ta. Mas essa relação de não é porque a pessoa ta super bem que ela não vai ter. Se ela é bonita, se ela é feia, essas coisas a gente trabalha. Nessa perspectiva, não de microorganismos exatamente, mas na perspectiva de que você nunca sabe quem vai estar contaminado a gente trabalha. É isso que você ta querendo saber? [É, se ele consegue abstrair esse conhecimento, essa questão...] Da janela? [é.] Eu acho que ele consegue, eu acho né! Eu acho que você tem que dar uma explicação que é viável de entender, que o exame que vai fazer é um exame que não vai ter o vírus, que não vai ser capaz de isolar o vírus, é o anticorpo e o anticorpo quem fabrica somos nós. Quando a gente faz trabalho mais educativo, quando a gente quer multiplicadores essas questões são trabalhadas mais minuciosamente, por exemplo, quando a gente trabalha com as crianças, no projeto educar vida, eu sou a pessoa que vai dar a palestra sobre o HIV-Aids; Eu falo de imunologia mesmo (...) como é que o vírus entra na célula, mas aí é porque é uma clientela diferente, pra população em geral a gente trabalha isso numa outra perspectiva, mais nessa perspectiva assim de ele perceber que não é olhando assim pela aparência que ele vai saber se ta contaminado ou não, que a questão hoje é uma questão de vulnerabilidade que não é de grupos de risco e a questão da janela pra ele entender que o exame não vai se você se contaminar hoje te dar o resultado imediato, se ta contaminado ou não.

12. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

Bem, como é que eu vou saber isso, eu também vou te perguntar, não sei. O que você achou da palestra? (riso) Você achou que o nível que é dado, você participou só dessa? [Só dessa.] Eu não sei, eu não poderia te dizer. Eu acho que é assim: tem uma diferença. Eu vou responder como professora, como eu dou aula na Universidade, o que a gente percebe nos alunos: Você dá um texto pra ler e todo mundo lê o mesmo texto. A leitura de mundo que você tem é diferente da leitura de mundo que o outro tem, então do que eu to falando, um assimila de um jeito. Claro, a essência do texto alguma coisa vai ficar porque aqui ninguém é esquizofrênico, então eu to falando a mesma coisa pra todo mundo, agora como cada um vai assimilar e a compreensão que vai conseguir fazer, eu acho que tem (...) que às vezes a gente não da conta. Eu to dizendo até porque quando a gente fez um desses trabalhos com os alunos, eu nunca imaginei que um aluno de 5ª série ia perguntar assim: “Qual é o tipo de droga que contamina o HIV, toda droga ou só aquela droga mesmo que vai entrar no sangue?” Que contamina não é a droga, então a gente teve que ta explicando melhor isso. Se você for pensar, nunca imaginei que alguém ia ter duvida disso, quando a gente diz que o usuário de droga pode se contaminar do HIV, nunca imaginei que alguém ia imaginar que era pela droga que se contaminava, mas essa pergunta veio. Então nesses momentos, às vezes, quando tem algumas perguntas assim, que você percebe que o que você ta falando não é nada do que o outro ta entendendo; agora, pra ter essa certeza, é complicado né. De maneira geral, eu acho que as pessoas acabam compreendendo.

13. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica? Por que?

14. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia)?

15. O usuário vem ao serviço disposto a perguntar, apresentar seus pontos de vista, esclarecer suas dúvidas? Por que? Ele se sente à vontade para se expor, falar de si durante o processo de aconselhamento? Quem fala mais?

Aí você ta entrando numa outra variável. Conforme for a pessoa, conforme for à expectativa dela, conforme o temperamento. Às vezes ela se coloca, às vezes ela esconde, tem uns que escondem inclusive a sua sexualidade. Quando você vai pegar o resultado, às vezes, é que o cara vai colocar que é homossexual, por exemplo. Outros já não, outros chegam aqui e falam abertamente. A gente tenta falar de uma maneira, a gente trabalha com a questão da sexualidade de uma maneira que a gente não faz julgamento e a gente tenta passar isso na palestra, na hora que eu to conversando aqui com a pessoa, sem muito julgamento. Isso, às vezes, dá a possibilidade do outro saber que você não ta fazendo julgamento moral, então dá abertura, mas nem sempre dá.

16. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Eu acho que é, agora tem que pensar assim: educativo em que ponto de vista. Eu acho que tem momentos que o aconselhamento aqui dentro é educativo bem informativo, alguém que fica só informando, agora um indicativo se a gente for pensar no processo ensino-aprendizagem, daí não sei, daí talvez os trabalhos lá fora sejam mais.

17. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Aqui tem que ser psicóloga ou enfermeira. Nós temos a (Nome omitido), que é bióloga, mas ela tinha vindo do CTA de lá e ela é uma pessoa super preparada, mas pra ser aconselhadora tem que ter o 3º grau, tem que ter faculdade, basicamente em enfermagem e psicologia. [É norma do Ministério ser enfermagem e psicologia?] Não, é aqui que se estabeleceu mais ou menos isso, mas a gente ta com a (Nome omitido) que não é, mas é uma pessoa ótima. [Mas não é uma exigência do Ministério?] Não, acredito que não.

18. A educação continuada é importante para o desenvolvimento deste serviço?

Acho que sim. Eu acho que deve ser continuada, deve cada vez ser mais descentralizada, não somos nós aqui que devemos estar fazendo essa educação, por isso eu acho super importante o trabalho com a saúde da família. Então assim, tem que ter o programa DST/HIV/AIDS dentro de um centro como o CTA aqui, que vai ficar responsável por isso, não acho que é assim, isso aí tem que descentralizar mais. [Mas em relação ao profissional aconselhador...] Ah, pra gente aprender? [Pra vocês.] Ah, eu acho que sempre, em qualquer lugar. Você sempre inventa uma técnica diferente, uma maneira diferente, você questiona... Eu acho que, pra falar a verdade, o que a gente tava precisando aqui era até de uma pesquisa pra avaliar isso que a gente faz, seria interessante. Pra se deparar com coisas que a gente nem sabe, às vezes.

19. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Ah, como é que eu vou te dizer. Eu não acho que tem que ter uma categoria profissional... como é que eu vou te dizer... Digamos que o psicólogo é uma pessoa que deveria ter uma escuta diferenciada, mas aí também tem o trabalho pessoal dele, se ele fez a terapia individual, não sei o quê, não sei o quê... mas, às vezes, o que pode ta faltando pra ele é mais conhecimento da doença, de tudo, mas aí ele também vai atrás e pode pegar isso. O enfermeiro, ele fica com o trabalho muito mais desse conhecimento biológico, da coisa e tal, mas não sei se todos têm uma escuta diferenciada. Então, querendo ou não, todos tem que ter um treinamento, tem que ter um preparo... [Não teria uma formação acadêmica específica que caracterizava o aconselhador?] Não, não. Acho que não. Agora, claro, ele tem que ser uma pessoa da área da saúde, acredito que sim, seria melhor. Mas teria que ter alguma coisa a mais, porque ser só da área da saúde não é garantia.

[Quais as competências necessárias pra um aconselhador?]

Ele tem que entender bastante daquilo que ele ta falando, em relação a um conhecimento científico das doenças, do processo todo e tudo. E eu acho que ele devia fazer um trabalho pessoal. Acredito que algumas pessoas que já tiveram algum trabalho de terapia pra estar com as suas questões resolvidas. Não totalmente, que a gente não se resolve totalmente, mas saber que algumas coisas que ta pegando em você... porque, na verdade, quando a gente ta com algumas questões mais resolvidas, nunca as coisas do paciente pegam em você, entendeu? Porque, quando ele for grosso, você deve saber que ele não está sendo grosso com você, às vezes, a situação dele que ta fazendo ele ficar naquele estado e daí você consegue desdobrar isso e fazer que a pessoa perceba que não adianta jogar em mim, entende? E aí eu acho que, se a gente tem essas questões mais trabalhadas fica mais fácil. Porque, na realidade, essa escuta que eles falam é uma escuta que ela tem que ser trabalhada nessa perspectiva, de você perceber o que é teu e o que é do outro. E, pra mim saber disso, eu teria que estar com um processo de percepção de mim maior, senão fica uma loucura: eu jogo tudo pro paciente, tudo o que o paciente joga pra mim eu acho que ta querendo encrencar comigo, ele é um grosso mesmo, daí eu já mando ele daqui porta à fora, não é isso. Esse momento é um trabalho de empatia que o cara vem como ele pode, é você que tem que estar escutando ele, e mesmo que ele seja grosso, que ele ta nervoso, ta ansioso você consiga dar conta daquilo ali sem achar que é direcionado pra você.

20. Você acha que o serviço esta dando conta do recado? Esta fazendo o que se propõe?

Eu acho que sim, sabe por que? Porque os objetivos, às vezes, são muito imediatos. A gente ta cada vez aumentando a demanda, os pacientes aqui em (nome da cidade omitido) chegam na Secretaria da Saúde, eles acham que o melhor atendimento que tem é aqui, então se a gente for olhar por esse prisma, a gente diria que ele ta conseguindo. Agora, se a gente quisesse realmente fazer uma avaliação do serviço, daí eu acho que a gente teria que estar estabelecendo alguma técnica, alguma coisa de avaliação mesmo, mas isso não existe, a gente nunca fez.

21. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Olha, a gente ultimamente ta fazendo reuniões quinzenais, isso está ajudando bastante, pelo menos a gente coloca as angústias, as coisas. Eu acho que o CTA ele está muito aqui junto com assistência, talvez a gente der o nosso espaço, que a gente vai mudar agora pra ir pra a nossa sede própria, a gente comece a ter mais autonomia. Nós temos uma coordenadora, ela é super legal, mas ela não tem muita autonomia, ela ainda fica assim muito subordinada à coordenadora do programa de DST-Aids. Eu acho que se a gente tivesse um pouco mais de autonomia a gente podia estar tendo uma satisfação melhor, entende? Não tem que ficar na expectativa do outro só, o serviço podia estar andando mais... a gente vendo qual a demanda, a gente percebendo qual a melhor maneira de trabalhar, horário e tudo. Tem algumas coisas que vem de cima pra baixo, isso é um saco. Eu sei que vem de cima pra baixo, da secretaria pra cá, da Secretaria de Saúde, então saúde pública no Brasil é complicada, porque a gente ta sempre trabalhando com uma política partidária, e em política partidária você sabe muito bem como é que funciona né! Mudam as chefias e daí todo mundo quer fazer uma coisa nova e ninguém quer validar aquilo que já foi feito, mas eu acho que isso é uma coisa bem comum de todo serviço no Brasil; Dessa coisa, quem vem quer fazer a sua marca e daí nunca valoriza e reconhece aquilo que foi feito de bom, então a gente tem essas questões também e esse problema daí às vezes não tem muita autonomia. Se for você que ta fazendo o serviço, você deveria ter mais autonomia pra ver como aquilo vai ficar melhor pros usuários e pros profissionais, porque se os profissionais estão bem eles também vão fazer um atendimento melhor. Acho que pega justamente por isso, porque às vezes tem decisão que vem de cima pra baixo. [Isso daria pra considerar como um dos principais entraves do aconselhamento, essa falta de autonomia, e o que mais?]

Eu acredito que sim. Ah, aí tem a questão da relação interpessoal no serviço e eu acho que isso não é aqui, é em qualquer lugar, tem algumas coisas às vezes que pega, com o pessoal mesmo, nas relações. E

agora com essas reuniões que a gente tá fazendo de 15 em 15 dias, então a gente tá digerindo algumas coisas porque a gente não vai poder estar mandando todo mundo fazer terapia, porque terapia você faz quando acha que tem necessidade, mas pelo menos esse trabalho assim eu tô achando que é legal. A gente pensou, o grupo e a coordenação, até tá pensando que quando a gente se mudar que talvez até ter um profissional, uma psicóloga fora da instituição que viesse trabalhar um pouco com essas questões de grupo, de relação interpessoal, eu acho que isso seria legal.

22. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Contemplado na questão 21.

23. Quais suas principais angústias frente ao aconselhamento?

A minha angústia maior vai ser uma coisa bem minha, bem pessoal. É que eu não gosto dessa coisa assim de rotina, falar todo dia a mesma coisa, dizer todo dia a mesma coisa... e a gente acaba estabelecendo o aconselhamento assim aqui, bem rotineiro, não muda muito. É aquilo que tem pra dizer, é aquele tempo, é aquela fita que eu não agüento mais ver, isso é um pouco complicado. Eu já pensei numa maneira de ser mais criativa, mas aqui dentro eu não consigo muito não, eu consigo mais lá fora. Eu gosto muito mais do projeto lá fora. (pausa) Essa coisa de parceria, aí a saúde da família se mobiliza, daí você conhece um outro profissional, aí cada encontro daquele é uma coisa diferente, é uma preparação diferente, é muito mais interessante.

24. O que você gostaria que fosse o resultado do aconselhamento para o usuário? (reflexão, comportamento).

25. Ele fala a verdade? E aí? O que anota? Como é o registro?

26. Existe espaço para reclamações do serviço?

Olha, o que existe atualmente, inclusive por Internet, não sei se todas as pessoas acabam tendo acesso, mas tá disponibilizado. Tem uma orientação do usuário do SUS, a cartilha, você já leu? Eles ensinam inclusive a fazer um ofício de queixa pra onde, dependendo o que você deseja. Aqui eles fazem muitas queixas lá na Secretaria de Saúde, às vezes, tem pra (nome omitido), pra coordenadora também, tem umas queixas. Mas é um posto que o pessoal coloca como diferenciado em (nome da cidade omitido), a gente não tem muitas reclamações.

Entrevista semi-estruturada 4.

[entrevista transcrita e revisada]

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Não. Tudo que aprendi foi no dia-a-dia. A única coisa que tive, depois que entrei no DST, foram às reuniões de Estado, os encontros da coordenação, de medicação, de impactuação, de contrapartida, de treinamento para desenvolver planos de ações e metas, que é o dinheiro que vem para ser usado, mas capacitações propriamente, para trabalhar dentro do DST eu não tive. Nem para coordenação nem para aconselhamento. Tudo que aprendi foi no decorrer do dia a dia, foi nas apostilas que fui lendo, que a gente recebe muito, sobre o aconselhamento e fui fazendo do meu jeito, mas fui fazendo do meu jeito. (...) Quando me vi na necessidade de fazer o aconselhamento, pois a psicóloga precisava se ausentar ou faltava, que precisava cobrir, a psicóloga me deu uma aulinha e foi lendo, as outras coisas. Muito do que aprendi foi com ela também. Mas ela já estava aqui, ela sempre fez parte da equipe DST/AIDS.

[Você falou em dinheiro, existe um recurso extra para o Programa DST, que não existe para outros programas?] *Não é que é isto, mas na verdade sim. É o DST/Aids, tem uma verba própria, ele tem (faz uma pausa e não completa a frase) antigamente ele tinha uma conta específica para receber o dinheiro que vinha direto do Ministério da Saúde, hoje, o dinheiro do DST/AIDS, para as ações do DST/AIDS são depositados fundo a fundo. É gerenciado da mesma forma que as outras verbas que chegam para os outros programas do município. Para receber esta verba a gente tem desenvolver um projeto. Não é simplesmente que o Ministério manda, para as ações simplesmente. A gente desenvolve um projeto um plano e recebe uma verba. Ano passado um projeto para a manutenção do serviço DST/AIDS. E este ano todos os programas do estado tem que desenvolver o Plano de ação e metas. Todas as programações do ano têm que relatar é um documento padrão que se preenche com todas as ações que estão previstas para serem desenvolvidas, tudo que vai ser comprado, equipamentos, medicação, preservativos, tudo que é referente ao programa, isso tem que estar escrito neste documento e todas as ações e com prazo de quando vão ser executadas e aí sim a gente recebe esta verba. Tem que justificar a vinda deste dinheiro.(...).*

[questionei se antes desta coordenação, se houveram muitas outras] *Não. O DST/AIDS de (nome da cidade omitido) já funciona desde 1998 e quem iniciou o programa se ausentou do município e outra enfermeira assumiu (...) passou 3 coordenações, Médicos 5 trocas, 3 em 1 ano. Toda equipe foi convidada a sair, por questões políticas (...). Essas trocas são terríveis.*

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? Vem de conselho? Olha o aconselhamento, na verdade é assim: nós temos um formulário que a gente preenchi, baseados naquelas perguntas da vida da pessoa, é que a gente vai perguntando para ela se usa droga, se usa preservativo, se não usa, quantos parceiros, se teve DST. Baseado nisso, a gente aborda as questões de prevenção, o aconselhamento, no meu entender e até pode ser que eu não esteja fazendo da forma mais adequada, mas a gente trata de prevenção, a gente aborda questões provenientes daquele questionário e diante das respostas das pessoas, a gente levanta, o por quê não está usando, a opção, o que levou ela a escolher a não usar. Eu no meu modo de ver o aconselhamento é abordar a prevenção mediante ao que elas estão relatando para a gente e explicar o que é o HIV, o que é o exame e o porque elas estão fazendo o exame. [questionei se o formulário é padrão para todo o Estado/] *Sim. O formulário é padrão para todo o Estado, e encaminhado pela coordenação estadual.*

Olhe se for pensar aconselhamento, aconselhar... Mas a gente não dá conselho, até pode ter relação, de português, mas o nosso papel não é dar conselho, a gente esclarece, tira as dúvidas, esclarece qual é nosso objetivo, nosso papel lá dentro, as pessoas trazem as duvidas delas, (...) falo da necessidade do uso de preservativo. Eu acho que se for pensar na estrutura da palavra mesmo acho que tem a ver.

2. O aconselhamento é rotina ou obrigação?
É rotina obrigatória.

3. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? O que é mais difícil?
Olha 1º eu deixo a pessoa falar, eu considero muito importante o que ela vai me dizer, primeiro e depois... Assim, eu falo, é... A gente aborda muito a prevenção em si, o cuidado, das parceiras, esclarecer os riscos da doença... Eu considero mais importante, primeira coisa, eu deixo a pessoa livre para contar o que ela quer. A gente tenta perguntar aquilo que tá lá no formulário, mas tudo enquanto conversa. Não em pergunta e resposta, pergunta e resposta. Até porque a gente já conhece o formulário, então a conversa vai fluindo, a gente não força a pessoa a dizer nada. Ela vai falando o que sente vontade de falar, às vezes, ela até volta para conversar, pois não conta toda a verdade na 1º vez. O que eu acho importante no aconselhamento por

parte da pessoa é deixar a pessoa livre, a conversa fluir, para ela contar o que se sente à vontade. E da nossa parte é abordar os riscos da doença, é falar do HIV propriamente, o que é a doença, o que é HIV.

Olha, o que é mais difícil, é quando a gente dá o resultado, principalmente positivo, isso envolve outras questões, pessoais, quando a paciente é gestante, que a gente entrega muito resultado para paciente gestante, aqui. Essa parte do aconselhamento é pior, de dar o resultado. E é assim, eu ainda acho que, independente do resultado, claro que dar um resultado positivo é pior, mas o que não é positivo, também é ruim, porque as pessoas de forma geral, elas encaram que a gente está ali para repetir, o que já falou no pré-teste, elas encaram que antes de fazer o HIV, a gente já falou todas aquelas questões quando a gente vai entregar, a gente frisa os pontos principais, não vai repetir tudo o que já falou, mas tenta frisar as principais. Eu percebo que algumas pessoas, nem todas, elas não aceitam isso. A impressão que dá é que: Eu já sei, isso tudo, você já falou antes, porque falar de novo. Abordar o assunto de novo, na entrega do resultado é uma coisa difícil. Mas, sem dúvida o pior de tudo é entregar o resultado.

4. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento? *Tem aconselhamento que leva uns 10' no mínimo, menos do que isso a gente não fica. Até porque há várias burocracias que precisam ser preenchidas, o formulário, o protocolo, a requisição, o envelope, o protocolo para o paciente. Ideal, necessário, uns 20', daria para abordar tudo o que a gente gostaria, deixar a pessoa à vontade para falar, não passar que a gente está com pressa, porque se a gente passa para ele que esta compressa ele acaba se privando de falar as coisas para a gente. No mínimo uns vinte minutos.*

5. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim? *Olha, Quando a gente entrega o resultado e a pessoa te faz pergunta, indaga sobre o HIV, os riscos, se interessa por aquilo que ele fez. Ele até fala algumas coisas, estou usando o preservativo, eu tirei minhas dúvidas, eu não estava tão consciente dos riscos que estava correndo,... É nessas horas que percebo que serviu o que a gente conversou lá dentro.*

Em contra partida, tem paciente que vem pegar o resultado e pergunta que exame fez. É uma decepção só. A gente fala, pergunta, deixa-o falar e ao final vem e pergunta o exame que fez. Ai acaba com a gente. Ai penso que não fiz nada certo. [Questionei se é muito freqüente essa situação?] Não. Não é muito freqüente. Outra situação que mostra que não funcionou é quando o usuário volta para fazer o exame de prevenção, "É bom prevenir". A gente explica que não é exame de prevenção, e ele vem para prevenir, a exemplo do papanicolau, e a gente sabe que não é assim. Quando a gente pergunta por que veio fazer o exame e ele responde: "Há é bom para se prevenir". Isso também acaba com qualquer um, a gente sabe que eles estão completamente mal informados. Quando a gente entrega o resultado e eles dizem que está tudo da mesma forma, que eles não estão usando o preservativo. Não teve êxito.

6. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Olha assim, A nossa necessidade hoje, é uma equipe maior, eu só faço aconselhamento se a psicóloga não esta. Se ela esta essa parte é dela, eu faço a minha outra parte, de coordenação. Então, hoje a nossa necessidade, é a estrutura física. A estrutura física é pequena, ficamos muito apertado, mas até dá para levar, mas se for ampliada melhor. E os recursos humanos, nossa equipe precisa aumentar, a gente acaba dispensando usuários, porque a demanda é alta e não conseguimos dar conta. Não é agendado é demanda livre, todos os dias, das 8 às 11 horas exceto as 4^a feiras, desde que assumi já não era feito, criou-se uma rotina, e não tem psicóloga(...), mas tem dias que é tanta gente que dá o horário de encaminhar o sangue para o laboratório e não foi tudo colhido. É difícil de acontecer, mas existe estes dias a gente não consegue suprir a demanda. Então hoje a nossa necessidade seria mais uma aconselhadora, que fosse mesmo capacitada e estrutura física. Porque, às vezes, a gente acaba fazendo o aconselhamento bem rápido, abordo as questões muito superficialmente. Porque a gente sabe que lá fora tem gente esperando. Se tivesse boa estrutura física e uma equipe com mais integrante, o atendimento seria bem melhor.

[Questionei quantos usuário são atendidos por dia?] Tem dia que chegamos a atender quase 30 pessoas, é muita gente, para uma aconselhadora. Quando a psicóloga ta é só ela que faz, eu só entro quando ela (psicóloga) não está ou quando tem muita gente, a maioria das vezes é só ela que faz. O aconselhamento não tem a qualidade de quando tu podes fazer devagar, quando lá fora não tem muita gente esperando, mas é uma pressão muito grande. Não adianta falar que a qualidade de aconselhamento é a mesma, porque a gente vai esta mentindo. A gente tenta antecipar, abordar as questões superficialmente para atender todos. Porque nosso produto final, o que a gente quer ao final das contas é fazer o exame HIV das pessoas é tentar achar os positivos perdidos por aí, que não sabem. A gente pensa muito que se demorar no aconselhamento a gente perde essas pessoas, dispensando essas pessoas elas não voltam, dificilmente elas voltam.

7. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

A demanda é a população mais desfavorecida. Classe média alta, (...) vem para fazer exame pré-operatório, pré-natal. De livre e espontânea vontade é a classe mais desfavorecida economicamente. Isto é fato. Pelos formulários a gente vê o perfil é praticamente o mesmo, sócio econômico baixo. E são os que mais dão positivo... 70% a 80% dos paciente positivos atendidos em (nome da cidade omitido) são carentes, de condições econômicas bem baixas.

8. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

O aconselhamento é a mesma burocracia, o mesmo formulário, é tudo igual nesta parte, mas obviamente, que as questões abordadas são diferentes. A mulher que chega casada a 10 anos relata, a gente não vai subestimar a resposta dela. A gente tenta perceber se ela esta sendo verdadeira... Uma vida que a gente considera normal, as questões abordadas são mais brandas, apesar de abordar tudo. Agora, quando é paciente que suspeita de estar com o vírus à gente investiga mais porquês, tem mais porque, tenta aprofundar mais a conversa, pergunta mais porque. As questões principais são as mesmas. A gente só conversa diferente porque as questões que surgem na conversa são diferentes. Uma mulher grávida que nunca usou droga, nós abordamos a questão da droga de forma diferente de um que suspeita ser positivo e é usuário de drogas injetáveis (UDI). A intensidade, importância que se dá a determinadas questões é que é diferente. A importância é que difere.

9. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Não, como ele aprende a se cuidar? Não. Na verdade a gente acaba até abordando questões de planejamento familiar, inclusive. Aquela paciente que diz que não quer mais ter filhos, que não usa o preservativo por que o marido não gosta. A gente até entra em métodos anticoncepcionais. Mas, a forma como ela adquiriu este conhecimento, a gente não questiona, eu não abordo. ... Eu não pergunto da onde veio essa informação, eu pergunto o porque dessa opção. E não de onde veio essa opção. Sempre parto do principio de que ela chegou nessa opção por vontade própria, ou de acordo com o marido e não que alguém indicou. [Questionei novamente como o usuário aprende a usar o preservativo?] Os pacientes que a gente vê que eles não sabem a gente usa a prótese. Um ponto que eu tomo de principio para saber se ele sabe usar, é perguntar se alguma vez já estourou a camisinha. Se ele responder de vez em quando estoura, então, é porque ele não sabe usar, aprendeu sozinho. Então eu pego a prótese e mostro como usar, porque ele não sabe usar. Ele aprendeu sozinho. Quando são mais novos, a gente pergunta se isso é aprendido na escola, se as professoras falam, se isso é mostrado, como ele aprendeu. Mas eu não questiono muito como ele aprendeu. Ele fala e diante do que ele me relata vejo se ele realmente sabe, eu não aprofundo muito, se ele não relata que estoura estão eu deduzo que ele aprendeu e que ele sabe colocar...

10. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Sim.

11. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Sobre vírus, o que é carga viral (CV), um CD4 (célula de defesa) eu abordo isso muito rapidamente para fazer, quando vem pegar o resultado daí sim eu falo o que é, eu aprofundo mais, mas eles não têm esse discernimento do que é CV, a gente fala de carga viral para os paciente se eles ficam olhando com uma cara de duvida. A gente sabe que eles não estão entendendo nada. A gente começa a contar histórias, diz que o vírus é um bichinho que vai invadir e comer a célula de defesa... [faz uma analogia com bicho invasor comendo as células de defesa do usuário]. Principalmente se for positivo, se explicar bem até porque vai fazer parte da rotina dele. A gente explica bem o que é um exame de CD4 e CV. Para quando ele fazer o exame ele saber, saber qual o exame que estão fazendo. Mas, eles não sabem o que é CV, eles sabem que é algo relacionado a vírus.

A janela imunológica (JI) eles entendem, a gente explica e percebe que eles entendem sim. Tanto que paciente que a gente acha que esta em janela imunológica, depois ele volta dentro do prazo que a gente deu, eles tem a responsabilidade, voltam no prazo em que eles são recomendados a retornar. Ele entendeu que esta realmente em janela, ele entende que ainda esta em risco. Ele cria o compromisso com a sua saúde, vindo depois.

12- Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

A linguagem, diante das questões iniciais do formulário, diante destas questões já sabemos que linguagem se vai usar, se é pessoa que só tem escolaridade fundamental (4ª série e lavrador), ou aposentado que não vai entender termos técnicos, a gente vai falar mais próximo à capacidade dele é claro que a gente não vai deixar de falar para ele. Se for uma pessoa que tem formação superior, que fala bem, que te responde imediatamente, que tem um nível de compreensão melhor, que irá entender, a gente até usa alguns termos técnicos, mas não todos os termos técnicos que a gente tem. Às vezes a gente não entende alguns termos quando o médico fala. Eu tomo pro base a primeira fase do formulário (escolaridade, ocupação...). A idade também interfere muito. Às vezes, vem um adolescente fazer o teste que não entende nada do que a gente vai dizer em termos técnicos, científico, a gente usa gírias, que a gente acha que galera vai entender ou quando vem uma senhora velhinha, muito conservadora, que a gente percebe que não estudou, que foi criada na roça. Eu levo muito em consideração a história de vida da pessoa, o que a gente colhe de informação sobre a vida da pessoa e evito termos técnicos. Às vezes, a pessoa esta formada, fez uma universidade, mas é de outra área, totalmente diferente da minha. Diante da conversa, consegue estabelecer um nível de linguagem.

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação sócio-econômica? Por que?

Com certeza, a gente leva muito em consideração, o que ele diz para a gente, o que eles falam até para ver a linguagem que a gente vai usar, se o paciente não se expressa, não fala o que sabe, só fica em pergunta resposta, tu não tens o beed beck, tu não consegue captar se ele esta atento ou não, se esta interessado ou não, então, com certeza o que ele esta falando é bem importante. Até para saber que caminho que a gente vai, para onde vai levar essa conversa.

(...) Com certeza. Quanto mais carentes mais condições de risco ele tem, pelo próprio aglomerado, uma casa de um cômodo, dez dormindo juntos, o próprio padrasto, a mãe casada no sétimo casamento, um filho adolescente, a promiscuidade, falta de atenção, orientação em casa, violência em casa. Quanto mais carente, mais pobres, mais situações de risco... Bairros pobres, UDI, adolescentes fazendo programas, padrasto que já burlou a filha. [Essas situações são muito freqüentes?] a questão do padrasto é menos freqüente, mas, os adolescentes retornados daqueles bairros geralmente são UDI, sem ocupação, sem escolaridade, e se submetem a mais situações de risco.

13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia)?

Olha. Isso é uma coisa muito séria, pois, na verdade, a gente estará subestimando o paciente se dizer: "há ele não entendeu nada..." A gente tenta não fazer isso, porém, nós somos seres humanos, cheios de fragilidades e a gente sabe, olha pro paciente, fala, olhado no olho dele e ele sugere pensar que não é nada disso, que isso não serve para ele e não vai fazer nada disso que a gente orientou. Ele retorna para fazer exame e para se prevenir, como se fazer o exame fosse prevenção. E volta... E volta... Se fizer o teste, passa pelo aconselhamento, não tem mais que fazer o teste, a menos que tenha se submetido a uma situação de risco, um acidente de trabalho, um estupro, um acidente mesmo, mas, a pessoa que passa por um aconselhamento, que recebe informações, que troca experiência, que relata duvidas, se ele sai consciente, que não vai ter mais comportamento de risco, ele não precisa se submeter a outros testes... Tem paciente que a gente percebe que não entendeu, que não captou, que não entendeu, quando ele vem muitas vezes fazer o exame, daí a gente vê que ele não aprendeu, não assimilou. Que vai se submeter tantas vezes ao exame senão esta tendo situações de risco? A não ser esses casos que falei agora. Então é meio complicado.

14. O usuário vem ao serviço disposto a perguntar, apresentar seus pontos de vista, esclarecer suas dúvidas? Por que? Ele se sente à vontade para se expor, falar de si durante o processo de aconselhamento? Quem fala mais?

Nem todos eles abrem, as perguntas são fechadas, as perguntas do formulário, são de opções, tem as perguntas e as opções e você tem que enquadrar as perguntas dentro das opções, só que a gente não faz as perguntas assim, dirigidas, a gente vai falando enquanto conversa, vai fazendo com que as pessoas se sintam à vontade para falar, mas nem sempre eles falam, alguns são bem restritos na resposta, eles não abrem muito, simplesmente respondem as perguntas se a gente tenta a conversa não flui. Algum que não falam mesmo, a gente vê que não falam a verdade. Depois. Depois de um certo tempo a gente percebe que eles não estão falando a verdade. Mas nem por isso eu vou dizer; não, eu acho que não é verdade. Eu não falo nada disso, eu escrevo aquilo que ele deu de respostas, tento abordar de outra forma, pra vê se ele fala mais alguma coisa. Se eles conversam, se eles contam alguma coisa, se eles conversam, se contam mais alguma coisa, mas tem paciente que é hiper-fechado.

[Questionei se quando o aconselhador vê que eles estão se contradizendo nas respostas, se ele chama atenção?] *Chamo. Quando eu percebo que o que ele falou no início da conversa não está batendo com o que ele falou ao final eu não chamo a atenção numa forma de repressão, mas eu tento resgatar aquele primeiro momento da conversa, para ele refletir, e pensar, bem eu já falei isto e agora estou falando isso. Eu tento assim, chegar e usar de outras palavras, de repente de outro tom, para ele perceber, que ele já falou alguma coisa que não está batendo com o que ele está me dizendo agora. A gente tenta trazer a pessoa fazer com que ela perceba. Eu não faço uma chamada de atenção, direta, isso eu não faço.*

[Quando você vê o que ele não falou a verdade?] *Baseado nas perguntas (...) [exemplifica com o uso da camisinha e número de parceiros sexuais]. As pessoas acabam se contradizendo por quê as perguntas não obedecem a uma ordem. Acho que a seqüência foi proposital. Para fazer com que as pessoas acabam se entregando mesmo. A gente percebe nas respostas delas diante deste formulário, porque eles se contradizem.*

15. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Acho, eu acho, porque ali diante do que eles falam, a gente aborda questões, não mudança de comportamento, mas a gente tenta fazer com que as pessoas entendam o que é o vírus, quais os riscos. Não deixa de ser educativo a gente tenta passar para eles, mas se eles estão captando, é uma outra questão, a nossa parte de informar, de levantar questões pertinentes ao vírus, eu acho que é um processo educativo. A gente está tentando fazer com que a pessoa mude o comportamento dela. É difícil falar mudança de comportamento, mas é um processo educativo. Acho que de uma forma ou outra tentamos fazer com que a pessoa perceba os riscos desta doença e isso eu acho que isso é fazer educação. É processo educativo.

16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Olha, Saber ouvir, se resguardar, não julgar as pessoas, perder todo o pudor de falar. O aconselhamento na verdade te coloca em situações delicadas, envolve questões que eu não conseguiria abordar. Eu não converso com minha mãe e meu pai sobre isso e, às vezes, são questões que ferem meus princípios, digamos assim, que tem que falar de preservativos, mostra na prótese peniana e mostrar como colocar uma camisinha, se eu tenho dificuldades de fazer isso. Uma habilidade que tem que ter para o aconselhamento é se despir de qualquer pudor, para poder alcançar aquela pessoa, é uma coisa importante, uma habilidade, um exercício constante, um preparo diário. Dependendo do paciente ainda tenho dificuldades, por exemplo: um paciente masculino da minha idade, novo, entra na sala comigo, pergunta sobre sexo seguro e eu tenho que explicar, demonstrar na prótese. Para mim não é uma coisa muito fácil, eu não me sinto 100% à vontade, mas eu consigo trabalhar. Até porque eu tento incorporar o perfil mais profissional que posso, para não perder o jeito, não ficar com vergonha. A gente tem essas vergonhas, eu não venho para cá e deixo toda minha bagagem de vida pessoal, eu não deixo em casa. São questões que realmente interferem um pouco.

17. A educação continuada é importante para o desenvolvimento deste serviço?

De extrema importância, isso é uma de minhas angústias dentro do programa e tanto que no plano de ações e metas de 2004, essa é uma das metas a ser alcançada, é a educação continuada. Ainda mais em DST, base de tudo é a educação da população, abordar a prevenção.

18. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Olha eu acho que o Psicólogo, ele já tem um embasamento da psicologia mesmo, parece assim, que ele entende mais as pessoas, teve disciplinas dentro de sua formação que favorecem isso, já tem maior facilidade para ouvir, para entender melhor as pessoas. O enfermeiro, ele já é mais assistencialista, muito prático, muito técnico. A gente tem psicologia na graduação, tenta abordar algumas questões um pouco mais... Só que não é muito fácil. Eu não estou sabendo expressar. O psicólogo está mais preparado, realmente, sabe ouvir mais, entende mais o comportamento humano, tem uma maior facilidade de não julgar, condenar. Apesar de ele também ser um ser humano, e ter o direito de, na cabeça dele, pensar, julgar, sem precisar expressar isso. Mas eu acho que o psicólogo é a pessoa mais bem preparada. Pela bagagem de vida mesmo.

[Questionei se além do enfermeiro e do psicólogo, algum outro profissional estaria habilitado ao aconselhamento?] *O médico também poderia fazer, apesar de não ter tempo para isso, mas se ele tivesse que fazer eu acho que faria bem. Até porque são questões que ele também sabe trabalhar. E até porque implicitamente na conversa dele, acaba fazendo o aconselhamento dentro do consultório também. Eu acho que o médico também estaria apto a fazer isso.*

[Você se sente apta a fazer o aconselhamento hoje?]

Olha, eu acho que tenho que aprofundar algumas questões, melhorar muitas outras, mas aquele medo inicial, aquele receio, aquele desconhecimento total, eu já perdi, assim, hoje me sinto apto para fazer, o que

eu acho que tenho que fazer e eu já pedi para a coordenação é uma capacitação em aconselhamento, mesmo até para saber se o que faço, que li e aprendi. Mas é realmente a necessidade que sinto em fazer um treinamento em aconselhamento. Mas acho que não estou num toda errada no que faço. Eu acho que ainda faço bem.

19. Você acha que o serviço esta dando conta do recado? Esta fazendo o que se propõe?

20. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?
Aumentar a equipe, ter mais cursos e capacitações em aconselhamento.

21. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?
Falta de estrutura, equipe pequena.

22. Quais suas principais angústias frente ao aconselhamento?
Ai meu Deus! Falta de estrutura, equipe pequena. Outra frustração que tenho, é não conseguir como coordenadora do programa planejar mais coisas me sinto um pouco peão, fazendo...Fazendo... Fazer atividades extras, sair às escolas, dar palestras, fazer atividades educativas, grupos de assistência aos pacientes. Tirar a psicóloga um pouco daqui, sair fazer atividades extras. Atividade de coordenação exige muito, não deixo o programa sozinho, mas acabo sendo peão dentro do programa... Acabo suprindo todo o básico, mas não consigo sair, ir para escolas, nas associações de bairro. Isso da um pouco de frustração. No aconselhamento, propriamente, quando ele volta pegar o resultado e gente vê que ele não entendeu nada, pois, não sabe o exame que fez. Isso acaba com qualquer profissional. A maior satisfação é o oposto do que falei, quando a gente percebe que o paciente, depois do aconselhamento, depois dessa conversa que tivemos, ele vem retirar preservativos mensalmente, ele nos procura para tirar duvidas. Sabe a gente vê que ele se cuida, paciente que é soro-positivo e esta mal, que não se cuida, que ta sempre mal, e gente vê que ele esta tendo relações sexuais sem preservativos, com a esposa que também é soro positivo, e tem a carga viral sempre alta. E depois esta sempre conosco e depois passa a melhorar o resultado dos exames, isso é bastante gratificante.

23. O que você gostaria que fosse o resultado do aconselhamento para o usuário? (reflexão, comportamento).
Que ele se conscientize, que não se exponha à situação de risco.

24. Ele fala a verdade? E aí? O que anota? Como é o registro?
Às vezes se contradiz, omite informações. Não pressiono para dizer a verdade, mostro que houve contradição em suas respostas. O registro é padrão.

25. Existe espaço para reclamações do serviço?
(não questionado)

26. Descreva um aconselhamento.
(não contemplado na entrevista)

26. Sendo o aconselhamento uma atividade educativa, conforme as diretrizes nacionais, você considera que sua formação acadêmica contemplou este aspecto?
Acho que sim, já no próprio currículo da universidade a gente tem essa parte, de fazer educação continuada com as pessoas, de fazer educação continuada, prevenção e promoção. A gente tem estágio onde tem que fazer isso, sala de espera de posto de saúde, de educação de grande grupo. Tu fazes isso com teu diálogo com o paciente diariamente, e isso a gente aprende com certeza, é não só quando tu vê na prática, no trabalho com as pessoas, exercendo a profissão, já na universidade a gente faz isso. [Questionei se sua especialização tinha contemplado esse aspecto] A especialização ajudou muito, tive cadeiras que abordaram a educação, eu tinha que falar com a família, como o doente e a monografia a ser feita e tinha que abordar a questão educativa.

Obs. Entrevista bem minuciosa, até pensei que fosse mais grosseira, superficial, não tão profunda.

Entrevista semi-estruturada 5.

[Entrevista transcrita e revista].

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Os cursos ajudaram bastante. Os cursos que o ministério dá, auxiliaram a entender quem é essa pessoa HIV+ a desmistificar os mitos, os preconceitos. A olhar para o paciente como para outra pessoa. Para mim isto é muito importante. Muito mais que técnica, para saber em que pé anda o conhecimento, a visão sobre a aids hoje, não ao aconselhamento em si, as normas.

Para atualizar os conhecimentos científicos a evolução das pesquisas. Educação continuada é importante, a troca de informações com outros CTAS. Importante ver o que o ministério da saúde está pensando sobre o HIV. A medicina, qual prognóstico. (Exemplifica com a janela imunológica, hoje, dois meses para fechar o diagnóstico), evolução da ciência, encontro com pessoas que estão estudando a área. A troca de conhecimento é muito legal. [Resumido a fala]

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? Vem de conselho?

Um momento muito importante, fundamental eu diria, antes do exame. Muitas vezes, o usuário, vem fazer o exame porque o médico mandou fazer o exame, mas, não foi esclarecido para ela o porque do exame, o que é? Porque esta sendo solicitado? Em que contexto foi solicitado esse exame? Se for o caso de dar positivo, o que muda para ela? O que é o HIV para ela? Alguém será que já perguntou? Será que ela sabe o que é AIDS? O que é HIV? O aconselhamento é esse momento. O terapeuta vai ver com a pessoa informações do tipo: quanto parceiro sexual? Usa camisinha? Como ele vê a camisinha? Como ele pensa a camisinha? O que é usar camisinha? É só método anti-conceptivo? Ou para prevenir doenças? Que pensam a respeito da camisinha? Primeiro é colher as informações pertinentes, tirar as dúvidas. Se positivar, entender o porque e dar os encaminhados necessários. E, também, momento de informações, não é prevenção no sentido de palestra, de oficina para aprender a usar o preservativo, ou, saber que o HIV existe. É prevenção sim, digo, prevenção primária, no sentido de que o exame... No sentido de que a pessoa está tendo conhecimento sobre o assunto. Um segundo momento muito importante é na entrega do resultado, a pessoa não vai pegar a abrir sozinha e ir embora para casa, ela tem um momento com o aconselhador para entender o resultado, ela não está sozinha, está apoiada. Então acho o aconselhamento fundamental. Acho que exame HIV sem aconselhamento é muito arriscado. A pessoa não entende, muitas vezes, não entende o que está acontecendo. E quantas gestantes vêm fazer o exame e só sabem que estão fazendo o HIV no momento do aconselhamento, “Há mandaram fazer este exame de sangue”. E se o exame der positivo, se alguém que só coleta e depois [pausa, sugerindo preocupação] “Mas como se eu não fiz exame para HIV”. Esse momento de apoio, de troca de informação, de prevenção, de informação.

Acho que advém de palavra, conselho, onde eu dou uma informação a alguém sobre determinado assunto, nasce desta palavra, aconselhamento, mas ele não se resume a isto, não estou ali para aconselhar em HIV ele é mais... “Faz o exame que é muito importante hem!” Eu estou ali para dizer para a pessoa o que é o exame de HIV e quais as conseqüências de um resultado positivo, se ela quer ou não fazer esse exame, porque ali ela tem um momento de escolha, ela não é obrigada a fazer o exame. Ele tem um momento de escolha. O que ela sabe e o que ela não sabe. Quais dúvidas, questionamentos, quais as curiosidades a cerca do assunto.

2. O aconselhamento é rotina ou obrigação?

Sim, rotina obrigatória.

3. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? O que é mais difícil?

Eu acho que o mais importante de tudo é ouvir o que a pessoa tem para dizer. Sabe, acho que hoje nossos profissionais de saúde carecem disso, carecem dessa escuta. Não é ouvi por ouvi, é escutar com atenção esse é uma grande importância no aconselhamento. A outra é informar a pessoa. São duas coisas muito importantes. Uma escutar com atenção entendendo o que a pessoa quer te dizer, te contar, e informar é muito mais importante que a testagem do sangue.

O mais difícil no acon. É saber se aquilo que estas falando, realmente a pessoa esta entendendo. Se esta atingindo o universo de outra pessoa; às vezes, está obvio, na cara que outra pessoa não está entendendo, demonstra através de gestos, ou fala. Mas em muitos momentos eu me vejo perguntando será que ele entendeu? Será que ele entendeu exatamente o que eu quis dizer, será que não entendeu errado? Até dificuldade de entendimento, por baixa escolaridade, isso eu acho que é o mais difícil. Eu não tenho dificuldades em abordar sexualidade, em abordar camisinha, já tive, no início, logo que comecei a trabalhar

e isso já passou faz tempo, isso não é difícil para mim. O que eu realmente me preocupo no aconselhamento. É se a pessoa realmente está entendendo, a pessoa está entendendo esse fenômeno que está acontecendo com ela, que é o exame do HIV.

4. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Depende de cada pessoa, mas um mínimo de 15' 20', Sim acho que ele é adequado, quando estou fazendo o aconselhamento não me preocupo muito com a hora. Mas acho que consigo abarcar todas as questões essenciais. [perguntei sobre a quantidade de pessoas] Tem dias que são bem poucos, têm dia que são tantos. Acho que uma média de 10 pessoas manhã.

5. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

6. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Olha, eu colocaria, de repente, assim, o MS dá um papelzinho que são perguntas básicas... Um formulário que tem que preencher, então aquilo ali é o fundamental. Não pode fugir daquilo ali e o MS te cobra, pois tem que alimentar o sistema (SICTA) e mandar para ele. Mas é assim, eu acho, que falta muitas perguntas importantes que eu faço. Eu não pergunto só aquilo que está ali, eu pergunto muitas outras coisas. Eu pergunto: O que é o HIV e a Aids para ele? Como ele percebe o uso da camisinha? Por que usa e com que função? Isso eu acho muito importante. Conhece alguém que tem HIV? Como essa pessoa vive? Aproximar o HIV do universo dela. Trabalho essa questão do preconceito do HIV “Se você soubesse que tua vizinha tem HIV, hoje, como tu iras trabalhar com ela? Irás mudar seu comportamento com ela?” Eles respondem que iriam, não iriam, as respostas são diferenciadas. Acho que isso aí é algo que tem que ser trabalhado e isso o MS não aborda e é importante.

7. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

Classe econômica baixa.

8. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

O profissional do sexo está sabendo muito sobre o assunto, e nós temos uma clientela muito forte, porque temos muitas boates por aqui, é uma clientela que eu não me preocupo muito, nesse tempo que estou aqui teve uma única vez com resultado positivo, e elas são muitas né. Elas usam a camisinha, sabem que tem preservativo feminino e masculino. Sabe toda forma de contágio, como tem que fazer. Tem coisas que até aprendo com elas. A forma como usar, abordar o uso da camisinha, a negociação com o parceiro... É muito interessante. É uma clientela, que não é a minha maior preocupação. Minha maior preocupação é as mulheres casadas. “Eu não preciso usar por que sou casada”. Mas casada com quem? Quem é meu marido? Como é meu marido? Eu sou casada, mas isso não garante nada. Vai me garantir é, que casamento é esse? Isso pode garantir alguma coisa. Nossos maiores índices esta acontecendo aonde? Em mulheres casadas, porque elas acham que não tem que se preocupar com o marido delas, que tem um parceiro só. Quantas pacientes nós temos que tem um parceiro só? Essa é uma questão que me preocupa.

Os jovens são complicados... Já tivemos muitas gerações nessa era AIDS, a geração que não conhecia a doença, muitos pegaram HIV e morreram. A geração da camisinha, do desespero, do medo de pegar a doença e agora a gente está entrando na geração que não tem medo da Aids. “A Aids tem tratamento, ninguém morre mais dessa doença...” Estamos nessa geração. “A gente não usa porque agora Aids tem tratamento, ali no posto. Ninguém morre disso”. [questionei se o coquetel trouxe a expectativa da Aids como doença crônica] É de controle, de que a AIDS agora é uma doença crônica, a gente mesmo diz para o doente. “Você não precisa ficar tão preocupado assim, não vai morrer amanhã, é como uma doença de rim”. ... Eles mesmos ouvem falar isso na rua. Tanto faz pegar ou não pegar. Essa é uma geração que vem aí que acredita que Aids tem cura e não precisa cuidar... E isso é um fator complicador, a gente vai ter que pensar isso... Até teve propaganda (A propaganda da camisinha feito aquário) para essa clientela, para desmistificar os comentários que a camisinha deixa passar o vírus, não é segura. E outra coisa que se ouviu hoje. “Há eu uso camisinha, mais dizem que usando camisinha passa o vírus”. (...) Acham que a camisinha não protege tanto assim. Por isso a propaganda do MS... Da lata de refrigerante e a do peixinho.

9. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

...Aqui, na rua, alguém disse, aprendeu sozinha... A se virar sozinho. A grande maioria já tem uma história do uso e quando não, quando disse que sabe a gente pergunta como é que você usa... Se pessoa não sabe a gente pega uma prótese peniana e mostra... Dá a camisinha para a pessoa usar na prótese.

10. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Sim. [descrito em outras questões]

11. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica (J.I.)? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Exatamente isso que desenho, principalmente quando o resultado for positivo. Quando no pré-teste surge esta pergunta, este tipo de questionamento... Eu faço a mesma explicação do HIV positivo. Eu pego uma folhinha e desenho a corrente sanguínea, mostro o que esta dentro da corrente sanguínea, uns risquinhos e esta aqui nosso sanguinho. Faço umas bolinhas para célula CD4, cada bolinha dessa é umas células de defesa, são nossos soldadinhos de defesa, que nos defendem das doenças que podem nos atingir... Faço um monte de estrelinhas e digo que cada estrelinha dessas é um vírus. Explico que elas entram em nossas células de devesa, se multiplicam virando várias estrelinhas e matam nossas células de devesa. Por causa disso a pessoa fica doente, porque diminui nossas células de defesa e aumenta o vírus. E, é assim que mostro. Acho quando se mostra assim à pessoa entende, porque não é só porque tem baixa escolaridade, basta não ser da saúde, que pode não entender. Porque são terminologias que as pessoas não entendem muito, o sangue, onde está essa corrente sanguínea? Em que lugar? Acho que se fizer assim, a pessoa entende. É muito mais fácil.

A janela imunológica (J.I.), acho que eles entendem... Vai se explicado a ele que ele vai fazer o exame, neste dia, mais existe um tempo para o vírus se multiplicar no organismo e o organismo identificar e produzir a defesa. Para o exame Elisa 1 (que não é tão específico) poder identificar. Ele é o menos sensível, o Estado paga este, para o primeiro exame. É preciso o tempo de dois meses... Ele já sabe que daqui a dois meses irá fazer novamente o exame. A maioria vem. É explicado que ele precisa retornar, para verificar o teste. Só que precisa de explicação. Não posso, eu como aconselhadora chegar dizer que daqui dois meses você precisa retornar para fazer novo exame por causa da J.I. A importância de usar o preservativo para sair da J.I. senão o resultado pode não ser confiável.

12. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

A gente tenta usar vários tipos de linguagens, eu, dou a informação de forma como acho mais correta, mas se vejo que a pessoa não entendeu, pelo próprio vocabulário que eu utilizei, eu tendo explicar, com outras palavras, através de desenhos. Até desenhos já usei pra tentar mostrar o que acontece, para ver se fica claro. Acho que temos que tentar achar uma linguagem para que a pessoa entenda. Eu acho isso importante [pausa para pensar]. Eu tenho cuidado com siglas HIV/Aids [falou pausadamente HIV/AIDS], tenho o cuidado de explicar, o que é o HIV? A AIDS? Será que tem diferença? O que significa?... Não entrego o exame e pronto. Explico o exame, Elisa1, Elisa 2, as pessoas não sabem o resultado, porque tem muita coisa escrita. Tenho o cuidado de dizer a ele que aquele Elisa 1 é o tipo de exame, que aquele não reagente, que vem escrito do lado, é negativo, quer dizer que não tem, não reagente é o mesmo que não ter o HIV, Eu tenho esse cuidado de estar explicando, e acho que se a pessoa que faz tem esse cuidado, a outra pessoa, que está do outro lado, consegue entender, mas tem que ter esse cuidado, senão com certeza a outra pessoa pode não entender. Se tu usares uma linguagem científica demais.

13. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação sócio-econômica? Por que?

Auxilia bastante porque eu sempre pergunto o que ouviu falar, o que sabe sobre HIV/Aids, o que a camisinha previne, quando usa camisinha, que função tem a camisinha na vida dele. "Há eu só uso na hora de gozar". Já não está usando direito... Ou então "Há! Eu só uso nos dias férteis". Ele só usa como método contraceptivo, não como cuidado. ...Sempre coloco assim, usar, encarar a camisinha como cuidado, cuidado com seu corpo, com o corpo do outro. Eu gosto sempre de usar aquela frase, quando a gente ama a gente cuida. Eu digo isso para eles: Se eu amo, se me amo, se amo aquela pessoa que esta comigo, eu cuido. A camisinha é cuidado, não é desconfiança. Eles costumam dizer: "se eu exigir camisinha ele vai estar pensando que desconfio dele", ou "se eu usar camisinha meu marido vai pensar que estou traindo ele". Aí eles vão para o outro lado, de traição, de infidelidade e não como um ato de cuidado, saúde. Eu acho que tem como trabalhar isso.

14. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia)? [questionei, se eu quisesse correr o risco como ela aceitaria.]

Se uma usuária disser que não irá usar o preservativo com seu companheiro eu respeito. Essa foi uma escolha dela e eu tenho que respeitar. Em que contexto ela está dizendo isso, se realmente ela entende... Se realmente foi uma escolha consciente... Então eu respeito, não tenho como obrigar ninguém a usar. Eu acho que essa não é a função do aconselhamento, a função do aconselhamento é informar, é mostrar que dá para pensar diferente, mostrar que a camisinha pode fazer parte da nossa vida, mas no dia-a-dia a opção é sua. É mostrar que existem opções alternativas, é... E não garantir que pessoa vai usar... Ele pode dizer que usa mais não usa, no dia-a-dia quem decide é a pessoa... Sempre digo a escolha é sua. Você sabe os riscos que você corre... Tem muitos casais que não usam mesmo, e não tem tanta necessidade de usar, são casais estáveis, são fies... São alertados que bactérias, vírus, fungos, podem ser passados um para o outro, mas o HIV não, se estão negativos. Se fizerem o HIV e não estão em J.I., então a escolha é deles.

Classe econômica interfere bastante. Classe econômica baixa... Menor nível de escolaridade, menos entendimento, mas isso não quer dizer que a pessoa não vai usar camisinha, até porque depois que entendem a importância até podem usar, mais, na hora do aconselhamento é mais trabalhoso... Trabalhoso para o aconselhador.

15. O usuário vem ao serviço disposto a perguntar, apresentar seus pontos de vista, esclarecer suas dúvidas? Por que? Ele se sente à vontade para se expor, falar de si durante o processo de aconselhamento? Quem fala mais?

A maioria vem disposta a conversar, a grande maioria destas pessoas de baixa renda, de classe econômica baixa, carente de conversa, carentes de atenção muitas delas. E quando elas têm na frente delas uma pessoa disposta a ouvir e pede que ela fale. Quando encontra alguém disposto a ouvir e pedem que ela fale, ela fala, e até outros assuntos... Eles falam, a maioria fala. Tem gente que fala pouco, que quer ir logo embora, que tem vergonha, porque ali só vai quem tem HIV. Tem gente que não quer muito papo, mas a gente respeita.

16. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Sim. Porque ele informa... A principal função dele é essa de levar a informação, ele ouve aquilo que a pessoa... Tem a dizer e leva em consideração e a partir daquilo que a pessoa traz, explica, justifica, explica outra forma de ver o mesmo fenômeno. Então eu acho educativo sim. Se a pessoa não sabe como usar o preservativo é demonstrado no aconselhamento como é que se usa a camisinha [em uma prótese], então eu acho sim que é educativo. Só que eu acho que só ele não basta... As pessoas têm que ter acesso a outras formas, também, as escolas eu acho que é um lugar interessante, de se ter e hoje muitas escolas já tem, assim, nesse sentido tem que fazer parte da vida da pessoa e acho que é isso que ainda falta um pouco para a gente. [questionei se o programa tem esse espaço, atividades extramuros] O programa quando solicitado vai até as escolas, da palestras... A gente viveu uma época de falta pessoal... Queremos retomar. Fizemos vários materiais gráficos, informativos, e a gente quer voltar as escolas, fazer palestras, oficinas, contratar alguém que faça, assim nesse sentido.

17. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Aqui no posto, no nosso programa tem só eu de (profissão omitida) e é meio complicado porque a demanda é grande e não faço 40 h, faço trinta horas semanais e tem um dia que eu não estou e neste dia quem assume é a (profissão omitida). [ver questão 18]

Sim. Considero-me apta sim.

17. A educação continuada é importante para o desenvolvimento deste serviço?

Sim. [descrito em outra questão]

18. Qual(is) profissional(is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Eu acho ideal o psicólogo pela sua própria formação, essa coisa de ouvir com atenção, paciência para explicar, essa paciência para, o psicólogo tem esse exercício durante a graduação. Mas acho que um enfermeiro treinado tem como fazer. Nossa enfermeira faz e faz bem feito. Também não é todo profissional que sabe fazer, tem psicólogo que também não é indicado. Mas acho que o psicólogo é o melhor profissional para fazer... A nossa técnica de enfermagem faz só em casos extremos, só para não mandar a pessoa embora, porque a gente não admite mandar pessoa embora, porque a pessoa não atendida ela não retorna e

a gente perde a pessoa e pode ser um HIV positivo. Então nestes casos para não mandar a pessoa embora a técnica faz e, não faz o aconselhamento todo só a primeira parte as perguntas mais básicas e no pós-teste a gente faz o pré também... Pelo formulário do aconselhamento eu vejo, na entrega se a pessoa fez o aconselhamento completo.

19. Você acha que o serviço esta dando conta do recado? Esta fazendo o que se propõe?

Contemplado em outra questão

20. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Acho que seria bom se a gente tivesse uma outra psicóloga.

21. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Falta de funcionária, alta demanda, disponibilidade de tempo do usuário.

22. Quais suas principais angústias frente ao aconselhamento?

Maior frustração, não sei, acho que querer dar um encaminhamento para alguém e tu não consegue... Isso é frustrante, a burocracia... Acho que seria bom se a gente tivesse uma outra psicóloga. Mas acho que pior é essa questão da burocracia ela atrapalha muito. ...É ver o quanto é difícil para eles, viver com HIV, no contexto deles, muita miséria, carência de atenção, carência de alguém que goste deles, grana mesmo, alimentação. E isso é muito frustrante, que nem sempre a gente consegue resolver.

A maior satisfação, não sei dizer uma maior satisfação, sei dizer assim, eu gosto muito de trabalhar acho um trabalho útil, me vejo útil no trabalho que faço... Acho que tem conseqüências muito positivas e isto me satisfaz muito. Gosto de trabalhar com estas pessoas, são pessoas carentes de atenção, então, isso me satisfaz muito.

23. O que você gostaria que fosse o resultado do aconselhamento para o usuário? (reflexão, comportamento).

24. Ele fala a verdade? E aí? O que anota? Como é o registro?

25. Existe espaço para reclamações do serviço?

26. Descreva um aconselhamento; (não contemplado na entrevista).

Álbum seriado é muito importante, quando uma pessoa vem referindo uma DST que não o HIV eu gosto de mostrar a DST para a pessoa, para ela identificar uma gardinerela, uma... Às vezes, a pessoa não entende o que é a DST, um HPV e eu gosto de mostrar, é bem ilustrativo. O material é bom e eu uso. É maravilhoso. [questionei se ele não levaria a medos infundados e a negligenciação dos estados iniciais da doença] Acho que isso é um cuidado que a pessoa quando mostra a foto tem que ter. Ela fez para chocar mesmo, os álbuns foram feitos para chocar. Mas quem mostra tem que ter o cuidado de mostrar que é um estado avançado. Se não cuidar você que esta no estágio inicial pode chegar a ficar assim, por isso tem que cuidar agora... O cuidado de colocar isso, geralmente as pessoas colocam isso, principalmente, a foto do HPV é horrorosa, "eu não estou assim". Eu respondo que isso é alguém que não cuidou, Quem não cuida do seu corpo pode ficar assim, mas você, que está cuidando do seu corpo não ficar assim...Então é nesse sentido.

28. Sendo o aconselhamento um processo educativo, conforme preconizado, nas diretrizes nacionais, você considera que sua formação contemplou este aspecto?

Sim. Penso que a psicologia tem uma parte da grade curricular que contempla muito a questão da aprendizagem, questão da pedagogia em si... Sou bacharel, então fiz aquelas cadeiras básicas de pedagogia e didáticas, então eu acho que sim, que contempla. [perguntei sobre a estrutura física] A estrutura física hoje é adequada... A gente conseguiu se concentrar... Então acho que essa distribuição física facilitou bastante. A gente não tem SAE, tem só CTA, não temos a nomenclatura, o MS não nos deu essa nomenclatura Mas a gente tem toda a medicação e o tratamento para o positivo, porém, se precisar de internação e gente encaminha para o Nereu Ramos.

Obs. Reflexão bem pertinente e bem abrangente.

Entrevista semi-estruturada 6.

[Entrevista transcrita e revisada.]

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha eles importantes? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)? Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento? Caso não recebeu, como faz para atender a esta especificidade do trabalho? Resolve?

Nenhum treinamento. Aprendi através e leituras e de acompanhamento de outros profissionais que já realizavam o aconselhamento aqui no setor. Acompanhando uma aconselhadora mais antiga.

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?

Aconselhar para mim, dentro do serviço que a gente está é ouvir o que o paciente tem a nos falar em relação as suas preocupações ao HIV/AIDS e as outras doenças sexualmente transmissíveis e procurar esclarecer dentro do que ele entende as situações de risco que ele poderia ter passado e como poderia evitar estas situações. Aconselhar seria ouvir e fazer que ele mesmo tenha consciência dos riscos que poderia estar passando em relação as DSTs.

Para mim aconselhar parece que você vai emitir um juízo de valor para que aquela outra pessoa siga as normas que você acha correto. Vou aconselhar e você tem seguir isso porque é assim que deve ser. Mas eu entendo aconselhamento como uma relação de ajuda mútua.

2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?

Ouvir. [Porque ouvir é tão importante?] Porque se tu não ouves, tu só vais passar informações, tu não vais escutar a preocupação da outra pessoa. [Em que ouvir a preocupação da outra pessoa auxilia no aconselhamento?] Porque no processo de aconselhar tu ouves para poder ter este processo de ajuda mútua. Saber qual é realmente, o que ela veio procurar, só veio fazer o teste do HIV ou quer alguma outra coisa. Não adianta chegar ali e quer fazer o teste do HIV, vamos fazer e pronto. Mas é isso realmente que ela quer? A preocupação dela é essa? O risco que ela estaria correndo seria este? Talvez ela nem pensou nesta situação, ou, a preocupação dela nem era está, está fazendo só por fazer.

Às vezes, é a demanda que está aumentada e você sabe que tem outras pessoas lá esperando e, às vezes, tu demoras algum tempo a mais para trabalhar com aquela pessoa e tu ficas preocupada com as outras pessoas sabendo que tem que esperar muito tempo lá fora e, às vezes, tem que andar um pouquinho mais depressa. Acho que é mais isso. E também, para mim é assim, aconselhar em HIV/AIDS no momento em que vai fazer o HIV, que vem fazer a coleta para saber o resultado, a questão da prevenção fica prejudicada pois, tu tens que preparar para receber o resultado. E quando tens que preparar para receber um resultado é complicado trabalhar a prevenção. Como tu vais trabalhar para usar a camisinha e ao mesmo tempo preparar para receber o resultado. [Muito trabalho para um curto espaço de tempo] Exato. É assim, as duas coisas ao mesmo tempo. É assim, você tem que usar camisinha, e também você poder estar com o vírus.

[Você falou que a coisa mais importante é escutar. Você consegue fazer isto?] É assim, primeiro tu tens que estar disponível para isso. Segundo, tens também que, nem todos os dias estas com o espírito preparado para fazer isso, tem dias que realmente a gente consegue fazer isso, a pessoa sente e busca dela o que realmente ela quer, agora, tem dia que realmente não. Até pelo número excessivo de tarefas que você tem que desempenhar, pelo número de pessoas esperando, pelas situações de trabalho mesmo.

3. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

Quando o cliente sente que seus anseios foram sanados. Sanado não é a palavra certa, aquilo que ele veio buscar e saiu com aquilo. Não é informação, aquilo que ele veio buscar ele conseguiu. Conseguiu dialogar sobre suas dúvidas., conversar.

RUIM. Quando a pessoa não consegue interagir comigo, só repasso informações e ele sai daqui e eu não senti nenhum sinal de que ela conseguiu interagir. [Seria possível disser que você não consegue saber se o que foi conversado é do interesse dela?] Exato. Ele veio fazer o teste mas, eu não sei se ela assimilou o que estava fazendo aqui. Qual a importância deste teste para a vida dela? Se ela realmente queria fazer o teste ou se fez só por fazer, se tem outras preocupações e saiu também, sem pensar na prevenção. E quando sai sem pensar na prevenção me preocupa.

4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Eu pensaria... que aconselhar você pode fazer em qualquer momento, então não é só o profissional que atua fazendo o teste do HIV que deve fazer o aconselhamento. Deve incluir todos os setores da saúde em qualquer outra situação. Qualquer outra consulta, o médico poderia fazer o aconselhamento assim que o usuário chegasse ao seu serviço. Por que a prevenção das DSTs não tem que ser só aqui, qualquer profissional deveria fazer. [Você sugere descentralizar o aconselhamento?] Para a testagem do HIV, eu acho é importante que passe por uma orientação anterior ao exame, mas aconselhar, enquanto prevenção das DSTs deve ocorrer em todos os serviços. Não deve ser só aqui que se trabalha a prevenção, o uso do preservativo, mas em todo o serviço. [Sobre o aconselhamento específico para o teste, como você sugeria que ele fosse realizado?] Eu acredito que ...estes esquemas, teriam que prepara mesmo, esclarecer o que é a AIDS e as outras DSTs, e realmente fazer uma preparação para o resultado. Eu acho que é importante. O conhecimento da doença, o que é o teste, o significado do teste para essa pessoa, falar também sobre a prevenção, mas, é neste momento que a gente tem que preparar para receber o resultado, às vezes, disto vai depender toda a seqüência de tratamento deste portador. Como ela vai encarar este resultado na vida dela. Tanto negativo como positivo.

5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

Gestantes. Escolaridade de primeiro grau, situação sócia econômica baixa. Ultimamente, tem vindo algumas pessoas assim, que passaram por uma situação de risco e vieram fazer o exame, mas, como tem a demanda das gestantes, ainda essa população representa a maior demanda do serviço. Às vezes, a gente poderia fazer um trabalho melhor com essa população que passou por uma situação de risco, gostariam de fazer o teste e não tem coragem de procurar pelo serviço, mas a prioridade são as gestantes. [Você acredita que poderia ser feito um trabalho dirigido à população que esta correndo um risco potencial?] Na verdade é todo mundo. Quem nunca transou sem camisinha?

6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Não. Também, não pode ser muito, mas também não poder ser muito curto, às vezes, tem uma demanda grande e a gente tem que acelerar, e aí tornam-se pouco. Mas, agora nossa demanda esta pequena, então temos tempo hábil para fazer o aconselhamento. De uns dez minutos.

7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Tem diferença, porque quando a gestante vem ela vem para receber um resultado negativo, vem porque o médico mandou, todo mundo esta fazendo hoje em dia, cumprindo a rotina do programa, mas, não vem porque esta pensando na prevenção das DSTs e muito menos na possibilidade de um resultado positivo deste teste. Então ela já chega com a certeza de que vai pegar um resultado negativo. Então tu tens que trabalhar isso, trabalhar a importância daquele teste e não somente porque ela esta grávida, mas porque realmente quer saber do resultado, e se ela passou por situação de risco tem possibilidade de ter contraído qualquer DST, se ela não estava usando preservativo tem essa possibilidade. Então, ter essa consciência. A outra população já vem, geralmente, porque já passou por uma situação de risco e esta mais consciente disto e esta mais preocupada, então já por causa disto. Vem realmente para saber o resultado. Não que estaria mais preparada, mas vem pensando nas situações de risco que passou e, então, essa pessoa já vem mais preparada para trabalhar a questão da prevenção, mas apta a trabalhar isso, assimilar e discutir. E, a população gestante não quer nem saber. Elas pensam: “Eu sou casada, vou ter um neném agora, meu marido é fiel.” “Sou casada há dois anos, ele não teve nenhuma parceira fora do casamento, eu também não tive, então não tem risco.” Daí se começa a trabalhar toda a questão do passado sexual da pessoa, do companheiro, aí, vem toda a possibilidade, mas, mesmo assim, parece que a ficha não cai. Agora a outra população já vem porque passou por situação de risco, teve relações sem camisinha, daí soube, alguém disse para ela que ele outros parceiros anteriores, então, fica mais fácil trabalhar a prevenção.

8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Não sei... Aqui ele só vem para fazer o teste, mas é assim, geralmente, no momento que ele para, para fazer o teste, passa a refletir sobre a vida dele: “Puxa! eu passei por uma situação de risco, e daí? Como tem sido a minha vida, em relação à sexualidade? Para, para pensar a vida dele, as situações que ele vem enfrentando. E, talvez, seja neste momento que aconteça a mudança de comportamento. Acho que o fato dele vir aqui fazer esta testagem é importante, pois, faz com que ele reflita sobre uma mudança de comportamento. Agora a gente não tem nenhum dado dizendo que, a partir do momento em que ele esteve aqui passou a se comportar de maneira diferente, passou a se cuidar. Eu acho importante o aconselhamento porque é um espaço que a gente tem para falar sobre isto, sobre a sexualidade, sobre as preocupações que a

peessoa tem sobre a sexualidade, sobre a prevenção ao HIV e as demais DSTs, mas, isso não deveria ser trabalhado só nesse momento”.

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Primeiro procuro saber o que ele sabe sobre a AIDS, o que ele sabe, o que ele pensa, as preocupações que ele tem, suas crenças, os valores. [Porque é importante saber isto?] Porque se ele entra ali e eu fico só repassando informação, não será discutido, às vezes, uma crença que ele tem em relação ao HIV, e talvez ele vai sair com a mesma informação anterior e, o que é importante, a mudança de comportamento, a prevenção, e algumas coisas. O paciente pensa assim, se eu gozar fora, não vou adquirir AIDS. Então, se tu não conhece este tipo de pensamento, não vai ter efeito o teu trabalho.

10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Isso é importante, pois, às vezes, ele fica fantasiando coisas em relação ao sistema imunológico, vírus, como é que esse vírus entra em nosso organismo e tudo mais. E ele fica fantasiando coisas que não é aquilo. Acho importante ele ter ao menos uma noção básica de como isso ocorre, de como funciona nosso organismo.

11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

Depende de como é colocado, se for colocado de uma fora técnica ele não vai entender nada. Mas se tu fala que... mesmo assim, se ele não tem um conhecimento prévio de sistema imunológico, e tu fala assim, o sistema de defesa esta baixo, suas células de defesa estão baixa e ele nem sabe o que é célula, é difícil em pouco espaço de tempo discutir tudo isto. Então, ele corre o risco de sair sem entender direito o que a gente estava falando.

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica do aconselhado?

É aquilo que estávamos falando anteriormente, se ele não tem nem noções básicas daquilo que nós estávamos conversando, num curto espaço de tempo vais ter que esclarecer sobre o sistema imunológico e como se relaciona no organismo para ele poder entender, se esta for à dúvida dele.

Influencia sim, como a situação socioeconômica demanda um nível de escolaridade menor ele já não vai ter tanto conhecimento sobre o funcionamento do corpo, sobre prevenção. E assim, é... isso também é relativo. Vai muito de acordo com a crença que a pessoa tem sobre prevenção, se ela não acredita que ela possa adquirir o vírus do HIV se ela continuar tendo comportamento de risco, isso acontece em todos os níveis de escolaridade. E também assim, como nós trabalhamos com o nível socioeconômico baixo, eu não sei como isso seria trabalhado com um nível socioeconômico mais elevado, o que as pessoas pensam em relação a isto, porque pegamos muito poucos. Então para fazer uma comparação, se pegasse o nível superior, só trabalhasse com o nível superior estas questões, como é que seria? Não sei. Mas a princípio o que se vê é que tem maiores esclarecimentos quem tem um nível socioeconômico melhor, escolaridade maior. Mas também, algumas pessoas que a gente atende tem esclarecimentos bons, só que a questão da prevenção, às vezes, não depende só disso.

13. Na sua opinião, o aconselhamento é um processo educativo, ou informativo? Porquê?

Educativo e informativo. Porque você pode só informar, às vezes, a pessoa vem aqui e ela quer só informação mesmo, não quer saber de pensar a respeito da vida dela então será só informativo. Educativo, não sei, podes educar, mas, é tão pouco tempo. Pode ser que em alguns momentos a gente consiga fazer esta educação. E se conseguir fazer que a pessoa pensa sobre aquilo que a gente esta conversando, pode ser que se torne um processo educativo.

14. O que é, para você, ensinar? O que é aprender?

É troca de conhecimentos, aprender é uma troca.

15. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Disponibilidade de ficar ouvindo, paciência para escutar, principalmente porque é rotina, todo dia a mesma coisa e quando chega no décimo quinto paciente, tu já não tem mais saco para escutar. Também, é

uma questão é uma dificuldade. Como é uma rotina, sempre vê as mesmas coisas, quando chega no décimo quinto já esta saturada. Saber ouvir e também, ter conhecimentos.

Em algumas partes sim, em outras não. [Poderia citar em que aspectos não se encontram preparada.] Às vezes, penso que precisaria ter um preparo melhor, capacitação, fui aprendendo com a prática, mas acho que deveria ter mais discussões sobre o assunto. Como é que outras pessoas estão fazendo? Será que o que estamos fazendo é o correto? Será que não é? Neste sentido assim, integração entre diversos CTAs, saber o que os outros estão fazendo. O que estamos fazendo é o correto? Precisamos mudar algumas coisas? Acho que é mais isso.

16. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Acho que existe um perfil. Aquilo que já disse, ter paciência, saber ouvir, principalmente. Há! Uma coisa interessante que acho importante é ter mais trabalhos sobre saúde sexual e educação sexual. Trabalhar conosco mesmo para que pudéssemos trabalhar com as outras pessoas. [Pode-se dizer que se faz necessário uma educação continuada?] Falta embasamento teórico para trabalhar. A gente foi colocada assim, sem nenhum embasamento sobre educação sexual, a forma de abordagem. Tu acabas tendo que trabalhar a educação sexual também, mas, sem ter um embasamento para isto.

17. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Acho que a capacitação dos profissionais, a integração dos serviços e a [pausa para pensar] trabalhar mais a prevenção realmente dentro do aconselhamento, e talvez trabalhar mais em grupo, passar as informações a todos, às vezes, as pessoas tem vergonha de perguntar pessoalmente, então outra pessoa pergunta, fica mais interessante. Primeiro em grupo, depois pessoalmente. [Você acredita que tem que dar mais ênfase a prevenção, mesmo fora do aconselhamento?] Sim, há um desfalque na questão da prevenção. Que é só trabalhado quando já aconteceu, quando já passou, se esta aqui é porque já passou. [O velho problema das políticas públicas para saúde.] Isto, só é trabalhado em última instância e isto poderia ter sido trabalhado bem antes. Talvez, tenhamos que discutir a forma de como trabalhar esta prevenção? Acho que é isto a maior discussão, é questão de pesquisa. Qual a melhor forma de trabalhar a prevenção? Só dizer para usar camisinha, não adianta, né. Então, o que temos que fazer? Pelo menos aqui no sul os casos de AIDS estão aumentando. E aviso tem o tempo todo e ninguém esta usando, ou melhor, ninguém não, a maior parte das pessoas não está usando ainda, tem relacionamento de dois ou três meses e já se acham aptos a deixarem de usar camisinha. Então, qual a formula de trabalhar isso? Não sei. Simone

18. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Acho que é o tempo e a demanda, processo muito repetitivo.

19. Descreva um aconselhamento;

A pessoa chega, pego os dados pessoais da pessoa e pergunto porque ela quer fazer o teste do HIV e a partir daí vai desenrolar todo o processo do aconselhamento. Então, dependendo do que ela fala, do motivo que trouxe ela a fazer o teste do HIV, vou buscando as outras coisas. Se ela disser: "Vim fazer só por fazer" por exemplo, é o que algumas pessoas dizem, então você vai ter que perguntar porquê? Mas o que realmente queres, você esta aqui neste momento, veio fazer uma testagem, o que isso significa para você? E a gente vai desenrolando e ai começa. Passou por alguma situação de risco? O que ela acha que é situação de risco? O que pra ti é situação de risco, por exemplo? Relação sexual sem camisinha com o marido que já es casada há vários anos, então para você não é situação de risco? O uso de drogas, a situação ocupacional, se acidentou com material perfuro cortante, transfusão de sangue. A partir daí se trabalha o que é situação de risco. Depois se trabalha o uso da camisinha, usa preservativo, não usa, porquê? Gosta de usar, não gosta? Não acha importante, porque não acha importante? Depois começa a trabalhar questão do resultado, o que é o HIV? Como se pega uma DST? Como se transmite. Daí vou fechando de informações, sobre o que ela pensa, o que ela sabe sobre o vírus. E trabalhar o resultado, o que é um resultado positivo? O que é um resultado negativo? Caso venha um resultado positivo, como você pensaria? Eu sigo essa rotina assim.

20. Quais outras atividades , além do aconselhamento são realizadas pelo CTA?

Atividades pontuais quando nós somos chamados. Geralmente, palestras em escolas, basicamente quando são chamadas. [Quais os objetivos destes atendimentos?] Geralmente, trabalhar as DSTs, questão de informação, só. Principalmente isto, falar sobre a testagem do HIV e as DSTs, principalmente a AIDS, trabalhar a informação, só. [Em que frequência ocorre estas chamadas?] Ultimamente tem sido poucas, há dois anos atrás, eu acho tinha uma maior frequência, ultimamente tem sido muito poucas, até porque estamos tentando que as equipes do PSF assumam isto, pois, temos uma equipe formada por uma

enfermeiras, uma psicóloga e uma técnica de enfermagem aqui no CTA, neste momento. Então fica difícil qualquer outra atividade fora, extramuro.

Material didático/

A gente tem as próteses peniana e pélvica, tem os preservativos, o álbum seriado. [o álbum seriado, o que você acha dele? Esse em particular.] Esse aí, sinceramente, não gosto. Quando a gente mostra para a pessoa é para dar um impacto. Há mostra isso daí, é a pedagogia do terror, como se diz. Mostra aquilo ali e então a pessoa, a partir de agora, olhou aquilo ali, então nunca mais irá viver situações de risco. [Estas fotos não poderia induzir a negligência dos estados iniciais da doença?] Isso causa ... não gosto, parece que as DSTs realmente, são só quando acontecer isso, aí a pessoa tem uma DST. É muito dado o enfoque pelas doenças em estados mais graves, então, uma verruginha só não é problema. E as outras doenças? E o HIV que a gente não vê? Talvez, realmente não poderia dar tanta importância a um sintoma menor. Pode ser realmente que não de importância a estados iniciais, “um corrimentosinho de mulher”, uma cândida, uma gardinerela não dá a devida importância, não trata, deixa assim.

Entrevista semi-estruturada 7.

[entrevista transcrita e revisada]

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha eles importantes? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)?

Recebi antes de iniciar meu trabalho, ouve treinamento junto com o acompanhamento de outro serviço no CTA/SAE do (nome da cidade omitido) que funciona no (nome da cidade omitido). Acompanhei outra aconselhadora lá, mais ou menos 30 horas. Participei coordenando aconselhamentos coletivos lá, e acompanhei entrevistas, assistindo trabalhos. Esse foi o primeiro passo, antes de iniciar meu trabalho aqui, eu passei por lá. Depois de algum tempo, o correto seria participar de um treinamento oferecido pelo Estado. Só que não aconteceu naquele ano, depois durante os anos, uns dois anos atrás, se me recordo, eu participei de duas preparações oferecidas pelo MS, com outros CTAs. Participei desses dois encontros. [Quem os realizou?] O Estado, o primeiro foi através de trocas de experiência, foi reunido os CTAs daqui, (...) toda a redondeza, onde nós trocamos experiências e foi colocado sobre algumas regras de aconselhamento, regras jurídicas, quanto ao serviço, e isto tudo, a abordagem, o que deve ser explorado, como pode ser feito a educação, a abordagem dessa... desse acolhimento de material de situações de risco. O outro foi mais centrado no SIS/CTA, na informatização do serviço. Este não se deteve só a ele e acabou expandindo para outras experiências, então ali a gente teve uma troca de experiências e uma preparação pessoal, eles passaram muita aptidão pessoal para o serviço de aconselhamento e como resgatar essa situação de risco como paciente.

Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento?

Quanto à abordagem apresentada pelo Estado, com a minha experiência não me trouxe muita soma. As maiores somas que aconteceram nesses eventos foram às trocas de experiências com outros locais isso sim acrescentou muito, muito maior que a abordagem do Estado, que fica muito mesmice, fica uma linguagem muito conhecida, muito sem ser diferente, sempre na mesma coisa. Na troca do dia-a-dia, na troca com outros profissionais é que é engrandecedor.

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?

O aconselhamento é uma troca. É uma troca de ouvinte, de interlocutor, na verdade na colocação de problemas pessoais, situações de risco, de prevenção. Eu acho que o aconselhador tem o dever de fazer a pessoa enxergar o seu comportamento de risco e para poder corrigir para não passar mais por esse medo, essa ansiedade e ir além, poder orientar quanto à prática sexual segura. Eu entendo dessa forma. A palavra aconselhamento não significa dar conselhos, significa orientar quanto à dificuldade que o paciente tem nas mãos. Aqui nosso enfoque é sexual, porque tratamos de HIV, mas eu vejo que o aconselhamento é uma prática de qualquer profissional da saúde, desde o auxiliar de enfermagem até a área médica. Orientar o paciente quanto a sua queixa, quanto a sua dúvida, o que ele procura. Muitos vêm quanto a alguma dificuldade alimentar, quanto... qualquer uma outra dificuldade que necessita de uma orientação, uma reeducação quanto aquele ato. Em se tratando de HIV, eu vejo desta forma, a gente esta aqui não é para aconselhar, mas é para mostrar a pessoa aonde esta o seu comportamento de risco e ajudá-lo, de como poder mudar, de provocar uma mudança, frente à prevenção a favor da sua saúde.

2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?

É você poder esta livre de seus conceitos básicos e estar “prestis” a ouvir, sem interferência de valores, conceitos, de certo ou errado, você esta livre para poder ajudar até onde ele te permite, sem querer impor e sempre com respeito ao outro.

Na provocação da mudança deste comportamento, na verdade, nós temos pouco contato com a pessoa. No primeiro momento, no aconselhamento você tenta provocar uma mudança a favor da prevenção, a camisinha é muito característica disto. Quando a gente impõe uma regra [fez uma pausa como se não era exatamente isto que queria ter dito.] para o uso da camisinha, uma mudança de comportamento para o uso freqüente da camisinha, é onde a gente encontra a maior dificuldade. Porque não se tem o hábito, porque não acha importante, porque comigo não vai acontecer, em muitos casos esse primeiro contato provoca [a mudança de comportamento] é somente num segundo momento, no resgate do resultado é que você vai perceber o quanto foi importante esse primeiro contato que você teve com a pessoa. E aí quando essa mudança não ocorre é o que te frustra, porque você sabe que esta pessoa vai sair daqui, muitas vezes, com um resultado negativo mas que porta afora, ele vai continuar

correndo os riscos, que ele tem um grande percentual de retornar e resgatar um resultado positivo e fazer parte não mais só do CTA mas, do serviço especializado de HIV/AIDS.

3. Quando você considera que um aconselhamento é bom?

Quando você conseguiu passar por esta frustração e promover uma mudança de comportamento em favor da prevenção. Quando o paciente se enxerga, quando ele vê que esta correndo risco, que o HIV esta presente, que somente a mudança de comportamento dele vai fazer ele sadio. Quando tu percebes isso é sinal de que o teu primeiro encontro foi satisfatório.

Quando é ruim?

Quando ele não percebe o recado que você tentou passar e que só serviu para ele fazer o exame, ele veio até aqui pra realizar um teste e só, mais nada. O teu trabalho não foi ouvido e de nada serviu. Porque ele não assimilou as palavras que você tentou colocar para ele.

4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Eu acho que [pausa para pensar] eu acho que ele teria que ter uma continuidade de aconselhamento. Eu vejo este único momento aqui muito pouco, muito fraco para promover saúde. Eu acho que deveríamos ter mais profissionais falando a mesma linguagem. Eu acho que todos os profissionais de saúde deveriam passar por esta preparação e não somente o programa de DST/AIDS., eu vejo que todos os profissionais da saúde, hoje, deveriam fazer aconselhamento de HIV, tanto a área médica quanto os auxiliares de enfermagem. Eu estou dando aula para técnicos e na formação eu coloco a importância do técnico poder chegar numa sala de espera e poder acolher o paciente que chega nervoso, ansioso e com dúvidas, poder prepará-lo antes de passar para o médico, poder dar esse aconchego. Só que eu vejo que a escola técnica ou mesmo na faculdade não há essa preparação. Que talvez o Ministério da Saúde pudesse impor esta cadeira para que todos pudessem atender o paciente com mais humanidade, com mais aproximação, não só em HIV mas em outros casos. Tipo assim, a cadeira de psicologia aplicada à enfermagem, no início do curso de enfermagem, de auxiliares, era imposto para os cursos técnicos. Hoje ele existe como uma forma de projeto e não como uma exigência de MS e eu acho que não por ser uma área de psicologia, mas eu acho que a importância do profissional de saúde poder entender um pouco mais sobre o comportamento humano e saber um pouco mais como intervir nestes casos, tanto em paciente de HIV, como com o usuário de drogas, o portador de hepatite quanto em outros casos, onde não existe este preparo. Eles não sabem como agir, como proceder e a tendência é manter uma distância. E não favorecer a promoção de saúde.

5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

O público que mais nos procura é a gestante. Porquê o exame faz parte da rotina de pré-natal, mas, eu percebo que muitas gestantes vêm até aqui, por indução do médico, por obrigação de fazer o exame. Não é um exame obrigatório, porque o pré-natal não é obrigatório, mas o médico tem a obrigação da exigência deste exame. Mas elas nos procuram sem ter passado por esclarecimento nenhum anterior. Então, quando eu falo da importância da promoção da saúde, quando eu falo da importância do aconselhamento, (...) quando eu falo que todos os profissionais da saúde deveriam falar a mesma linguagem quanto ao aconselhamento, o médico já deveria ter preparado a gestante da importância deste exame e de sua prevenção contra o HIV, isto não acontece, a gestante chega até aqui sem saber a importância de fazer o exame. Há eu vim fazer porque o médico mandou. Mas porque fazer o exame? Eu não sei. o médico não conversou com você sobre isso? Conversou mas eu não entendi, eu não sei o que é. Então falta um pouco mais de esclarecimento, e de vontade de esclarecer a real importância disto.

Nós recebemos garotas de programas, entre os casais heterossexuais, nós recebemos o casal, geralmente, o maior número é logo após a separação, durante o casamento não se usa a camisinha, não se vê a necessidade, aí de repente se descobre uma traição. Mas esta traição se aconteceu hoje, é porque há muitos anos atrás, talvez, já se tenha perdido a qualidade deste relacionamento. [e ainda diz que é sem julgamento] Lá não lembrei de usar camisinha e hoje quando tenho certeza dessa traição então eu me separo, porque não admito. Mas há anos atrás eu não pensei em conversar, em resgatar meu casamento, de perguntar o porque aquilo estava acontecendo, qual a necessidade de outra esposa, aonde eu errei, porque um casal não erra sozinho. Só depois de uma separação parece que as coisas ficam piores, ai eles nos procuram para fazer o exame, ver o que aconteceu... este é nosso público alvo.

6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

O tempo depende do número de pessoas agendas para o dia e o tempo quem faz é o paciente, muitas vezes, não é o aconselhador. Eu já fiquei meia hora, já fiquei quarenta minutos, como já fiquei quinze, acho que quem faz é a necessidade daquele paciente que está ali naquele momento. Não existe um tempo fechado ou previsto, quem faz o tempo é a necessidade do paciente, e a disponibilidade do médico também, acho que isso conta muito. O paciente pode estar ali com muitas necessidades, muitas dúvidas, mas se o aconselhador não estiver disposto a ouvir estas dúvidas e esclarecer, o aconselhamento será feito em dez minutos e o paciente vai sair ainda cheio de dúvidas, porque eu acho que quem faz este tempo são as duas partes. Acho que não existe tempo certo. Depende da disponibilidade do paciente em querer te ouvir e do aconselhador em querer colocar, é claro que existe também, todo um ambiente externo que proporcione isto. Se você sabe que você está sozinho para um atendimento e tem trinta pessoas esperando lá fora e que estas pessoas vão ficar estressadas, vão ficar perturbadas, elas tem horário a cumprir, a rotina continua, você precisa de uma recepção de qualidade, uma coleta de qualidade e você precisa de um tempo para isso. Se você sabe que lá fora a situação está turbulenta, é normal que você não esteja com a tua escuta muito ativa e que você apresse um pouco o trabalho, não é assim. Agora se você tem dez pessoas para atender e lá fora o ambiente externo está funcionando adequadamente você sabe que pode perder tempo, que pode conversar outras coisas com esta pessoa, e de que o aconselhamento pode ficar mais produtivo. Então, essa qualidade de serviço também, interfere na qualidade do aconselhamento.

7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Existe, tanto na linguagem, porque esta gestante que está aqui e não conhece a real importância e o principal motivo de porque ela está aqui, ela não conhece a realidade da mãe soropositiva, ela não conhece nada sobre o tratamento muito menos sobre a prevenção. Ela só está aqui por uma exigência médica. Certo. Ela está aqui com mesmo intuito de quem faz um hemograma ou um parcial de urina, é a mesma coisa para ela. Então, você tem o trabalho de poder provocar nesta paciente, trazer ela para a realidade de contaminação e de risco e mostrar que ela não usou camisinha ela não se protegeu. Ela manteve uma relação sem camisinha, então vamos avaliar. "Há! Mas eu sou casada há dez anos e não tenho risco." Então vamos deixá-la avaliar a qualidade deste relacionamento e tudo isso você tem que provocar. É uma pessoa que te dá um pouco mais de trabalho. É uma pessoa que passa por várias situações de risco ela está aqui porque conhece a sua realidade, ela sabe que tem chance de ser portadora, tem chance de ser soropositiva e ela está simplesmente para a investigação, só para isto. Ela conhece os riscos do HIV e ela está aqui por uma vontade própria, é diferente, ela não está aqui induzida por alguém. Então, fica mais fácil porque você não precisa provocar um desconforto. Ela já está preparada.

8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

No momento em que ele começa a desenvolver amor próprio. No momento que ele percebe que ele não faz sexo sozinho, que ele faz sexo com outra pessoa, que ele não consegue controlar nem seu próprio comportamento muito menos o comportamento do outro e que ele sabe que não tem como garantir que a outra pessoa nunca na vida vai sentir atração por outra pessoa, de que corre o risco de não usar camisinha com outro, então ele está preparado para se proteger e cuidar mais da sua vida, é só usar camisinha.

Quando tomam consciência dos riscos do HIV, não é? A gente sabe que estaticamente o maior número de HIV ocorre aonde? Isso é importante, acontece entre casais heterossexuais e nas práticas sexuais, não é assim? Sendo desta forma, cada caso é um caso, mas, generalizando pelo número das estatísticas, a gente vê que então o que se precisa é da prática do uso da camisinha entre casais heterossexuais. E no momento em que se tem essa consciência e se sabe que o número está muito alto, de que cada dez indivíduos temos um portador, e assim por diante, ele vê a importância do uso da camisinha, aí ele está se prevenindo, pelo menos eliminando grande parte da possibilidade de contaminação, porque a gente pode sofrer um acidente e precisar de transfusão de sangue, aí se corre o risco de receber um sangue contaminado e até mesmo entre profissionais de saúde sobre um acidente ocupacional e se picar com uma agulha de um portador, né. Não extingue mas, já elimina muitas possibilidades [o uso da camisinha] desta forma.

[Questionei se poderia se dizer que o usuário tem acesso às informações por várias maneiras e que a partir do momento em que ele tem informação e amor próprio teria condições de se cuidar.] Certo, é isso.

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Eu acho importante primeiramente saber o que ele pensa sobre a transmissão do HIV, em seguida orientá-lo, tentar passar a educação necessária, agora, sinais e sintomas, não vejo importância neste momento, até porque não existe um sintoma específico de HIV, existe uns primeiros sintomas normais de aparecer, mas por serem doenças oportunistas não chegam a caracterizar o HIV. Então, não vejo a importância disto.

10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Eu acho que o usuário não tem a ...o público que atendemos aqui a grande maioria vem de uma população muito frágil, muito limitada e acho isso muito subjetivo para a visão deles e não vejo essa necessidade. Eu acho que precisa muito mais de práticas, de mudança de comportamento, de coisas reais, de coisas mais palpáveis. Que um conhecimento inacessível. [Questionei o que seria estas coisas mais palpáveis?] Mais palpáveis como garantir a qualidade de um relacionamento ou o conceito sobre confiança no parceiro, coisas que também são importantes para uma prevenção. Coisas como educar o parceiro a usar camisinha, isso eu falo para as mulheres, como garantir o uso da camisinha do meu marido.

11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

Se for uma linguagem simples e semelhante à linguagem do usuário eu acredito que sim.

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica?

Bastante, porque muitos já chegam aqui com um certo grau de conhecimento. Estão aqui porque estão preocupados e esta preocupação faz com que eles chegam e se informam sobre estas dúvidas, antes de procurar o serviço. E já chegam aqui com algum grau de conhecimento. Então, muitas vezes, antes de explicar se pergunta, até onde esse paciente conhece? Até onde vai seu conhecimento? Qual as respostas que você busca? O que você veio à procura? Acho que tem um respeito nisso. Até porque tem paciente que você não precisa ser muito detalhista, porque ele já tem um certo grau de conhecimento.

Com certeza, porque alguém com melhor padrão de vida tem acesso a Internet, tem acesso à biblioteca, tem um nível intelectual melhor, consegue fazer maiores associações, convive com pessoas críticas e uma pessoa de baixa renda não tem todos esses acesso, não se preocupa tanto com isso, muitos mal sabem ler e escrever. A maioria das informações são passadas por televisão.

13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia. Que esse conhecimento é significativo.)?

14. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo, ou informativo?

Os dois, porque ao mesmo tempo em que você informa, você esta passando informações de prevenção, você esta o educando, você esta educando para mudanças, você ta provocando essa educação, que ela seja não só aqui dentro, mas que ele possa levar para a vida dele.

15. O que é aprender/ o que é ensinar?

Ensinar, eu acho que é mostrar as forma correta e incorretas também, é exemplificar, é detalhar algumas situações, é fazer a pessoa pensar sobre, fazer a pessoa refletir. E tentar mostrar para ela o caminho correto, destas informações destes riscos, para que ela possa cometer menos falha, para que ele possa mudar seu comportamento frente a esse ensinamento, frente a esse repasse de informações que você ta dando para ele, essa troca. O aconselhamento tem muito disto, não é algo estanque, que o paciente chega e você repassa tudo o que você sabe, não, existe uma troca, até onde eu sei, até onde eu quero sabe, porque eu quero sabe, pra onde eu vou levar essa informação. É isso.

Aprender é entender o que o outro te passa, poder avaliar, não é seguir corretamente o que o outro te ensinou. É poder assimilar, associar e agir daquela forma como foi te passado, ou, poder trazer para mim e modificar a minha forma de ser. Eu recebi uma informação, eu assimilei, eu internalizei aquela informação, aquele ensinamento e eu aprendi de que eu posso agir correto, mas, com a minha forma de ser, sem deixar o meu eu de lado. Tudo isso que eu falo, eu falo de ensinamento de HIV.

16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Primeiramente tem que ser uma pessoa livre de preconceito. Tem que ter um trabalho muito intenso quanto os seus conceitos, quanto ao respeito aos comportamentos adversos aos seus, poder receber sem limites uma pessoa diferente do seu comportamento, depois tem que ser uma pessoa capaz de ouvir, capaz de entender a linguagem do outro e poder repassar de uma forma correta e simples, para que o outro possa entender, reforçar esta tua informação.

Olha, eu me esforço, me esforço. Considero-me muito aberta para as críticas, a ...eu não tenho dificuldade para colocar, eu costumo colocar as minhas dificuldades, considero isso um ponto positivo, eu me esforço muito. Não considero fácil, porque por mais livre de preconceito que podemos estar sempre recebemos um caso novo, que te assusta, diferente que você precisa de uma nova preparação, uma nova visão. Mesmo depois de tanto tempo sempre tem algo novo, diferente que te assusta um pouco, que você vê que precisa de mais algum conhecimento, exige novas buscas, que você não está tão preparado como o caso já atendido há um tempo atrás.

17. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Acho que tem que ser uma pessoa da área de humana. Você não vai por um administrado a fazer aconselhamento, não vai dar certo, mas acho que a área da enfermagem, acho que assistente social, a antropologia, que estuda a sociedade, o comportamento, qualquer área que estuda o comportamento humano eu acho uma boa medida, a área médica, a área de psicologia. Acho que ligada às ciências humanas.

Perfil, tem que ser uma pessoa assim, que tenha capacidade de liberação de stress, liberação de material, como explicar... a gente passa seis horas lidando com situações bastante estressantes, bastante complicadas. O portador do vírus, ou, o testando são pessoas frágeis, que vem até a gente com a necessidade de um tratamento diferenciado, e eu acho que tem que ser realmente uma pessoa com capacidade de liberação de stress fora do horário de serviço, de que ela consegue sair e deixar estas dificuldades para traz e que possa retomar no outro dia, livre deste material, com bom humor, boa receptividade. Acho que deve ser uma pessoa muito comunicativa receptiva e um bom ouvinte, acho isso fundamental ter todo esse conhecimento de HIV toda essa parte teórica, sobre formas de transmissão, situações de risco, uma pessoa deste gênero.

18. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Favorecer mais o teste, o maior favorecimento a realizar (...) que seja mais facilitado o teste à população em geral. Facilitado, nós hoje coletamos no (nome do bairro omitido) e eu acho que esse centro deveria existir em outros lugares dos municípios, a descentralização do serviço, mas, de uma forma mais organizada de forma a manter a mesma qualidade.

19. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Não temos estrutura física adequada para isto. Com o paciente muitas vezes temos nos deparado coma à dificuldade de acesso, com a dificuldade de aceitar ter que fazer o HIV, tudo isso atrapalha um pouco. As informações externas continuam sendo erradas. Eu acho que por anos se fala a mesma coisa e o pessoal parece que não entende. As informações nos centros de saúde continuam sendo erradas, tanto para marcação, tanto para como funciona todo esse processo. Continuamos com dificuldades de espaço e de funcionários para isso, isto é... eu acho que ainda precisa que nossos gestores, nossos superiores possam enxergar o HIV com outra visão, com a maior importância, dar a devida importância para o programa de HIV.

20. Descreva um aconselhamento;

Porque não pode? Vocês podem assistir mediante a permissão do paciente, já aconteceu isso muitas vezes, poderiam participar. Fica difícil contar assim, foge mais a ética eu te colocar um caso do que você assistir com a permissão do paciente.

21. Quais outras atividades, além do aconselhamento são realizadas pelo CTA?

Nós temos uma parte educativa em que algumas empresas solicitam palestras sobre o HIV, é muito pouco, mas a gente ainda realiza. Algumas escolas, as equipes do PSF tem tido mais contato com as escolas, realizam palestras, oficinas educativas sobre sexualidades. [questionei como eram realizadas as palestras.] A gente fala basicamente sobre conceito de Hiv, formas de transmissão, uso adequado da camisinha, e como usá-la, fala-se um pouco sobre vigilância epidemiológica, sobre os números, aplica-se alguma oficina, alguma dinâmica.

[questionei sobre o material didático] *No momento não tem, porque a coordenadora não fez. A gente tem sempre os folders explicativos, temos as próteses para mostrar o uso adequado da camisinha, para mostrar como se usa. A ficha de aconselhamento, ela é informatizada, todos os dados são encaminhados ao MS através de disquete, cada usuário é passado para o computador onde são repassados ao MS. No momento estamos com pouco folders, mas, ele é feito anualmente. [sobre o álbum] Pouco atualizado, mas ele ajuda a trabalhar as DSTs, auxilia para mostra como é uma gonorréia, um HPV, o que acontece nas fases da sífilis, ali esta tudo demonstrado, as figuras ajudam a trabalhar isso. [Acha ele bom?] Olha deve ser melhorado. A gente precisa de uma linguagem mais simples, assim, tipo mais facilidade, ele fica aqui para ser utilizado por nós, deveria ser algo mais simples para poder ser oferecido para o usuário. [Questionei sobre as gravuras contidas no álbum] Eles têm tipo de HPV, ali o HPV é acuminado e eles têm dificuldades de relacionar. “Há mais o meu não esta assim.” Então se você observar ali no HPV tem uma verruguinha que tem uma pontinha à caneta eu passei para mostrar que aquela simples verruga já é o HPV. Que não precisa estar acuminado como mostra na figura. Realmente ela assusta muito, ela é aterrorizante. As figuras que tem ali são aterrorizante e acho que é isso o que dificulta, que deixa essas doenças mais longe da gente ainda. Mais longe do nosso dia-a-dia, isso acontece com o outro que é promiscuo, que faz sexo com todo mundo, mas comigo que sou limpinha isso não vai acontecer, porque é muito feio. As figuras ali realmente são muito feias. [Podemos dizer que elas podem induzir a negligenciar os estados iniciais da doença?] Pode ser, mas a orientação, eu não gosto muito de dar palestras sobre DST, porque minha colocação é assim, poder quando identificar qualquer mudança, de qualquer diferença que se perceba em nosso organismo que se procure um médico, para saber o que esta acontecendo com a gente. Essa é minha orientação, acho que o usuário não precisa saber o nome da infecção, acho que não precisa conhecer nada mais sobre isso. Precisa saber que existe, que ele tem que se prevenir contra, mas eu acho que o usuário em geral não tem que saber nada além disso, que remédio tem que tomar. Eu sou contra esses treinamentos que são dados na rede de saúde, o técnico de enfermagem, o enfermeiro não precisa saber que remédio que tem que dar, não precisa saber muita coisa, porque ... o usuário em si não tem que ter mais informações, precisa saber que tem algo errado e procurar o médico para resolver e pronto. Não tem que ir numa farmácia, aplica um benzetacil e ta curado. Vou lá e solicito a medicação, então eu acho que tem que orientar a procurar um médico, que possa avaliar e medicar e resolve o problema dele.*

Entrevista semi-estruturada 8.

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha eles importantes? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)? Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento?

Não, é, eu vim sem saber o que era entendeu? Vim sem saber o que era. Porque até era uma coisa nova, era um projeto que estava começando a sair do papel; mas a gente foi indo, foi aprendendo, foi construindo, e hoje eu gosto bastante. Tive a oportunidade de sair já, mas não aceitei e continuei no CTA.

Eles (Os treinamentos) eram assim: Foi uma semana de capacitação, então foi justamente pra gente aprender e foi dentro do CTA lá, que na época chamava-se COAS, então foi no COAS de Porto Alegre. Dois, no Estado e no município, e no Rio a mesma coisa. Então, a gente foi aprender como é que era, assim, teve então toda uma parte teórica antes, sobre a questão dos testes, questão laboratorial, a questão dos resultados, a questão da AIDS, do HIV, a epidemia, dados, a questão do lidar com a morte, os preconceitos, enfim, e também uma parte prática onde nós acompanhamos os profissionais de lá na realização do aconselhamento pré e pós-teste, também coletivo, e teve um momento em que nós então fazemos essa prática lá, supervisionada pelo profissional. Depois disso, foi mandada as avaliações pro Ministério, onde a gente recebeu o certificado em aconselhamento (DST, HIV e AIDS). [Tempo de duração?] Uma semana, de manhã e tarde. E fora isso, assim, no longo desse tempo todo que a gente está aqui, sempre tem acontecido capacitações; a gente sempre tá indo no CTAs. O nosso CTA, é CTA referência hoje em capacitação pro Ministério da Saúde entendeu? Então as capacitações do Estado, as capacitações na rede municipal, quando se trata de aconselhamento, o CTA aqui faz, que dá o suporte.

[Outros locais da rede também fazem o aconselhamento?]

É, assim é (pausa para pensar) a testagem ela é descentralizada, então somos nós CTA, tem um ambulatório municipal de DST/HIV/AIDS e, que é aqui na verdade, e o nosso endereço é (...), onde a gente tá situado, esta em reforma e (pausa) e tem profissionais na rede, médicos, enfermeiros, psicólogos, enfim, o que podem também tá solicitando o teste, desde que passe pela capacitação em aconselhamento, e desde que o aconselhamento aconteça. Então é aquela história, que é preconizada mesmo, pra se fazer teste, pra se pedir teste, tem que ter o aconselhamento pré e pós-teste.

[Eles atendem as suas necessidades?] *Sim, sim. Apesar de que assim: As dificuldades, as necessidades, elas vão surgindo, a cada dia, quer dizer, (pausa) cada dia é uma situação nova, cada atendimento é novo, é uma situação nova, então (pausa), como é que eu vou te dizer? Não seria necessidade, mas as angústias vêm, às vezes é preciso (pausa) se especializar, não sei se seria a palavra, mas buscar conhecimento certo, certa coisa, pôr outras DSTs, também solicita teste para sífilis, agora fez uma capacitação para testagem da hepatite, entendeu? Então assim, à medida que as coisas vêm, que a demanda vai chegando, as necessidades também vão vindo. Mas sempre que dá pra gente também tá participando, as capacitações vêm de encontro, tanto a nível estadual, municipal e até mesmo a nível federal.*

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?

Eu penso que é promoção à saúde. Quando se faz um aconselhamento, é um momento, assim, que a gente consegue parar junto com a pessoa que veio procurar o serviço, pra gente parar pra pensar (pausa). Não só na questão do HIV e na AIDS, mas das outras situações que envolvem na verdade. Então, quando a gente vai falar de HIV, a gente tem que falar de uma série de outras coisas, que não só trabalhar a questão do HIV puramente. E o aconselhamento, eu penso que ele consegue abrir isso. A gente consegue trazer outras, outras demandas dessa pessoa. Muitas vezes assim, ela vem procurar pra fazer o teste de HIV, mas durante o aconselhamento a gente consegue perceber que tem outras coisas por trás disso, e que, às vezes, o teste naquele momento não se faz nem necessário, porque ela tá numa janela imunológica, ou porque não tem situação de risco nenhuma. Então quando se faz o aconselhamento, se permite que essa pessoa pare, que essa pessoa coloque as suas ansiedades, porque que veio ao serviço, e a gente também tá resgatando com ela essa reflexão, de repente dos riscos que ela vem correndo, do que pode ser mudado para ela não correr mais risco, essa questão de estar mudando o comportamento, o momento acho que de parada assim, para refletir mesmo. E o aconselhamento eu penso que é isso. É promoção à saúde, é uma maneira da gente tá junto com uma, com duas ou com mais pessoas por um aconselhamento coletivo. É buscar isso, buscar a prevenção, é trazer informação, as orientações. Promover a saúde, a educação.

Não, aconselhamento não é dar conselho, de jeito nenhum. Porque é assim: é bem o momento que eu penso que parar para refletir mesmo, deixar com que a pessoa traga suas, até assim, de ter que considerar que, que o outro tem um conhecimento, eu tenho um conhecimento e a pessoa que me procura tem outro conhecimento. Eu tenho que ouvir o conhecimento dela, em cima desse conhecimento trabalhar essas questões, da prevenção, da educação, da promoção à saúde, entendeu? Então assim, eu não posso dar

conselhos, porque não é o meu papel aqui dar conselhos. O meu papel é estar trazendo essas informações que ela tem, é passar as informações, dar caminhos diferentes, ou não dar caminhos. Mas tipo orientar, informar sobre as várias situações que podem correr, que já aconteceu, que pode vir a acontecer, para que ela seja responsável, pelos seus atos, pelas suas ações.

2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?

Bom? Ah, é difícil. Porque (pausa para pensar). Porque o aconselhamento não depende só do aconselhador, depende da situação, depende da pessoa que veio procurar o serviço, depende dessa relação. Então vai depender muito da relação que a gente construir. E o aconselhamento, ele não se esgota num único atendimento, ele vai ter um outro atendimento, vai ter um pós-teste, ele vai ter um aconselhamento pós. E muitas vezes, vai ter outros aconselhamentos, o mesmo atendimento, vários atendimentos. Quando ela procura para fazer o teste, quando ela procura pra buscar preservativos. Eu penso assim, que quando se consegue ter um resultado legal no aconselhamento, é quando você inicia uma relação com este usuário ou com a usuária, e que ela retorna outras vezes pra ta (pausa) pegando preservativo entendeu? Quando ela diz que ela está usando a camisinha, quando ela diz que ela está se protegendo, quando conversou com o parceiro sobre as suas situações ou sobre a preocupação que tem com ele. É esse retorno que vem do usuário sabe!! “Olha, consegui sentar e conversar com meu parceiro sobre o que esta me preocupando, sobre situações que ele possa ter vivido ou esta vivendo”. Essa questão da reflexão mesmo. Quando o usuário traz essa reflexão, um aconselhamento posterior. Não sei.

3. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

Ah, é difícil. (pausa para pensar) Ah, não sei te dizer (risos). Porque é tão difícil. Assim ó: porque a gente ta, ta com eu te falei, assim, eu posso às vezes ter a minha avaliação, mas eu também não sei como é que é a avaliação do outro, como é que esta essa relação. As vezes, as pessoas entram, porque vem fazer o teste, porque foram encaminhadas para fazer o teste. Então não é um interesse dela de fazer ou de saber desse resultado. Muitas vezes, foi porque o médico pediu, porque esta gestante ou porque vai fazer uma cirurgia. Então assim, às vezes, esse aconselhamento não é que ele seja ruim, às vezes, ele é mais difícil sabe. Porque? Porque já tem uma resistência. “olha, eu vim aqui fazer o teste porque alguém me pediu, porque se eu não levar o meu resultado o médico não vai gostar disso.” Sabe, essa questão meio que da obrigatoriedade que a gente sabe que não existe, entendeu? Então esse aconselhamento, às vezes, ele é mais difícil, do que aquela pessoa que muitas vezes chega com uma demanda própria, uma demanda espontânea, “Olha, eu tive situações assim e eu vim fazer o meu teste, eu preciso de orientação, como é que é isso?” Sabe! É diferente. Então assim, existe uma diferença de aconselhamento, uns que são talvez mais fáceis de a gente estar fazendo, e outros que muitas vezes são mais difíceis sabe! De início, assim, mas logo depois quando tu vem trazendo informação, tu vem colocando a questão de que hoje não existe mais grupo de risco, que muitas pessoas ainda pensam assim então a coisa vai (pausa) vai abrindo assim, aí o aconselhamento acaba que no final, fica legal sabe! Porque é isto, tem que interagir, e às vezes, existe essa resistência sabe! “olha, eu vim por causa disso”, e enfim, às vezes, nem voltam pra buscar resultado aí a gente fica meio (pausa) meio assim. Mas a maioria volta pra buscar, e sempre tem um retorno legal no final.

4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Eu incluiria assim, oh, a nossa equipe hoje, são três pessoas, três assistentes sociais, por muito tempo, como eu já falei antes a gente começou com duas assistentes sociais e uma psicóloga, depois a psicóloga foi para outro programa e ficamos um tempo só duas assistentes sociais. Eu penso que é importante ter uma equipe multiprofissional e uma equipe maior para o atendimento. Nós somos três assistentes sociais. Acho que se tivesse outros profissionais de outras áreas ou mais profissionais. [Quais áreas?] Acho que da enfermagem, psicologia, pedagogia, médicos, enfim, mas que realmente gostasse, assim como eu acredito que a nossa equipe gosta do que faz. Seria legal enquanto equipe, seria legal para o usuário, essa diversidade do atendimento, essa questão discussão seria importante, porque seriam visões diferentes, bagagem diferentes que cada profissão tem, para estar discutindo os casos, apesar de que a gente consegue fazer isso, apesar da mesma profissão, mas seria interessante esta ouvindo outros profissionais. Eu penso que é isso. No mais nós temos uma estrutura física legal, a equipe é muito unida. É formada por três assistente sociais, uma estagiária do serviço social, duas técnicas de enfermagem (para a coleta do sangue), um técnico administrativo. É assim, uma equipe que fala a mesma linguagem, desde a estagiária até as meninas da coleta. Todos participam das reuniões que a gente faz, para que todo mundo tenha a mesma linguagem para trabalhar com o usuário. Acho que é isso, mais profissionais.

5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

São mulheres as que mais procuram. [Porque as mulheres?] Acho que é uma coisa de cultura, sabe, porque eu penso que nós nos preocupamos mais com a questão da saúde, a questão da prevenção, a gente já vai ao ginecologista, a gente já faz o preventivo, sabe, já tem esta questão de estar procurando os serviços, de saber, a questão da própria camisinha, já levam mais preservativos para casa, param para perguntar como é que é, que não é, como é que coloca. Os homens já não. Eles aceitam, mas, são mais resistentes. Elas não, elas vem mesmo e procuram os serviços. É a maioria.

[E a campanha do pré-natal contribuiu para as mulheres serem a maioria neste serviço?] Contribuiu assim, oh, nós antes atendíamos mais gestantes, mas, agora como descentralizou os teste aqui nos municípios, os médicos, na rede, solicitam os testes. Então são pouco as gestantes que chegam pra gente coletar, fazer o aconselhamento, porque elas fazem no posto de saúde próximo a sua casa. Então para elas facilitou também. E também, cada vez que tem campanha, campanha do piano, “Tire o peso, tire a dúvida.” A campanha do “Fique sabendo.” A campanha do 1º de dezembro, isso dá uma mexida e as pessoas procuram mais o serviço.

6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Depende, uns quinze minutos ou mais, o individual. Alguns mais, dificilmente menos. Quando for coletivo dura em torno de uma hora, quarenta minutos. E assim, não é um tempo fechado. Tem aconselhamento que a gente fica muito mais, fica vinte, trinta minutos e, às vezes, na entrega de um resultado fica mais do que isso também. Daí depende do resultado, depende dos encaminhamentos, depende muito a gente não tem um tempo fechado. É uma média, mas não tem um tempo fixo. Mesmo que tenha outros usuários para o aconselhamento, a gente não controla o tempo do atendimento aqui. [Trabalham por agenda ou demanda livre?] A gente trabalha por demanda, só que os resultados são agendados, não tem uma agenda formal, só que o usuário recebe um cartão e então tem um dia para ele retornar. Então os atendimentos de hoje vão para dia (...), os de amanhã para (...). e assim vai indo, então é isso, a gente vai fazendo isso. O horário de resultado. Se a pessoa na puder pegar hoje, poderá vir amanhã, até sexta-feira, respeitando o horário que é das 8:00h às 11:30 h e das 13:30 às 16:30 h com a aconselhadora da tarde. Antes não entregávamos as sextas-feiras, mas agora como estamos aqui no ambulatório, que é a referencia, então entregamos, pois ele já consegue marcar logo aqui a consulta (no caso de ser positivo).

7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Não dá para generalizar, tem gestante que vem fazer o teste com pedido médico, mas sabe a importância do teste, pede o teste ao médico, já recebeu orientações do médico, às vezes não, mas vem com uma certa orientação, com alguns conhecimentos, trás o parceiro para fazer a testagem também, volta ao final da gestação para fazer o teste também. Tem outras gestantes que não, que são mais resistente e vem assim, deixam bem claro que estão vindo por uma orientação médica e que talvez, se não fosse isso não teriam vindo fazer o teste, enfim, mas que durante o aconselhamento, diante das informações, também, acabam trazendo o parceiro, voltando ao final da gestação, vendo a importância do teste na gestação por causa do bebe. Enfim tem toda uma forma de fazer o aconselhamento para fazer com que ela reflita sobre a importância deste pedido. A gente deixa claro que não é obrigatório, mas, que é importante. E o usuário que vem por uma demanda espontânea, às vezes, também é resistente, não é sempre tranquilo. Às vezes, estão a um tempão pensando em fazer, agora é que tiveram uma certa coragem de fazer, mas não querem conversar muito, querem mais coletar o sangue e ir embora. Muitos ainda pensam que é só um laboratório que chegou, tirou o sangue e vai embora. Então é assim, também é complicado, mas nada que seja impossível fazer parar um pouco e pensar porque que eu vim até aqui? Quais as situações que eu vivi até aqui? O que eu posso fazer para não correr o risco de me infectar com o HIV. Tem diferenças, mas (pausa).

8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Bom, primeiro ele é responsável por ele mesmo. E ele vai estar mudando o comportamento se ele parar para refletir os riscos que ele já correu e sei lá, se ele refletir para não correr mais riscos. Não adianta a gente falar, orientar, não adianta a gente disponibilizar preservativo, se ele não tem essa reflexão, se ele não parar para pensar. Sabe, às vezes, o que acontece assim, de dar um resultado negativo de HIV, é difícil de dar um resultado negativo, pois, às vezes, ele correu tantos riscos, tantos riscos, deu um resultado negativo, pensa assim, se com tantos riscos deu negativo, então, posso ficar tranquilo, pois, não vai ser em uma relação que vou me infectar. Então entregar um resultado negativo também é difícil, tem que trabalhar toda a questão da prevenção, de reforçar a questão de sexo seguro. É assim, a gente tem que refletir com ele e ele tem que tomar a decisão de mudar ou não o seu comportamento. Cada um é responsável por si, às

vezes, a gente ouve assim: “Eu me contaminei por culpa de meu marido. É culpa dela, da minha namorada...” Não é assim, nós somos responsáveis por nossas atitudes, nossas ações. Então é importante isso, trabalhar com as pessoas as responsabilidades, sobre o seu corpo, responsabilidade sobre o outro para que não corra risco. Agora, se mudam, se fazem prevenção? Não tem como dizer. Até porque nós temos um limite e temos que trabalhar com esse limite. Até onde nós queremos ir? Até onde ele quer nos contar? Nós trabalhamos com usuários de drogas injetáveis que só vão nos dizer que são usuários de drogas injetáveis somente lá no pós-teste, entendeu, eles não contam na primeira vez. Tem gente que vem fazer o segundo, terceiro teste, já está fazendo o tratamento e não contam, sabe, é como se fosse a primeira vez. Então, tem um limite nosso. E a gente tem que respeitar e respeitar o limite do outro.

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

É eu penso que é isso, que a gente tem que ouvir o que o usuário já sabe, entendeu. Porque ouvindo o que ele já sabe, o que ele nos traz, a gente vai conseguir falar a mesma linguagem que ele fala. Muitas vezes, a gente usa alguns termos que ele desconhece, por exemplo, ejaculação. Isso já aconteceu comigo de estar dando uma palestra e falar em ejaculação e eles não saberem o que é ejaculação. Sabe, e quando tu falas que ejaculação é a mesma coisa que gozar, então eles entendem o que tu tá falando. São esses cuidados da comunicação que são importantes, senão tu falas, falas e quando sai daqui e daí? Ela falou tantas coisas e eu não consegui entender nada. Então, é perceber isso. E as pessoas têm conhecimento. Fala-se muito em AIDS, em HIV. Talvez ainda se pense que mosquito transmite o HIV, que compartilhar garfo e copo também, mas, enfim a gente tem que ouvir também para aí estar trazendo as questões corretas, o uso do preservativo que é importante para estar desmistificando todas essas questões em torno da AIDS. O conhecimento que o usuário tem é importante.

10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Não sei se neste primeiro momento da testagem isso seria importante, não trabalho muito com isso. A gente tenta passar para ele a questão do resultado, o que significa um resultado reagente, não-reagente, indeterminado, que é difícil acontecer, mas que pode acontecer, porque isso pode acontecer, a questão dos reagentes que tem que repetir uma segunda vez, se este foi um primeiro. A questão do não-reagente e a questão da janela imunológica e a marcação de outro teste. A questão da diferença entre HIV e AIDS que ainda tem muita confusão nisso, ainda. Eu penso que neste primeiro momento isso não é muito importante.

11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que está sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

Acredito que sim. Na verdade é assim, é mais uma coisa que o profissional deve ficar atento, é a questão do ouvir, do escutar. Se a gente não estiver atenta, escutando, ouvindo. Se eu não escutar o que ele está me dizendo, eu vou acabar repetindo o que ele me disse com outros termos e isso pode confundir. E muitas vezes, tem informações que num primeiro momento não preciso estar fornecendo, pode esperar um segundo momento. E nós atendemos usuários que vieram de outros serviços para retestagem, o segundo teste, porque o primeiro deu positivo e chegaram cheios de dúvidas, porque num primeiro momento, quando te deram um resultado positivo, você não está conseguindo digerir tudo aquilo, não está nem aqui, está com um resultado positivo e não consegue parar para prestar atenção. Então não é o momento de passar todas essas informações. É preciso dar um tempo para esta pessoa, sentir o que é esse resultado, absorver essas informações, para num segundo momento retomar estas informações e os encaminhamentos necessários. Então isso também tem que (Pausa) do profissional, de sentir isso.

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socioeconômica?

Olha assim, às vezes, quando a gente fazia aconselhamento coletivo no CTA, muitas vezes, a resistência era maior de quem estava cursando a faculdade, tinha nível superior, porque a pessoa pensa assim, não estou generalizando, mas tem aquela coisa assim: “Hã! Já sei como é, como não é, não vou ficar ouvindo, só quero fazer o meu teste.” Então, muitas vezes, as pessoas que tem uma escolaridade mais baixa elas buscam mais a informação. Não que as outras pessoas tenham a informação, porque quando tu falas em janela imunológica elas dizem: “Tá, mas eu nem sabia que tinha isso no teste do HIV.” A informação, ela existe, mas tem coisas que eu preciso saber antes de fazer meu teste, se é o momento de fazer o teste. E, essas informações são repassadas no aconselhamento também. Então, às vezes, a questão da escolaridade isso dificultava um pouco, a pessoa já chegava dizendo: “Olha, eu estou fazendo faculdade, sei todas as

informações, não preciso assistir o aconselhamento, só quero coletar o sangue.” E às vezes não é assim, tem informações que ela não sabe e são importantes até para a segurança do resultado.

13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia. Que esse conhecimento é significativo.)?

Acredito que sim, que utilizará o conhecimento aprendido. Algumas informações reforçam informações já conhecidas, outras desmistificam, auxiliando no processo de construção do novo conhecimento.

14. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo? Porque?

Sim. Porque! (pausa) Ai menina! Porque não tem como não trabalhar com a educação, não tem como não trabalhar com a promoção, com a questão da saúde, com a prevenção, tudo esta ligado. Então de alguma forma a gente ta orientando, esta informando, esta dando acesso a outros serviços. Acho que está ligado, não tem como não ser um processo educativo. (Suspiros)

15. O que é aprender/ o que é ensinar?

Ah! Luciana! (Pausa) Posso pesquisar? [Você não precisa pesquisar, é só a sua opinião, nada muito elaborado. É só sua opinião sobre o que é ensinar/aprender, ou, como se ensina? Como se aprende?] Então, acho que na verdade, tanto o aprender e o ensinar é trocar, é trocar experiência. A partir do momento que eu estou aprendendo com este usuário que esta aqui, com toda esta experiência que ele tem, com todas as histórias que ele já viveu, sabe, que ele tem passado, tem vivido, eu estou aprendendo e ele esta ensinando e eu da mesma forma. E o conhecimento técnico que eu tenho, eu também estou ensinando, estou passando algumas informações para ele, que ele poderá refletir e mudar ou não a história dele. Ser responsável por esta mudança. Eu penso que é isto, quando a gente consegue trocar as informações, as experiências, às orientações, discutir isso e crescer com isso, de alguma foram estar crescendo, enquanto profissional, enquanto pessoa. Com o aconselhamento a gente cresce muito. Tu aprendes muito, aprende a rever todo o dia os teus valores, os teus conceitos, os teus preconceitos. Aprende a viver com a questão da vida, da morte. Aprende muito, acho que mais aprende do que ensina.

16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Vou voltar à questão da escuta, a questão da linguagem, que eu acho que é importante, a concentração. A questão de deixar claro, para o usuário, a questão do sigilo, das informações que ele esta passando, que essas informações, esses dados serão guardados em sigilo, que não serão repassados para ninguém. A questão do cuidado com o atendimento, que ninguém interrompa esse atendimento, os cuidados que se tem que ter também para ter um bom aconselhamento. Sim.

17. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Acho que todos os profissionais, não só os da área da saúde, mas da pedagogia, da psicologia. [Porquê?] Porquê acho que já tem aí toda uma questão da (pausa) Ah! Não sei responder, que pergunta mais difícil. Não, é porque muita gente pensa assim, para trabalhar na área da saúde tem que ser profissional da área da saúde, mas, eu penso que não, assim, tipo, o assistente social, ele não trabalha só na área da saúde, o psicólogo, o pedagogo, nós já fomos em CTAs que tinha sociólogos trabalhando, entendeu? Na verdade são profissionais que também, que trabalham estas outras questões, questões de grupo, de formação, que trabalham conceitos importantes para trabalhar com estas pessoas. É profissional que vem de um outro aprendizado, que tem uma bagagem legal que dá para estar trocando no dia-a-dia, estar trabalhando. [Eu poderia concluir da sua fala, vê se é isso, que a questão da prevenção a AIDS não envolve só aspecto relacionado à saúde, ao biológico?] É, é isso. Quando a gente se fala em AIDS, a gente começou a falar em AIDS, a gente começou a falar de uma série de questões que não é só saúde, mesmo, mas, questões emocionais, sócio-econômicas também, questões relacionadas a sexo, a traição, a fidelidade, a droga, uma série de outras questões vierem à tona para a gente estar falando em AIDS e eram questões que ninguém falava antes. Por isso a necessidade da equipe multidisciplinar. E o ser humano não é só de um jeito, alguma doença, ele é um ser humano em todos os seus aspectos. Então quanto mais profissionais tiver para trabalhar, estes aspectos, melhor, porque vamos aprendendo também a trabalhar com seus aspectos para depois trabalhar com o usuário.

18. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Sempre é importante a capacitação, nos traz mais conhecimentos, nos faz parar para refletir sobre o cotidiano. Penso que isso é importante, o suporte emocional que os aconselhadores poderiam ter e que não tem, para estar trabalhando estas questões. As trocas com outros profissionais, esta parada para capacitar, o estar parando para pensar, uma refletida sobre o que se vem fazendo.

19. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Maiores dificuldades (pausa para pensar) Ah! Menina! O número reduzido da equipe. O nosso espaço físico é bom, cada um tem seu espaço físico para o atendimento, tem espaço físico para o aconselhamento coletivo. Os resultados chegam em tempo legal, já demorava mais, agora a gente conseguiu reduzir o tempo. Então é isso, dificuldades a gente tem, mas não consigo lembrar agora o que mais.

20. Descreva um aconselhamento;

Bom, é assim, nosso atendimento começa no acolhimento ali na recepção, com o auxiliar administrativo e às vezes a estagiária. Então, eles preenchem as primeiras informações para o SICTA, que é o sistema de informatização dos CTAs que tem no Brasil todo, no sistema de saúde, onde a gente lança alguns dados, data de nascimento, bairro, sexo, se é gestante, quantos meses de gestação. Lança no sistema e daí já vou ter a senha individual do atendimento, para etiquetar os tubos, o cartão do usuário. De posse destes dados, vou a sala de espera e chamo, não chamo pelo nome porque nosso serviço também é anônimo, ele recebe um número de ordem de chegada e por este número de ordem de chegada eu chamo, vou com ele até a sala me apresento e ele se apresenta e daí começa a primeira pergunta: por que procurou o serviço, porque veio fazer o teste de HIV? E aí no meio da conversa trazer a questão dos possíveis resultados, da janela imunológica, refletir sobre se o resultado for positivo como é que vai ser. Ao final etiquetamos os tubos, ele vai conferir as etiquetas, a data de nascimento e encaminhamos para a sala de coleta. Ele coleta o sangue, recebe o cartão de retorno, onde já vai estar marcado o dia de retorno e o nome de quem atendeu, porque a gente tenta depois no pós-teste atender o mesmo usuário que atendeu no pré. Tem os horários, o telefone, a etiqueta dele no cartãozinho para poder pegar o resultado. Para a entrega do resultado é a mesma coisa...

21. Quais outras atividades, além do aconselhamento são realizadas pelo CTA?

Bom, nós realizamos capacitações em aconselhamento, na rede, para médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos. Realizamos também, algumas atividades junto com o programa municipal de DST/HIV/AIDS, que é o projeto escolas, projeto empresas, (nomes das empresas) onde vamos falar sobre prevenção as DST/HIV/AIDS, onde se formou uma equipe de multiplicadores que irão fazer o trabalho lá dentro também. [E o projeto escolas?] Olha, agora no último ano a gente não trabalhou muito, mas, nos outros anos a proposta era assim, trabalhar com toda a comunidade escolar. Então, o projeto era lançado em algumas escolas da rede e quem tivesse interesse em participar da capacitação, se inscreveria, eram alunos, pais, professores, direção, merendeiras, vigilantes, enfim, toda a comunidade escolar. E participavam da capacitação, onde era falado sobre a prevenção das DST/AIDS, drogas, enfim, e daí surgia o grupo de multiplicadores dentro da escola. A última vez que nós participamos foi no ano passado, este ano outras equipes do programa de DST/HIV/AIDS participaram, e a supervisão é dada pela equipe e é as escolas que mantém suas equipe de multiplicadores.

22. Comentários sobre o material didático.

Temos folders, cartazes, encaminhados pelo ministério da saúde, do programas estaduais, municipais. Informações sobre HIV, sobre como pega como não pega, cartilhas sobre as DSTs. Sobre as mesas de atendimento temos os álbuns seriados, fitas de vídeo. [E o álbum seriado, o que você acha dele?] Acho um bom instrumento, quando a gente fala sobre as DSTs e quando mostra as DSTs, o usuário consegue, muitas vezes, estar mostrando e identificando o que ele está sentindo com a figura que está ali. E aí a gente consegue estar fazendo o encaminhamento para o ambulatório para fazer o tratamento. Então, é um instrumento bom que auxilia no momento do aconselhamento.

[Eu pessoalmente achei as figuras muito pesadas.] São realmente são. Mas às vezes... [A minha pergunta seria: será que estas figuras não levariam a considerar somente os estágios avançados da doença, negligenciando os estados iniciais da doença? Este não seria um risco decorrente do uso deste material?] Não, assim (pausa). Sim, pode, mas o que lembramos é que aquilo está num estado muito avançado e que a gente não precisa chegar naquilo. A figura do Condiloma está em um estado assustador. Quer dizer não vai logo acontecer isso comigo, acontece de aparecer uma verruguinha, e se aparecer algo diferente, eu preciso procurar o médico. Se eu deixar e achar que não é nada e não dar bola pode acontecer aquilo que está ali. Parece tratamento de choque. Então a gente tem sempre que está lembrando antes de mostrar, as fotos são assim, mas isso não é para ninguém sair daqui querendo não mais ter relações sexuais, enfim, realmente temos que ter cuidados para que isso não venha a acontecer.

Entrevista semi-estruturada E9.

[Entrevista não gravada, escrita no momento, posteriormente digitada e lida e alterada pela entrevista]

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha eles importantes? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)? Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento?

Recebi, as meninas que já realizavam o aconselhamento fizeram esse treinamento e curso de capacitação comigo. E, vendo que eu estava apta passei a fazer o aconselhamento. O aconselhamento que faço é só o individual, já participei, mas nunca dirigi o coletivo.

Fiz outros cursos no Faça, e outros vários sobre DST/HIV/AIDS e também, fiz muitas leituras relacionadas ao assunto. Participei de seminários, congressos, isto é importante, é crescimento para a gente. Na verdade, a gente está sempre aprendendo. Temos sempre que estar fazendo cursos de aperfeiçoamento, pois, na realidade nunca sabemos tudo. Gostaria de estar participando de mais congressos, outros cursos, etc. Conhecimentos nunca são demais e temos que estar indo atrás.

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?

Não é dar conselhos. O maior objetivo é o esclarecimento quanto à prevenção, tirar dúvidas do usuário, porque na verdade, quando o usuário chega até nós, ele vem cheio de interrogações, muita angústia, ansiedade. Então, deixamos a pessoa extravasar todas as suas preocupações e tentamos esclarecer suas dúvidas. Avaliamos o conhecimento dos usuários sobre as DSTs e HIV, informamos sobre os meios de transmissão. Procuramos ouvi-los mais e esclarecer dúvidas. É que eles chegam aqui com a cabeça cheia de informações erradas, como por exemplo, de como se pega o vírus, se morando com uma pessoa portadora, se com o uso de pratos e talheres, no convívio social.

2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?

O mais importante neste processo é muita tranquilidade, oportunizando o esclarecimento das suas dúvidas. Tem usuário que tem quase certeza de que são portadores, então, é necessário está passando que ser portador, não é necessariamente estar com AIDS, que é a doença em si. Que com boa qualidade de vida eles podem viver por muito tempo bem, se cuidando. A prevenção, a qualidade de vida é fundamental. O cuidado com as DSTs, o cuidado com a escolha do parceiro. O HIV não tem cara, então, a gente trabalha a questão de que a troca de parceiros freqüente tem mais riscos.

Olha, a gente não consegue totalmente, mas as pessoas saem daqui bem contentes e saem com outra cabeça, se fazem eu não sei, mas saem satisfeitos com as informações recebidas.

As maiores dificuldades são a falta de funcionários, falta mais profissionais na equipe, médicos... e a gente se preocupa com a qualidade. Há a necessidade de mais aconselhadoreis.

3. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

Bom. Quando consigo alcançar o objetivo, quando sinto que consegui passar para estas pessoas a importância da prevenção e de se amar mais, se preocupar mais consigo mesmo. HIV não tem cara e é por aí. E também, conseguir com o parceiro, que ele faça o teste, para poder criar aquele vínculo de confiança entre os dois se preocupando mais com a saúde do parceiro, a necessidade de se cuidar, em casos, de relações extrafixo. Controle com as drogas – álcool e injetáveis, alerta aos jovens sobre as bebidas.

Ruim, é quando a pessoa resolve não acatar nada do que a gente diz, são revoltados. Quando a pessoa vive com um parceiro portador e não se preocupa em se cuidar, não quer nem saber, pensa em ter filhos mesmo assim, a falta de responsabilidade deles. Apesar de a gente encaminhar para psicólogos etc, fica uma situação angustiante. Mas, como a gente não pode mudar o comportamento do usuário, o que podemos fazer é fazê-los se conscientizar dos riscos. [E como seria conscientizá-los?] Conversando com eles, orientando-os, fazê-los entender do risco que estão fazendo passar outras pessoas que não tem nada a ver com a história (a criança).

4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Em primeiro lugar um espaço físico de acordo com as necessidades do programa. Equipe multiprofissional como médicos especialistas na área, psiquiatra, psicólogo, A.S., nutricionista, etc. [Porque?] Claro, daí a gente não deixaria o usuário pra lá e pra cá, atenderia as suas principais necessidades, começaria o tratamento mais rápido. Acho importante, também, mais cursos com aperfeiçoamento, continuar os treinamentos dos profissionais da rede, etc.

5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

Todos os níveis, classe baixa, média e alta. A classe média vem mais. A baixa é muito pouco esclarecida e quando vem já está em estado avançado, não generalizando, naturalmente.

6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

Eu costumo ficar o tempo necessário que a pessoa precisa para esclarecer suas dúvidas, não tenho pressa, nem que eu precise marcar para outro dia os outros usuários que aparecem. A gente nunca fala tudo, eles esquecem algumas coisas. E, na verdade, eles retomam as perguntas no pós-teste. Não tem tempo certo, mais ou menos quinze minutos.

Sim, tem outros que vem fazer o reteste, conversam mais e dizem que passaram por novas situações de riscos e retornam, fazem novas perguntas pois eles esquecem.

7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

É, a diferença é que, a gestante vem encaminhada pelo médico ginecologista e algumas não tem muita noção, do porque estão testando, depende muito do profissional que a atendeu. E também, a diferença esta em a gente estar alertando do porquê de elas estarem fazendo este exame e os riscos de elas não tratarem se estiver com o vírus. Na verdade, se elas fizerem o tratamento, elas vão estar protegendo a criança evitando que a criança também nasça com o vírus. A gente orienta sobre os cuidados durante a gestação, o parto e a amamentação. O usuário comum quando chega a nos procurar é porque já passaram por alguma situação de risco, expõem suas dúvidas e a gente vai orientar da mesma forma. Alguns reclamam sobre a demora da entrega do resultado.

8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

Quando ele começa a pensar em si mesmo e ter mais controle sobre a quantidade de parceiros. Quanto mais parceiros, mais riscos. A prevenção é o melhor caminho, se conscientizado, senão ele sai daí e esquece tudo. A conscientização de que o HIV está aí e ele deve se cuidar.

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Acho que sim. Tem muitos que acham importante mas tem alergia ao preservativo, a orientação é mudar de marca; outra é pedir para o parceiro fazer o teste pra ver se está tudo bem. Tem gente que pensa que o preservativo é só para evitar gravidez, esquecem das DSTs, HIV, etc. que são muito mais perigosas.

10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Muitos não têm, outros conhecem pela Internet, pelo que lêem. É importante para eles saberem como se proteger. Às vezes, a gente faz desenhos para eles vêem e entenderem melhor como o vírus age. Claro, eu pergunto várias vezes se eles entenderam. E principalmente sobre a janela imunológica sempre, de preferência, que eles repitam o exame para ficarem mais tranquilos mesmo fora da janela.

11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

A gente procura conversar e ver se entendeu. Se precisar, repetimos novamente. Às vezes, eles dizem que entenderam, mas não entenderam. Às vezes, eles voltam no pós-teste e perguntam como é mesmo aquela história da janela. A gente repete novamente, procura esclarece, porque agora eles estão tranquilos com o resultado na mão.

A linguagem usada é as mais comuns possíveis, adaptadas ao usuário.

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica?

Auxilia bastante, têm alguns que chegam aqui falando quase tudo que sabe, pessoas bem conscientes, que passaram por situações de risco, mas, que conhecem todo o processo.

Socio-econômico – interfere um pouco, situação difícil economicamente, o usuário já vem com problemas particulares, então, a gente além de fazer o aconselhamento, ouve e orienta nas situações particulares/domésticas.

13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia. Que esse conhecimento é significativo.)?

Acredito que alguns sim, porque tem gente que encaminha outras pessoas amigas para fazer o teste, dizem ser bom à bem diferente do que pensavam, elas comentam no pós-teste gostaram do atendimento e da orientação que tiveram e que agora passariam a se cuidar com proteção e nº de parceiros (as).

14. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Sim, porque através do conhecimento sobre o processo de transmissão das DST, HIV, etc. As pessoas passam a ter um cuidado maior consigo mesma.

15. O que é aprender/ o que é ensinar?

Aprender é ter interesse no que está executando, não ficar pra si, é passar isso tudo, é participar. Não ficar parado no tempo. E a gente aprende no dia-a-dia.

Ensinar é passar tudo o que a gente sabe e não ficar pra si mesmo. É um processo de dar e receber. É troca.

16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Buscar todas as informações possíveis, ter conhecimentos do trabalho que vai desenvolver no CTA. Pesquisar muito sobre o referido trabalho. Os requisitos necessários em primeiro lugar é ser um profissional tranquilo, não deixar transparecer suas emoções, enfim, agir com prudência independentemente qual for o resultado.

Quanto a estar apta, creio que sim.

17. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

A partir do momento que o profissional ama o que faz, esse trabalho sai muito bom. Portanto creio que todos, independentes da área que atua e tendo conhecimento do trabalho a desenvolver, estará apto para o mesmo. Quanto ao perfil, a pergunta 16 já responde.

18. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Capacitação contínua, apoio da instituição tanto para questões técnicas com materiais, quanto em busca de novos conhecimentos.

19. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Devido às diversidades de comportamento e pensamento de cada usuário, simplifica ou dificulta o atendimento no aconselhamento.

20. Descreva um aconselhamento;

Muda muito de pessoa pra pessoa, e dependendo do que a pessoa falar, vai rolar o aconselhamento. É mais um processo de escuta. Não existe um aconselhamento pré-definido.

21. Quais outras atividades, além do aconselhamento são realizadas pelo CTA?

Eles (demais aconselhadores) dão curso pra preparação de aconselhamento na rede (postos de saúde). A (nome omitido) já relatou.

22. Comentários sobre o material didático utilizados.

Usamos material de divulgação das DSTs, HIV, etc. Prótese para orientação quanto ao uso do preservativo, tanto masculino quanto o feminino, álbum seriado, etc.

Parte retirada da entrevista após leitura.

-Álbum seriado uso bastante, é bom à gente usar para o usuário ficar ciente dos riscos que está correndo e do que é a doença. Acho ótimo, apesar de ser chocante, vai alertar mais os usuários quanto às doenças, e daí vai se conscientizar mais. Sei que o olhar delas choca muito e ficam preocupados. Ver essas gravuras vai ajudar a se cuidar. É necessária a orientação de que não começa assim, então vai alertado que começa aos poucos, que estes são estados avançados.

-Quer queira ou não, há baixa na qualidade, pois, a gente fica meio estressada e a gente não quer isso. Pois, faço o atendimento sozinha à tarde.

-Na verdade, pra aconselhamento eu acredito muito no Assistente Social e no psicólogo. É porque é assim, o médico pode cuidar mais da doença, mas ele, na minha opinião, ele não perde tempo com orientações em todos os pontos, os riscos. Ele ficaria mais restrito à parte biológica.

Entrevista semi-estruturada E. 10.

Recebeu treinamento específico para a área? Quais? Quem os realizou? Em que periodicidade? Acha ele importante? O que é tratado neste treinamento? Como são realizados (metodologia)? Eles contemplam as necessidades demandadas da prática do aconselhamento?

Ahã, ahã. Nós passamos uma semana em capacitação. Foram vários municípios que participaram. Porque na época o centro de treinamento era Rio, basicamente, São Paulo e Porto Alegre. A (nome omitido) capacitou em Porto Alegre e eu capacitei no Rio, que na época se dividiu, não iam todos pro mesmo local. E, durante uma semana passamos por oficina de sexualidade, oficina de morte, enfim, as teorias do aconselhamento, assistimos a parte prática, desenvolvendo depois a parte prática pra depois começar a atuar.

[Quem organizava esses treinamentos?].

O Município, muitas vezes o Estado, o Ministério num número menor de vezes, mas sempre que o Município realiza e o Estado, ele tem um suporte do Ministério. Mas muitos, muitos mesmo. Depois com a implantação do CTA, o último agora que a gente participou foi pra implantação da hepatite. E esse ainda está se desenvolvendo, ainda está em processo, pra acontecer.

[E a solicitação da hepatite é pra implantar?].

É pra nós solicitarmos a hepatite também, a gente já solicita o HIV, o VDHL e vamos poder solicitar também o da hepatite, as hepatites virais né. Fizemos um curso pra iniciar, a gente não tem, vamos dizer assim, habilidade porque isso tem que ser uma coisa que tem que ser mais bem lapidada. Estudo dos marcadores, aquelas coisas que talvez, você é da enfermagem? (...) E é isso, muitos cursos mesmo, já deu pra perder a conta.

[E você acha que esses cursos todos, eles contemplaram as necessidades que surgem no aconselhamento? Eles dão o suporte necessário pra isso?].

Sim, sim. Muito bom o discurso. Todos eles muito bons. O que eu vejo é que a gente tem que avançar no sentido de estar analisando os dados que a gente tem, isso eu acho que precisa de um avanço. Mas no mais, no desenvolvimento do aconselhamento eu acho que eles contemplam sempre muito bem.

1. O que é, em sua opinião, um aconselhamento? A que objetivos estes se propõem? O que significa para você a palavra aconselhamento?

O aconselhamento pra mim, ele começa quando tu te encontra com a pessoa. Ali começa a forma de tu acolher, de te aproximar da pessoa. A forma como tu aborda, a forma como tu olha, a forma como tu põe o teu corpo, tudo ta dizendo pra pessoa que tu ta atendendo se tu fazes ali atenta ao que ela precisa. Então durante o aconselhamento eu acho que é processual mesmo, é você fazer com que a pessoa perceba as suas situações de risco, quais são as durabilidades que estão em torno desse risco, tentar pegar um pouco por aí, embora a gente saiba que num aconselhamento pré-teste não vai se contar uma historia de vida, que a pessoa num dia, a gente não consegue dar conta disso, mas a gente tenta fazer com que aquele momento seja, pelo menos, uma reflexão, um olhar melhor, vamos dizer assim, com mais carinho pras suas situações vividas de risco, pra que a própria pessoa se torne sujeito da sua condição pra ta mudando um pouquinho. Eu entendo o aconselhamento assim, é lógico que o aconselhamento vai, além disso, aí, mas eu entendo ele principalmente com essa base. É construção com as pessoas. Ainda ontem, por exemplo, eu tive um aconselhamento riquíssimo: a menina chegou chorando, chorando muito, apavorada porque teve uma relação a três e uma das pessoas da relação é portadora, ela ficou sabendo agora no 1º de janeiro e ela estava apavorada. E ela estava apavorada só com essa relação que tinha acontecido há 5, 6 meses atrás. Mas depois dessa relação ela já tinha tido relação com seis pessoas sem camisinha. Então, quer dizer, você sai mostrando pra pessoa o que era antes, como foi e vêm trazendo pra que ela... Tá certo, ali ela teve um risco real, porque ela soube da situação, mas outros riscos são potenciais. Então assim, você sai construindo, fazendo ela entender, vai acalmando, dizendo que também existe a possibilidade de não pegar, enfim. A menina saiu mais tranqüila, é lógico que não dei conta, ela deve continuar com a angústia, mas pelo menos ela conseguiu, vamos dizer assim, organizar as caixinhas com mais segurança pra entender o que tava fazendo.

[A palavra aconselhamento tem alguma relação com a palavra conselho?].

Não, não. Ela diz exatamente do que eu te falei antes. Desse diálogo em construção, dessa proximidade mesmo. E a gente sabe que o aconselhamento, o fundamento teórico dele é da psicologia e daí ele foi avançando, avançando, avançando e hoje é aplicado como uma visão da saúde integral, uma visão de promoção de saúde. E veio avançando, mas o aconselhamento começa lá na psicologia. [Com o Karl Roges, a terapia centrada no paciente?] Isso, isso. E deixa eu te dizer também outro: Tornar-se pessoa, Karl Roges, ele trabalha também a questão do aconselhamento. Muito bom o livro, marca aí pra você consultar, se precisar até eu tenho.

2. O que é mais importante no processo do aconselhamento? Consegue fazer isto? Quais as dificuldades encontradas?

Escutar. (longa pausa) [Por que?] Porque à medida que a pessoa fala, ela mesma elabora. Ela ta falando e ela mesma ta elaborando. Por isso que as psicoterapias são um pouco isso: à medida que tu vai falando, tu mesmo vai organizando a coisa. Então, quer dizer, a escuta é muito importante. É lógico que só a escuta, não vai se tornar um processo, porque pro processo tem a interação de mais de uma pessoa, mas se interação já é... Mas, me perdi um pouco agora aqui, mas é assim (pausa) É... O que eu tava falando mesmo? Já me perdi. [Você estava falando de interação, a importância do escutar.] Sim. A importância de escutar, ótimo. Mas, com essa escuta depois você elabora novamente pra que talvez retorne a escuta, entendeu? É o processo que eu falei, é uma construção o tempo todo. Vai construindo, na verdade a escuta é fundamental. Doar-se né, também é muito importante. Que à medida que você escuta você ta se doando, você está olhando nos olhos da pessoa, você ta se debruçando sobre ela. Tiramos por nós: muitas vezes vamos ser atendidas por um profissional que fica todo jogado pra trás, não te olha nos olhos. Nestes dias eu fui num reumatologista que não passou três minutos comigo. Sabes o que eu sonhei com ele? Que eu ia fazer um exame, ele corria na frente e eu corria atrás. Olha o sonho que eu tive pra significar o atendimento que eu tive, entendeu? Então eu acho que a escuta já diz, a forma como você recebe o atendimento e a escuta depois, você olhar pra pessoa e a pessoa sentir que você está ali com ela, que você ta ouvindo. É mais segurança pra pessoa.

[Quais as maiores dificuldades que você encontra no aconselhamento?]

(Pausa) Olha, dificuldade! Lógico, com o ser humano tem muito né, porque, querendo ou não, a gente tem nossos preconceitos que, às vezes, a gente acaba caindo numa de querer julgar. Enfim, mas aí, estando lapidada para a coisa a gente... Às vezes, eu tenho uma dificuldade, não que alguma vez tenha ocorrido, mas no pensamento passa, no pensamento a coisa: “Ah, mas porque fez assim?” Principalmente homens casados que vem, que traem, que estão colocando a mulher em risco, quer dizer, te dá vontade de ter uma intervenção diferente daquelas. Lógico que não estamos aqui pra isso, isso é uma dificuldade. Se bem que essa dificuldade que eu to te relatando ela foi muito mais inicial, pode-se dizer que foi uma das primeiras encontradas no desenrolar do trabalho. Agora é bem mais tranqüilo pra mim, posso até dizer que isso não existe mais. O que eu apresento como dificuldade é, às vezes, a pessoa ser portadora de alguma necessidade especial, inclusive eu to até pensando em fazer um curso de libras, porque no caso de deficiente auditivo. E assim, deficiente visual é o que eu penso que é mais fácil. Até no momento, pra mim, é o mais fácil de trabalhar. Agora, por exemplo, portador de deficiência mental, é complicado, porque a gente sabe que do que se esta falando alguma coisa vai ficar, mas eu acho que tinha quer ter ou um profissional especifica da área pra atender ou isso teria que ser mais trabalhado, mais aprofundado. É a minha necessidade no momento com o atendimento. Mas também não são diários, são mais raros a acontecer. Porque usuários de droga, profissional do sexo, não tenho dificuldade com outro tipo de usuário. Até aqueles bem rebeldes, bem bravos que chegam, eles conseguem deixar tranqüilinhos depois, que daí você põe de uma outra forma pra eles e eles mudam o comportamento. Porque, na verdade eles reagem quando tu reage igual, à medida que tu mostra o que tu ta fazendo e como tu vai fazer, tanto é que no CTA é raríssimos acontecer isso, problema com usuário. São esses que chegam alcoolizados, moradores de rua, às vezes. Mas, assim mesmo a gente consegue, nunca deixou de atender ele. Registra na requisição sorológica que a pessoa estava sob efeito de álcool, porque pode haver alguma intervenção na técnica pra pesquisa, mas nunca deixa de atender.

[E, um pouquinho antes, quando você falou sobre o processo de escuta, você consegue fazer isso?]

Ahã, ahã. No início eu tinha bastante dificuldade de escutar. Tinha muita necessidade de colocar pra fora o que eu tinha aprendido. Tinha essa necessidade no início, mas agora é muito tranqüilo. Muito tranqüilo de fazer isso.

[O tempo de trabalho trouxe experiências e vantagens?]

Trouxe amadurecimento. Pra mim, como pessoa mesmo, que ele serve pra mim também. O trabalho de aconselhamento me tornou uma pessoa melhor, com certeza. E me tornando uma pessoa melhor, eu consigo fazer melhor isso. Por isso que eu te disse, gosto muito do que faço.

3. Quando você considera que um aconselhamento é bom? Quando é ruim?

(Pausa) Olha, uma das formas da gente avaliar é no retorno desse usuário, porque o cuidado consigo. O que significa isso? Nós temos um cartão de inscrição de preservativo que ele volta e tem uma fichinha que a gente acompanha o retorno desse mesmo usuário pela data de nascimento, enfim, tem um dado ali que marca. Infelizmente, agora tu sabe, a gente ta meio desorganizado, porque ta aqui, mas na sede do CTA, se um dia quiseres conhecer a gente tem a coisa mais esquematizada direitinho pra ta mostrando. Então a gente vê que a pessoa ta retornando pra pegar preservativo, aí existe uma indagação: Mas ta usando? Mas se não ta usando porque ta vindo pegar? Mas enfim. É uma forma da gente medir essa daí. E outra, no próprio processo de aconselhamento, no momento do pós-teste, quando tu vai realizar o pós-teste, que tu vai fazer aquela checada e tal, enfim, tu vê o que ficou na pessoa, o que realmente o primeiro momento serviu, se há necessidade de um novo encontro, entendeu? Tem como estar dando uma avaliada por aí, um avaliada empírica que a gente ainda não estruturou, como eu te digo, a análise dos dados ainda

está preguiçosa, vamos dizer assim. Mas eu penso que são dois indicadores que eu podia colocar agora pra ver se foi bom ou se foi ruim.

[E como você percebe que ele foi ruim?].

Uma das dificuldades é essa que eu te falei: os portadores de necessidades especiais. Isso daí a gente fica meio ressentida com aquela sensação de que não deu conta ou de, pelo menos de um pouco da coisa digamos assim. A gente fica com uma sensação ruim, eu pelo menos fico com uma sensação ruim, às vezes. Mas até já tive retornos contrários de pessoas que eram portadoras de necessidades especiais e que depois os pais voltam... Eu to com Alzheimer na cabeça, mas não é Alzheimer não! [É o autismo?] Não, não é o autismo. (pausa). Aquela mais comum. [Agora também não lembro] Que erroneamente se diz... [Down?] Isso, síndrome de Down. Então, a síndrome de Down. Eu já atendi um rapaz que a mãe dele disse que a evolução dele foi enorme. Hoje, na APAE, ele trabalha isso que ele aprendeu aqui conosco, com esse relato, entendeu? Então, mesmo com essa sensação, pra ti ver, tem um resultado. Nós temos um exemplo com uma cega também, que já fez o teste e hoje multiplica o que aprendeu. Esse é um outro exemplo de aconselhamento bom, quando você consegue captar e tornar outras pessoas companheiras nesse momento, se tornarem multiplicadoras da mesma causa. Agora, ruim pra mim fica assim e quando adolescente. É um pouco complicado trabalhar com adolescente, porque pela onipotência da idade, da faixa etária eles se julgam muito auto-suficientes, imunes. Tu tá falando eles parecem que não estão te dando atenção (pausa). Tu quereres escutar, mas, são muito difíceis eles falarem, às vezes, não são todos também. As vezes, alguns adolescentes, às vezes, nem portadores de droga. Portador não desculpa, usuários de droga. Eu to tão acostumada com a palavra portadores que até ia usar de outra forma.

4. Se você fosse sugerir e/ou montar um programa de aconselhamento para o M.S., como seria? Como você estruturaria o serviço?

Ih... [O que você iria mudar, o que você iria manter?] Olha, eu manteria ele como ele está, acho que ele caminhou muito bem que, inclusive, tu deve saber que a prevenção no Brasil é reconhecida mundialmente né. Eu acho que está muito bem esquematizado, agora assim, uma coisa que eu acho um agravante e que talvez tenha visto agora, não sei, é a (pausa) rotatividade de profissionais que trabalha com aconselhamento. Por exemplo, sai um governo à turma ali já legal, trabalhando, conseguindo produzir, conseguindo fazer um monte de coisa legal. Aí o que acontece: entra um governo, muda. Aí volta novamente pros centros de referência pra capacitar: Ah capacitei, ficou prática, mudou novamente, isso eu acho muito complicado. Embora, nós possamos ver assim também: essas pessoas que foram capacitadas, que não estão mais nos CTAs, estão em outros lugares, talvez estejam aproveitando isso. Isso é uma coisa boa, mas é uma interrogação, isso é uma hipótese. Mas onde ela deveria estar, que poderia estar contribuindo mais, não está, então isso eu acho complicado. Isso é uma coisa que eu acho que o Ministério teria que ter uma forma de barganhar aos estados, aos municípios, pra que não fosse dessa forma, entendeu? No mais eu acho assim que tá bom. Agora, é lógico que você, cotidianamente acompanhando com o olhar mais focado pra isso talvez, tivesse uma coisa ali ou aqui, mas o poder não é meu (risos) e nem quero.

5. Quem é o público que vem para o aconselhamento?

Nós atendemos a uma demanda espontânea, como eu te falei, ocorrem demandas encaminhadas também. Por exemplo, a rede municipal ela está, entre aspas, ela está toda capacitada pra aconselhar, pra solicitar HIV, teste de HIV, só que é assim, às vezes, o profissional não se sentiu preparado ou não quer, tem os limites que não quer trabalhar com isso, encaminha pra nós e a gente atende. E, às vezes, nos casos essas clínicas de recuperação, que também encaminham, mas no mais, a nossa demanda é espontânea, é a demanda que chega, a demanda que sabe, a demanda que entrou no site: <http://www.aids.gov.br>, lá da Internet, é que ligou no 0800 do Ministério, é que ligou no Gapa, é que soube na rua, é que o usuário disse, é que o serviço de saúde tal mandou. É uma demanda espontânea que pra chegar até nós não precisa de requisição, não precisa de nada, é só a pessoa querer fazer o teste. Então a gente atende a partir dos doze anos de idade em diante. A partir dos doze anos e, posso te dizer, que todas as faixas etárias e um maior registro de faixa etária está entre os 18 aos 35-36 anos, aí tá o maior número de usuários e de todas as classes sociais e de todos os níveis de escolaridade. (pausa). Não saberia te dizer hoje, mas posso te dizer quando consultei a última vez, quando fiz o último beack-up ali: quem tem o segundo grau completo ou cursando, ou cursando o nível superior, é a nossa maior demanda. (pausa) Tá aí, em termos de escolaridade. [Segundo grau?] Segundo grau, cursando ou concluído ou iniciando a graduação. Tá aí o maior número de usuários.

[Por que será que é esse o número que mais procura? Por questão de formação, de acesso?].

Eu acho que aí tem o resultado talvez da escola, eu acho que tem, do processo na área da educação. Eu vejo como um resultado mesmo, educativo. Uma coisa que eu não falei com relação ao aconselhamento quando tu me perguntaste, que eu te disse que era um diálogo em construção, de fazer a pessoa perceber, só que eu vejo tudo isso como um processo educativo. Eu não vejo como eu vejo o trabalho de aconselhamento

como aquela coisa assim: assim pega, assim não pega, tu tem que usar camisinha é assim que se usa, tu não põe assim, tu põe assado sabe, não é assim que eu vejo. Eu vejo realmente assim, essa coisa da percepção do risco, mas como um processo educativo, necessidade de reforçar, se a pessoa precisar voltar, eu vejo assim. Tanto é que tem pessoas que eu atendo quatro vezes, que ela quer voltar pra conversar, que ficou uma dúvida, ficou não sei o quê. Às vezes nem é dúvida, é angústia. Um limite que ainda se tem, que eu acho que eu tenho, pelo menos, eu acho que devia ter um suporte terapêutico também, porque tem coisas que a gente às vezes não tem como ir adiante. [Um suporte terapêutico pra quem? Para o paciente?] Não, pra nós aconselhadores. Inclusive essa é a proposta do Ministério: que os aconselhadores tenham, só que nunca foi, quer dizer, pelo menos (Nome da cidade omitido) não tem. Um suporte terapêutico seria uma coisa muito importante porque, por exemplo, meu primeiro teste positivo eu fiquei apavorada pra entregar, muito nervosa. (pausa). E a gente até hoje ainda se abala, ainda se questiona, fica às vezes muito, muito abalada com o resultado, é complicado, às vezes, ainda pra nós.

6. Considera o tempo destinado ao aconselhamento suficiente, ou seja, adequado para a realização de um bom trabalho? Quanto tempo? Há recorrência de aconselhamento? Como é, então este aconselhamento?

O tempo de acordo com a nossa carga horária? [Não, o tempo em que você desenvolve o aconselhamento, você o considera suficiente?] Acho que sim. Porque é assim: depende muito, também da pessoa. Porque tem pessoas que não querem falar, tem pessoas que são mais raras, mas que dizem assim: "olha, eu vim aqui fazer o teste eu não quero responder nada". São muito mais raras, mas acontece. E eu, (...) levo em torno (pausa) do individual pré, 20 minutos no mínimo, eu acho o período que fica dentro da sala. A última vez que eu contei era isso. À medida do tempo a gente vai adquirindo habilidade e a gente vai aprendendo a fazer mais rápido. Não significa melhor, mas também pode não significar pior. Não sei te disser, quem sabe um dia você vem aqui ver a gente fazer.

7. Há diferença em fazer um aconselhamento para uma gestante que vem fazer o exame para atender a uma exigência do pré-natal e para um usuário que possui múltiplos parceiros, ou, se considerando em situação de risco?

Existe uma diferença muito grande porque é assim: essas gestantes, elas não vem achando que aquilo é pra elas, elas estão vindo porque o médico pediu, são raras as que têm consciência de que vivenciaram uma situação de risco, que qualquer pessoa que transa sem camisinha tem o risco de contrair o HIV. É bem difícil, e tem umas que vem até contrariada. Contrariada de ter que fazer aquele exame, mas, em geral, não dizem pro profissional médico, quer descontar aqui em cima da gente, mas. E existe uma diferença muito grande da demanda espontânea. Que a demanda espontânea ela tem outro perfil, ela vem buscando mesmo, mostrando interesse, tem muito mais interesse pelo resultado, de vir pegar, tem muito mais interesse em perguntar, com certeza, mas gestante é assim, é obrigação mesmo. É como os médicos colocam, infelizmente, eles têm preguiça de fazer o aconselhamento de forma correta, então eles colocam como rotina, como são outros exames, da rotina de pré-natal, eles botam o HIV também. Pra teres uma idéia, tem médico que põe carimbo, que não tem o trabalho de escrever. Tem médico que tem carimbo.

8. Como você acha que o usuário aprende a usar o preservativo, a se cuidar?

À medida que ele percebe os riscos que ele está correndo, eu acho que esse aí é um grande passo pra ele começar a usar. É porque é assim: até a pessoa entender... Porque é assim: é bem complicado, eu acho que é até pouco tempo pra ta falando disso, mas assim, é muito complicado tu dizer pra uma pessoa usar camisinha, por exemplo: uma mulher casada, com o marido, como tu vai dizer pra essa pessoa: "Desconfias de quem tu amas, desconfia de quem tu vives". E outra coisa também é assim: pede pra usar camisinha com o teu marido que é machão que vai desconfiar de ti ou que vai ameaçar te bater ou coisa parecida. É complicado, então assim, volta à palavra construção. É todo um processo, hoje nós já temos mulheres casadas que iniciaram fazendo o teste conosco com situações de risco altíssimas porque o marido é, às vezes, usuário de droga injetável, às vezes, de chegar alcoolizado e exigir sexo, às vezes portadores de outra DST e exige sexo sem camisinha, e essas mulheres passaram a se cuidar. Mas foi tudo assim, às vezes, a gente foi até construindo algumas historinhas, tipo assim: diz que foi no médico, que o médico te pediu por causa de um problema no útero, vai começando por aí, então a gente vai tentando construir as possibilidades com a pessoa, pra que a pessoa alcance o que é necessário pra que ela se sinta protegida. Contemplou?

9. Você procura saber o que o usuário pensa sobre o uso de preservativos, sobre a transmissão da doença, de que forma ela ocorre em seu corpo, sobre a AIDS, enfim, sobre os assuntos tratados no aconselhamento? Você acha que isso seria importante?

Com certeza. Todo conhecimento prévio é importante em qualquer situação, mas, na nossa experiência, a maioria das pessoas não gosta de usar camisinha. Ela passa a usar justamente se reconhecer a situação de risco que vive, mas elas não gostam. Agora, posso te dizer que numa minoria, mas tem pessoas

que não abrem mão do preservativo e algumas que dizem assim: “eu não transo sem preservativo não é por causa do HIV, é porque eu acho mais limpo”.

10. Você pergunta ao usuário se ele tem algum conhecimento sobre o mundo microscópico? Isto seria importante? E a janela imunológica? O usuário entende, consegue abstrair? Caso não, por que?

Não, durante o aconselhamento individual não, tocar nisso não. Mas de que forma que a gente toca? Quando a gente fala em janela imunológica, aí sim a gente explica. O que é a janela imunológica, como é que funciona, porque a técnica pede um tempo, porque a técnica procura só os anticorpos; O que são os anticorpos, que são defesas que ativam o sistema imunológico, que é a célula, isso sim. Agora, no coletivo, dá pra dar uma andada maior, mas eu acho que é muita coisa pra um momento em que o foco da pessoa e o interesse são outro. O interesse da pessoa naquele momento é saber se ela está infectada ou não, é o principal interesse dela naquele momento. Eu acho que o aconselhamento até já... por exemplo, se for entender a ansiedade da pessoa, a priori ele é negativo, porque se a pessoa estiver muita situação de risco, ela acaba se auto-reconhecendo naquela situação de risco, o que vai angustiar mais que o resultado entendeu? Mas, à medida que o aconselhamento se desenvolve, a pessoa acaba entendendo o resultado como bom, vamos dizer assim, mas ela entra achando ruim, quer ver o coletivo. O coletivo, quando a gente fazia todos os dias, que tinha demanda pra isso, eles achavam horrível, entram tudo de cara amarrada, mas agora não, a gente já não ta podendo fazer o coletivo aqui e lá, por uma questão de demanda também a gente ta fazendo alternado, duas vezes por semana. Mas depois que eles saem, Luciana, o sorriso é por aqui! *[fez uma expressão de sorriso extenso, ocupando todo o rosto.]* E se sentem como se estivessem em casa, ficam bem à vontade, é uma outra pessoa, depois do coletivo. Mas antes é difícil. E essa questão microscópica, até pra nós hoje é muito chato. Ficar vendo aquelas células, as células do HIV, à gente sabe, estudou, mas é chato. Olha, eu posso estar ultra-errada, mas são raríssimas as pessoas que tem interesse em saber isso. A janela imunológica quando tu fala, aí sim, eles têm curiosidade em entender até quando, entendem porque tem que voltar. Entendem porque, mesmo a partir daquele segundo resultado tem que continuar a se cuidar, porque aquilo não deu conta de dizer que a pessoa não vai ter pra vida toda, entende a soro discordância, entre um casal, por exemplo. Mas a coisa do vírus enquanto algo real eu não trabalho. Também nunca fui perguntada sobre isso.

11. Acredita que o usuário tem capacidade de compreender o que esta sendo conversado com ele durante o aconselhamento? Ele consegue entender sua linguagem? A linguagem utilizada na área da saúde?

(Pausa) *[É acessível pra ele?]* *Eu acredito que sim. Porque até como eu, às vezes, me pego usando um termo que toca, mas eu digo assim: Tú entendeu? A pessoa, às vezes, diz não e a gente volta a repetir de uma outra forma. Eu acho que a maneira com que nós atendemos possibilita a pessoa a dizer: entendi, não entendi. Por exemplo, ainda hoje acabei um atendimento antes de vir pra cá contigo (houve falhas na gravação da entrevista, impossibilitando a transcrição da fala) eu vou precisar repetir? Eu disse: “Não, a tua situação foi em março de 2004, foi à última situação de risco?” “Foi.” “Você já tinha feito o teste, quando?” “Em dezembro” nós ainda consideramos a janela de três meses uma questão de segurança. “Ah, então ta, não preciso repetir”. Aí perguntou denovo: “Mas porque é mesmo que eu não posso repetir?” Depois eu fui entender, ele é um cara que ta em tratamento pra transtorno psiquiátrico, com o (Dr. ...) à tarde, que é o psiquiatra daqui do ambulatório, que o ambulatório é a nossa referência. “Mas eu não consigo uma consulta com o (Dr. ...).” Eu digo: “Olha, tens que ver o teu agendamento, o teu cartão como ta funcionando.” Fui entender porque ele quis repetir, que eu repetisse toda aquela historinha da janela imunológica, porque não precisava repetir; duas vezes eu tive que repetir. Tem pessoas que a gente tem que repetir bastante. Queres ver com deficiente auditivo, aí tu tens que escrever para ele entender. Mas, quando ele é analfabeto? As dificuldades do aconselhamento vão para aí. Eu fico muito aflita. O último que tivemos aqui foi muito engraçado, ele não conseguiu se fazer entender, não tinha sido atendido por nós do CTA, tinha sido atendido pelo ambulatório, e daí veio a presidente da associação dos surdos, porque ela tinha manejo das libras e daí ela veio com ele e pediu para entrar e daí foi se entender que ele não tinha feito o teste com a gente e ele brigava com o (funcionário da recepção), a libras é uma coisa importante para aparecer. Pelo menos uma da equipe.*

12. O conhecimento que o usuário possui auxilia no aconselhamento? E a situação socio-econômica?

Eu diria que a situação socio-econômica, pelo acesso às informações, à educação, o processo educativo, ou seja, a inserção social como se deve, como se tem por ideal, isso sim, isso interfere.

13. Você acredita que o usuário irá utilizar o conhecimento adquirido durante o processo de aconselhamento, ou esquecerá assim que sair da sala? (O usuário consegue se apropriar do conhecimento construído durante o processo de aconselhamento, para ser utilizado em seu dia-a-dia. Que esse conhecimento é significativo.)?

Tenho certeza, nossa experiência diz muito disso já.

14. Você acha que o aconselhamento é um processo educativo?

Contemplado em outra questão.

15. O que é aprender/ o que é ensinar?

O que é aprender? O processo ensino aprendizagem, sei muito pouco disso. Mas, é assim, vou falar o que esta me veio, mas é assim. Eu entendo que ensinar tem que acima de tudo, considerar o saber prévio, seja em que grau for. Tem que levar em considerar isso no momento de ensino e construir o processo mesmo, seja ele formal ou não formal. Tentar transmitir de maneira que responda a realidade daquela pessoa. Por exemplo, se eu for multiplicar o que eu trabalho, que eu vou ensinar outra pessoa, eu tenho que ver qual a realidade daquele grupo, quais conhecimentos que aquele grupo traz, enfim, ta vendo isso. Acho que a própria matização é muito importante quando se pense ensino. Agora, a avaliação de aprendizagem eu acho muito complicado falar. Eu estudei muito pouco sobre isso, a minha formação não traz estas questões...

[Não, não precisa falar sobre avaliação de aprendizagem, a minha interrogação é como uma pessoa aprende algo? Como você acredita que o ser humano aprende?]

Quando ela bota em execução, no caso aqui nosso, quando ela volta para fazer o teste porque sabe que esta em janela imunológica, e repete tudo aquilo que ela aprendeu, você estas vendo o resultado, empiricamente esta vendo o resultado.

[parece-me que você esta mais preocupada em avaliar se a pessoa aprendeu ou não, mas, minha questão é como você acredita que uma pessoa aprende? É por repetição?] Por necessidade, pela necessidade, eu acredito que acima de tudo é pela necessidade, interesse. A repetição, às vezes, até que cabe, mas, não entendo como. É o interesse, o interesse faz com que a pessoa aprende, o estímulo. Você tem que estimular, o aconselhamento tem isso de você estimular a pessoa a entender aquilo, por que aquilo é importante para a vida dela.

16. Quais conhecimentos, habilidades e requisitos, a seu entender, são necessários para um profissional do aconselhamento? Considera-se apto para desempenhar esta função?

Olha, eu acho que antes de tudo é assim, é a pessoa reconhecer os seus limites. É o que eu já falei antes que tem profissionais que fazem a capacitação e reconhecem que não é aquilo, que não estão afins, que não gostam, que não se identificam. Primeiro é se identificar, depois é ter um pouquinho disto tudo que a gente já falou, um pouquinho da escuta, um pouquinho de conhecimento, de saber como intervir, isso também é importante. Acho que é isso. Escuta, conhecimentos do que você vai desenvolver, outros conhecimentos agregados do que você possa vir. Se você puder fazer terapia, se já fez, ter um autoconhecimento melhor sobre você. Mas, acima de tudo é você se identificar, faz com que você cresça no trabalho. Muito.

17. Qual (is) profissional (is), você considera mais preparados para desenvolver este trabalho? Como você acha que tem que ser o perfil do aconselhador?

Olha, eu acho, o entendimento é de que o aconselhamento, teoricamente, possa ser desenvolvido por qualquer profissional, desde que lógico, o profissional se identifique, adquira o conhecimento básico, estudando, elaborando. Mas, por exemplo, eu não vejo um médico fazendo um bom aconselhamento, com raríssima exceção. [Porque?] Porque eles não têm tempo, primeiro lugar, não querem ter tempo, não podem perder tempo, não gostam nem de escrever uma palavra direito, vão escutar uma pessoa? Não, não escuta. Tem médico, tem, mas, são raríssimos. No mais outros profissionais, enfermeiro, psicólogo, assistente sociais, acho que é dos que mais tem, enfim, qualquer um outro, pedagogo mesmo, no Rio tem uma pedagoga maravilhosa que trabalha. Qualquer outro profissional, legal, médico não. A gente vê que eles não dão bola muito pra isso. Até porque são muito poderosos, as pessoas tem medo deles e não reclamam. A exemplo desta médica que eu falei do carimbo. As pessoas chegam ao CTA sem saber o que vão fazer lá, quando elas entram e começavam a ver o laço, que é um símbolo conhecido as pessoas começavam a ver o que estava se passando. Há alguns anos atrás, por causa desta mesma médica, uma mãe de uma jovem de 15 anos rasgou a requisição e jogou na minha cara, quando eu disse que o teste era para investigar se a pessoa tinha tido contato com o HIV. Em vez de rasgar na cara do médico, veio e rasgou na minha. Se o médico tivesse feito o papel dele de explicar porque era importante fazer o exame na gravidez, toda a historinha que você já sabe. Eu tenho muita revolta dos médicos. A hierarquia e o poder. Porque o que o médico representa na cabeça destas pessoas, é o "fini", o grande problema existencial nosso, é a morte, é o "fini". Então, o médico tem nas mãos o poder de nossas vidas. É difícil. Quer ver uma coisa que eu vou te contar sobre essa relação de poder, chegou um cara muito embriagado no CTA, queria porque queria fazer o teste, já passava das 17 hs e não tínhamos mais coletador. Porque nós temos estas dificuldades e não tinha quem coletasse o sangue. E ele continuava berrando, exigindo o teste, nisso saiu um médico do consultório do mesmo

corredor. O médico viu aquela pessoa e chegou lá, este cara ficou manso, manso, que tu nem acreditas ser a mesma pessoa. Bêbado, ele poderia ter continuado, mas, mesmo bêbado ele identificou onde ficava poder.

18. O que você acredita ser necessário para melhorar o processo do aconselhamento?

Olha, eu acho que é importante a gente estar estudando sempre, avançando nos estudos, eu acho que o conhecimento a medida que você vai adquirindo, com certeza ela vai contribuindo mais. Nós quando iniciamos tivemos aquelas oficinas, mas, depois já passamos por estudo de gênero, a própria sexualidade. Eu fiz especialização em educação sexual, mas não tenho o título, porque não fiz a monografia, na ocasião eu desisti. (...) Então assim, estar lendo, estudando, analisando, a gente tem muitos dados a serem analisados.

19. Quais os principais entraves ao processo de aconselhamento?

Entraves, o usuário é o tempo, ele nunca tem tempo, esta sempre com presa. A instituição, às vezes, não nos favorece, não tem condições físicas, de equipamento, que são suportes para o aconselhamento. (...) Acho que tem que ter avanços, porque não avança? Volto ao que já falei antes, nunca o Ministério avança, especialização, mestrado, devido à rotatividade, porque sempre esta entrando novos e sempre tendo que voltar ao inicial. Isso eu vejo como um problema, que volta a questão da rotatividade.

20. material didático.

O álbum a gente utiliza muito, a prótese peniana e da genitália feminina. Como suporte, auxílio a gente mostra, quando a pessoa entra em desespero, achar que já vai morrer amanhã, além da gente trabalhar a questão do tempo, mostrar reportagens de pessoas que convivem com o vírus há anos, vivendo, trabalhando, às vezes, utilizamos isso. No coletivo a gente utiliza mais, no individual é só quando a situação aparece. O coletivo dura em torno de 1 hora, 40 minutos.

[o álbum seriado.] Acho um pouco terrorista, mas ao mesmo tempo, sem muitos conhecimentos clínicos para estar falando da patologia, eu me pergunto se existiria uma outra forma de mostrar. Por exemplo, existe um álbum anterior a este, grande, que vinha com figuras, ele era menos agressivo, não era fotos de pessoas. Aí se questionou, que estava errado. Houve um grande questionamento, se problematizou que estavam falando de pessoas e colocando figuras. Aí eu fico pensando, daria para colocar uma patologia em estado menos avançado. Cabe este questionamento, esta abordagem. Vou ser sincera, nunca havia pensado. Até porque é assim, não são todas as pessoas que a gente trabalha aquele álbum. (...) Quando preencher aquele formulário do SICTA, ali pergunta você já teve alguma DST. Nem todas as pessoas sabem o que DST, às vezes, a gente recorre ao álbum.

Anexo 7: Próteses Pélvicas para Demonstração do Uso Correto dos Preservativos Masculinos e Femininos.



