

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

**ACONSELHAMENTO: UM DESAFIO PARA PRÁTICA
INTEGRAL EM SAÚDE
- avaliação das ações -**

Brasília
1999

©1999 – Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

1ª edição

Tiragem: 8.000 exemplares

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Sobreloja

CEP 70058-900 Brasília – DF – Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

<http://www.aids.gov.br>

Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA/94/851 – MS/SPS/CN-DST/AIDS E UNDCP

Autores

Ante-Projeto:

- Denise Serafim
CN DST/AIDS –MS
- Sandra Lúcia Filgueiras
CN DST/AIDS –MS

Elaboração do Projeto:

- Suely Ferreira Deslandes
Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - MS
Centro Latino Americano de Estudos sobre
Violência e Saúde Jorge Careli / FIOCRUZ - MS
- Sandra Lúcia Filgueiras
CN-DST/AIDS –MS

Trabalho de Campo e Discussão do Relatório:

- Sandra Lúcia Filgueiras
CN-DST/AIDS -MS
- Roberto Luiz Brant Campos
CN-DST/AIDS -MS

Assessoria Metodológica, Análise e Redação do Relatório Final:

- Suely Ferreira Deslandes
FIOCRUZ - MS

**Avaliação das ações de aconselhamento em DST / Aids / Coordenação Nacional de DST e Aids.
_ Brasília : Ministério da Saúde, 1999.**

69 p.

ISEN

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. I. Brasil. Ministério da Saúde.

Sumário

Prefácio.....	5
Resumo.....	7
Introdução	9
Objetivos da avaliação	11
Metodologia	13
Avaliação do aconselhamento segundo consonância às diretrizes definidas pela CN-DST/AIDS.....	19
O significado da ação de aconselhamento segundo as concepções dos profissionais de saúde.....	35
O significado da ação de aconselhamento segundo os usuários.....	43
Análise das condições institucionais para a realização do aconselhamento.....	51
Principais obstáculos para a prática de aconselhamento.....	55
Recomendações.....	57
Referências bibliográficas.....	63
Anexos.....	65

PREFÁCIO

A presente publicação constitui uma síntese da pesquisa de avaliação qualitativa das ações de aconselhamento em DST, HIV e aids desenvolvidas no âmbito de serviços de saúde selecionados do Sistema Único de Saúde - SUS.

Esta publicação destina-se a todos os profissionais de saúde, em especial os que trabalham com DST e aids. Busca contribuir para uma reflexão sobre a postura e a prática profissional e apontar para a importância do aconselhamento numa perspectiva de atendimento integral e centrado na pessoa. Discute a relevância e a necessidade da construção de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, com vistas a melhoria da qualidade do atendimento e a quebra na cadeia de transmissão das DST/aids.

Pedro Chequer
Coordenador
Coordenação Nacional de DST e Aids

ACONSELHAMENTO: UM DESAFIO PARA A PRÁTICA INTEGRAL EM SAÚDE

Avaliação das Ações de Aconselhamento Realizadas pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/COAS), Serviços de Assistência em DST e Serviços de Assistência Especializada em Aids (SAE)

Este trabalho apresenta a avaliação das ações de aconselhamento que se efetuam nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), nos seguintes contextos institucionais: Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e Serviços de Saúde que atendem a indivíduos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Os objetivos desta avaliação foram analisar: (a) como se realiza a prática de aconselhamento em DST/aids nos diferentes serviços, definindo seus limites e possibilidades; (b) a percepção dos profissionais e usuários sobre o aconselhamento; (c) as condições institucionais para a realização do aconselhamento; (d) e propor redirecionamentos e/ou ajustes necessários.

A metodologia empregada foi a abordagem qualitativa para avaliação. A investigação ocorreu no período de março a setembro de 1997. Foram avaliados 4 CTA, 5 serviços de assistência a indivíduos com DST e 1 SAE - todos reconhecidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, como Centros de Treinamento.

O parâmetro para a avaliação da prática de aconselhamento desenvolvida nestes serviços foi o conjunto de diretrizes preconizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/Aids): (a) exercício de acolhimento; (b) escuta ativa; (c) comunicação competente; (d) avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção; e (e) orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vistas a adesão e melhoria da qualidade de vida). As recomendações para a correção de rumos e reorientação de estratégias buscaram valorizar as contribuições e vivências dos profissionais e usuários, numa perspectiva crítica, porém solidária.

Palavras-chaves: Avaliação, Aconselhamento, Aids e DST

INTRODUÇÃO

O que é aconselhamento?

Por que avaliar as ações de

Aconselhamento?

O aconselhamento no âmbito da Coordenação Nacional de DST/Aids é definido como:

“Um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”.

Especialmente no âmbito das DST e HIV/aids, o processo de aconselhamento contém três componentes:

- apoio emocional;
- educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco (CN-DST/AIDS, 1998).

Desta maneira, o aconselhamento auxilia a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde; provê informações sobre a doença, esclarecendo de forma mais personalizada e encorajando o cliente a verbalizar suas dúvidas e receios, e desenvolve a capacidade pessoal do usuário para reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.

No contexto das DST/aids, o aconselhamento tem por objetivos promover:

- redução do nível de estresse;
- reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras;
- adesão ao tratamento;
- comunicação e tratamento de parceria (s) sexual (is) e de drogas injetáveis (CN-DST/AIDS, 1998).

O aconselhamento se pauta em uma relação de confiança entre profissional e cliente e se estabelece por meio de uma atitude de escuta e de uma comunicação clara e objetiva. Trata-se de uma relação interpessoal, face a face, orientada para o apoio de ordem emocional e a transmissão de conteúdos informativos e preventivos de maneira a serem apropriados e gerenciados por cada cliente segundo suas vivências e singularidade.

Portanto, o aconselhamento contribui, potencialmente, para a quebra na cadeia de transmissão da aids e de outras DST uma vez que promove uma reflexão no âmbito do indivíduo, conscientizando-o, mas sobretudo, tornando-o sujeito no processo de prevenção e cuidado de si. Por outro lado, o aconselhamento permite uma relação educativa diferenciada pois o conteúdo informativo não se perde em discursos generalizantes e impessoais, ao contrário, é apreendido na medida em que se traduzirá em reflexões voltadas para a tomada de decisões e atitudes.

Após dez anos de experiência no âmbito da CN-DST/AIDS, a prática de aconselhamento teve sua validade reconhecida, acumulou uma massa crítica de conhecimentos teórico-práticos e foi incorporado no processo de trabalho da maioria dos serviços de atenção em DST/aids do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, o que se percebia na maioria desses serviços é que a prática de aconselhamento não se realizava plenamente. Verificava-se a existência de uma confusão entre aconselhamento e outras práticas de orientação (palestras, aplicação de questionários aos usuários, 'conselhos' no sentido normatizador de condutas).

Percebendo-se a necessidade de maior sistematização destas vivências e a análise de suas possibilidades e limites, tornou-se, portanto, inadiável uma investigação avaliativa destas ações de aconselhamento. Uma avaliação que caracterizasse a situação atual, apontando através da perspectiva dos profissionais e usuários os principais problemas encontrados, e que se solidarizasse, ainda que criticamente, ao trabalho daqueles profissionais que diariamente investem na sua realização. Essa foi a direção que pautou o presente trabalho.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

Traçando parâmetros

Objetivo geral

- Avaliar qualitativamente as ações de aconselhamento que hoje se efetuam nos serviços de atenção em DST/ aids. O intuito desta avaliação foi : 1.) analisar a percepção dos atores envolvidos no aconselhamento (usuários e profissionais); 2) analisar a real prática de aconselhamento desenvolvida nestes serviços; 3) sugerir redirecionamentos e/ou ajustes necessários.

Objetivos específicos

- Analisar como se realiza a prática de aconselhamento em DST/ aids nos diferentes serviços, definindo suas características, particularidades e diferenças, equívocos, limites e possibilidades;
- Avaliar a percepção dos profissionais sobre o aconselhamento no que se refere a: diretrizes, objetivos, impacto, habilidades e capacitação profissionais necessárias, dificuldades, propostas e sugestões;
- Analisar a percepção do usuário sobre: o atendimento prestado, as relações com os profissionais, sua satisfação com a prática de aconselhamento, a influência do aconselhamento na mudança de comportamentos e perspectivas;
- Analisar as condições institucionais para a realização do aconselhamento (composição da equipe, condições de trabalho, tempo disponível para o atendimento, entre outros);
- Produzir um relatório técnico-operacional que contemplasse a avaliação proposta bem como as lições aprendidas, perspectivas e recomendações.

METODOLOGIA

Traçando caminhos

A avaliação foi realizada a partir de uma abordagem sócio-antropológica, tendo a metodologia qualitativa como diretriz. Esta constitui, atualmente, um dos importantes parâmetros para o campo da avaliação em saúde e tem sido tratada por vários estudiosos como uma contribuição extremamente valiosa das ciências sociais para esta área (MINAYO, 1992; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; SCRISHAW & HURTADO, 1987).

A metodologia qualitativa analisa o fenômeno saúde/doença enquanto um processo permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado, diferencialmente, pelos vários atores que dele participam. Assim, o sucesso ou não de determinado serviço, ação ou programa também está ligado a correspondência a determinados valores, ideologias, posições de classe, *status*, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. A avaliação qualitativa, portanto, leva em conta se determinada ação em saúde toma em consideração ou não os valores e expectativas dos vários atores sociais envolvidos, assim como à realidade em que está inserida (social e institucional).

A avaliação qualitativa busca integrar à análise da estrutura, dos processos e dos resultados (eixos metodológicos importantes do escopo da avaliação), a compreensão das relações protagonizadas pelos atores envolvidos na implementação das ações e a visão deste grupo sobre o projeto: sua estrutura, seu desenvolvimento, seu impacto e as relações hierárquicas e técnicas (DESLANDES, 1997). A avaliação qualitativa traz uma peculiar contribuição ao incluir os atores do programa ou projeto não somente como alvos de avaliação, mas também como sujeitos de auto-avaliação e como avaliadores do projeto em que se inserem, propiciando, no desenrolar do processo, que eles se apropriem dos dados produzidos, a fim de aprimorarem suas ações (MINAYO et al., 1996). Nesta linha, uma ação, programa ou serviço é entendido como um processo que possui uma dinâmica peculiar, vivenciado por atores distintos que se aliam e se contrapõem. Desta forma, avaliar é também decodificar conflitos visando o entendimento da cultura institucional e da prática concreta e cotidiana dos agentes que aquela ação envolve. Nesse sentido, um segundo movimento metodológico se orienta buscando articular as opiniões, crenças e práticas ao âmbito das relações concretas, históricas, tais como as relações de trabalho e de poder, e as políticas que estruturam a ação destes sujeitos, isto é, as políticas sociais, as políticas públicas de saúde e os programas mais setorializados que orientam as ações dos serviços.

A metodologia qualitativa ganha especial pertinência para avaliação das ações desenvolvidas na área da prevenção da aids e DST porque incorpora a análise dos significados e valores construídos socialmente e aqueles presentes na prática dos profissionais de saúde e usuários. Permite, assim, entender o imaginário que alicerça tais práticas e comportamentos em torno do problema da aids e, portanto, subsidia estratégias e ações mais sensíveis a tais expectativas.

Contudo, como qualquer prática científica, também possui limites: a) impossibilita uma generalização direta ao universo dos outros serviços, sendo necessárias mediações e comparações; b) torna inadequada a predição do comportamento futuro da realidade estudada a partir da simples análise de variáveis, uma vez que diz respeito a ação dos sujeitos, permitindo tão somente, a avaliação de prováveis cenários de permanência e/ou transformação/mudança destas relações (DESLAURIERS, 1987; PATTON, 1988).

Operacionalização da pesquisa

Quem fez?

Esta pesquisa foi realizada por meio da cooperação entre técnicos da CN-DST/AIDS-MS com a assessoria de profissional perito na área de metodologia qualitativa de avaliação da FIOCRUZ-MS.

Onde foi realizada?

Foram avaliadas as ações de aconselhamento dos seguintes serviços: Centros de Testagem e Aconselhamento, Unidades de Saúde da rede que atendem a indivíduos com DST e Serviços de Assistência Especializada em aids. Tais serviços foram escolhidos por serem os principais espaços oferecidos pela rede pública de saúde para o aconselhamento das questões ligadas às DST e a aids.

Dado o considerável tamanho da rede de atendimento, optamos por avaliar apenas uma amostra do universo dos serviços considerada significativa (do ponto de vista qualitativo). A definição destes serviços buscou incluir, na medida do possível, unidades das distintas regiões do País. Contudo, o critério que norteou tais escolhas foi o da possibilidade de aprofundamento das questões avaliadas. Sua representatividade qualitativa consiste no fato de tais serviços, além de atenderem à população, também cumprem a prerrogativa de funcionarem como Centro de Treinamento para outros serviços semelhantes. Tal escolha se justifica do ponto de vista metodológico uma vez que estes serviços podem ser considerados

como bem estruturados e detentores de uma reflexão teórico-prática mais consolidada, o que viabiliza uma avaliação justamente daquela experiência que constitui um modelo para outras iniciativas.

Foram avaliados 4 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/COAS), 5 serviços de assistência em DST; 1 Serviço de Assistência Especializada (SAE), todos reconhecidos pela CN-DST/AIDS como Centros de Treinamento (CT). As unidades incluídas na investigação foram as seguintes:

- CT-CTA/COAS de Aracaju que funciona no ambulatório de Especialidades Médicas da Secretaria Estadual de Saúde - SE.
- CT-CTA/COA Henfil que tem unidade própria, ligado à Secretaria Municipal de Saúde -SP.
- CT-CTA/COA Rocha Maia que funciona no complexo hospitalar Rocha Maia ligado à Secretaria Municipal de Saúde- RJ.
- CT-CTA/UTA Rio de Janeiro que funciona no Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ.
- CT-DST/Belo Horizonte que funciona na Policlínica da Regional Centro-Sul, ligado à Secretaria Municipal de Saúde - MG.
- CT-DST/Manaus que funciona no Instituto de Dermatologia e Venerologia “Alfredo da Matta”, ligado à Superintendência de Saúde do Amazonas - AM.
- CT-DST/Recife que funciona no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco- PE.
- CT-DST/UFF que funciona no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (Niterói)- RJ.
- CT-DST/São Paulo que funciona no Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, ligado à Secretaria de Estado da Saúde- SP.
- CT-SAE/São Paulo que funciona no Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS ligado à Secretaria de Estado de Saúde- SP.

Como foram obtidos os dados?
Instrumentos de avaliação

Toda técnica de coleta de dados possui um campo de abrangência determinado, excluindo, portanto, outras informações. Assim, torna-se necessário corrigir tais limites, aumentando e diversificando as fontes de informações. O processo de avaliação qualitativa propõe a utilização de múltiplas estratégias de coleta de dados e o diálogo entre diversos analistas, a fim de contribuir com maior rigor à investigação. Esta prática é denominada como “triangulação” (DENZIN, 1978).

Esta pesquisa teve como aporte técnico os procedimentos de entrevista semi-estruturada e a observação de campo, compondo 5 instrumentos de coleta de dados.

O primeiro instrumento consistiu em um roteiro de entrevista destinado a analisar as percepções e práticas dos profissionais responsáveis pelo aconselhamento. O segundo instrumento representou um roteiro de entrevista voltado às percepções dos usuários sobre o atendimento prestado, sua satisfação com a prática de aconselhamento e a capacidade de influência do aconselhamento na mudança de comportamentos e perspectivas. O instrumento 3 foi um guia para a observação de campo da prática do aconselhamento propriamente dito. Buscou registrar e analisar como este atendimento é feito no dia-a-dia destes serviços. O instrumento 4 foi um roteiro para observação de campo do contexto e das condições institucionais e profissionais para a realização destes aconselhamentos. Este instrumento abarcou o registro de um conjunto mais extenso de relações e se pautou por diferentes estratégias previstas pelo método de observação: conversas informais ou dirigidas com os profissionais da equipe (incluindo aqueles que não foram entrevistados); leituras de documentos ou materiais produzidos pelos serviços; e observação propriamente dita.

O instrumento 5 foi um guia sucinto de informações quantitativas sobre o serviço. Infelizmente, estes dados quantitativos apresentaram sérios problemas porque a maioria das informações não era sistematicamente colhida no serviço. Cada serviço colhia a informação por intermédio de conceitos diferenciados, dificultando uma comparação. Este último instrumento, portanto, não permitiu um retorno viável, sendo abandonado no processo de elaboração do relatório.

Todos os instrumentos descritos buscaram avaliar a situação existente bem como apontar expectativas e sugestões dos atores envolvidos na prática de aconselhamento.

Trabalho de campo Conhecendo a realidade de perto

O trabalho de campo foi realizado por uma dupla de pesquisadores (técnicos da CN-DST/AIDS) que visitaram cada serviço escolhido, a fim de realizar entrevistas com profissionais responsáveis pelo atendimento e com usuários que já tinham passado pelo aconselhamento (instrumentos 1 e 2). A definição do tamanho amostral para os sujeitos a serem entrevistados considerou os seguintes critérios: a) que os sujeitos tivessem a vivência de aconselhamento; b) um número suficiente de entrevistados para permitir uma certa regularidade das informações, (porém não descartando informações singulares); e c) que o conjunto dos informantes devia ser diversificado para viabilizar a apreensão de semelhanças e diferenças. Não foi delineado, *a priori*, um número específico de entrevistas, uma vez que optou-se pelo processo de inclusão progressiva, orientada pelas descobertas e necessidades de campo.

Foram realizadas 51 entrevistas : 25 com usuários e 26 com os profissionais. Das entrevistas com usuários, 15 foram homens e 10 mulheres. O usuário mais jovem tinha 17 anos e a usuária mais

velha 45 anos. Do conjunto de usuários entrevistados, 10 foram de CTA/COAS, 3 do SAE e 12 de unidades de saúde da rede que atendem a indivíduos com DST. Das entrevistas feitas com profissionais, 16 profissionais eram de unidades de saúde da rede que atendem a indivíduos com DST, 7 profissionais de CTA/COAS e 3 do SAE. O profissional mais experiente na área trabalhava há 18 anos com DST/aids e o mais inexperiente trabalhava há menos de 1 ano. Em relação às categorias profissionais, foram entrevistados 9 médicos, 3 enfermeiras, 1 auxiliar de enfermagem, 1 bioquímica, 6 assistentes sociais e 6 psicólogas.

Estes pesquisadores também investiram, sistematicamente, em observação participante em cada serviço visitado. Foram realizados:

- a) reuniões com profissionais das equipes, ligados direta ou indiretamente à prática de aconselhamento em cada serviço visitado;
- b) diversas observações de campo das atividades de aconselhamento coletivo, aconselhamento individual, atendimento clínico e de outras modalidades de consulta.

Assim, foram realizadas 10 reuniões com profissionais dos serviços e observações de campo de 12 aconselhamentos coletivos e de 43 aconselhamentos individuais.

Cada visita correspondeu a dois relatórios de campo (instrumentos 3 e 4).

Este processo de trabalho de campo, voltado para a avaliação, também se notabiliza por produzir ao longo de sua realização uma reflexão interna por parte das próprias equipes visitadas. Ao realizar as reuniões com os membros das equipes, propiciou-se um momento peculiar de debate para aqueles profissionais responsáveis pela ação de aconselhamento. Neste momento os profissionais puderam auto-avaliar os problemas e limitações do grupo como também reivindicar e sugerir encaminhamentos visando a melhoria do serviço.

Os indicadores para a avaliação

O processo de aconselhamento pressupõe a existência de uma postura e atitude profissional que constituem diretrizes para esta prática (CN - DST/AIDS, 1998; OMS, 1991; OMS, 1995): (a) exercício de acolhimento; (b) escuta ativa; (c) comunicação competente; (d) avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção; e, (e) orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vistas a adesão e melhoria da qualidade de vida). Sendo assim, o cumprimento de cada uma destas diretrizes foi considerado como o indicador da avaliação dos aconselhamentos coletivos e individuais.

AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO SEGUNDO CONSONÂNCIA ÀS DIRETRIZES DEFINIDAS PELA CN-DST/AIDS

Segundo conceituação da Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/AIDS, 1997), o *aconselhamento coletivo* objetiva oferecer aos usuários a oportunidade de redimensionar as dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos. A dinâmica grupal também favoreceria o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes (CN-DST/AIDS, 1997). No *aconselhamento individual*, as situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, seriam melhor trabalhadas num atendimento personalizado. Entende-se que a identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas e dos subsídios para definição de mensagens compatíveis com o cliente dependem da qualidade da relação construída entre os interlocutores no aconselhamento.

Percebeu-se que os serviços incorporavam o aconselhamento de forma distinta : 1) aqueles em que havia clara atribuição da ação do aconselhamento às psicólogas, assistentes sociais e no máximo, às enfermeiras; 2) serviços em que a equipe defendia que todos deveriam realizá-lo (ainda que com competências e dificuldades distintas).

Receptividade e acolhida

A receptividade, via de regra, era estabelecida junto aos usuários. Os profissionais eram cordiais e tentavam “acolher” a clientela. Mesmo naqueles atendimentos em que a disponibilidade de tempo não era a ideal, percebeu-se que o profissional buscou ter uma atitude receptiva. Estes profissionais, na sua prática de trabalho, reconhecem que o usuário precisa se sentir apoiado e “bem-vindo”. Há uma sensibilidade para o fato de que tais usuários, naquele momento de chegada ao serviço, trazem consigo uma considerável carga de fragilidade e angústia pessoal.

Percebe-se, portanto, que a receptividade e “acolhida”, condições primeiras para a realização do aconselhamento, estavam presentes na rotina dos serviços visitados.

Atitude de escuta

- **Identificação das reais expectativas/dúvidas/necessidades do usuário.**
 - **possibilidade de expressão dos sentimentos relacionados ao diagnóstico e/ou ao teste.**
 - **apoio emocional.**
-

As dificuldades e desafios:

A “atitude de escuta” foi uma das diretrizes do aconselhamento que se revelou a mais problemática e a mais precariamente cumprida.

Nos aconselhamentos coletivos, muitas vezes, o roteiro temático a ser cumprido era de tal maneira priorizado, que as dúvidas e perguntas dos usuários eram vistas como “desvio” da verdadeira meta (o repasse de informação). Diante destas ousadas interrupções que ameaçariam o cumprimento do “menu” pré-fixado, o profissional (ainda que de forma cordial) voltava ao seu roteiro, tomando a palavra ou mesmo enfatizando que “no aconselhamento individual aquelas dúvidas poderiam ser tiradas”.

Situação 1
Aconselhamento
Coletivo / CIA

A profissional começou se apresentando e perguntando se as pessoas conheciam o CTA/COAS. Todos responderam que sim e tal iniciativa foi boa pois “quebrou o gelo” e possibilitou, de início o estabelecimento de diálogo entre os participantes e a platéia. Falou de riscos de infecção. Usuário disse que faz o teste de 6 em 6 meses (iniciou depoimento pessoal). A aconselhadora cortou a fala do usuário dizendo que depois discutiria sobre isso. “Depois a gente volta nisso”. E aproveitou para dizer que : “se não correu risco, para que fazer exame? O melhor é se prevenir.” Outro usuário perguntou sobre questões acerca da AIDS. Visivelmente contrariada, a aconselhadora ‘cortou’ novamente. Com o grupo finalmente em silêncio explicou o funcionamento do COAS, a questão do anonimato, o tempo de entrega do resultado (15 a 30 dias) e que é melhor ligar antes para saber se já está pronto e marcar a consulta que dura meia hora, podendo chegar com até 10 minutos de atraso. Perguntou se alguém tinha alguma dúvida. ninguém se manifestou. Ligou o vídeo, dizendo antes, em linhas gerais, do que se tratava.

Após o vídeo, ela passou a discutir as formas de transmissão da AIDS, tentando traduzi-las para uma linguagem comum. Falou em “lesão das mucosas” e começou a enumerar as doenças venéreas. Daí passou o álbum seriado das DST, usando linguagem científica e explicando de forma muito sumária (o aconselhamento continuou por mais 10 minutos).

Percebeu-se, ao longo da análise de depoimentos e entrevistas, que tais atitudes têm várias explicações: a) insegurança destes profissionais em lidar com situações inesperadas; b) temor que surjam perguntas as quais não tenham conhecimento adequado para responder; c) preocupação que a fala de alguns usuários constranjam os outros do grupo ou que um deles monopolize a fala; d) expectativa de proteger a intimidade do usuário; e) temor em lidar, diante do grupo, com temas mais polêmicos ligados à sexualidade.

O aconselhamento coletivo não pode ser visto como uma aula somente, e que ele também não se presta à terapia de grupo. Na realidade, é necessário reconhecer que os profissionais precisam administrar muitos limites e nem sempre têm com quem discutir sobre tal atuação.

Se, por um lado, o momento do aconselhamento coletivo tem um caráter fortemente informativo, há que se discutir as maneiras pelas quais estas orientações serão ministradas: se por meio de um roteiro rígido de conteúdos tal qual uma aula expositiva, ou valorizando-se a interação entre profissional e usuários, incentivando-os a verbalizar dúvidas e temores. Há que se ressaltar que esta interação não está garantida pela simples aplicação de uma dinâmica professoral de perguntas-respostas. Esta troca só é possível a partir do reconhecimento de que estes usuários detêm um conhecimento prévio, baseado nas experiências e no saber de senso comum. Ainda que este escopo informativo não seja científico, e muitas vezes composto por informações equivocadas desse ponto de vista, ele é suficientemente arraigado e capaz de orientar o comportamento cotidiano desses indivíduos. ***Portanto, ignorar tais concepções é perder a chance de relativizá-las perante aquele indivíduo.***

Em termos gerais, nos **aconselhamentos individuais** observados, a atitude de escuta variou, consideravelmente, de um profissional para outro e em todos os serviços pesquisados.

A atitude de uma maior iniciativa de escuta não foi prerrogativa de nenhuma categoria profissional. Observou-se, porém, que nas consultas médicas, esta diretriz foi, fortemente, prejudicada por uma postura de distanciamento em relação às expectativas e vivências do usuário. O que era agravado pelo pouco tempo disponível para o atendimento.

Nas entrevistas para o 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, reproduzindo muitas vezes um cenário de anamnese. Em geral, as respostas dos usuários não serviam como elemento para um diálogo, visando a uma orientação adequada às necessidades individuais de esclarecimentos ou de apoio emocional. Observou-se uma constante repetição de preceitos normativos para a prevenção. O caráter normatizador foi a tônica da absoluta maioria dos aconselhamentos. Esta iniciativa de inculcação da informação, às vezes, nem era feita de forma convicta.

Situação 2
Atendimento individual
pré-teste/ CTA/COAS

Usuário do sexo masculino, devia ter uns 24 anos e já tinha prontuário pois é a 2ª vez que vinha ao serviço.

A Profissional vê o prontuário do usuário e pergunta: "Você é usuário? . Já veio aqui em 96, não é ?" (...)

Não explorou qual foi a compreensão do usuário sobre o que houve em 96.

P. - "Bom, mas e hoje como está a sua vida ?" **Não dá tempo para ele responder e já pergunta em seguida.** "Você faz sexo com homem, com mulher, como é ?"

Usuário - "Com mulher, normal".

P. - "Você faz todo tipo de sexo? Oral, anal, vaginal ?"

Usuário - "Vaginal, oral também. Já fiz sexo anal mas faz muito tempo

P. - "Você está usando preservativo?"

Usuário - "Uso, mas às vezes não. A última vez que transei com a minha namorada foi 2 vezes com preservativo e 1 sem".

P. - "Você está tendo relação sexual só com ela?"

Usuário- "É só com ela".

P. - "Desde quando?"

Usuário - "Desde setembro".

P. - "Pois é tem que usar, você está pouco tempo com ela, outras pessoas podem cruzar a sua vida e tem que se prevenir".

Usuário - É... eu acho que não sei colocar isso direito. A P. explicou na palestra, eu até sei, mas acho que na hora fico nervoso e não consigo colocar".

P. - "É, mas não dá, tem que usar. Com o tempo você vai pegando o jeito e se acostumando". "Você sabe que aperta a pontinha?"

Aí a P. explica como se coloca o preservativo, só falando, sem demonstrar. Não aproveitou a oportunidade que o usuário deu, expressando a sua dificuldade, para explorar e trabalhar melhor essa situação; ver alternativas, etc. Insistiu para ele usar a camisinha sem discutir suas dificuldades.

Quando o usuário sai ela comenta comigo: "Esse cara não está usando preservativo, não. Você acha que foi só uma vez que ele não usou?"

Situação 3
Aconselhamento
individual /Clínica
de DST

Usuário do sexo masculino, solteiro, 18 anos. Esta é a 2ª consulta médica (revisão). Veio ao serviço porque estava com sintomatologia (condiloma), antes foi a farmácia mas a medicação prescrita não resolveu.

P. olha o prontuário e pergunta: - Melhorou daquilo que você estava ?

Usuário - Sim

P. - E sua namorada já veio aqui ?

Usuário - Ainda não.

P. - Tem que vir. Ela esta sentindo alguma coisa ?

Usuário - Não.

Era hora da profissional explicar que algumas vezes a pessoa pode estar infectada e não apresentar sintomas, etc.

P. - Quando vocês transaram ?

Usuário - Sábado.

P. - De camisinha?

Usuário - Não.

P. - Por que ? **(não esperou o usuário responder)** Tem que usar.

Foram ao exame clínico do pênis do usuário. Pede que ele puxe, vire, mexa... e a Dra vai olhando. Observa que ele ainda apresenta lesões. A auxiliar de enfermagem organiza os aparatos para cauterização química.

P. - Não se preocupe não vou tirar tudo.

A profissional falou no seu celular 2 vezes enquanto fazia o procedimento.

A possibilidade de expressão dos sentimentos relacionados ao diagnóstico e/ou ao teste também foi item problemático. Os sentimentos eram colocados pelos usuários mas nem sempre desencadearam um trabalho de reflexão entre o profissional e o usuário. Vale ainda citar que em alguns ambulatórios de DST o exame sorológico para o HIV não era incorporado como pauta do aconselhamento.

Situação 4

Atendimento individual pós-teste. CIA/COAS

Usuário do sexo masculino, devia ter uns 20 anos. Veio buscar o resultado do teste anti-HIV

A profissional apresenta-se e diz ao usuário que vai lhe fazer algumas perguntas importantes para saber o que eles precisam conversar e no que ela deve orientá-lo.

Usuário diz: "Vou tentar responder. Estou muito nervoso, nem dormi direito esta noite. Quero saber do resultado".

Enf. - "Você acha que dá para responder?"

Ao invés de propiciar um espaço que ele pudesse falar desse "nervoso" e explorar o que significa o resultado teste para o usuário, ou mesmo lhe dizer logo o resultado, a profissional continuou com seu "roteiro".

Sem dúvida que as reações diversas, a variedade de situações obrigam aquele profissional a um exercício interno constante ("o que eu respondo?"). Ameaças, atitudes desesperadas exigem um envolvimento maior de um profissional que não teve, necessariamente, uma formação mais específica para lidar com tais questões mas que sabe a responsabilidade que desempenha pois sua fala irá influenciar as decisões daquele usuário.

Situação 5
Aconselhamento
individual
Clínica de DST

Paciente de 1ª vez, 22 anos, casado há 9 meses, esposa com 16 anos e grávida de 3 meses.

Ele diz que veio a consulta porque sua mulher está com problema e o médico dela disse que precisava se consultar. “Fora isso faz 3 dias que estou com um esfolado no pênis, mas não dói”.

A p. faz perguntas, pede para ele descrever a doença da mulher, se está tomando remédio, se ele tomou alguma coisa etc.

O paciente não sabe o nome da doença da mulher e também não se lembra o nome da pomada que ela está usando. Ele não tomou nada. Diz: “eu nem queria fazer exame de sangue (VDRL, rotina no serviço) porque não tô transando com outras mulheres”.

A p. investiga melhor como é a doença da mulher e fala que existem doenças que são do próprio organismo da mulher, outras que são transmitidas sexualmente mas que podem se manifestar de tempos em tempos...

É visível que a preocupação do paciente era saber se a mulher transou com outros, “... mas isso não quer dizer que ela está tendo relação com outra pessoa”?

A p. diz que sem saber o que ela tem não dá para dizer se é uma DST ou não. Mostra também outra hipótese (condiloma) de que pode ter pego há muito tempo, inclusive ele próprio pode ter pego há muito tempo e tanto um como o outro podem ser responsáveis pela transmissão do vírus. Pergunta se eles já conversaram sobre este problema que estão vivendo e ele diz que sim e que ela está desconfiando dele e ele dela. “Ela já foi dormir na casa da mãe...” “o casamento vai mal” “se for DST eu me separo dela, porque eu não estou transando com ninguém...”

Por outro lado, nas raras ocasiões em que foi estabelecida uma atitude de escuta em relação às reais dúvidas e expectativas do grupo, o clima informal e participativo estimulou que até mesmo aqueles mais tímidos se colocassem, criando também um sentimento de grupo e de troca de experiências. Ao criar condições para que o assunto DST/aids seja verbalizado publicamente dentro do grupo, possibilita-se que pelo menos o tabu do “assunto proibido”, aquele sobre “o qual não se fala”, seja paulatinamente desconstruído. Contribui para que o usuário identifique com mais clareza as suas próprias demandas; as reconheça como pertinentes e como um direito seu manifestá-las e procurar respostas nos serviços de saúde.

Situação 6

"Grupo de Sala de

Espera"

Aconselhamento

Coletivo/Clínica de DST

Profissional (P) explica como está composto o serviço.

P - "Para que serve este momento (do grupo)?"

Grupo (Gp) - "Para falar das doenças e da prevenção".

P - "Como se pegam as DST ?"

Gp - "Pela relação sexual".

P - "É ... um momento bom, gostoso, mas pode pegar coisa chata. O que passa na cabeça da gente quando estamos com uma DST?"

Gp - "Procurar o médico".

P - "Vou chutar uma, se for fora me falem: Como peguei isso ?"

Gp - "Ele me traiu".

P - "É ... as vezes a gente quer achar o culpado". "Muitas vezes a gente vai direto para farmácia".

Gp - "É... eu fui". Usuário conta como foi sua ida a farmácia.

A profissional dá exemplos de tratamentos mau sucedidos e enfatiza que não se deve procurar a farmácia e sim os serviços de saúde.

P - "O que mais a gente faz ? Seguir o que o colega faz, por exemplo." (Dá um exemplo da pessoa que fez como o colega e esquentou a agulha no fogão e furou a verruga). "Temos que tomar mais cuidado com essa região".

"Quero dizer: pênis, vagina, ânus." Diz que para tratar desses problemas, na maioria das vezes, não precisariam estar ali, num serviço especializado. Reforça a busca deste tipo de atendimento na rede básica de saúde. Pergunta se o fato de estarem curados implica no final do tratamento. Vai questionando até que o grupo fala da necessidade do tratamento do parceiro.

P - "E como é para avisar o parceiro? É fácil ? Numa parceria um pode não sentir nada. Aí como fica para avisar? "

Gp - "É fácil, só falar". - "Eu disse para minha mulher e ela entendeu". - "A minha me mata". - "Fiz o HIV, não deu nada. Usei preservativo com minha mulher até saber o resultado. E me apareceu esta verruga".

P - "O que mais tem que fazer, além da parceria se tratar?" "Usar o preservativo durante o tratamento".

O grupo fala que muitas vezes a doença passa e depois volta.

P - "É essa é outra armadilha que essas doenças pregam". "A gente pensa que está curado mas está dentro do organismo da gente e pode aparecer depois e trazer problemas, as conseqüências das doenças venéreas que não são tratadas". "Bom, já sabemos tudo ... , mas e aí é simples?" "O colega já disse que às vezes é difícil falar para o parceiro". "Não se sabe quem passou para quem". "Quando tem uma verruga fica mais fácil ..., um corrimento já é mais difícil ..." "Para ajudar a gente a pensar como conversar sobre o assunto com o parceiro, tem o aconselhamento".

P - "E usar a camisinha é fácil ?" "Como é para o homem e para a mulher?" Como pensa o homem e a mulher quando um ou outro já vão com a camisinha para o encontro?"

Gp - "Já veio premeditado, só estava pensando nisso". - "Essa mulher é fácil". - "Muitas vezes a gente não premedita. A gente sabe que pode

rolar, mais não premedita”.

P - “E qual é a sensação de usar a camisinha?”

Gp - “Chupar bala com papel”. - “Não vejo diferença”. - “Eu acho diferente, não sente a quentura da mulher”. - “Prolonga a relação”.

P - “Pois é, pode ajudar o homem que goza rápido a demorar mais”. “Quem tem prática de colocar a camisinha?” “Qual é a hora de por a camisinha?”

O grupo responde pronta e corretamente.

P - Mostra nas figuras dos órgãos genitais, pregadas no quadro branco, onde as verrugas podem se localizar. Aproveita para mostrar e falar os nomes “pênis, vagina, grilo, lábios”. Diz que a verruga pode aparecer na parte interna também e explica como. Fala em “roça roça”, “gozar/ejacular”, “pênis/pinto”. Mostra 2 pênis de borracha, um bem ereto e outro mais ou menos. Pede para o grupo dar nota e eles riem e respondem brincando. P comenta a dificuldade de por a camisinha quando o pênis não está bem duro. Comentam também sobre o tamanho do pênis e da camisinha. P chama alguém do grupo para ajudá-la a colocar a camisinha no pênis meio mole. Vai um participante do grupo. P questiona o grupo o que pode melhorar na colocação da camisinha, se a mulher pode ajudar... Comenta que a intimidade pode variar muito, que muitas vezes a pessoa pode ficar ansiosa e o pênis amolecer e aí tem que começar de novo. Fala que usar a camisinha é como começar a usar algo diferente, que nunca usou antes: relógio, cinto de segurança... e que aos poucos a gente vai acostumando.

P - “Para mulher costuma ser menos diferente que para o homem”. “Até quando é para usar a camisinha?”

Gp - “Até o tratamento acabar (da DST), quando a gente está com alguém”. - “Não acho, não dá para saber se dá para confiar no outro”.

- “Minha mulher não gosta de usar a camisinha, diz que irrita”.

Falam sobre confiança e a p. questiona se um casal tem que usar camisinha. Diz que casados também podem se infectar, que conversar sobre essas coisas é importante e que esse assunto de traição é complicado.

O grupo refere outras doenças que não se pega com sexo e a P confirma dizendo que isso é importante lembrar e explica quais podem ser essas doenças.

P - “As vezes o relacionamento não estava muito bem e aí pinta uma doença e daí chega a hora da gente conversar”. Diz que as vezes a doença pode ajudar para que a conversa ocorra. P - “Não pode ficar com a mente ligada na camisinha o tempo todo. É melhor colocar a camisinha e se ligar na pessoa”. Retoma a colocação de um participante do grupo que disse que a mulher fica com a vagina irritada por conta do uso da camisinha e questiona o grupo sobre o que pode ser isso.

Gp - “Falta de lubrificação”. - “Falta de carícia ...” **O aconselhamento continuou por mais 50 min. num clima bastante participativo.**

Comunicação competente

- informação adequada às necessidades do usuário.
 - clareza de linguagem.
 - diálogo, “troca” entre os interlocutores.
-

A adequação da linguagem, a busca de favorecer a compreensão do conteúdo comunicacional são preocupações claramente, presentes na prática da absoluta maioria dos profissionais dos serviços pesquisados. Lançam mão de analogias, metáforas, gírias, expressões populares e sinônimos para que os termos e conhecimentos científicos não sejam obstáculos à compreensão da informação.

Contudo, algumas vezes o emprego inadequado destes recursos que visam a facilitação da compreensão da informação provocaram, em algumas situações, o efeito reverso, causando uma certa dificuldade de compreensão.

Situação 7

Aconselhamento

Coletivo/Clínica de DST

O profissional disse: - “pesquisas recentes apontam para o fato de que o condiloma também pode ser transmitido através de roupas íntimas”. Não explica como.

Usa termos como: pênis ereto e pênis flácido. “Não é para colocar a camisinha próximo ao momento de êxtase. É para colocar antes”.

(...)Pede que os usuários de 1ª vez não se sintam constrangidos porque na consulta “entrarão nos seus bastidores”, farão perguntas sobre sua intimidade, mas que isso é importante pois lá é uma universidade, e precisam destas informações para pesquisa.

Para terminar, perguntou por dúvidas e se aquela palestra tinha ajudado. Alguns homens responderam que sim, havia. Explicou como proceder daí em diante dentro do serviço (fluxo). Agradeceu e dispensou o pessoal.

Há ainda que se ressaltar, que uma vez considerando-se que o processo comunicacional não é uma linha contínua, de mão única, entre emissor → mensagem → receptor, mas um processo complexo, em que: 1) o receptor não é “receptáculo” passivo da mensagem, mas sujeito ativo de reconstrução interpretativa do conteúdo informacional; 2) os “ruídos” que comprometem a apreensão da mensagem não se limitam à não clareza de linguagem, mas também dizem respeito a não partilha dos significados culturais vinculados às vivências dos indivíduos a quem se destina a mensagem; 3) a relação comunicacional, não se baseia numa relação estanque entre “emissor”- “receptor” mas numa troca (conflitiva ou não) entre ambos, em que “emissor”

se torna “receptor” e vice-versa. Além deste modelo tradicional (proveniente da lingüística), alguns conceitos importantes têm sido elaborados pelas ciências sociais. Tem-se discutido, entre outros aspectos, a questão da “competência cultural”, ressaltando as necessidades e especificidades culturais do processo comunicacional. O conteúdo a ser comunicado precisa ser competente diante dos valores e vivências do grupo a que se destina. Torna-se, também, inadiável a distinção entre repasse de informação e comunicação. A comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade (HABERMAS, 1989).

Portanto, em muitos dos aconselhamentos não foi possível reconhecer um processo comunicacional de fato, predominando um repasse “surdo” de informações.

Situação 8 Atendimento individual/Clínica de DST

O atendimento não passou de 5 minutos.

Paciente de 47 anos, solteiro, queixando-se de machucado no pênis. O profissional pediu para que o paciente mostrasse o pênis e nem saiu de trás da mesa. Como não conseguiu enxergar direito, acabou levantando e se aproximando do paciente. Disse que não tinha nada, que ele não precisava se preocupar, que no máximo era um esfolado por conta da própria relação sexual. Em seguida o paciente diz “... tem outra coisa, não estou conseguindo (gozar) com a mulher, amolece antes. Eu tenho que me masturbar para conseguir”.

Nessa hora o profissional olha para mim e diz: “aqui a gente não atende essas coisas psicológicas...”. Volta-se para o paciente e pergunta se ele tem diabetes, se está tomando alguma medicação e o paciente diz que não. Então diz: “... você deve procurar um urologista para resolver o seu problema”; e escreve num papel UROLOGISTA para o paciente não esquecer o nome. Assim termina o atendimento.

Avaliação de riscos e alternativas para novos hábitos

- informação sobre riscos orientada à vivência do usuário.
 - identificação de estratégias preventivas compatíveis.
 - demonstração do uso de preservativo.
-

Uma vez que a “atitude de escuta” é um dos impasses que se verificaram para ação do aconselhamento, a informação sobre riscos orientada às vivências do usuário e a identificação de estratégias compatíveis, foram conseqüentemente, diretrizes

também prejudicadas. Como orientar estratégias compatíveis às vivências, dificuldades e dúvidas do usuário se estas não têm legitimidade na relação estabelecida com o profissional? Como estabelecer em parceria com o usuário, um exercício para identificar alternativas de novos hábitos, se o “roteiro”, a informação e a normatização são priorizados?

Chamou atenção a freqüência com que oportunidades para a avaliação de riscos foram perdidas (nos aconselhamentos coletivos e especialmente nos aconselhamentos individuais). Inúmeras situações observadas demonstraram que os usuários fornecem indicações, “pistas”, revelando suas reais expectativas e dificuldades quanto à adoção de comportamentos que evitem riscos. Diante desta “abertura”, a resposta, via de regra, veio sob a forma do reforço da “informação correta” sobre condutas de risco.

Situação 9
Aconselhamento
individual
pós-teste/ CTA/COAS

A usuária tinha 43 anos, casada e fez o exame HIV porque está se tratando de uma DST, “transmitida pelo marido”, e sua médica recomendou-lhe fazer o teste.

O P. pergunta se ficou alguma dúvida da palestra e ela responde que não. Ele pede a carteirinha, confere as senhas e mostra o resultado negativo do exame para a usuária. Diz que este resultado refere-se a 3 meses para traz, que daí para frente não acusa no exame. A usuária diz: “é, eu sei, a P. explicou.”

O P. pergunta qual foi a preocupação que a levou fazer o teste. Ela conta que o marido tem outras mulheres fora de casa, que lhe passou uma “bactéria” e que a P. pediu para ela fazer o teste da AIDS. “Eu já disse para ele se tratar (da bactéria), mas como ele não sente nada, não se trata”. “Faz meses que estou tomando remédio, mas ele não e aí passa de novo para mim”.

Assim que vê o resultado do exame anti-HIV, pergunta quando tem que fazer outro e o P. diz: “o melhor é a Sra usar o preservativo, não adianta ficar fazendo exame.” “Seu marido usa preservativo?”

A usuária responde: “Esses tempos, por causa da micose, eu pedi e ele usou.” “Ele diz que usa com as outras, mas eu não sei não... porque ele passou essa bactéria para mim.”

Então, o P. diz: “nesse caso é melhor a Sra usar o preservativo não só para evitar a AIDS, mas porque se não esta micose não vai sarar nunca”.

O atendimento é encerrado por aí.

Situação 10
Atendimento individual
/Clínica de DST

O profissional leu a ficha do paciente onde a Assistente Social fez um breve relato da história e investiga um pouco mais o quadro clínico apresentado pela mulher do paciente. Este por sua vez não sabe explicar praticamente nada.

O profissional passa para o exame físico do paciente e diz que a esposa pode ter lhe transmitido o fungo da cândida que é uma doença que o próprio organismo da mulher produz e que o esfolado que ele está pode ser por conta da fricção na relação sexual e agravado por conta da cândida. Com esse diagnóstico ficou claro para o paciente que sua mulher não “transou com outro”.

Este profissional de forma atenciosa procurou explicar as questões relacionadas a doença apresentada, mas não conseguiu usar termos simples. Pareceu esforçar-se, mas não conseguiu adaptar a linguagem. Depois do atendimento, ele diz que sua intenção é “manter as relações”, não está lá para botar “fogueira na vida de ninguém” e que só responde aquilo que o paciente pergunta. “Se os pacientes não perguntam se é uma DST eu não digo, só vou dizendo conforme eles vão me perguntando”. É como se dessa forma estivesse dizendo somente aquilo que o paciente está preparado para ouvir. Como trabalhava a prevenção nestas situações onde ele não dizia que era uma DST? Ele disse que referia-se ao geral e não a situação específica do paciente.

O preservativo

A recomendação ao uso de preservativo é considerada como um dos pilares da prevenção. Esta questão, inclusive, faz parte de qualquer aconselhamento ou conteúdo informativo no que se refere às DST e aids. Contudo, a maneira como tem sido trabalhada a recomendação ao seu uso padece de alguns equívocos, cotidianamente reproduzidos nos serviços.

O primeiro dos equívocos observados foi o de falar sobre o uso do preservativo sem uma real demonstração do uso correto. Aula teórica sobre como usar preservativo não significa, de maneira alguma, a compreensão de como usá-lo.

A substituição da prótese peniana por outros recursos (bananas, cabos de vassoura, embalagens de desodorantes ou similares) é outra questão que merece ser mais discutida, pois poderia conduzir a associações negativas ou confusas entre a imagem que aquele recurso substituto invoca e o próprio pênis.

Poucas foram as ocasiões que a recomendação ao uso do preservativo correspondeu a uma atitude do profissional no sentido de ouvir o que o usuário realmente pensava sobre o seu uso, quais eram seus sentimentos, valores e dificuldades.

Situação 11
Aconselhamento
individual/Clínica
de DST

A profissional avisa que vai fazer algumas perguntas pessoais e vai seguindo com as questões da "Ficha Multidisciplinar". Formula as questões de um jeito que facilita ao Usuário respondê-las. Por exemplo:

P. - Agora vou perguntar coisas mais íntimas da sua vida. Posso?

Usuário - Pode.

Vai conversando e seguindo as perguntas.

P. - Agora vou pegar pesado. Já transou com homem ?

Usuário diz que não, refere que quando moleque transava com animal...

P. explica a DST apresentada pelo paciente, "é Crista de Galo". Pergunta sobre o uso da "camisinha" e se o Usuário tem alguma dificuldade para utilizá-la. O paciente diz que usa e que não tem dificuldade.

P. - Ah, é fácil para você ?

Usuário - Não é ruim, apertada, não é bom não.

P. - Enquanto você e sua esposa não tiverem alta não dá para deixar de usar a camisinha se não o tratamento vai para o brejo.

Foi indo e o paciente dizendo o quanto não gosta do preservativo. P. pergunta como está a vida sexual do casal com tudo isso (a DST, o preservativo).

Usuário - As vezes quero ter relação sexual sem camisinha, mas minha mulher não deixa.

P. - Ela está certa. Se não todo sacrifício que vocês fizeram é perdido.

Explica a reinfecção de um para o outro.

O paciente descreve suas sensações quando usa o preservativo e a profissional tenta apresentar algumas alternativas para que o Usuário veja o preservativo com outros olhos.

P. - Você já ouviu falar de um gel que pode por na camisinha ? Dá uma sensação gostosa e evita de agarrar/apertar...

O paciente se interessa, ela explica como usar, onde comprar e vai ver se tem algum gel no próprio serviço para lhe dar. Volta com o KY gel e dá ao paciente.

P.- Tem tratamento muito pior, que não pode nem transar. Então pode tentar ficar amigo da camisinha. Não sei como você e sua mulher se relacionam, mas também não precisa ficar bunda com bunda, dá para fazer outras coisas.

Usuário ri e concorda com a P.

Talvez o maior dos equívocos nesta questão seja o de sublimar os receios, vergonhas e dúvidas dos indivíduos em relação ao uso do preservativo, tratando tais questões como tabu.

Ao retirar a legitimidade deste conteúdo cultural e do indivíduo, a argumentação junto ao usuário dá lugar a: (1) discursos nem sempre justificáveis (estar "fora de moda" a recusa do preservativo); (2) negação equivocada dos argumentos dos usuários ("não há diminuição da sensibilidade"); (3) discursos "politicamente corretos" mas com baixa adesão ("é machismo

não usar”); (4) uso da autoridade (“tem que usar”).

Outra questão importante que ganha um significado cada vez maior é a orientação do uso de preservativo junto às mulheres. Como dar subsídios às mulheres para estas negociarem com seus parceiros o uso do preservativo? Pela imposição? Pelo argumento do terror? Talvez o primeiro passo seja o de reconhecer que estas mulheres passaram por processos diferenciados de construção de sua identidade social e feminina (GIDDENS, 1993). Muitas mulheres estão vinculadas a uma relação de submissão aos seus parceiros que pensam ser impossível abordar tal assunto. Por outro lado, o uso do preservativo envolve todo um imaginário ligado à sexualidade (e muitas vezes à infidelidade), "exigir" que o parceiro use o preservativo é declarar que não confia nele, ou noutro aspecto, é reconhecer que ele é infiel, ter ciência do fato e aceitá-lo. Ainda pode levar a que ele pense que ele não é o único, no caso ela se expõe. Numa relação estável, um casamento de muitos anos, por exemplo, será recomendado que o casal use preservativo um com o outro ou com os eventuais parceiros extras ou cada caso merece uma reflexão própria?

A questão do feminino e o uso do preservativo é complexa, e merece uma reflexão mais aprofundada que busque superar os argumentos autoritários e aqueles sem especificidade alguma às demandas destas mulheres.

Situação 12
Aconselhamento
individual pós-teste/
CTA/COAS

A profissional começou perguntando a idade da usuária. Seguiu o roteiro, mas de forma aberta. O gancho foi a pergunta sobre a janela imunológica, assunto abordado na Palestra. “Entendeu direitinho a janela imunológica?” A usuária respondeu que sim. A usuária era jovem e amante há 7 anos de um homem casado. Estudante, morava no interior e veio à capital só para fazer o exame. “Você sabe, né, a gente tem que se cuidar”. A aconselhadora perguntou sobre transfusão, aleitamento e entrou na vida sexual. Insistiu na transmissão anal. “Não vou negar, já”. “E você usa camisinha?” “No princípio, sim, mas depois deixamos de lado. É muito difícil o homem aceitar, né? Homem não quer não, minha filha.” A aconselhadora permaneceu calma e sorridente, criando um clima de empatia. A usuária disse: “quem sabe de agora em diante, né? Minha vida é tão doce e bela...”. A aconselhadora passou então a explicar o formulário (prontuário) e entregou a carteirinha de identificação. “Não pode perder, porque senão tem que fazer tudo de novo, tá?”

Depois que a paciente saiu, a aconselhadora disse que não acreditava que a usuária fosse mudar de hábito. “Essas mulheres são as piores. Totalmente submissas”.

Situação 13
Aconselhamento
individual pós-teste/
CTA/COAS

Usuária veio para pegar o resultado do teste que demorou uns 2 meses para chegar. Era a primeira vez que havia feito o teste. Tinha 40 anos e era casada há uns 15 anos. Fez o teste porque escutava sempre na televisão o risco que as mulheres estavam tendo de “pegar AIDS”. Desconfiava do marido. “Cê sabe, né. Os homens sempre têm alguma coisinha”. A profissional não aprofundou sobre sua vida sexual. A usuária negou qualquer relação extra-conjugal e disse que vivia muito bem com o marido. Muito ansiosa, queria o resultado e a conversa centrou-se nisso. A aconselhadora explicou detalhadamente, mas numa linguagem muito técnica, o que era a janela imunológica e perguntou sobre o uso da camisinha. A usuária disse que havia tentado mas o marido não aceitava de jeito nenhum e que, se ela insistisse, ele se separaria. A aconselhadora fechou questão e não entregou o resultado, com o argumento que não adiantaria nada. Deu um prazo de 2 meses para novo teste, caso a usuária passasse a usar sempre a camisinha, já que relatara ter tido a última relação há 1 mês atrás, ou somente 3 meses após a última relação sem camisinha. A usuária ensaiou um choro ao dizer: “Ele vai se separar. Depois de 15 anos é muito difícil”. A profissional respondeu: “A opção é sua. Venha com ele aqui, nós fazemos atendimentos de casais”. Daí se despediram .

Orientação dos
aspectos clínicos e do
tratamento
às DST/AIDS

Este assunto foi mais abordado nos aconselhamentos individuais que nos coletivos (o que era, parcialmente, esperado). Muito embora, naqueles contextos em que este tipo de orientação parecia ser elemento constitutivo da relação com o usuário (SAE e serviços de atendimento ambulatorial para DST), nem sempre foram temas discutidos, variando conforme a demanda (e às vezes a coragem em perguntar) de cada usuário. A orientação dos aspectos clínicos e do tratamento foi mais facilitada quando o serviço dispunha das pré e/ou pós consultas com profissionais de enfermagem. Nestas consultas, sem o “peso” do temor ao “doutor” o usuário sentiu-se, via de regra, mais à vontade para perguntar e falar sobre suas dúvidas.

Nos CTA/COAS este tema foi trabalhado de forma geral no aconselhamento coletivo mas pouco abordado quando realmente se fazia necessário, isto é, diante de alguns dos casos de teste positivo.

O SIGNIFICADO DA AÇÃO DE ACONSELHAMENTO SEGUNDO AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A fim de dinamizar a análise, este capítulo foi organizado segundo as unidades temáticas consideradas fundamentais para uma interpretação do significado que os profissionais atribuem ao aconselhamento. Buscou-se refletir sobre tais concepções contextualizando-as com as observações de campo, as diretrizes preconizadas para o aconselhamento e as condições institucionais que explicam tais depoimentos.

O que é
aconselhamento?

A maioria dos profissionais percebe o aconselhamento como um momento ou mesmo uma técnica privilegiada para a informação de caráter preventivo, e, no caso dos serviços ligados ao atendimento de pacientes, também para a adesão ao tratamento. Essa dinâmica informativa/educativa foi enfatizada com caráter mais ou menos normativo segundo cada profissional e naturalmente, diante de uma preocupação concreta de adesão a um determinado tratamento.

“É para explicar para aquela pessoa como ela contraiu a doença, como deve tomar aquele remédio, o que ela não deve fazer”(profissional ligado a serviço de atendimento a indivíduos com DST).

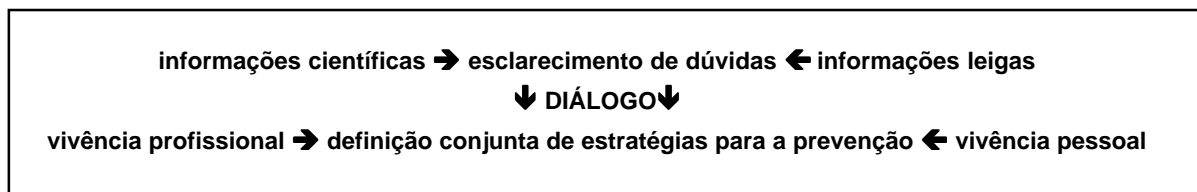
Interessante observar que muitos profissionais verbalizaram a importância daquelas informações para a ‘prevenção’ e a maioria detalhou quais atitudes são consideradas ‘preventivas’. Entretanto, não conduziam a uma visão mais integral destas medidas no contexto inteiro da vida daqueles usuários. O que se preconizava, na realidade, eram ‘atitudes corretas’ diante de situações concretas de risco (diante da atividade sexual usar preservativo, não abandonar o tratamento, reduzir número de parceiros, como são os mecanismos de transmissão das DST/aids).

Um segundo grupo de depoimentos descreveu o aconselhamento como uma conduta em que o profissional instrumentaliza o usuário através de informações e orientações para que ele modifique seu comportamento diminuindo situações de risco. Neste sentido, o profissional articula informações sobre DST/aids e enumera ‘saídas’ ou ‘condutas’ para o usuário decidir, posteriormente.

Estes depoimentos já sugerem uma aproximação maior com a orientação voltada para prevenção tendo como horizonte a dimensão destas sugestões para a vida do usuário, contudo ainda denotam uma certa unilateralidade da relação entre profissional/usuário.

“É um processo, relação entre duas pessoas em que uma vai oferecer recursos para outra para resolver algumas situações onde ela está tendo dificuldade de tomar decisão sozinha” (profissional do SAE).

O terceiro grupo de depoimentos, em minoria em relação aos dois primeiros, apontou o aconselhamento como um processo de troca e escuta junto ao usuário. A idéia demarcada é que o aconselhamento, além de fornecer informações, também propicia uma reflexão conjunta entre o profissional e o usuário, um diálogo, sendo que o usuário é convidado a se colocar como um interlocutor autêntico. Ele é estimulado a se expressar e opinar sobre aquelas informações e sugestões, ultrapassando a perspectiva de compreensão de determinado conteúdo informativo, mas encaminhando uma relação de vínculo e demarcação de estratégias pensadas naquela relação. Descrevendo este modelo de forma muito esquemática, o fluxo seria aproximadamente o seguinte:



Alguns profissionais enfatizaram ainda a compreensão do aconselhamento como uma atitude diante do usuário, que ultrapassaria o momento específico de determinado atendimento.

“(...) é uma atividade inerente a todos os profissionais que trabalham com DST/aids, desde quem atende a quem entrega medicação (profissional ligado a serviço de atendimento a indivíduos com DST).

Objetivos do aconselhamento

Os objetivos do aconselhamento para os profissionais variaram de acordo com a sua própria concepção do que seja esta prática. Assim, um grupo assinalou que o aconselhamento objetiva a “quebra da cadeia epidemiológica” ou o “controle da epidemia”. Nesta visão o papel do usuário seria o de acatar a orientação, “cumprindo o seu papel” para este controle da disseminação das DST/aids. Alguns depoimentos enfatizaram o aconselhamento como um facilitador para a eficácia da prática clínica pois ajuda a informar o usuário sobre sua doença bem como intensifica a importância do tratamento.

Um segundo grupo analisa que o aconselhamento tem

como objetivo “atingir a pessoa para ele perceba o que tem que fazer”(Profissional ligado ao atendimento de indivíduos com DST). Assim, o aconselhamento visa orientar de forma competente (ou convincente) para que o usuário mude seu comportamento de risco “que a pessoa detecte seus comportamentos de risco... não só refletir mas se sensibilizar para que ocorra uma modificação dessas atitudes” (profissional de CTA). Neste sentido o aconselhamento teria uma função tutorial de apoio, no sentido de informar e auxiliar o usuário para ele empreender as ações esperadas quanto à redução de risco e prevenção.

Um terceiro grupo delimita como objetivo do aconselhamento a criação de vínculos entre profissionais e usuários, refletindo em conjunto os riscos e estratégias para a prevenção. A idéia é a de uma perspectiva de personalizar o atendimento e a informação geral (e científica) para adequá-la às características e vivências de cada usuário.

O que o
aconselhamento
representa para
o usuário?

Segundo os profissionais, o aconselhamento tem um grande significado para os usuários. Ressaltam que o usuário se sente como o centro da atenção do atendimento “...eu vejo que eles saem satisfeitos. Primeiro que a população carente ...não tem atenção em lugar nenhum...chega num lugar que param para escutar ele...geralmente param para escutar uma coisa que ninguém dá bola...você vai num PS e ‘você tem que tomar isso, um abraço volte quando precisar’..aqui não...”(Profissional que atende a indivíduos com DST). Quase todos os profissionais percebem que para o usuário o aconselhamento significa um espaço de apoio emocional como também de apoio para enfrentar preconceitos “Ele se vê muito protegido quando chega aqui” (profissional que atende a indivíduos com DST). É um paciente que se sente muito discriminado...então no momento que ele vem aqui ele é o centro da atenção” .(Profissional que atende a indivíduos com DST). Sobretudo os profissionais do SAE que atendem doentes de aids, enfatizaram a questão do apoio “...ele espera que tu seja a família dele, pai, mãe, irmão, companheiro. Ele espera tudo de você” (profissional do SAE).

Outros depoimentos enfatizaram a importância do aconselhamento para fornecer ao usuário informações sobre prevenção. Segundo a percepção destes profissionais, o aconselhamento muitas vezes faz o papel de organizador de um conjunto de informações que cotidianamente circulam na sociedade mas que estão dispersas ou carecendo denexo lógico e até científico. Outro aspecto nesta questão é a ‘sensibilização’ da informação “Olha, eu acho que a questão não é só da informação...porque quase todo mundo que entra aqui tem várias

informações a respeito, né? O que eu acho que se torna importante pra eles é...se sensibilizarem pra esse risco” (profissional de CTA/COAS).

Outra questão enfatizada pelos profissionais, foi a percepção do espaço que o aconselhamento representa para o usuário discutir sobre sexualidade. Espaço esse que é raro e existe graças à credibilidade que o serviço inspira *“É o momento que eles têm para falar sobre sexualidade...uma oportunidade de colocar situações que não colocaria para outras pessoas...oportunidade de colocar as dificuldades e os medos” (profissional de CTA/COAS).*

Alguns profissionais foram mais reticentes e condicionam este significado do aconselhamento para o usuário segundo determinadas variáveis: se for realizado depois da consulta médica não terá grande importância para o usuário, se aquele usuário tiver um comportamento definido como reincidente contumaz não significará nada *“...para quem tem amor na relação ele funciona para quem é promíscuo ele não funciona” (Profissional que atende a indivíduos com DST)* Mas mesmo para estes depoentes mais críticos, a avaliação final foi bastante positiva e confiante na relevância do aconselhamento para o usuário: *“Pode representar mil coisas e não representar nada. É a grande chance dele refletir sobre a situação que ele tá vivendo...Eu acho que mudar comportamento com uma entrevista é muito difícil. Agora a gente pode dar a ele a chance dele acreditar que tem um grupo que trabalha, que o grupo pensa nele porque...eu já recebi inúmeras vezes o relato do pessoal: Pôxa eu não acreditava...nunca imaginava que tinha gente que pensava em mim....” (profissional que atende a indivíduos com DST).*

Há requisitos
e habilidades
profissionais para o
aconselhamento?

Para a absoluta maioria dos profissionais entrevistados, o treinamento e o conhecimento técnicos são requisitos fundamentais para aconselhar. Contudo, estes não seriam suficientes pois seria preciso ter um certo perfil (o que para uns é mais inato às características pessoais do profissional, para outros pode ser adquirido ao longo da experiência profissional).

A habilidade mais valorizada pelos profissionais foi a capacidade de escutar o usuário (“saber ouvir”). Como sintetiza este depoimento: *“A gente tem muito a dizer em tão pouco tempo, então ouvir é fundamental” (profissional de CTA/COAS).* Curioso observar que justamente a diretriz de “escuta ativa” foi um dos itens que foi apontado como dos mais problemáticos na prática de aconselhamento.

O requisito mais citado foi o de não externalizar preconceitos e estar trabalhando estes internamente, enfim saber respeitar as crenças e vivências do usuário. Também foi constantemente citada a necessidade desse profissional estar

discutindo (internamente ou com algum apoio) a sua própria sexualidade pois para discutir o tema e a sexualidade dos usuários, *“tem que estar de bem com a vida sexual”*.

Outro requisito citado com frequência foi a capacidade de adequar a linguagem para um tom coloquial e compreensível ao usuário. Um profissional descreveu como sendo necessária a habilidade de se trabalhar uma comunicação gestual que seja identificada pelo usuário como acolhedora: *“tem que ser bem cortês, gravar o nome dele, deixar ele bem à vontade, olhar nos olhos dele. Para a entrevista tem que olhar nos olhos para obter alguma coisa...olhar disperso ele vai ver que não deu importância” (profissional que atende a indivíduos com DST)*

Nenhum depoimento fez menção à habilidade de “fazer planos de ação” junto com o usuário, isto é, ser capaz de discutir com o usuário as estratégias que ele próprio poderá traçar para a redução de riscos.

O que é essencial a ser falado no aconselhamento?

Os conteúdos mais enfatizados como essenciais foram, segundo a ordem de citação: as formas de transmissão das DST e aids; as práticas de risco; formas de prevenção. Este último aspecto foi bastante centrado na indicação para o uso do preservativo. Apenas dois profissionais consideraram essencial discutir com o usuário as dificuldades e problemas destes quanto ao uso de preservativo.

Segundo alguns profissionais, a ‘lista’ dos assuntos essenciais a serem abordados no aconselhamento era muito extensa. Como ressalta um profissional, também atento à ansiedade de passar todas as informações necessárias em um contato apenas : *“...não atropelar é importante, não oferecer muito mais do que ele está te exigindo naquele momento” (profissional que atende a indivíduos com DST).*

Outra ressalva importante feita por um profissional diz respeito à necessidade de ter flexibilidade na abordagem de assuntos segundo as demandas dos usuários:

“...que ele não seja estático, sabe? É...fazer um bloco para ser falado, então qualquer pessoa vai lá, lê esse roteiro e faz o aconselhamento...isso não funciona, né? (profissional que atende a indivíduos com DST).

Quais suas
dificuldades para
realizar o
aconselhamento?

Diante da pergunta sobre as dificuldades encontradas, a maioria dos profissionais identificou alguma dificuldade. Aqueles que declararam não ter dificuldade, via de regra, no decorrer do relato descreviam seus próprios impasses para o trabalho. Afirmaram, positivamente, sua identificação com o trabalho e com sua equipe, indicando, portanto, que as dificuldades encontradas estavam mais ligadas à complexidade que o trabalho exige do que correlacionadas à insatisfação profissional.

A dificuldade mais citada pelos profissionais foi a de adequação do tempo para o aconselhamento diante de uma demanda tão grande. Consideram que o tempo acaba por ser muito reduzido para cumprir todas as expectativas, objetivos e diretrizes do aconselhamento. Viram-se, na prática, obrigados a sintetizar o aconselhamento pelo que consideram mais essencial. Como expressa a profissional, fica uma dúvida no ar *“até onde explora? até onde pára?”*

A segunda dificuldade mais mencionada foi o lidar com o desgaste emocional, inerente a este trabalho. Como controlar o estresse? Na realidade, estes profissionais não contam com apoio terapêutico ou de outra espécie visando ao acompanhamento para administração de seu próprio sofrimento.

“Eu cheguei a ficar doente, tive que fazer terapia por não aguentar a carga emocional de ver tanta gente morrer”

A entrega de resultado positivo do teste para HIV foi bastante citada, especialmente pelos profissionais ligados ao atendimento de indivíduos com DST (provavelmente por serem menos preparados para essa atividade do que os profissionais dos CTA).

Quanto à relação direta com os usuários foi mencionado como dificuldade o lidar com: - casais em crise por conta da DST de um dos parceiros; - usuário de droga; - vítimas de violência sexual; e, - indivíduo com comportamento “deliberadamente” promíscuo. Ressaltaram que têm dúvidas de quais seriam as melhores técnicas de condução do aconselhamento junto a estes usuários.

Auto-avaliação sobre a prática de aconselhamento

A absoluta maioria dos profissionais tem uma auto-avaliação positiva, afirmando que na sua prática diária realiza o aconselhamento.

Alguns profissionais médicos foram mais reticentes e críticos, afirmando que “dentro do possível” pois “não foram treinados” para tal atividade. Contudo, expressaram seu comprometimento com este trabalho: *“Faço o que posso, não sei se estou fazendo o bastante, né? Mas que eu tento eu tento”*.

O SIGNIFICADO DA AÇÃO DE ACONSELHAMENTO SEGUNDO OS USUÁRIOS

A avaliação do
atendimento segundo
os usuários

Os usuários foram unânimes em elogiar os serviços (Ambulatórios de DST/SAE/CTA). A absoluta maioria dos entrevistados verbalizou ter gostado do atendimento. O aspecto mais valorizado foi a atenção e a boa acolhida que receberam dos profissionais. O fato de os profissionais serem “educados” e capazes de dispensar um atendimento que garantisse uma caráter pessoal no atendimento foi constantemente citado.

Para os usuários do SAE essa questão foi muito demarcada, a chegada e acolhida dos profissionais foi tratada como um ponto de apoio emocional fundamental ao tratamento. Como ilustra a usuária : *“Você chega aqui, os funcionários vem e ‘Oj’, mesmo que eles não te conheçam eles te dão atenção (...) aí eu gostei daqui” (usuário do SAE).*

A relação com os profissionais foi identificada como muito boa, especialmente quando propiciava um espaço para estes usuários falarem de seus problemas, receios e dúvidas. O aconselhamento foi identificado pelos usuários como o que qualificava o atendimento do serviço perante outros atendimentos da rede pública.

“Bom, eu aqui me sinto assim... eu me sinto a pessoa que eu sou, eu não preciso fazer... mentir, fazer rodeios, sabe ? (...) então eu me sinto à vontade, eu não tenho assim, receio de falar nada (usuária de CTA)”.

“É ..a conversa franca né? Porque você se solta...a timidezcoisas que você não fala com o seu pai, sua mãe e aqui você se abre mais, né. Aqui você se abre todo (usuário de Ambulatório de DST)”.

Alguns poucos usuários denunciaram um mal atendimento por parte de um profissional:

“Eu não gostei do atendimento da Dra. do modo como ela se expressa com a pessoa, com o paciente. Ela devia usar uma linguagem simples... foi muito fria... não deixa a gente falar... se eu não abrisse a boca prá mostrar o exame a ela, ela já ia me mandar fazer exame de urina, de cultura, eu já tinha feito (usuário de Ambulatório de DST).

O que explicaria tais comportamentos ? Um dia assoberbado, um “mal dia” ou um perfil não condizente com o trabalho?

Outra questão ligada ao aconselhamento e, constantemente, identificada pelos usuários como critério de análise do serviço e distinção frente aos outros atendimentos da

rede pública foi a informação recebida. *“Achei bom pelo fato de explicar, de mostrar os riscos que se corre.. e, a maneira da pessoa se defender, né? – (usuária de CTA).*

O segundo aspecto mais enfatizado como ponto positivo foi a rapidez do atendimento. Quando o serviço estava situado dentro de um hospital e o usuário tinha que passar pela triagem geral antes de chegar propriamente ao setor, esta avaliação se invertia e se transformava em ponto de severa crítica:

“Olha, eu cheguei 6 horas da manhã, para pegar ficha às 7. Quando deu 7 e meia nem um funcionário abriu o portão, só às 8 horas. E tudo bem que tem prioridade criança, mas chega ,como eu vi, conhecido de funcionário e já tão com fichinha na mão. Já vão entrando e pronto...Não gostei do atendimento não...Não sabe informar direito. Você vai num lugar, a mulher manda prá outro lugar, não informa direito, não tem educação. Isso no hospital todo ou aqui nesse setor ?

Não, nesse setor (DST) prá mim é nota 10” (usuário de Ambulatório de DST)”.

Aqueles serviços que dispunham de laboratório próprio foram elogiados pelos usuários, pois proporcionavam rapidez na entrega dos resultados dos exames, vistos como um dos elementos importantes do processo do atendimento. Aqueles serviços que agendavam a consulta ou o retorno foram também muito valorizados. Afinal, como diz, sabiamente, o usuário do CTA *“(...) Acho que ninguém gosta de esperar”.*

A absoluta maioria dos entrevistados distinguiu esse modelo de atenção dos demais prestados nos Serviços de Saúde Pública. Comparam as duas experiências e as diferenciam :

-“Diferença assim, na atenção e na palestra (Usuária de CTA)”.

-“Assim como uma coisa pública...Hoje a gente tá num caos aí, né? Aqui foi bom, achei ótimo. Coisa de primeiro mundo. Porque tem vídeo, palestra...falam tudo prá você. Além disso tem aconselhamento, tem a psicóloga (...)” (usuário do Ambulatório de DST).

Um usuário fez comparações com o atendimento recebido nos serviços de saúde públicos e privados. Falou da sua experiência no atendimento na rede privada e percebeu que neste modelo, o único atendimento que recebe é a consulta clínica, dando-se conta, intuitivamente, da importância da atuação multidisciplinar:

-“(...) Convênio não tem vídeo.. palestra...não tem. Não tem a psicóloga prá te orientar depois, nada disso. (...) Só o médico, ele vê a causa da doença, né? Diagnostica e passa o remédio. Só isso, e vira..... mecânico, né? (usuário do Ambulatório de DST)”.

Os objetivos do
aconselhamento
segundo os usuários

Para os usuários, os objetivos do aconselhamento são variados. Foi constante a ênfase no papel da orientação para a prevenção, o que sugere um boa compreensão do trabalho. Contudo, estas percepções revelaram nuances importantes. Ser orientado pode significar, por exemplo, ter acesso a informações e dados sobre DST/aids, sobre o uso do preservativo e encontrar um espaço para tirar dúvidas. Por outro lado, receber 'orientação' também foi interpretado como uma obediência às orientações normativas.

-“ (...) *Prá...saber como se faz o sexo, saber preservar, num contaminar, num arriscar a pegar uma AIDS*”.

-“*Ah, prá ensinar a gente, explicar a não dar assim...bobeira né? Não pegar a AIDS*”.

-“ *O objetivo eu acredito que seja esclarecer as pessoas, os usuários de drogas....as pessoas que usam erradamente o sexo...as drogas, né?*”

Os entrevistados dos distintos tipos de serviço responderam de forma coerente a pelos menos uma das diretrizes a que cada serviço propunha:

“Eu acho que é um esclarecimento e uma preparação para o resultado do teste (...) Prá se precaver das doenças, da AIDS né ?Que não tem cura. Prá gente se cuidar” (usuária do CTA).

“Prá informar a quem faz relação...às vezes não sabe usar uma camisinha...às vezes tem um problema, tem vários tabus (Usuário de DST)”

“Ah, como não tem ainda uma cura correta, né ? É um meio de não contaminar mais do que já tá” (usuário de SAE)

Conclui-se que para a maioria dos usuários os principais objetivos que norteiam o aconselhamento passam pelo caráter informativo. A 'orientação' visando a redução de riscos seria caracterizada pelo acesso de informações fundamentais. Curiosamente, apesar de a avaliação do usuário qualificar, positivamente, os serviços baseando-se justamente em critérios provenientes do aconselhamento (receptividade, escuta e apoio emocional), o próprio aconselhamento é visto como um meio para uma inculcação 'mais personalizada' da informação. Esta questão sugere que na ótica do usuário, o que importa para o profissional é que ele (usuário), a partir das informações, 'aprenda' sobre como se prevenir (sobre o 'certo' e o 'errado'). A atenção, o apoio e a acolhida seriam 'generosidade' da equipe. Revela também a dificuldade de percepção do usuário em reconhecer que ser “bem atendido” (com respeito e educação) é um direito de todo cidadão.

O que foi considerado mais importante do aconselhamento

A maioria dos entrevistados dos ambulatórios de DST apontou como item mais importante a informação sobre os aspectos clínicos e as vias de transmissão da sua doença, ainda que também tenham valorizado o conhecimento sobre outras DST e sobre a aids.

Os mecanismos de transmissão das DST e especialmente da aids foram constantemente citados pelo conjunto dos entrevistados, seja para terem cuidados com outras pessoas (não transmitirem DST), seja para não as contrair.

Entretanto, o grande destaque, citado em quase todos os depoimentos, foi a orientação quanto a como usar o preservativo. Para a maioria, o detalhamento deste assunto era uma novidade.

Outros assuntos também foram citados: diferença entre soropositivo e pacientes com aids; e, saber mais, detalhadamente, sobre mecanismos de transmissão do HIV (sobretudo sobre sexo oral).

Vale ainda destacar que alguns usuários também consideraram como o mais importante do aconselhamento a possibilidade que é criada para o diálogo sobre DST e aids e o espaço existente para este indivíduo expressar seus temores.

“O mais importante... é o seu relacionamento no dia a dia. Você acaba chegando em casa, você conversa... você acaba ganhando alguma coisa, prá família em casa...então conversa...você não tem que chegar e ficar batendo, brigando, entendeu? “

- “...se você souber que você tá com o vírus, qual vai ser sua... o que você vai fazer? Como você vai agir? Se você não tiver, então isso te prepara mais um pouco... mas tem umas pessoas que pô.. tá positivo ‘Ah, vou me matar’”.

O que foi considerado no aconselhamento “a questão mais difícil de entender”

A absoluta maioria dos entrevistados não verbalizou qualquer dificuldade em compreender o conteúdo do que foi discutido nos aconselhamentos. Como se observou, o profissional encontra uma platéia ávida por ter acesso a este tema que mobiliza tanto medo e envolve tanta curiosidade. Como sintetiza uma depoente: *“Eu acho que para uma pessoa que tem vontade de viver não é difícil de entender.”*

Apenas três entrevistados declararam ter tido dificuldade de compreensão. O primeiro, um usuário do SAE teve dúvidas quanto aos exames que lhe foram solicitados *“Essa bateria de exames que tenho que fazer... prá quê serve tanto exame? exame prá diabetes e não sei o quê...um monte. Ela tentou explicar mas é difícil”.*

A segunda, uma usuária do ambulatório de DST não compreendeu os possíveis sintomas de sua doença “(...) a doença que ele falou assim...esse corrimento”. O terceiro, um usuário do CTA não compreendeu a diferença entre soropositividade e estar doente de aids “É que o vírus do HIV não é AIDS... é porque eu acho que é a mesma coisa...uma pessoa que tem o vírus, já é uma pessoa aidética”.

O que foi considerado no aconselhamento “a questão mais difícil de cumprir no dia-a-dia”

A absoluta maioria dos entrevistados relatou como a questão mais difícil de ser incorporada no seu dia-a-dia foi o uso e a regularidade do uso do preservativo. Foram mencionados como dificuldades: se adaptar ao preservativo (relatos de incômodo e irritações); tê-lo sempre consigo; ter de usá-los sempre a cada relação sexual (ainda que no mesmo encontro amoroso).

“(...) é...sempre quando a gente for transar, usar preservativos... às vezes tá na hora que a gente não tá...não tem o preservativo na hora e tal...então fica difícil de cumprir”

“(...) Acho que é a camisinha né? É se acostumar com a camisinha.(...)”

Por outro lado, as dificuldades de negociar com a(o) companheira(o) o uso do preservativo foram constantemente referidas. Três situações delinearam-se no conjunto das entrevistas: o marido que contraiu uma DST e não tem coragem de solicitar à sua esposa que use o preservativo durante o tratamento pois assim ele teria de confessar suas relações extra-conjugais; a esposa que embora saiba das atividades extra-conjugais do marido não se sente capaz de convencê-lo a usar o preservativo; e o indivíduo solteiro que relata que o(a) parceiro(a) diz não gostar do preservativo.

Percepção do usuário quanto à atitude de escuta do profissional

A maioria dos entrevistados afirmou ter ficado à vontade, não ter tido dificuldade para perguntar ao profissional sobre suas dúvidas. Embora, o usuário tenha sentido um clima acolhedor para tirar dúvidas e pedir esclarecimentos sobre o que fora abordado pelo profissional, não fez referências a ter espaço para falar de si e para tais questões serem trabalhadas em conjunto por ambos. Os usuários afirmaram ter ficado “à vontade” para escutar o profissional, não para falar de si.

- Entrevistador: *Você ficou à vontade? Perguntou o que queria perguntar? Saiu com alguma dúvida?*

"Não , não. O que ela falou ali, prá mim já não era tão...lá na minha escola sempre tem palestras.(...) Quer dizer, algum tempo atrás a matéria que se dava em relação à saúde era as doenças sexualmente transmissíveis. Hoje não, é a AIDS. Você tem no seu caderno a matéria que fala da AIDS. (...) Me senti à vontade, não tive dúvida em perguntar nada porque prá mim não era...novidade"

Como enfatizou esse jovem usuário, o assunto aids pode ser visto como uma 'matéria', um conjunto de informações a ser apreendido. Resta saber quanto ao espaço de reflexão e como as vivências particulares de cada indivíduo se adequarão a este conhecimento.

Cerca de um terço dos entrevistados declararam ter tido problemas para falar de si e para tirar dúvidas. Alegam ter tido timidez, receio de dar informações sobre sua sexualidade e isso ser de alguma forma usado contra ele ou mesmo apontam uma atitude de distanciamento do profissional que os atendeu.

- "...não sei, acho que não... me sinto meio tímido. Eu que sou assim mesmo... meio quieto mesmo..."

Entrevistador - *Então você não fez todas as perguntas que queria?*

"não...porque é, assim no meu caso...as dúvidas que eu tinha, né? A moça aqui, ela me esclareceu, né?"

Entrevistador - *Mas e em relação aos exames?*

"É...eu não entendo nada disso né? Mas se ela tá pedindo, solicitando que eu faça, né? Porque tenho que fazer, né? (SAE)

Entrevistador - *Você entende direitinho o que ela fala?*

"...certas coisas não...é...esse negócio de CD4, tudo meio complicado. Eu queria saber mais como age o vírus dentro do próprio organismo, que apesar de eu ler muita coisa..."

Entrevistador - *Você não entende por que ela não fala direito ou por que é difícil mesmo de entender?*

"Eu acho que falta uma conversa mais aprofundada do assunto, acho."

Entrevistador - *E você não pergunta prá ela?*

"...sou um pouquinho tímido" (SAE).

Avaliação de riscos

A maioria dos entrevistados citou as relações sexuais e, em menor número, as drogas injetáveis como contextos propícios à infecção pelo HIV. Entretanto, em uma parcela significativa de depoimentos do grupo entrevistado, nem sempre ficou claro o real processo de contágio. Algumas questões fundamentais eram omitidas, re-interpretadas ou reificadas, montando uma explicação nem sempre correta (do ponto de vista científico).

Na transmissão sexual , por exemplo, "fazer sexo sem usar preservativo" foi questão bastante citada. Porém, alguns usuários, desqualificaram o uso do preservativo, remetendo a questão para outros campos como a moral ou outros mecanismos que buscam construir uma certeza sobre o comportamento dos parceiros.

- *“É trocar de parceiro Ser versátil demais, tá com um; tá com outro... Sair com pessoa que você não conhece...o tal falado grupo de risco.*

Entrevistador - E se você usar preservativo?

“Não. Nem usando preservativo eu não vou.(...) Primeiro pego informação ‘fulano, tu conhece aquela menina? Conheço. E aí? Ah, foi com fulano...Com aquele cara? Aquele cara é grupo de risco’. Então eu não vou”

-(...) na minha opinião é ter relações antes do casamento e, e com a pessoa ...sem conhecer a pessoa, certo?

Entrevistador - E se você transar antes de casar, usando preservativo?

Ah, eu acho que mesmo usando preservativo é arriscado.

Entrevistador - E depois de casado, tem que usar preservativo ou não?

Não. Depois de casada, os dois sentando e conversando, tendo confiança, acho que não precisa não.

Quanto à transmissão entre usuários de drogas injetáveis, nem sempre foi reconstituído pelo usuário a questão do compartilhar seringas ou agulhas contaminadas. Usar drogas injetáveis, para muitos dos usuários, já bastava por si. Outras vezes ficava obscuro o mecanismo de transmissão ou sua prevenção.

-“Usar seringas que outros usam sem fazer a cauterização...”

Quando perguntados sobre sua auto-avaliação sobre riscos, todos responderam já terem tido alguma situação de risco ou mesmo um comportamento de risco. Relataram ter tido relações com parceiros(as) sem preservativo que souberam mais tarde que eram pessoas infectadas pelo HIV ou com DST ou mesmo relataram ter tido atividade sexual com vários parceiros sem uso de preservativo:

- Eu já tive...agora eu não tenho...eu já me relacionei com uma pessoa que era...ele é muito promíscuo sabe, ele usa drogas, essas coisas. Não injetável mas usa.

- “Não ligava prá esse negócio de camisinha. O que caía na rede é peixe sabe?

A`maioria não considerou que continuava a ter comportamentos de risco, apenas três entrevistados declararam, ainda, ter um comportamento avaliados por eles mesmos como arriscado. Apenas uma usuária ressaltou que todos aqueles que têm vida sexualmente ativa correm risco desde que não “tenham cuidado”.

Quando perguntados se o aconselhamento iria ajudá-los de alguma forma, todos responderam afirmativamente. As formas dessa ajuda variaram entre “ajudar a manejar” um determinado comportamento considerado de risco, “tomar consciência” da importância da prevenção no dia a dia, “dizer como eu tenho que me comportar” e saber como, diante de situações de encontros sexuais, não cair em “ciladas” que levem a esquecer o uso do preservativo. Apenas uma usuária referiu que o aconselhamento irá ajudá-la a negociar e tentar convencer o marido, que tem outras parceiras, no sentido de usar preservativo.

Sugestões dos usuários
para melhorar
o atendimento

A maioria dos usuários não formulou qualquer sugestão, alegando que o serviço era bom e não precisava melhorar ou porque ainda não conhecia o serviço muito bem para enunciar sugestões.

Alguns usuários dos CTA/COAS sugeriram aumentar a divulgação sobre o CTA, o trabalho feito e a gratuidade do teste. Os usuários dos Ambulatórios de DST sugeriram: (1) organização da recepção, agilizando o atendimento e a melhoria das instalações da sala de espera (DST/Recife); (2) organização da triagem e recepção do serviço (DST/Manaus); (3) aumento da equipe de médicos pois a demanda era muito grande e determinados atendimentos, como exames especializados, demoravam meses (DST/São Paulo). Os usuários do SAE sugeriram a melhoria do salário dos profissionais e a divulgação do SAE dentro da própria rede SUS, pois segundo o informante, o primeiro serviço que procurou foi um posto que não fez referência ao SAE e por este motivo este usuário ficou anos sem acompanhamento.

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES INSTITUCIONAIS PARA A REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO

Momento do
aconselhamento
dentro do fluxograma
de atendimento

Cada serviço organiza seu fluxo de maneira distinta, buscando adequá-lo às características intrínsecas de cada unidade. Portanto, o momento neste fluxograma a ser destinado para o aconselhamento é prerrogativa de cada equipe. Contudo, algumas questões foram percebidas ao longo do trabalho de campo e pontuadas a seguir:

Aspectos negativos. (1) Alguns serviços situados dentro de unidades hospitalares ou unidades maiores (o caso da maioria dos serviços para pacientes com DST), muitas vezes acabam por obrigar ao usuário a entrar em duas triagens, causando um desgaste maior deste indivíduo. (2) Nem todos os CTA oferecem como rotina o aconselhamento individual pré-teste (quem garante que este usuário solicitará caso necessite conversar mais?). (3) A situação do SAE mereceria atenção maior pois é muito grande a demanda e nem todos tem acesso a este serviço. O tempo para o aconselhamento acaba sendo reduzido devido ao grande número de pacientes. (4) Nem todos os serviços que atendem a pacientes com DST oferecem a estes usuários a oportunidade de realizar o teste para HIV. No entanto, é essencial que o usuário possa dispor desta escolha.

Aspectos positivos (1) A inclusão das pós-consultas de enfermagem no fluxograma de atendimento. Estes serviços, sem dúvida, estão colaborando para uma maior compreensão dos procedimentos terapêuticos e para a adesão ao tratamento. (2) O agendamento das consultas e do atendimento por telefone representam um grande conforto e segurança para o usuário. (3) Existência em alguns serviços de uma dinâmica de atendimento que se mostra resolutiva, oferecendo aconselhamento, consulta, realização de teste, medicação e agendamento de retorno, evitando-se assim que este indivíduo precise retornar várias vezes ao serviço.

Composição das Equipes

Como pode ser percebido no trabalho de campo, a multidisciplinaridade ainda não foi garantida em todos os serviços visitados. Considerando-se que estes são Centros Treinadores tal fato ganha destaque, transformando-se em um ponto crítico.

Alguns serviços voltados para o atendimento a pacientes com DST não contam com o psicólogo em suas equipes e nem todas as equipes têm auxiliares de enfermagem. Por outro lado, nem todos CTA/COAS contavam com médicos em suas equipes, sendo que um dos CTA não possuía psicólogo.

Além da própria limitação que a composição de determinadas equipes apresentou, os serviços distribuem a tarefa do aconselhamento de forma distinta. Alguns determinavam que caberia a um profissional específico a ação do aconselhamento. Outros serviços percebiam que esta deve ser uma prática realizada por todos os membros da equipe. Ainda que com limites específicos da formação de cada profissional, todos buscavam ter uma 'atitude' de aconselhamento. Nestas equipes também se atribuiu a certos profissionais, considerados mais experientes ou com perfil mais adequado, a atividade direta do aconselhamento mas todos profissionais participam deste processo de trabalho.

Considera-se que esse segundo modelo é, sem dúvida, mais propício a uma abordagem de atendimento que percebe a relação com o usuário como um elemento central do trabalho de prevenção.

Percebe-se também como necessidade que a multidisciplinaridade das equipes seja garantida.

Capacitação dos profissionais para o aconselhamento

A maioria dos profissionais que realizava o aconselhamento não recebeu treinamento específico para tal prática. A capacitação mais freqüente foi o treinamento em serviço. Uma vez que estes Centros de Treinamento (CT) são referências, os novos profissionais foram treinados pelos próprios colegas. Desses 'pioneiros', uns tiveram algum treinamento para tal (em outro C.T mais antigo), outros começaram sua prática tomando como base a própria dinâmica construída em conjunto com a sua equipe.

Permanece a indagação: que treinamento receberam aqueles profissionais que treinam outros profissionais? Este item é tema crítico e foi, permanentemente, colocado pelas equipes. Esses profissionais precisam de dispor de uma perspectiva de reciclagem e capacitação continuada uma vez que são responsáveis pelo treinamento de outras equipes.

Disponibilidade de tempo para a realização do aconselhamento

A definição da disponibilidade de tempo ideal para uma sessão de aconselhamento não pode ser estabelecida *a priori*. Cada caso demandará uma duração específica às suas necessidades. Por outro lado, a intensidade do vínculo que se estabelece num determinado atendimento pode se dar de forma mais rápida com determinado usuário do que com outro. A 'disponibilidade' e a 'entrega' de ambos (profissional e usuário) vai também interferir de forma importante. Muitas vezes um atendimento de 15 minutos foi mais significativo que outro com o dobro do tempo mas que se limitou a uma dinâmica de perguntas-respostas ou de caráter informativo apenas. Dois aconselhamentos que levaram o mesmo tempo, um deles pode ter sido exaustivo e até cansativo. A sensibilidade profissional, neste caso, será sempre soberana para definir esta questão.

Contudo, um sério problema que se verificou na observação de campo foi a falta de disponibilidade de tempo devido a desproporcional relação entre intensidade da demanda e o número de profissionais para o atendimento. Como está demarcado no documento referente às diretrizes do aconselhamento:

“Diante da importância epidemiológica das DST e HIV/AIDS é fundamental que sejam incluídos componentes de prevenção na prática assistencial. Cabe aos gerentes dos serviços de saúde empenho em reajustar o fluxo da demanda e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir o tempo requerido para um atendimento de qualidade aos usuários do serviço”(CN-DST/AIDS, 1998. “Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos”).

Condições de privacidade para a realização do aconselhamento

As instalações variaram de um serviço para outro. As condições oferecidas pelas edificações onde funcionavam os serviços muitas vezes dificultavam a privacidade. Contudo, esta condição precisa ser garantida pelos serviços e defendida pelos próprios profissionais. A privacidade é o elemento primeiro para que se estabeleça uma relação onde a intimidade do usuário será desvendada.

Os espaços para o aconselhamento coletivo foram os que se mostraram mais precários quanto a este requisito. Obviamente, não se trata de reivindicar um espaço para o atendimento coletivo com o mesmo nível de privacidade que é demandado pelo

individual. Entretanto, espaços como corredores e passagens de acesso à várias outras pessoas além daquelas envolvidas no aconselhamento dificultam quaisquer iniciativas de participação ativa do usuário na dinâmica proposta.

As condições gerais das instalações também devem ser discutidas. Obviamente as condições do espaço físico é questão secundária diante da relação face a face que se estabelece com o usuário. O vínculo e o trabalho de aconselhamento podem independem de espaço físico. Contudo, as condições de instalações prejudicam quando causam desconforto. Uma sala escura, sem ventilação ou sem cadeiras para todos pode ser um elemento contra o trabalho e o esforço do profissional. Além disso, muitas vezes imprimem neste profissional um certo estado de desânimo.

Recursos didáticos
disponíveis para a
realização do
aconselhamento

Os recursos didáticos disponíveis às equipes não se mostraram muito variados. Esta foi inclusive uma das reivindicações assinaladas: ter mais recursos e maior diversidade de materiais informativos.

O que se percebeu é que estes recursos também eram pouco explorados pelos profissionais. Os vídeos, por exemplo, via de regra cumpriam o papel de ocupar intervalos de espera (o que também é legítimo). Mas cabe indagar: - como estas mensagens são clivadas pela equipe? Como as reapropriam no aconselhamento? Como administrar tais recursos sem cair na "parafernália" de recursos comunicacionais e sem obscurecer o que realmente importa - a relação profissional/usuário. Tais questões mereceriam ser aprofundadas nos treinamentos e discussões internas das equipes.

PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA A PRÁTICA DE ACONSELHAMENTO

Os problemas aqui elencados foram apontados pelas equipes durante as reuniões, nas entrevistas, conversas e pela própria observação de campo. A fim de promover um debate visando uma ação mais global, os principais problemas e limitações foram agrupados do modo como segue:

- (1) Deficiência na capacitação dos profissionais para a prática de aconselhamento.
- (2) Ausência de uma prática continuada de treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais que são de Centros Treinadores (responsáveis, portanto, pela capacitação de vários outros profissionais).
- (3) Existência de várias dúvidas e dificuldade quanto: à abordagem de determinadas temáticas, o manejo de algumas situações, e, o relacionamento com determinados perfis de usuário. Uma vez que nem sempre existe um fórum para este profissional trocar impressões e orientações, como já mencionado, ele se vê obrigado a tomar decisões sem muitas vezes ter certeza de ser a melhor opção.
- (4) Dificuldades quanto à realização de diretrizes centrais na prática de aconselhamento: “Atitude de escuta” e “Avaliação de riscos”.
- (5) Dificuldades de superação de “posturas/attitudes” visando a prevenção que são de natureza eminentemente normativa ou unicamente informativa.
- (6) Relação desproporcional entre tamanho da equipe e grande volume de demanda, o que acarreta num atendimento mais rápido do que o necessário.
- (7) Impossibilidade em alguns serviços de uma prática interdisciplinar dado que se verifica a ausência de determinadas categorias profissionais.
- (8) Resistência de algumas categorias profissionais e às vezes até do próprio serviço em incorporar a prática do aconselhamento como atividade cotidiana e de responsabilidade de todos, ainda que com níveis distintos de aproximação e papéis diferenciados a serem desempenhados pelos profissionais.

Recomendações

Organização do
processo de
aconselhamento
dentro dos serviços

- Reforçar a importância da composição multidisciplinar das equipas.
- Incentivar a valorização da prática de aconselhamento por todos os profissionais das equipas, discutindo-se que papel cada profissional poderá desempenhar numa perspectiva de atendimento centrado no cliente.
- Promover um debate sobre em que momento do fluxo de atendimento o aconselhamento é ministrado, buscando garantir a oferta de aconselhamento coletivo e individual.
- Discutir maneiras para enfrentar o impasse gerado entre a grande demanda e a necessidade de disponibilidade de tempo para a realização de um atendimento de boa qualidade, incluindo ações de aconselhamento.
- Promover reflexão continuada por parte das equipas (independente de treinamentos externos) por intermédio de reuniões realizadas regularmente, onde se possa discutir, tecnicamente, as questões bem como constituir um espaço de troca profissional entre todos os membros do grupo.
- Garantir condições de instalações adequadas para a realização do trabalho de aconselhamento, valorizando, sobretudo, a privacidade do atendimento.

Promoção de
capacitação
continuada para
profissionais
responsáveis por
treinamento

- Investir na capacitação dos profissionais de Centros Treinadores (COAS/CTA, Serviços de DST e SAE) sobre a prática de aconselhamento, visando sanar as deficiências já detectadas.
- Promoção de ações regulares que visem a reciclagem dos profissionais dos Centros Treinadores na prática de aconselhamento.

Promoção
de capacitação
em aconselhamento
para os profissionais
da rede

- Promoção de ações de capacitação enfatizando os objetivos, premissas, técnicas e possibilidades da prática de aconselhamento.
- Discussão sobre critérios de escolha dos profissionais que participarão dos aconselhamento promovidos nos Centros Treinadores, visando à adequação do perfil e acesso democrático às diferentes categorias profissionais.
- Promoção de ações de capacitação que visem uma maior descentralização do treinamento.
- Promoção de ações de apoio e supervisão aos profissionais treinados.

Abordagem da
prática profissional
nos treinamentos

- **Promover o acesso e discussão sobre o manual “Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos” e o manual “Bases para o Treinamento de Aconselhamento em HIV/AIDS”. (“Evitar o “esquematismo”, do uso mecânico de manuais. Nada substitui a sensibilidade e a vivência profissional”).**

Foi enfatizado por uma significativa parcela dos profissionais, a importância de ter um documento que padronizasse as condutas, técnicas e conteúdos a serem abordados em diferentes situações que envolvem o aconselhamento. Tal ‘manual’ serviria como um interlocutor para a prática dos profissionais no seu dia-a-dia nos serviços. Neste sentido, a CN-DST/AIDS elaborou o “Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos” voltado para esta demanda tão legítima. Espera-se que este material propicie um debate dentro das equipes e que algumas dúvidas possam ter esclarecimento. Recomenda-se que este material seja amplamente divulgado, garantindo seu acesso a todas as equipes e que seja alvo de discussão entre profissionais a fim de que possibilite sua reapropriação e adequação à prática de cada profissional. Em outros termos, tal material, deve ser mais um estímulo para que cada profissional desenvolva e fortaleça sua própria abordagem.

• **Distinção entre as diretrizes de “acolhida” e “escuta”**

Percebeu-se , ao longo da avaliação, que os profissionais trabalham muito bem a questão da acolhida do usuário e isso merece ser constantemente valorizado. Pode-se verificar o grande comprometimento e identificação destes profissionais com seu trabalho e o compromisso que têm com o usuário. Contudo, tal postura não pode ser confundida com uma atitude de verdadeira escuta.

• **Ênfase para o conceito de “escuta”**

O conceito de “escuta” necessita ser, profundamente, trabalhado nos treinamentos. Observou-se que a atitude de “escuta” tem sido, frequentemente, substituída pelo caráter informativo (visto como instrução, repasse de informações ou orientação informativa de caráter normativo).

Dinâmicas que valorizem a iniciativa e a fala dos usuários devem ser desenvolvidas. Torna-se premente distinguir no aconselhamento, um momento mais informativo com conteúdos e conhecimentos para a prevenção, de um outro momento específico para a abordagem das vivências, sentimentos e questionamentos do usuário. Ainda que partilhem do mesmo intuito (a prevenção e a redução de riscos), a orientação centrada na “escuta” prioriza o movimento do usuário em individualizar aquelas informações, refletindo-as a partir de suas vivências, sendo estimulado a expor suas reais dificuldades para a adoção de determinadas ações que reduziriam seus riscos. Tal distinção, entretanto, não deve significar uma ruptura entre ambas dimensões (informar e escutar), ao contrário, o ideal é que estejam mais articuladas. Ressalta-se, porém, que nenhuma destas etapas pode substituir a outra, muito menos, serem confundidas. Precisam ser melhor articuladas.

A discussão nos treinamento pode propiciar uma reflexão sobre as práticas que são mais constantemente confundidas com a “escuta” (tais como o repasse de informações; a normatização de condutas; o ‘tirar dúvidas’ de natureza cognitiva acerca de determinado conteúdo).

• **Distinguir roteiro de aconselhamento de roteiro de anamnese**

Sugere-se que seja discutida a diferença entre o uso de um determinado roteiro para o aconselhamento (especialmente o de caráter individual), e de uma ficha a ser aplicada de forma mecânica, como um *check-list* das atividades e aspectos da vida íntima do usuário que muito pouco será de proveito para aquele aconselhamento.

O roteiro de aconselhamento não pode ser visto como uma meta a ser cumprida a qualquer custo. Que os dados a serem perguntados ao usuário façam sentido e sejam trabalhados mais organicamente no aconselhamento, desencadeando uma reflexão com este indivíduo.

Considera-se que o roteiro precisa ser visto como um “pré-texto” para o verdadeiro “texto” que será construído a dois, na relação profissional-usuário e diante das reais demandas daquele sujeito.

- **Aprofundar as técnicas para a avaliação de risco e definição de estratégias de prevenção em parceria com o usuário**

Percebeu-se como um ponto frágil da prática cotidiana dos profissionais a avaliação de risco centrada na vivência e real expectativa do usuário. Torna-se fundamental investir neste aspecto, estimulando cada profissional a desenvolver uma dinâmica pessoal de abordagem mas tendo como apoio as bases técnicas para tal.

A orientação para a prevenção não pode mais ser centrada numa perspectiva meramente normativa, pois esta já demonstrou ser de baixa efetividade. A orientação precisa ser traçada dentro de um campo de parceria e troca com o usuário. Para tal, as vivências, falas e percepções desses indivíduos precisam ser tomadas como a matéria-prima para a elaboração de planos de ação visando a redução de riscos.

- **Ampliar a discussão sobre a recomendação do uso de preservativos**

A orientação quanto ao uso de preservativos precisa ser amplamente discutida. Torna-se de relevância estratégica: a) valorizar os sentimentos, dúvidas e percepções dos usuários sobre seu uso; b) refletir sobre as melhores maneiras de ‘estimular’ o usuário sobre o uso sem cair num tom normativo (“tem que usar”), vinculando neste debate as possibilidades de realização da sexualidade; c) discutir sobre as melhores maneiras de trabalhar a questão junto às mulheres (e indiretamente seus parceiros); d) incluir sempre a demonstração do uso de preservativo.

- **Abordar o manejo de situações apontadas pelos profissionais como difíceis ou estressantes**

Recomenda-se que todo treinamento inclua uma pauta livre para que os treinandos expressem suas dificuldades em situações apontadas como difíceis e estressantes (entrega de resultado de exame sorológico positivo para o HIV, crises conjugais, usuários de drogas, entre outros).

- **Discutir a adequação da linguagem**

A adequação da linguagem ao contexto cultural dos usuários é tarefa fundamental e cotidianamente empreendida pelos profissionais. Torna-se, contudo, importante discutir os limites deste exercício, quando geram imprecisões ou mesmo confusões. Por outro lado, é necessário valorizar o processo de pesquisa diário que estes profissionais empreendem para tornar compreensível a informação veiculada.

Valorização de novas iniciativas de abordagem por parte das equipes, estimulando a autonomia e criatividade.

Os profissionais que trabalham com DST/aids, cotidianamente, superam limitações impostas pela realidade institucional e se sentem desafiados a inovar sua prática. Soluções criativas, reflexões, propostas são formuladas pelas equipes e nem sempre dispõem de um foro de visibilidade e repercussão.

Estas iniciativas precisam ser valorizadas e devidamente apoiadas. Os treinamentos devem estimular as iniciativas das equipes quanto :

- Novas metodologias e técnicas de condução do atendimento;
- Adaptação e criação de novos instrumentos (roteiros que não sejam check-list);
- Registro destas experiências a fim de possibilitar a troca entre grupos.

Organização dos dados sobre atendimento

Torna-se inadiável um projeto para a padronização, coleta e tratamento dos dados básicos produzidos no decorrer do atendimento.

Sugere-se também uma reflexão sobre a inclusão de dados relativos ao aconselhamento nos registros dos serviços.

Realização de novas pesquisas de avaliação sobre experiências de aconselhamento

Aponta-se como importante contribuição para a consolidação da prática de aconselhamento uma dinâmica de avaliação das experiências de aconselhamento que seja incorporada no próprio processo de trabalho das equipes e coordenações locais e da CN-DST/AIDS. Sugere-se que tais avaliações se pautem em metodologia que inclua as contradições destas ações, as percepções dos profissionais e usuários além de análise quantitativa de base epidemiológica. Aponta-se ainda como relevantes avaliações que comparem experiências distintas e que analisem a influência do aconselhamento para a mudança de comportamentos de riscos dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, J.M & ANDER-EGG, E., 1994. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis: Vozes.

CN - DST/Aids. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1997. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde.

DESLANDES, S.F., 1997. "Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde". Cadernos de Saúde Pública, 13(1): 103-108.

DESLAURIERS, J.P (Org.), 1987 Les Méthodes de la Recherche Qualitative. Québec: Presses de l'Université du Québec.

DENZIN, N.K, 1978. The Research Act. New York: McGraw-Hill.

GIDDENS, 1993 A Transformação da Intimidade. Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. São Paulo; UNESP)

HABERMAS, J., 1989. Consciência Moral e Agir Comunicativo, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

MINAYO, M.C., 1992. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro/São Paulo :ABRASCO/HUCITEC.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GONÇALVES, S.; SOUZA, E.R., 1996. "Proposta de Avaliação Qualitativa para Programas ou Serviços de Saúde". Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ {Mimeo}.

PATTON, M.Q. 1988. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. London: Sage Publications).

OMS, 1991. "Directrices para el labor de Consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH", Serie sobre el SIDA 8, Ginebra: OMS.

OMS, 1995. "Counselling for HIV/AIDS: A key to caring", Ginebra. WHO/GPA/TCO/HCS/, OMS.

SCRISHAW & HURTADO, 1987. Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. UCLA- Latin American Center Publications, v.11).

ANEXOS

Instrumento 1

Roteiro de entrevista a ser aplicado
aos profissionais de saúde

Instrumento 2

Roteiro de entrevista a ser aplicado
aos usuários

Instrumento 3

Roteiro para observação do aconselhamento

Instrumento 4

Roteiro para observação do processo e condições
de realização do aconselhamento

Instrumento 5

Roteiro para solicitação de dados quantitativos
dos serviços

INSTRUMENTO 1

Roteiro de entrevista a ser aplicado
aos profissionais de saúde

Formação profissional:

Tempo que atua em DST/AIDS:

Identificação do serviço:

1. Na sua opinião, o que é aconselhamento?
2. Qual é, a seu ver, o objetivo do aconselhamento?
3. Qual é a sua opinião sobre o aconselhamento coletivo? Ele é possível de ser realizado em seu serviço?
4. Que requisitos ou habilidades são necessários para um profissional realizar o aconselhamento?
5. Quem faz o aconselhamento neste serviço?
6. Você recebeu algum tipo de treinamento/capacitação específicos para realizar o aconselhamento? Comente sobre esta formação. Caso não, como faz?
7. Que dificuldades você encontra (emocionais, profissionais e institucionais) para realizar o aconselhamento?
8. Na sua opinião, o que o aconselhamento representa para o usuário deste serviço?
9. O que você considera essencial a ser falado e trabalhado num aconselhamento?
10. O que você costuma abordar no pré- e pós-teste? Há dificuldades? Quais?
11. Quais sugestões você daria para que a prática do aconselhamento fosse melhor realizada nos serviços de saúde?
12. Na sua auto-avaliação, você considera que faz aconselhamento?

INSTRUMENTO 2

Roteiro de entrevista a ser aplicado aos usuários

Sexo:

Idade:

Ocupação:

Primeira vez ou retorno:

Motivo da procura ao serviço:

Identificação do serviço:

- 1.O que você achou do atendimento?
- 2.Existe alguma diferença deste serviço para outros atendimentos que você já recebeu na rede pública de saúde? Qual?
- 3.O que você achou da conversa que teve com o profissional (aconselhamento)?
- 4.Na sua opinião, qual é o objetivo deste tipo de atendimento (aconselhamento)?
- 5.Do que foi conversado, o quê na sua opinião:
 - foi mais importante?
 - foi difícil de entender?
 - é difícil de cumprir no dia-a-dia?
- 6.Como você se sentiu, durante a conversa (aconselhamento)? Ficou a vontade ou teve alguma dificuldade?
- 7.Você fez todas as perguntas que queria?
- 8.Para você, a partir de tudo que você ouviu até agora e na sua própria opinião, o que realmente pode ser visto como risco para DST e AIDS?
- 9.Você considera seu comportamento arriscado ou que você esteja sob risco? Por que?
- 10.Estas informações que você obteve sobre DST e AIDS podem te ajudar de alguma forma? Como?
- 11.O que poderia melhorar neste aconselhamento feito pelos profissionais?

INSTRUMENTO 3

Roteiro para Observação do Aconselhamento

O que observar:

A) Aconselhamento coletivo

1. Condições nas quais se realizou o aconselhamento coletivo:	Comentários
Adequação do espaço físico	
Disponibilidade de tempo	
Uso de recursos audiovisuais	

2. Conteúdo e desenvolvimento da atividade:

Orientou com clareza sobre	Comentários
Tipos de testes realizados	
Janela imunológica	
Significado dos resultados	
Diferença entre infecção pelo HIV e AIDS	
Mecanismos de transmissão do HIV	
Principais sinais e sintomas das DST e sua Interação com o HIV	
Medidas preventivas	
Uso adequado do preservativo - Demonstração	
Soube estimular a participação dos Usuários	
Soube responder as dúvidas e questões Colocadas	
Soube administrar o tempo da atividade	
Soube administrar o grupo	

3. Breve relato descritivo do conteúdo trabalhado e da dinâmica deste atendimento. Comentários.

B) ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL

1. Condições em que realizou o aconselhamento individual	Comentários
Adequação do espaço físico	
Disponibilidade de tempo	
Privacidade	

2. Consonância com as diretrizes preconizadas pela CN DST/AIDS

	Comentários
Estabelecimento de relação de confiança (receptividade e acolhida)	
Atitude de escuta (resposta às reais expectativas/dúvidas e necessidades do cliente, apoio emocional, possibilidade de expressão dos sentimentos relacionados ao diagnóstico e/ou teste)	
Comunicação adequada (clareza de linguagem, informação adequada às necessidades do cliente)	
Avaliação de riscos e alternativas para novos hábitos (informação sobre riscos orientada à vivência do cliente, identificação de estratégias preventivas compatíveis, demonstração do uso do preservativo)	
Orientação dos aspectos clínicos e do tratamento às DST/AIDS	

3. Breve relato descritivo do conteúdo trabalhado e da dinâmica destes atendimentos. Comentários.

INSTRUMENTO 4

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO PROCESSO E CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO

1. Traçar um fluxograma do atendimento, descrevendo e comentando criticamente, passo a passo, como é realizado e em qual(uais) momento(s) o aconselhamento se dá.
2. Descrever e comentar as condições de trabalho que os profissionais dispõem para a realização do aconselhamento.
3. Apontar quais profissionais realizam o aconselhamento naquela equipe (formação, capacitação exigida, frequência que realiza este trabalho)
4. Situar os principais conflitos e dificuldades que estes profissionais encontram para realização do aconselhamento.
5. Elencar as principais reivindicações e sugestões dos profissionais para a melhoria da prática do aconselhamento.

INSTRUMENTO 5

Roteiro para solicitação de dados quantitativos dos serviços

1. Número de usuários atendidos nos últimos três meses (Janeiro/fevereiro/março de 1997)
2. Número de usuários atendidos nos últimos três meses (Janeiro/fevereiro/março de 1997) segundo sexo e faixa etária (*)
3. Número de usuários aconselhados neste período:
4. Número de usuários aconselhados no mesmo período, segundo sexo e faixa etária(*)
5. Número de usuários aconselhados no mesmo período que realizaram o teste anti-HIV;
6. Número de usuários aconselhados no mesmo período que realizaram o teste anti-HIV, segundo sexo e faixa etária(*)
7. Número de usuários que fizeram o teste neste período e retornaram para buscar o resultado do teste e/ou para revisão.
8. Número de usuários que fizeram o teste neste período e retornaram para buscar o resultado do teste e/ou para revisão, segundo sexo e faixa etária(*)

(*)Faixas etárias

< de 1 ano a 9 anos

10 a 14 anos

15 a 19 anos

20 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 anos ou mais