

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KEMILY BENINI COSTA

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS ÀS GESTANTES: PERCEPÇÕES
DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO CARLOS – SP

2021

KEMILY BENINI COSTA

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS ÀS GESTANTES: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Márcia Niituma Ogata

São Carlos – SP

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Kemily Benini Costa, realizada em 26/02/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata (UFSCar)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte (UNESP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedicatória

Dedico este trabalho à Deus, doador de todas as bênçãos e aos meus queridos e amados pais, Silas de Souza Costa e Ruth Benini Costa que lutaram e trabalharam continuamente para garantir que eu tivesse as melhores oportunidades de vida.

Agradecimento

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve a guiar e iluminar o meu caminho, a Ele seja toda honra por sua bondade sem fim. Aos meus queridos pais Silas de Souza Costa e Ruth Benini Costa pela certeza que o voo pode ser ilimitado, por me motivarem a seguir meus sonhos, por me amarem e apoiarem incondicionalmente. Ao meu irmão Kepler Benini Costa e minha cunhada Carla Honda que me impulsionaram a ser a minha melhor versão, me encantando com suas essências particulares e únicas. Aos meus avós, Samuel e Francisca, Geraldo e Alice, que acreditaram com todas as forças que eu poderia ser e fazer mais do que os meus olhos conseguiriam vislumbrar.

Agradeço ao meu noivo Diego Guchardi Francisco, por ser suporte e abrigo quando a sobrecarga da vida precisava ser interrompida e eu apenas necessitava sorrir. Agradeço as minhas grandes amigas Gabrielle Arouca Domeniconi, Monica Regina Nechi e Carolina Cardoso por serem presentes inestimáveis da vida e parceiras nessa jornada de transformação do cuidado. Agradeço aos companheiros do GEPPS, e, sobretudo, a Karoline de Cassia Mizasse Alani e Yaisa França Formenton que me acompanham desde a graduação e tiveram papel essencial em meu crescimento acadêmico. A todo corpo docente da graduação e pós-graduação que movidos pelo conhecimento, reflexão e cuidado alimentaram esse amor profundo pela enfermagem, pesquisa e docência.

Especialmente gostaria de agradecer a minha orientadora Marcia Niituma Ogata, que há alguns anos me convidou a traçar um caminho lindo, submerso de desafios, conquistas, aprendizado e muito aprimoramento pessoal e profissional. Um exemplo de mulher, enfermeira, docente, que em todas as suas identidades apresenta-se com maestria. Foi um privilégio compartilhar de seus ensinamentos. E por fim, agradeço às enfermeiras que participaram do estudo, viabilizando-o e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o produto final dessa pesquisa.

Muito obrigada por tudo!

Não há verdade, só há percepção.

Gustave Flaub.

RESUMO

Introdução: A feminização da epidemia do HIV não apenas revela a vulnerabilidade de gênero, mas se reflete na transmissão vertical da doença. A fim de garantir prevenção eficaz diante a infecção, o aconselhamento em HIV/aids para gestantes mostra-se indispensável e se apresenta como uma prática ampliada fundamentada na educação em saúde, avaliação de vulnerabilidades e apoio emocional. A partir do vínculo e diálogo, visa o regaste da autonomia e protagonismo da mulher, no reconhecimento de subjetividades e transformações da realidade visando à proteção contra o vírus e a integralidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes. **Método:** Trata-se uma pesquisa de abordagem qualitativa fundamentada em duas etapas, a saber, mapeamento das produções científicas (revisão de escopo) e trabalho de campo desenvolvido com doze enfermeiros da Saúde da Família de três municípios do interior de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e interpretados por análise de conteúdo. **Resultados:** Construíram 3 categorias de análise: 1. A centralidade do aconselhamento e testagem anti-HIV, na dependência e restrição dessa prática ao exame e limitações conceituais e teóricas que a caracterizam. 2. Gestação e HIV: Desdobramentos de um resultado positivo, evidenciado pelo desconforto e insegurança na comunicação do diagnóstico e a complexidade empírica que envolve a mulher gestante convivendo com HIV. 3. Facilidades, dificuldades e desafios no aconselhamento em HIV para gestantes, que se estende desde do vínculo e à condição de estar gestante à desafios estruturais e interrupções constantes durante o aconselhamento. **Considerações finais:** A significação do aconselhamento em HIV/aids à medida que centra-se, sobretudo, na realização do teste rápido para detecção do vírus e no resultado reagente para infecção denota uma lacuna importante na internalização ampliada dessa prática e restrições destacadas em seu desenvolvimento. Embora sentimentos conflitantes modulem aspectos específicos do aconselhamento, sentimentos afirmativos têm a ele sido relacionados, potencializando a construção de novas percepções compatíveis com a naturalização do tema.

Descritores: Aconselhamento, HIV, Gestantes, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Background: The feminization of the HIV epidemic not only reveals gender vulnerability, but is reported in the vertical transmission of the disease. In order to ensure effective prevention to infection, HIV/aids counseling for pregnant women proves indispensable and presents as expanded practice based on health education, vulnerability assessment and emotional support. Based on the bond and dialogue aims to regain the autonomy and protagonism of women, in the recognition of subjectivities and transformations of the defined reality, protection against the virus and comprehensive care. **Objective:** Analyze the perceptions of Family Health nurses about HIV/aids counseling for pregnant women. **Method:** This is a qualitative research based on two stages, mapping of scientific productions (scope review) and fieldwork carried with twelve Family Health nurses from three cities in the interior of São Paulo. Data were collected by semi-structures interviews and interpreted by content analysis. **Results:** Three categories of analysis were constructed: 1. Centrality of counseling and testing anti-HIV, in dependence and restriction of this practice to exam and conceptual theoretical limitations that characterize it. 2. Pregnancy and HIV: outcome of a positive result, evidenced by the discomfort and insecurity in communicating the diagnosis and the empirical complexity that involves a pregnant woman living with HIV. 3. Facilities, difficulties and challenges in HIV counseling for pregnant women which extends from bond and condition of being pregnant to structural challenges and constant interruptions during counseling. **Considerations:** Perceptions of HIV/aids counseling focuses, above all, on rapid test for detection virus and reagent result for infection. Denotes an important gap in expanded internalization of this practice and the constraint highlighted in its development. Although conflicting feelings modulate specific aspects of counseling, affirmative feelings have been related to it, enhancing the construction of new perceptions compatible with the theme's naturalization.

Keywords: Counseling, HIV, Pregnant women, Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização dos estudos incluído na revisão de escopo, segundo artigo, abordagem metodológica, amostra e resultados. São Carlos, SP, 2019.....18

LISTA DE SIGLAS

Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
GEPPS	Grupo de Estudo de Políticas e Práticas em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MESH	Medical Subject Headings
PIB	Produto Interno Bruto
SMU	Serviço Médico de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
UNASP	Centro Universitário Adventista de São Paulo
USF	Unidade Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Dentre as diferentes identidades que assumo, destaco duas que continuamente me transformam, ser enfermeira e pesquisadora. Formada em enfermagem desde agosto de 2018 pela UFSCar, atualmente trabalho como enfermeira assistencial no hospital de Ibaté, interior de São Paulo, responsável pelos setores da pediatria, maternidade, clínica médica e SMU, embora já tenha assumido por pouco período de tempo, Unidades de Saúde da Família e o Centro de Atenção à Saúde da mulher no mesmo município.

Realizei especialização em enfermagem obstétrica pelo UNASP, o que desperta uma vertente do cuidado que tanto admiro, o direcionado para as mulheres em seus diferentes ciclos de vida, e, sobretudo, no período gravídico-puerperal. Embora atualmente não consiga imaginar viver sem a atuação prática da profissão que escolhi, divido uma paixão intensa pela pesquisa, pela reflexão, pelo fomento de novas ideias, aliado ao encanto da docência, caminho este que pretendo logo traçar minha história.

A proposta de mestrado originou-se da junção de temáticas vivenciadas e apreciadas durante minha formação acadêmica. Realizando duas Iniciações Científicas, respectivamente, sobre as percepções dos profissionais de saúde da família sobre o HIV/aids e as percepções de conviver com a infecção, esta financiada pelo CNPq, a investigação de interfaces da epidemia despertou questionamentos intrínsecos e duradouros, sobretudo, no se refere ao pilar das significações e o delineamento da prática profissional. Conquanto, há anos atrás, a temática tenha sido, a priori, sugerida por minha orientadora, eu abracei tal abordagem, e hoje entendo toda significação que ela me traz, na desconstrução dos meus valores e na promoção da criticidade diante assuntos ocultos e estigmatizados.

Ao longo da minha caminhada e seguindo os direcionamentos específicos que escolhi em minha formação, percebi que eu deveria associar a infecção ao grupo que mais amo cuidar. Foi daí que surgiu a intenção em investigar sobre o aconselhamento em HIV/aids, na intersecção de facetas que permeiam minhas principais aproximações, atenção a saúde da família, a epidemia do HIV e as gestantes.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	1
1.1 A feminização da epidemia do HIV -----	1
1.2 Aconselhamento em HIV/aids e a gestação -----	2
1.3 O papel das percepções no aconselhamento em HIV/AIDS -----	4
1.4 Justificativa -----	6
2. OBJETIVOS -----	8
2.1 Objetivo geral -----	8
2.2 Objetivos específicos -----	8
3. MATERIAL E MÉTODOS -----	9
3.1. Percurso metodológico -----	9
3.1.2. Primeira Etapa -----	9
3.1.3. Segunda Etapa -----	9
3.1.3.1 Tipo de estudo -----	9
3.1.3.2. Cenário -----	10
3.1.3.3 Participantes do estudo -----	10
3.1.3.4 Coleta de dados -----	11
3.1.3.4.1 Dados socioeconômicos -----	11
3.1.3.4.2 Entrevistas -----	11
3.1.3.5 Aspectos éticos da pesquisa -----	12
3.1.3.6. Análise dos dados da segunda etapa -----	13
4. RESULTADOS -----	13
4.1 Resultados da Primeira Etapa -----	13
Introdução	
Método	
Resultados	
Discussão	
Conclusão	
Referências	
4.2 Resultados da Segunda Etapa -----	31
4.2.1 A centralidade do aconselhamento e a testagem anti-HIV -----	32
4.2.2 Gestação e HIV: Desdobramentos de um resultado positivo -----	36
4.2.3 Facilidades, dificuldades e desafios no aconselhamento em HIV para gestantes- -----	40
5. Discussão -----	43
6. Considerações Finais -----	53
7. Referências -----	55
8. Apêndices -----	59
8.1 Apêndice A- COREQ: 32-item checklist -----	60
8.2 Apêndice B – Questionário de perfil profissional -----	61
8.3 Apêndice C – Roteiro de Entrevista -----	61
8.4 Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	62

1. INTRODUÇÃO

1.1 A feminização da epidemia do HIV

A epidemia do HIV/aids representa mundialmente um problema de saúde pública devido sua alta morbimortalidade e os desdobramentos negativos, socioeconômicos e psíquicos que acarreta naqueles que são acometidos pela doença (FONSECA et al, 2020, BRANDÃO et al, 2017). Ao longo dos anos o perfil epidemiológico característico da infecção sofreu várias mudanças. Embora não se possam excluir os hemofílicos e sujeitos submetidos a transfusões sanguíneas, inicialmente era predominante em homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis o que garantiu a associação fortemente estabelecida entre HIV e estilo de vida, nesse caso, inaceitáveis coletivamente (MODESTO, GARBUIU, 2017).

Em continuidade, três fenômenos se iniciaram na década de 1990, a saber, a pauperização, na qual o HIV passou a atingir estratos sociais de menor escolaridade e nível socioeconômico, heterossexualização e expansão entre as mulheres pela via de transmissão supracitada, num processo denominado feminização da epidemia (TRINDADE et al, 2019, SILVA et al, 2017). No mundo, das 38 milhões de pessoas que convivem com HIV/aids, 53% são mulheres, principalmente em idade reprodutiva, entre 20 e 34 anos (UNAIDS, 2020). Já no Brasil, embora tenha se observado um atual controle desse fenômeno, do início da epidemia até junho de 2019 foram registradas 332.505 mulheres infectadas pelo vírus e 99.961 mortes no período de 1980 a 2018 (BRASIL, 2019).

O contexto da feminização representa em grande parte a dificuldade em estabelecer respostas adequadas à prevenção desse grupo. Questões de identidade e vulnerabilidade de gênero, manifestadas, sobretudo, na dificuldade de negociação do sexo seguro, ou seja, uso do preservativo e valores de fidelidade que remontam a aspectos extremamente culturais formalizados pelo machismo e os resquícios da assimetria de poder nas relações e invisibilidade feminina na sociedade remota tornam-se a base para entendimento do atual panorama (LOURENÇO, AMAZONAS, LIMA, 2018). Cabe destacar ainda que a saúde sexual e reprodutiva, bem como os direitos das mulheres são continuamente negligenciados na experiência de constituir-se como um ser autônomo e livre (UNAIDS, 2020).

O aumento de casos em mulheres traz ainda a possibilidade da gestação no convívio com HIV/aids e transmissão vertical da infecção, principal forma de disseminação do vírus em crianças (FEITOSA et al, 2020). No Brasil, de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV e 8.621 só no ano de 2018 e embora esses números sejam significativos, é necessário destacar que em dez anos houve um aumento de 38,1% na taxa de detecção do vírus em gestantes (BRASIL, 2019). Esse avanço se deve, em grande parte, ao incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha, que são de fácil manuseio, baixo custo, alta sensibilidade, especificidade e fácil interpretação, que ampliam o diagnóstico da doença no pré-natal (OLIVEIRA, SILVA, GOMES, 2018).

Como resultado a transmissão vertical tem se reduzido cada vez mais (BRASIL, 2019) e outros fatores se associam a este produto como à conscientização das mulheres grávidas quanto à realização do pré-natal, cobertura de testes de HIV com aconselhamento de qualidade que permita diagnóstico e tratamento antirretroviral precoce e suporte para incremento da autonomia da gestante como sujeito do seu modo de vida e escolhas (ARAÚJO et al, 2018), bem como orientação sobre a via de parto mais indicada a depender da carga viral e situações obstétricas, cuidados diários e a não adesão à amamentação no puerpério (LIMA et al, 2017).

1.2 Aconselhamento em HIV/aids e a gestação

A feminização da epidemia sinaliza a importância de estratégias de prevenção e nesse sentido o aconselhamento em HIV/aids na assistência ao pré-natal é etapa fundamental e tem amplo papel educativo (KLEINIBING et al, 2016, ARAÚJO et al, 2018). Três pilares regem sua prática, na qual deve ser centrada no vínculo e confiança para acolhimento das necessidades de saúde, na qual se destaca o apoio emocional, educação em saúde e avaliação de vulnerabilidades, correspondendo à reflexão e tomada de ação conjunta entre profissional-gestante (BARBOSA et al, 2015).

É o momento de oferecer informações diversas sobre o HIV/aids, contribuindo para esclarecimento de dúvidas e prevenção eficaz diante a infecção. Se a mulher já convive com a doença ou teve o diagnóstico durante a gravidez, objetiva-se o incentivo à adesão ao tratamento, redução de situações de desequilíbrio emocional, apoio social e

ênfase na possibilidade de evitar a transmissão vertical do HIV pelo uso adequado dos medicamentos (ERENA, SHEN, LEI, 2019, SILVA, SZAPIRO, 2015).

É primordial, todavia, o reconhecimento do aconselhamento como uma prática ampla e complexa, muito além da testagem, e nesse caso, com realização independente de resultado positivo para HIV. O mesmo deve ocorrer continuamente seja individual ou coletivamente (BARBOSA et al, 2020). Corresponde a um diálogo, troca de saberes e sentimentos a fim de superar conflitos. Visa resgatar ferramentas e recursos das gestantes para que elas se reconheçam como protagonistas de suas vidas e com poder para modificar e agir perante ela, promovendo a autonomia e empoderamento (LIMA et al, 2020). Permite ainda a qualificação do diagnóstico positivo à medida que promove a expressão de emoções, suporte psíquico, auxílio na adaptação e resiliência da infecção, por meio da escuta ativa e qualificada de suas necessidades, delineamento de estratégias de redução do estigma, bem como possíveis intervenções de promoção e planos de cuidado diante sua realidade e subjetividade (RAHIM et al, 2017, BENAZZI et al, 2012).

Especificamente no processo de testagem e para alcance de todas as dimensões referidas, o aconselhamento pré-teste deve resgatar e perpassar todo o entendimento pessoal sobre o HIV e aids, contribuindo para sua elucidação, bem como diferenciação. Demanda-se também explicação sobre o procedimento, seus possíveis resultados e impactos na vida cotidiana, esclarecendo prováveis emoções que venham a ocorrer antes, no período de espera do resultado e após o mesmo. É essencial a avaliação de situações de vulnerabilidade obtidas a partir da reflexão compartilhada de sua existência. Isso contribui não só para prevenção da infecção ao denotar sentido às orientações em vista da mudança de sua realidade, mas no auxílio à gestante ser intérprete desse processo, explorando ainda sua rede de apoio, bem como inclusão do(a) parceiro(a) (RODRIGUES et al, 2020, BRASIL, 2010).

Nesse sentido é importante a distinção entre comportamento de risco e vulnerabilidade. Enquanto o primeiro admite que a pessoa assume conscientemente uma ação que lhe traz a possibilidade de contaminação o segundo se estende à integralidade que perpassa este acontecimento. Assim, a vulnerabilidade avalia situações que oportunizem o contágio à luz do grau de conscientização que o indivíduo tem sobre essa exposição e ao poder efetivo que possui para mudar tal contexto, na qual se reproduzem

aspectos socioeconômicos e culturais (DIMENSTEIN, CIRILO NETO, 2020). Ademais, como a realização do teste para HIV é de forma voluntária com consentimento da gestante, o aconselhamento pré-teste contribui para sua adesão e conseqüentemente maior cobertura da detecção daquelas que estão convivendo com a infecção, aumentando a potencialidade para evitar a transmissão vertical (MITIKU ADDISSIE, MOLLA, 2017).

O aconselhamento pós-teste irá envolver novamente a dimensão educativa, atentando-se a especificidade do resultado. Em casos negativos, deve-se reforçar a importância e formas de prevenção da infecção, bem como esclarecimento de dúvidas e reflexão de situações que oportunizem o contágio. Já quando positivo, é necessário oferecer tempo para que a gestante assimile o diagnóstico, incentivando a expressão de sentimentos e oferecendo apoio emocional, sendo primordial o planejamento de planos de cuidados, para que torne mais fácil a convivência com a infecção (LIMA et al, 2020, BRASIL, 2010). Deve ser destacado a possibilidade de evitar a transmissão vertical pelo uso da terapia antirretroviral e auxiliar na implementação de sua adesão, assim como potencializar a identificação de pessoas significativas e de confiança a compartilhar o status de conviver com o HIV, denotando apoio social e superação à condição nesse momento de intensa fragilidade emocional (BRASIL, 2010, ARAÚJO et al, 2008).

1.3 O papel das percepções no aconselhamento em HIV/aids.

Para que o aconselhamento em HIV seja transformador, reconhecendo a integralidade das gestantes, é primordial que seja pautado no vínculo e confiança. Estes elementos são indispensáveis para que estas se sintam seguras em expor o que sentem, dividir suas vulnerabilidades e história de vida, permitindo assim, que os enfermeiros realizem intervenções mais efetivas e que façam sentido para estas. O estabelecimento de relações de corresponsabilidade e cumplicidade exige por sua vez, postura ética, sensibilidade a ouvir, recusa ao julgamento/reprovação e real acolhimento dessas mulheres (ARAÚJO et al, 2018).

O posicionamento existencial e as ações de cada ser humano, por sua vez, são modulados pelas percepções que possui. As percepções são visões de mundo que se

modificam continuamente à medida que o indivíduo se reconhece como sujeito social, se relaciona com os outros e vive diferentes experiências e contextos. Esse movimento contínuo de significação, na qual se cria valores e ideias para cada elemento que se lhe apresenta, é exteriorizado no cotidiano e particularmente no cuidado à saúde. Revela quem são os enfermeiros e o que eles pensam sobre determinado assunto e, portanto, como agem perante ele (MORIN, 2000).

Assim, além de saberes e habilidades específicas, o aconselhamento em HIV/aids é diretamente influenciado pelas imagens e percepções que o rodeiam. As significações enraizadas terão papel essencial não só na forma que será operacionalizado, no tangente aos conhecimentos e direcionamento de sua prática, mas, sobretudo, as atitudes do profissional e conseqüentemente a qualidade das relações interpessoais ali fundamentadas. O alcance das percepções, portanto, nesse contexto, parece ser o primeiro ponto a ser analisado a fim de garantir a integralidade do aconselhamento, pois se considera que a efetividade dessa ação vai muito além da bagagem teórica, dependendo grandemente do vínculo, troca, diálogo e respeito.

Dado a gama de ações que engloba e sua particularidade de conceber-se diante uma infecção amplamente estigmatizada, muitos profissionais de saúde consideram o mesmo como complexo e sentem-se despreparados para realizá-lo, principalmente diante diagnóstico positivo (ROCHA et al, 2016). O preconceito da condição que gera não aceitação e angústia para aquele que recebe o resultado positivo reflete no profissional de saúde, que acaba por sofrer psicologicamente, não realizando com efetividade os objetivos do aconselhamento, principalmente em relação ao oferecimento de apoio emocional (LIMA et al, 2020).

Além do mais, são recorrentes percepções limitadas quanto à sua prática, reduzido ao repasse de informações quanto à importância de realizar a testagem ou aos aspectos patológicos da infecção, desconsiderando a valorização de subjetividades e emoções (PREVIATI, VIEIRA, BARBIERI, 2019). Desafio maior estabelece-se nas muitas vezes em que o aconselhamento nem se quer é uma prática durante o pré-natal trazendo lacunas educativas para gestantes quanto ao HIV/aids e na realização do teste rápido, influenciando ainda na não adesão do mesmo (KLEINIBING et al, 2016, MITIKU, ADDISSIE, MOLLA, 2017).

O despreparo profissional para realização do aconselhamento em gestantes contribui para situações de estresse e medo, dificultando uma prevenção eficaz ou o enfrentamento da mesma diante a infecção. A própria realização do teste rápido de HIV é associada como geradora de ansiedade e angústia, que pode ser amenizada no aconselhamento em salas de espera ou pré-teste e daí sua importância (LIMA et al, 2020). Visto que a gravidez corresponde um período de potencial fragilidade emocional, o diagnóstico positivo para HIV nesse período se torna ainda mais conflituoso e doloroso, uma vez que pode romper com expectativas dessa em um momento em que já vivencia diversas mudanças que exigem sua adaptação, defrontando-se ainda com uma condição de extremo estigma e o sentimento de culpa devido à possibilidade de transmissão vertical (RAHIM et al, 2017). Nesse sentido, a ausência de aconselhamento ou sua realização em dimensões limitadas, contribui para que as gestantes se sintam desamparadas e sozinhas diante o enfrentamento da condição, rompendo com a possibilidade de cuidado integral, resiliência e promoção de sua saúde.

1.4 Justificativa

O HIV representa ainda hoje, uma doença estigmatizada, permeada de atributos sociais negativos, resultando comumente em difícil aceitação de seu diagnóstico e vivência. Esse contexto submerso no período gestacional pode refletir em desequilíbrio emocional e físico, em um momento que tende a ser marcado por anseios, adaptações e vulnerabilidade própria a essa condição. Considerando o aconselhamento como prática educativa essencial na prevenção e planejamento de cuidados pautados em subjetividades diante o HIV/aids em vista de uma atenção integral e humanizada, bem como redução da morbimortalidade feminina e da transmissão vertical do vírus, torna-se indispensável explorar e analisar as percepções dos enfermeiros sobre essa prática e consequentemente o modo que estão a realizá-la.

Para tanto, esta pesquisa se alicerça na relevância social, na atuação clínica e integral, visto que a possibilidade de trazer a tona as percepções e conhecimentos dos enfermeiros diante o aconselhamento em HIV/aids, considerando que são profissionais que devem executar com eficiência essa ação, permitirá construir um panorama de cuidado e extensão dessa prática, bem como reflexão crítica em vista de uma assistência

de qualidade à gestante, que valorize suas particularidades e emoções, objetivando a conscientização sobre a infecção, prevenção eficaz, auxílio na superação e delineamento de planos de cuidados diante convivência com HIV/aids, corroborando assim, para implementação das políticas públicas da saúde da mulher e na diminuição da transmissão vertical.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Analisar as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes.

2.2 Objetivos específicos:

- Mapear a contribuição da produção científica sobre as percepções de enfermeiros da Atenção Primária sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes.
- Identificar e analisar as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes.
- Identificar o conhecimento, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Saúde da Família no desenvolvimento do aconselhamento em HIV/aids para gestantes.
- Discutir a relação entre as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes e realização dessa prática.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Percurso metodológico

Esta pesquisa compreendeu duas etapas: realização da revisão de escopo e trabalho de campo, que ocorreram simultaneamente, complementando-se no processo de desenvolvimento do estudo. Os resultados da revisão de escopo foram atrelados a outros achados para sustentar a discussão da segunda etapa.

3.1.2. Primeira Etapa

Para o alcance do objetivo “*Mapear a contribuição da produção científica sobre as percepções de enfermeiros da Atenção Primária sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes*” foi elaborado um manuscrito referente a revisão de escopo. O método utilizado, bem como resultados e discussão são descritos detalhadamente no artigo científico elaborado.

3.1.3. Segunda Etapa

Esta etapa se caracterizou pela pesquisa empírica e trabalho de campo a fim de contemplar os objetivos específicos: “*Identificar e analisar as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids*”, “*Identificar o conhecimento, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Saúde da Família no desenvolvimento do aconselhamento em HIV/aids para gestantes*” e “*Discutir a relação entre as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes e realização dessa prática*”.

3.1.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Esta abordagem considera que há uma relação dinâmica e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade de cada indivíduo (PRODANOV, 2013) e por isso se propõe à produção do

conhecimento baseado em percepções construtivistas, ou seja, significação das experiências pessoais e sociais, historicamente construídas (CRESWELL, 2010).

A interpretação dos fenômenos, as relações entre estes e a atribuição de significados são, portanto, a essência desse processo, considerando que o homem absorve, desenvolve e carrega valores, crenças, ideias e percepções de si mesmo, de suas vivências, experiências e dos elementos que a compõem (MINAYO, 2013). Para sua realização seguiu-se o checklist das diretrizes para pesquisas qualitativas do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Apêndice A) (TONG, SAINSBURY, CRAIG, 2007).

3.1.3.2. Cenário

O cenário escolhido para o estudo foram três municípios do interior do Estado de São Paulo. Dentre estes, dois municípios são de pequeno porte, respectivamente com população estimada de 35.472 e 33.910 habitantes (2020) e PIB de 26.759,56 e 49.281,66 (2017). Já o terceiro município, referência assistencial aos demais supracitados, responsável por suprir a ausência de serviços de maior complexidade nos mesmos - no caso da assistência a pessoa que convive com HIV/aids o Centro de Atendimento de infecções crônicas e Atendimento ambulatorial especializado para gestantes e bebês de alto risco - tem a população estimada de 254.484 habitantes (2020) e PIB de 42.568,73 (IBGE, 2020).

3.1.3.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo doze enfermeiros das equipes de Saúde da Família de três municípios do interior do Estado de São Paulo. Nos dois municípios menores participaram três enfermeiros cada, 50% da categoria profissional responsável por ocupar os postos da saúde da família em tais localidades. Já no terceiro, foram entrevistados seis enfermeiros, tendo quatro recusas verbais.

Os critérios de inclusão exigiam possuir vínculo empregatício com o município no momento da coleta e estar há pelo menos um ano trabalhando na unidade, visando garantir a familiaridade com a comunidade e vínculo com os usuários, bem como ser capacitado para realização do teste rápido de HIV e aceitar participar do estudo. Apenas

um enfermeiro contatado não se encaixou nesses critérios, a saber, de ser capacitado para realização do exame anti-HIV e estar apenas há um mês trabalhando na USF. Adotou-se a amostragem do tipo não probabilística, de conveniência. Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa por contato telefônico e as entrevistas ocorreram no local de trabalho, com horário previamente agendado.

3.1.3.4 Coleta de dados

3.1.3.4.1 Perfil Profissional

A coleta de dados se deu inicialmente com a aplicação de um questionário com dados de perfil profissional (Apêndice B), considerando idade, tempo de formação e atuação específica em saúde da família, formação complementar e cursos de capacitação em HIV/aids.

3.1.3.4.2 Entrevistas

Optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados desse estudo. Esta corresponde uma das principais técnicas utilizadas na abordagem qualitativa, pois à medida que valoriza o pesquisador permite ao participante da pesquisa liberdade e espontaneidade, condições que enriquecem a investigação. A roteirização, utilizada na entrevista semiestruturada, cumpre com a função de nortear o diálogo, facilitando-o e assegurando que todos os aspectos relevantes à pesquisa sejam acessados durante a conversa, sem aprisionar as contribuições dos sujeitos do estudo (MINAYO, 2013).

O roteiro de questões norteadoras construído pelas autoras dessa pesquisa (Apêndice C), com ausente teste piloto, contemplou três principais vertentes: os sentimentos que perpassam a prática do aconselhamento em HIV/aids para gestantes e conseqüentemente as percepções ali envolvidas, as dificuldades e facilidades desse processo e os desdobramentos significativos de um diagnóstico positivo ou convivência com a infecção durante a gestação para os enfermeiros das unidades da saúde da família.

A coleta de dados ocorreu em diferentes dias da semana, de segunda a sexta-feira no período matutino ou vespertino a depender da preferência e disponibilidade dos

profissionais convidados, de maio a dezembro de 2020. As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora, graduada em enfermagem e mestranda em ciências da saúde, com atuação na assistência à saúde hospitalar, com experiências anteriores neste tipo de coleta de dados. Não foi estabelecido relacionamento com os participantes antes do início do estudo. Sobre a entrevistadora foi relatado aos enfermeiros os motivos que mobilizaram a pesquisa e minimamente sua trajetória profissional, sem adicional caracterização. Todas as entrevistas foram no ambiente de trabalho dos enfermeiros, com horário previamente agendado. A fim de garantir maior privacidade e liberdade de fala, as mesmas ocorreram em salas privativas e reservadas, apenas com o participante da pesquisa. As entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelho digital para posterior transcrição e análise e tiveram duração média de 30 minutos. Não houve a necessidade de repetir entrevistas e o material transcrito não foi devolvido aos participantes para correções e comentários. Notas de campo foram feitas durante o diálogo com os enfermeiros.

A interrupção das atividades laborais por início do período de férias e indisponibilidade para participar do estudo devido sobrecarga de trabalho na unidade de saúde foram às justificativas para recusa em participar do estudo. A coleta de dados exigiu tempo e, sobretudo, disponibilidade para deslocamento da pesquisadora para outros municípios, o que se constituiu como um desafio desta etapa. As doze entrevistas realizadas garantiram a saturação dos dados.

3.1.3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado, avaliado e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar CAAE 20176119.4.0000.5504 parecer 3.615.949.

A condução do estudo seguiu as normas da Resolução CNS 510/2016 e os participantes só foram entrevistados após autorização formal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). O sigilo de suas identidades foi preservado, respeitando o interesse em participar ou se retirar do estudo a qualquer momento do processo e informando sobre benefícios, riscos e resultados obtidos pela pesquisa.

3.1.3.6. Análise dos dados da segunda etapa

Utilizou-se a análise de conteúdo temático-categorial para avaliação e compilação dos dados referentes às entrevistas. A análise de conteúdo trata-se de uma técnica para produzir inferências replicáveis e práticas partindo de dados em direção ao seu contexto (KRIPPENDORFF, 1980). Permite a manipulação das mensagens tanto em seu conteúdo quanto em sua expressão, evidenciando indicadores que infiram outra realidade que não a mesma da mensagem (OLIVEIRA, 2008).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e após leitura exaustiva das mesmas por duas pesquisadoras foram construídas tabelas de dados para comparação e identificação das abordagens mais frequentes e significativas de acordo com os objetivos do estudo. Após marcação das unidades de registro que sintetizam os aspectos referidos nas entrevistas, foram identificadas as unidades temáticas resultante do agrupamento de conteúdos convergentes e fechamento das categorias empíricas do estudo (OLIVEIRA, 2008), discutidas posteriormente com a prévia busca literária sobre o tema, ou seja, os resultados da primeira etapa desta pesquisa. O material não foi disponibilizado para os enfermeiros entrevistados para feedback sobre as descobertas.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados da Primeira Etapa

Como resultado da primeira etapa, foi elaborado o seguinte manuscrito científico:

Percepções de enfermeiros sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes: Revisão de Escopo.

Kemily Benini Costa¹

Marcia Niituma Ogata¹

Flávio Adriano Borges¹

¹Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Identificar as percepções dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, desenvolvida nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed. A coleta ocorreu em abril a junho de 2019, incluindo artigos em português ou inglês, completos e disponíveis online. Após seleção pelo resumo e texto completo os dados mais relevantes e frequentes foram agrupados em categorias e sintetizados de forma descritiva. **Resultados:** 12 artigos foram incluídos e construíram-se 3 categorias de análise. 1. O contraste de percepções e a baixa aderência à prática do aconselhamento 2. Testagem anti-HIV: Requisito para o aconselhamento 3. Da sobrecarga ao despreparo: desafios do aconselhamento em HIV/aids para gestantes. **Conclusão:** O aconselhamento em HIV/aids centra-se sobretudo em percepções negativas. Caracteriza-se pela impessoalidade, limitado repasse informacional sobre a infecção, prevenção descontextualizada e mecanismo isolado de convencimento da mulher ao teste anti-HIV.

Descritores: HIV; AIDS; Aconselhamento; Gestantes; Atenção Primária à Saúde

Descriptors: HIV; AIDS; Counseling; Pregnant Women; Primary Health Care

Descriptores: VIH; SIDA; Consejo; Mujeres Embarazadas; Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

No mundo, das 37.9 milhões de pessoas que convivem com HIV/aids, mais de 51% são mulheres, principalmente em idade reprodutiva⁽¹⁾. Isso reflete a dificuldade em estabelecer respostas adequadas à prevenção desse grupo, que se estendem a questões de identidade e vulnerabilidade de gênero⁽²⁾. Ademais, traz à possibilidade da gestação no convívio com HIV/aids e transmissão vertical da infecção, principal forma de disseminação do vírus em crianças⁽³⁾.

Como a feminização da epidemia sinaliza a importância de estratégias preventivas⁽⁴⁾, o aconselhamento em HIV às gestantes apresenta-se como fundamental e tem amplo papel educativo⁽⁵⁾. Deve ser centrado no apoio emocional, educação em saúde e avaliação de vulnerabilidades, correspondendo à reflexão e tomada de ação compartilhada entre profissional-gestante. Além disso, precisa ser reconhecida como uma prática complexa e contínua, muito além da testagem e, nesse caso, com realização independente de resultado positivo para HIV⁽⁶⁾.

Trata-se, portanto, de diálogo e de troca de conhecimentos e sentimentos a fim de superar conflitos. Visa resgatar ferramentas e recursos das gestantes para que elas se

reconheçam como protagonistas de suas vidas e com poder para modificar e agir perante ela⁽⁷⁾. Permite a qualificação do diagnóstico positivo à medida que promove a expressão de emoções e suporte psíquico, auxílio na adaptação e resiliência da infecção por escuta qualificada, delineamento de estratégias de redução do estigma, bem como possíveis intervenções de promoção e planos de cuidado diante de sua realidade e subjetividade^(6,8).

Entretanto, para que o aconselhamento seja efetivo é primordial que seja pautado no vínculo e confiança, no oferecimento de um ambiente seguro e acolhedor, munido de postura ética, sensibilidade e recusa ao julgamento ou reprovação⁽⁵⁾. Dado a gama de ações que se propõe e sua própria particularidade de se conceber diante de uma infecção ainda amplamente estigmatizada, muitos profissionais de saúde sentem-se despreparados para realizá-lo, principalmente perante um diagnóstico positivo⁽⁹⁾.

Além do mais, percepções negativas ou limitadas quanto a sua prática são recorrentes e reduzidas, sobretudo, à dimensão informacional descontextualizada⁽¹⁰⁾. O maior desafio se estabelece nas muitas vezes em que o aconselhamento nem se quer faz parte da assistência à gestante, nos diferentes níveis de atenção à saúde^(4,11).

Considerando-o como prática educativa essencial no incremento de um cuidado integral e humanizado às mulheres diante do HIV/aids, bem como redução da morbimortalidade feminina e da transmissão vertical do vírus, o objetivo deste estudo foi identificar as percepções dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes, no entendimento de que essas significações modulam as ações desses profissionais a partir de suas visões de mundo e, conseqüentemente, o modo que estão a realizar tal atividade.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma Revisão de Escopo, um método de mapeamento da literatura existente. Tem como finalidade identificar lacunas e resumir resultados de estudos, explorar a extensão das publicações em um domínio particular sem, no entanto, descrever as descobertas em detalhes e auxiliar na formulação da questão de pesquisa para outras revisões, direcionando-as para aspectos relevantes a partir do mapeamento do tema desejado⁽¹²⁻¹³⁾. Compõe-se em cinco etapas, a saber, identificação da pergunta

de pesquisa, identificação de estudos relevantes, seleção dos mesmos, mapeamento dos dados e por fim, agrupamento, resumo e relato dos resultados⁽¹⁴⁾.

Para seu delineamento, definiu-se a pergunta de pesquisa – Quais são as percepções dos enfermeiros da atenção primária a saúde sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes? - utilizando a estratégia de População, Conceito e Contexto (PCC)⁽¹²⁾. Para tanto, essa revisão de escopo incluiu estudos que se concentram em: a) população: enfermeiros da atenção primária a saúde; b) conceito: percepções e significados dos enfermeiros sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes; c) contexto: unidades de atenção primária em saúde.

A estratégia de busca incluiu três etapas: I – Pesquisa inicial na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para validação dos descritores selecionados com base no PCC e definição/cominação final dos mesmos a serem utilizados nas bases de dados. II – Pesquisa propriamente dita, com utilização das mais favoráveis combinações dos descritores com vista a encontrar a maior amplitude de estudos sobre o tema. III- Análise das referências de todos os artigos incluídos na amostra da presente revisão para identificação de estudos adicionais.

As bases de dados selecionadas foram a MEDLINE via BVS e a PubMed. Em cada uma, utilizaram-se dois conjuntos de descritores, respectivamente em português e inglês: 1) Aconselhamento AND HIV AND Gestante/Counseling AND HIV AND Pregnant Woman; 2) Aconselhamento AND HIV AND Pré-Natal/Counseling AND HIV AND Antenatal Care. A generalidade das palavras chaves foi preservada em decorrência da primeira etapa da estratégia de busca, que revelou um número extremamente reduzido de artigos pela especificação da população, conceito e contexto. A abrangência resultante do processo de alocação dos descritores resultou em uma varredura ampliada sobre as publicações referentes à temática, respondendo mais adequadamente a finalidade da revisão de escopo. Entre os critérios de inclusão encontram-se artigos completos em português ou inglês, disponíveis online, que respondessem aos objetivos propostos pela presente pesquisa. Não houve recorte temporal, a fim de potencializar o mapeamento sobre o tema nas bases de dados escolhidas.

A busca literária ocorreu no período de abril a julho de 2019. Houve seleção primária dos artigos pela leitura dos resumos e nova seleção destes pela análise

completa dos textos. Após, os dados referentes aos mesmos foram organizados em planilhas no Microsoft Word contendo os autores, ano de publicação, população do estudo, revista publicada e tipo de pesquisa a fim de facilitar a sumarização de suas características. Seguiu-se pela identificação e agrupamento de pontos convergentes, lacunas e resumo dos resultados que deu origem a três categorias de análise.

RESULTADOS

Foram identificados um total de 988 estudos sobre o tema, 230 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e 758 na PubMed. Após triagem dos artigos duplicados, 23 estudos foram selecionados pela leitura do resumo (BVS = 10/ PubMed = 13), e após leitura completa dos mesmos, 12 (BVS = 7/ PubMed = 4/ Referência = 1) foram incluídos na amostra da presente pesquisa.

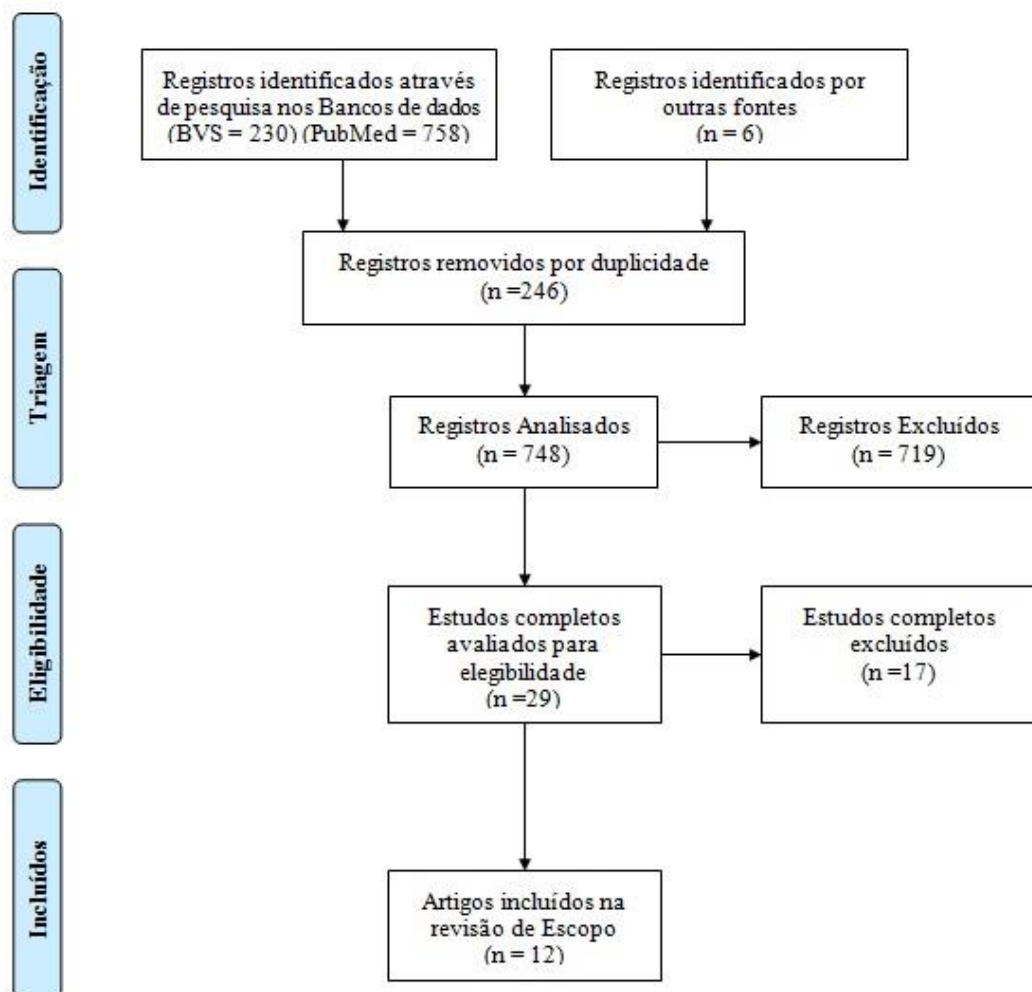


Figura 1- Fluxograma PRISMA (2009), São Carlos, SP, 2019.

A amostra é composta somente por artigos, com predominância da abordagem qualitativa (n = 11; 91,6%), apresentando apenas uma pesquisa de abordagem mista (8,3%). Os estudos selecionados foram publicados no período de 2009 a 2018, sendo 2009 de maior proeminência, caracterizando quatro artigos (33,3%), seguido por 2018 e 2015, ambos com dois estudos (16,6%), e os demais – 2017, 2016, 2013 e 2011 - com um artigo cada (8,3%).

Quanto ao número de publicações por país, em primeiro lugar tem-se o Brasil (n=5; 41,6%), procedido pela Tanzânia e Etiópia, ambos com dois estudos (16,6%). Quênia, Ucrânia e Vietnã apresentaram um artigo cada (8,3%). Com exceção dos estudos produzidos em território nacional (n=5; 41,6%), os demais foram acessados na língua inglesa (n= 7; 58,3%).

Embora o público de interesse da presente pesquisa sejam enfermeiros, cabe destacar que apenas um estudo (8,3%) foi realizado unicamente com esta classe profissional. Cinco pesquisas (41,6%) foram conduzidas com enfermeiros e médicos. Quatro (33,3%) com enfermeiros, médicos e outras categorias profissionais e dois estudos (16,6%) incluíram enfermeiros e diferentes trabalhadores da saúde (parteiras, conselheiros em HIV, técnicos de laboratório) sem, no entanto, apresentar representantes da classe médica.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos segundo artigo, abordagem metodológica, amostra e resultados. São Carlos, SP, 2019.

Artigo	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
Silva et al, 2018.	Abordagem qualitativa	10 enfermeiros e 3 médicos de cinco equipes da ESF no município de Pedro Leopoldo – MG.	Os profissionais entrevistados reconhecem a necessidade do aconselhamento em HIV/aids em gestantes, mas referem haver uma carência de treinamentos, capacitações e atualizações referentes a essa prática e, nesse sentido, há percepção de despreparo em realizá-lo. Sua significação centra-se, sobretudo, na solicitação de exames laboratoriais (teste anti-HIV), oferecimento de informações técnicas sobre a infecção e uso de preservativo. Desconforto em abordar questões íntimas e a incerteza de até que ponto se pode questionar sem ofender e ultrapassar a privacidade da mulher foram dificuldades relatadas nesse processo.

Rocha et al, 2018.	Abordagem qualitativa	11 enfermeiros e 2 médicos de Unidade de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Porto Alegre - RS.	Embora a capacitação para o aconselhamento em HIV/aids foi tida como insuficiente, resultando na percepção de despreparo para realizá-lo, os profissionais reconhecem a importância dessa estratégia. Entretanto, dos dez enfermeiros que disseram fazê-lo, oito referiram que o aconselhamento pré-teste é igual ao realizado com os demais usuários, desconsiderando as particularidades das gestantes. Apenas um enfermeiro destacou a importância do aconselhamento pós-teste independente do resultado, enquanto que os demais o consideram exigência apenas diante positividade de sorologia anti-HIV. O teste anti-HIV foi apresentado como obrigatório na rotina dos serviços, carregando teor impositivo e a falta de tempo apresentou-se como dificultador à realização do aconselhamento.
Mitiku, Addissie, Molla, 2017.	Abordagem qualitativa	Profissionais de centros de saúde, na qual se incluem enfermeiros, da cidade de Ghimbi, Etiópia.	Há percepção da importância de realizar o aconselhamento pré-teste, sobretudo, em vista de convencer a gestante a aceitar o teste anti-HIV, sendo que a testagem é associada a uma postura compulsória. A sobrecarga de trabalho é tida como fator limitador à realização dessa prática e o aconselhamento pós-teste significa-se como necessário apenas em mulheres com diagnóstico positivo.
Rogers et al, 2016.	Abordagem qualitativa	Profissionais de saúde, na qual se incluem enfermeiros, em centros de saúde rurais na Quênia.	Há percepção de que o aconselhamento é uma prática emocionalmente desgastante, uma vez que exige apoio psicossocial, sobretudo, quando diagnóstico positivo. Isso se associa ainda a sobrecarga de trabalho. Entre as principais dificuldades em sua realização têm-se a falta de profissionais e atendimentos em grande quantidade que resultam em sessões curtas e limitadas, bem como problemas de infraestrutura que inviabilizam um aconselhamento sigiloso.
An et al, 2015. A	Abordagem mista	Cinco profissionais de 18 Centros de Atenção Primária à Saúde na Região de Morogogo, Tanzânia. 71% eram enfermeiros, 15% médicos e 3,1% assistentes sociais.	Os profissionais entrevistados relataram o aconselhamento como parte esperada na atenção ao pré-natal, entretanto, a observação dos pesquisadores identificou que sua ocorrência permaneceu abaixo de 50%. A estratégia associa-se a aspectos informacionais da infecção e sua prevenção. A dificuldade de estabelecer ambientes com privacidade e confidencialidade, bem como a falta de tempo diante a sobrecarga de demandas das unidades foram tidas como dificuldades para realização do aconselhamento.
An et al, 2015. b	Abordagem qualitativa	Profissionais de saúde, sendo a maioria enfermeiros, de 18 centros de atenção primária em Morogogo,	Os profissionais significam o aconselhamento como uma ferramenta de convencimento para que a mulher realize a sorologia anti-HIV e em casos de recusa assumem uma postura autoritária e compulsória do teste. A percepção de que as mulheres não confiam nos profissionais em termos de confidencialidade, as lacunas de comunicação entre profissional-usuário e a falta de abertura para diálogo e questionamentos são problemas relatados

		Tanzânia.	que dificultam essa prática.
Tripathi et al, 2013.	Abordagem qualitativa	25 profissionais de saúde, sem especificação de categorias, envolvidos na testagem anti-HIV em Donetsk, Ucrânia.	O aconselhamento é tido como uma estratégia de convencimento para adesão a testagem anti-HIV. Foi relatado sua realização pré e pós-teste e os profissionais referiram encaminhar a mulheres com diagnóstico positivo ao Centro de Aids para receber apoio emocional, porque sentem-se limitados e despreparados para lidar com demandas psíquicas. Entre as dificuldades para realização do aconselhamento destaca-se o tempo insuficiente.
Araújo, Vieira, Galvão, 2011.	Abordagem qualitativa	3 médicos e 4 enfermeiros em uma UBS de Fortaleza – CE.	Os profissionais entrevistados não realizam o aconselhamento pré-teste, limitando-se à solicitação da testagem junto aos demais exames de rotina do pré-natal. O teste anti-HIV se apresenta de forma compulsória e foram relatados sentimentos de insegurança e incapacidade para lidar com as demandas emocionais que envolvem o aconselhamento, sobretudo, diante do diagnóstico positivo e assuntos voltados à sexualidade. Entre os desafios para sua realização destaca-se a falta de tempo e a quantidade de atendimentos.
Neves, Gir, 2009.	Abordagem qualitativa	63 enfermeiros e 41 médicos ginecologistas de unidades de saúde de Ribeirão Preto - SP.	O aconselhamento é visto com importância e aparece sedimentado ao conjunto de ações que devem ser realizadas durante o pré-natal, porém, os profissionais entrevistados referiram que normalmente não o realizam. É tido como uma prática difícil e desconfortável tanto à mulher quanto ao profissional de saúde pela necessidade de abordar aspectos pessoais e íntimos. A solicitação do teste anti-HIV aparece de forma compulsória, junto aos demais exames de rotina do pré-natal e a falta de tempo e o espaço físico inadequado são desafios à sua realização.
Araújo, Vieira, Araújo, 2009.	Abordagem qualitativa	4 enfermeiros e 3 médicos em uma USF de Fortaleza – CE.	O aconselhamento coletivo não é realizado, justificado pela dificuldade de administrar o mesmo com a rotina de atendimentos. Embora ausente, os profissionais o reconhecem como uma atividade inerente à USF, bem como sua importância para a melhoria do aconselhamento individual, pré-natal e, conseqüentemente, da prevenção da transmissão vertical. Há, todavia, limitação na compreensão operacional do aconselhamento coletivo, associado apenas com palestras e repasse de conteúdos informativos.
Nguyen et al, 2009.	Abordagem qualitativa	53 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, em unidades de atenção primária a saúde, em Hanói, Vietnã.	Há percepção de despreparo para realização do aconselhamento e entre os desafios em sua realização destaca-se a falta de treinamento e recursos humanos, sobrecarga de trabalho e problemas estruturais, bem como o preconceito dos profissionais, que carregam percepções estigmatizantes das pessoas que convivem com a infecção e um forte medo de se contaminarem.
Ismael, Ali,	Abordagem	Enfermeiros e	Conselheiros inferiram que precisam de novas capacitações no tangente ao

2009.	m qualitativa	outros profissionais em 10 centros de saúde em Addis Ababa, Etiópia.	HIV/aids e na prevenção da transmissão vertical, sobretudo, na condução de aconselhamento coletivo.
-------	------------------	--	---

O contraste de percepções e a baixa adesão à prática do aconselhamento.

Os enfermeiros reconhecem a importância do aconselhamento em HIV/aids para gestantes⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, valorizando o cuidado integral a mulher nessa estratégia⁽¹⁶⁾. Destacam que o mesmo deve integrar o conjunto de ações na atenção ao pré-natal⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e que as consultas nesse período apresentam-se como espaço legítimo para sua realização⁽¹⁵⁾. O aconselhamento aparece também relacionado à redução do estigma e propagação do conhecimento sobre a infecção⁽¹⁹⁾. Todavia, é representado como uma prática difícil, desconfortável⁽¹⁷⁾ ou emocionalmente desgastante⁽²⁰⁾. Os profissionais comumente relataram percepção de despreparo para sua realização^(15-16,21-22). A desqualificação percebida se manifesta na falta de habilidade e conhecimento para operacionalizar o aconselhamento individual e coletivo⁽²¹⁻²²⁾, e sobretudo, às condutas a serem adotadas diante do diagnóstico positivo à infecção⁽²²⁾.

Esse contexto revela o boicote dos trabalhadores de saúde quanto ao aconselhamento em HIV para gestantes. Enquanto um estudo⁽¹⁸⁾ identificou que sua ocorrência permaneceu abaixo de 50%, em outros dois^(17,23), respectivamente, os profissionais entrevistados referiram nunca ou normalmente não o fazer. Uma pesquisa⁽¹⁶⁾, por sua vez, revelou que dos dez enfermeiros entrevistados, nove afirmaram aconselhar as mulheres e apenas um alegou realizá-lo somente quando necessário, em casos de recusa à testagem sorológica para HIV. Porém, ainda nessa pesquisa, apenas um enfermeiro destacou a importância do aconselhamento pós-teste independente do resultado, enquanto os demais o consideraram exigência apenas diante da positividade de sorologia anti-HIV⁽¹⁶⁾. Outro estudo⁽¹¹⁾ confirma esse achado, ao declarar que os enfermeiros consideram que o aconselhamento pós-teste só é necessário em mulheres com diagnóstico positivo para infecção.

Apenas uma pesquisa⁽²⁴⁾ abordou, especificamente, o aconselhamento coletivo em HIV para gestantes, identificando que, embora os profissionais o considerem como uma ferramenta de potencialização e melhoria do aconselhamento individual, pré-natal

e, conseqüentemente, da prevenção da transmissão vertical, o mesmo não é realizado. O estudo demonstrou também, limitação na compreensão operacional do aconselhamento coletivo, associado apenas com palestras e repasse de conteúdos informativos⁽²⁴⁾. Ademais, outra pesquisa⁽¹⁸⁾ apontou lacunas de conhecimento sobre o aconselhamento, uma vez que os profissionais confundem essa prática, quando coletiva, com grupo de gestantes.

Testagem anti-HIV: Requisito para o aconselhamento.

A significação dos enfermeiros sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes centra-se, sobretudo, na solicitação do exame sorológico (teste anti-HIV)⁽¹⁵⁾. Isso remete à consideração de que esta prática se caracteriza em solicitar a testagem junto aos demais exames de rotina do pré-natal⁽¹⁶⁾. A estratégia adota um caráter iminente informacional, traduzindo-se, quando existente, no repasse de informações técnicas sobre o teste anti-HIV, a infecção e sua prevenção^(15-16,18). Sendo a prevenção limitada ao uso de preservativos⁽¹⁶⁾, investigação da existência de parceiro fixo e dotação de comportamentos de risco⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, três estudos^(11,19,25) demonstraram que o aconselhamento em HIV para gestantes é caracterizado pelos enfermeiros como uma estratégia ou ferramenta de convencimento para adesão à sorologia anti-HIV, sendo que a forte aceitação a mesma é associada a um aconselhamento de qualidade.

O teste anti-HIV foi recorrentemente apresentado como obrigatório na rotina dos serviços denotando, por vezes, um teor impositivo e compulsório em sua realização, com ausente esclarecimento à gestante sobre os benefícios de sua adesão e implicações diante dos seus possíveis resultados, bem como sua capacidade de escolha em aderi-lo ou não^(11,16-17,19,23). Essa postura profissional coercitiva é justificada pelos trabalhadores entrevistados pela necessidade de prevenir a transmissão vertical, protegendo o feto^(16,23) e pela sensação de despreparo dos mesmos em argumentar com as mulheres sobre a importância de realizar o exame ou lidar com suas recusas^(17,23).

Da sobrecarga ao despreparo: desafios do aconselhamento em HIV/aids para gestantes.

Entre os principais desafios para realização do aconselhamento em HIV para gestantes destaca-se o espaço físico inadequado, que implica na dificuldade em estabelecer ambientes privativos, sigilosos e confidenciais^(17-18,20,22), o tempo insuficiente^(16-18,23,25) associado a sobrecarga de trabalho (demandas das unidades e quantidade de atendimentos)^(11,18,20,22-24) e a falta de profissionais^(20,22). Os profissionais comumente relataram uma insuficiência e carência de treinamentos, capacitações e atualizações referentes à prática do aconselhamento em HIV/aids^(15-16,21-22). Em alguns casos, a construção da abordagem e conteúdo teórico referente ao mesmo foi associada às experiências e vivências do cotidiano de cuidado e pela busca individual por aprimoramento profissional⁽¹⁵⁾.

Há desconforto em abordar questões íntimas, relacionadas à sexualidade^(15-16,23). Os trabalhadores de saúde demonstraram-se receosos na capacidade de identificar até que ponto questionar, sem ofender, constranger ou ultrapassar a privacidade da mulher⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A presença do parceiro foi tida como potencial para limitar esse diálogo, uma vez que pode implicar no ocultamento de casos extraconjugais e reflexão sobre o tema⁽¹⁵⁾. Por fim, sentem-se limitados e inseguros para lidar com as demandas emocionais e psíquicas que envolvem o aconselhamento, sobretudo, diante do diagnóstico positivo para HIV. Assim, buscam apoio de outros profissionais que os auxiliem nessa divulgação ou encaminham as mulheres para outros serviços de saúde que estejam aptos a preencher essa lacuna^(23,25). Falta de vínculo e diálogo entre trabalhadores de saúde e usuárias⁽¹⁹⁾, bem como a existência de preconceito nesses profissionais^(17,22) são outros obstáculos apontados.

DISCUSSÃO

As evidências da presente revisão demonstram um distanciamento e distorção da idealizada teorização preconizada nas políticas nacionais e operacionalização do aconselhamento em HIV para gestantes. A conceituação deste como prática ampliada e espaço de diálogo parece se perder nos momentos prévios e raramente posteriores à testagem anti-HIV⁽¹⁶⁾. A percepção de despreparo dos profissionais de saúde⁽¹⁵⁾ se associa às significações negativas em relação ao aconselhamento e se traduz na baixa aderência à estratégia no cotidiano de cuidado às mulheres⁽¹⁸⁾.

A falta de habilidade e sapiência desencadeiam um movimento cíclico, responsável por caracterizar o perfil limitado e pouco efetivo que esta prática adota⁽²²⁾. A formação profissional é deficiente em viabilizar debates em torno da complexidade biopsicossocial da infecção, bem como da multidimensionalidade do ser humano que perpassa experiências gerais e peculiares⁽²⁶⁾. O trabalhador de saúde inicia, portanto, seu cotidiano de assistência com um repertório mínimo e não resolutivo, na qual as capacitações e atualizações, quando existentes, são prioritariamente de natureza tecnicista e insuficientes para preencher as lacunas específicas ao tema⁽²¹⁾.

A ineficiência dessas iniciativas reside, sobretudo, na descontextualização das atividades de capacitação com a prática de trabalho e contexto de atuação profissional⁽²⁷⁾. Soma-se à forma a qual é realizada, predominantemente, por metodologias expositivas, de repasse de conteúdos, que fragilizam a participação dos trabalhadores, a expressão e acolhimento de sentimentos, o desenvolvimento de habilidades comunicativas, a abordagem de temas desconfortáveis e pouco explorados e a criação de espaços de reflexão pra melhoria e transformação do cotidiano de assistência⁽²⁸⁾.

Sobra a estes o aprendizado pela vivência, entretanto, o ausente arcabouço conceitual faz com que cada um construa para si uma significação do que seria essa prática e a forma a ser realizada. Surgem distintas formas de conhecer e fazer determinada ação, moduladas por experiências individuais⁽¹⁵⁾. O aconselhamento adota então, uma dimensão subjetiva, intensamente flexível, que oculta, na maioria das vezes, às recomendações e etapas a serem atingidas nesse processo. Essas instruções fundamentadas em bases científicas são, todavia, essenciais para o alcance do caráter preventivo e de empoderamento intrínseco que o aconselhamento se propõe⁽¹⁶⁾.

A falta de conhecimento se relaciona ainda à percepção de despreparo, que, por sua vez, leva à insegurança⁽²²⁾. Reflete, como verificado, na dificuldade em tratar de assuntos voltados à sexualidade, por serem tidos como um tabu⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, pode-se identificar a proximidade que o HIV tem com o sexo. Essa associação, atrelada a intercursos sexuais marcados pela imoralidade e preconceito, data do surgimento da infecção, onde a sociedade construiu e propagou estereótipos relacionados à condição, que traziam significações voltadas a atos socialmente reprováveis e a indivíduos excluídos coletivamente⁽²⁹⁾. O reconhecimento da ênfase voltada a essa abordagem

indica que o estigma característico do HIV/aids ainda representa um obstáculo em qualquer tipo de cuidado ao mesmo.

Cabe destacar, que o aconselhamento em HIV/aids perpassa uma gama diversa de aspectos íntimos ao indivíduo, não restritos à sexualidade, mas ao cotidiano e contexto de vida, as relações sociais que estabelece, suas emoções, sentimentos, expressão de ser e viver⁽⁷⁾. A apuração de todos esses elementos é essencial não só para garantir que esta prática tenha caráter integral, mas para desmistificar a relação tão fortemente estabelecida entre a infecção e imoralidade sexual. Todavia, embora a dificuldade seja enfatizada no diálogo da sexualidade, os profissionais, continuamente, se mostram estranhos à capacidade de exercer essas sessões de comunicação e troca, voltadas para o conhecimento e entendimento do outro, demonstrando uma lacuna significativa na qualidade das relações que estabelecem com suas usuárias⁽¹⁵⁾. O problema se confirma e estende na incapacidade dos mesmos em lidarem com as demandas emocionais das mulheres, fator indispensável para um aconselhamento de qualidade⁽²⁵⁾.

Essas dificuldades desencadeiam percepções negativas, pois tudo que é desconhecido gera ansiedade e desconforto. O sentimento de incapacidade permite concluir internamente que o aconselhamento é uma prática dispendiosa, desconfortável⁽²⁰⁾. Gera uma mobilização psíquica à medida que o trabalhador se vê diante de inúmeros fatores a serem explorados, atendidos e solucionados, sem encontrar em si os recursos para acolher e responder a essas demandas. A baixa aderência à sua realização vem, afinal, em conformidade com o que é incômodo, ao que não se sabe, incorporando por fim o reducionismo de condutas a serem implementadas⁽²³⁾.

Esse contexto permite o entendimento da significação fortemente estabelecida entre o aconselhamento e o teste anti-HIV⁽¹⁵⁾, na qual se destacam dois eixos importantes. Se por um lado o aconselhamento foi continuamente representado como uma estratégia de convencimento à adesão ao exame sorológico pela mulher⁽¹¹⁾, por outro, demonstra a limitação perceptiva que o permeia, uma vez que o mesmo consiste em uma ferramenta ampla, complexa e contínua, que não se resume à testagem, mas abrange, sobretudo, o cotidiano da assistência por meio do diálogo e da troca de saberes⁽¹⁶⁾.

Além disso, contrapondo-se ao primeiro eixo analítico, foi possível evidenciar que, geralmente, o aconselhamento não se encontra atrelado ao momento prévio da testagem e os trabalhadores de saúde assumem uma postura impositiva a sua demanda⁽¹⁹⁾. Esse teor obrigatório caminha junto à fragilidade relacional e de vínculo, constituindo-se como um mecanismo de fuga diante de aspectos que consideram isentos de seu controle. Assim, esquivar-se é uma reação ao incômodo em lidar com negações, às dificuldades para identificar os motivos de recusa ao teste anti-HIV e o despreparo para auxílio, a partir de embasamento teórico e apoio emocional, na reconsideração da decisão⁽¹⁷⁾.

Logo, a fim de evitar que sejam expostos a tais situações, o poder de escolha das gestantes diante do exame sorológico é desconsiderado⁽¹⁶⁾ e as justificativas que emitem para legitimar sua conduta incluem que não fazer o teste é um absurdo, devido à possibilidade de transmissão vertical da infecção, declarando, destarte, um visível direcionamento de seus olhares enfáticos no conceito e, minimamente, na mulher e em sua complexidade de ser⁽²³⁾.

A forma compulsória da testagem anti-HIV e a ausência de aconselhamento, além de ignorar, impedem o desenvolvimento da autonomia feminina. Potencializa o comprometimento da qualidade da assistência pré-natal e demonstra uma lacuna até mesmo na dimensão informacional dessa prática e do exame⁽¹⁹⁾. A ação dos enfermeiros não pode ser um obstáculo à emancipação das mulheres, mas garantir que por meio do vínculo, da comunicação e das trocas mútuas, estas, voluntariamente, optem pela testagem, partindo do pressuposto de que esta ação trará benefícios em sua existência.

Percebe-se, portanto, que, embora não se reduza a este momento, o aconselhamento pré-teste tem importância fundamental para que as gestantes tomem decisões mais assertivas. Entretanto, não basta que o mesmo seja operacionalizado, como demonstram os achados, em moldes informativos e técnicos sobre o exame e a infecção⁽¹⁶⁾. Para constituir-se como prática ampliada e integral, deve-se explorar todos os elementos correspondentes a esse momento e ao HIV, contemplando o diálogo sobre os possíveis resultados e suas implicações no cotidiano de vida, aspectos referentes à transmissão vertical, tratamento, acolhimento de emoções, avaliação do contexto de vida e prevenção efetiva pela análise de vulnerabilidades, reflexão compartilhada e incentivo ao protagonismo⁽²⁵⁾. Independentemente do resultado, o aconselhamento pós-

teste deve reafirmar e potencializar o primeiro momento, atentando-se as particularidades do desenlace do exame⁽²⁵⁾.

Cabe ressaltar ainda que fatores externos como a sobrecarga de trabalho, falta de profissionais e estrutura física inadequada⁽²⁰⁾, juntamente ao estigma do HIV ainda predominante em muitos trabalhadores de saúde⁽¹⁷⁾, também influenciam diretamente no desprezo do aconselhamento e na construção limitada de seu alcance. Enquanto o primeiro vem associado a sessões rápidas e superficiais em locais desprovidos de acolhimento e privacidade, o segundo revela a exteriorização de julgamentos e preconceito durante a prática assistencial⁽²²⁾. Esses elementos interligam-se, impedindo a criação de vínculo e relações de confiança, uma vez que a mulher não é imersa em ambiente sigiloso, acolhedor, onde sente que pode expressar suas particularidades. A falta de tempo para lidar com todas as atividades a serem realizadas nas unidades de saúde faz com que os profissionais, a fim de garantir a concretude de todo cronograma, se atentem a pontos únicos e rápidos do aconselhamento, como orientações preventivas descontextualizadas^(16,23).

Nesse ponto, é importante reforçar que a prevenção é um dos mais significativos pilares do aconselhamento⁽⁵⁾ e se apresenta complexo no tangente à subjetividade de cada indivíduo. Ou seja, adota-se o pressuposto, de que a estratégia para alcance preventivo tem que ser pensada a partir do contexto de vida e das vulnerabilidades específicas de um determinado sujeito. Para que as orientações façam sentido e conseqüentemente sejam aderidas, precisam ser compatíveis com a realidade daquele a quem se aconselha⁽⁵⁾. O investimento na prevenção é o caminho mais promissor para garantir que as pessoas não só estejam imunes à infecção, mas a garantir o diagnóstico precoce, evitar o agravamento pela Aids e promover melhor qualidade de vida às pessoas que convivem com a doença.

Embora o ideológico pareça utópico na realidade assistencial, esforços devem ser realizados para que pequenas, porém, promissoras mudanças sejam incorporadas na estratégia de aconselhar em HIV/aids. Estas devem se iniciar na formação profissional e se estender aos espaços de reflexão e discussão nos ambientes práticos. Quando cada profissional incorporar para si o alcance que o aconselhamento pode ter, novas significações serão formadas, novas influências inundarão as equipes, novas experiências serão à base de mudanças globais.

Limitações do estudo

Não evidenciar produções dos últimos dois anos que respondam à questão de pesquisa, influenciando para a escassez de estudos primários, que abordem o aconselhamento em HIV/aids na contemporaneidade. Tal fato corrobora com a necessidade de publicização da presente revisão de escopo, apontando para o incentivo na produção de novas pesquisas que tratem da temática em questão.

Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública.

A ênfase e exploração das percepções dos enfermeiros sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes potencializa a reflexão compartilhada desse processo, uma vez que, as significações e visões de mundo modulam a identidade de ser e agir influenciando diretamente a prática do cuidado e seus desdobramentos. Para tanto, a imersão nessas imagens revela direcionamentos específicos na formação acadêmica e, sobretudo, para educação permanente, a fim de garantir discussões sobre o tema e realização de um aconselhamento integral e qualitativo que rompe com limitações constantemente perpetuadas e objetiva-se ao fomento de novas percepções e consequentemente novas práticas.

CONCLUSÃO

O aconselhamento em HIV/aids para gestantes demonstra-se como um conjunto de análises e antagonismos que resultam, prioritariamente, em percepções negativas em sua realização. A imagem de prática desconfortável e dispendiosa está arraigada à significação de despreparo técnico e emocional, da mobilização de tabus, da dificuldade de comunicação e troca interpessoal potencializados, por sua vez, pela sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos e de educação permanente em saúde que responda às necessidades dos enfermeiros que atuam em sua realização.

As lacunas que permeiam seu desenvolvimento acabam por gerar deturpações de sua finalidade e operacionalização, caracterizando, por fim, o reducionismo e intensificação subjetiva a qual se manifesta. O aconselhamento se traduz, portanto, como impessoal e não efetivo, ao repasse informacional da infecção, prevenção descontextualizada e isolado mecanismo de convencimento à adesão ao teste anti-HIV.

Modificar o atual panorama exige o investimento em espaços de reflexão que favoreçam novas percepções. Isso é um processo amplo que envolve reformulações desde a formação profissional até o aprimoramento e discussões contínuas no cotidiano do cuidado. Para que o enfermeiro possa acolher seus usuários, antes ele precisa ser acolhido. Para que se sinta confortável em se relacionar com os outros, deve ser incentivado a desenvolver tal habilidade durante sua formação acadêmica e isso equivale para as demais competências que permeiam a prática do aconselhamento em HIV/aids para gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Unaid. United Nations Programme on HIV/AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Aids Update. Geneva, Switzerland, 2020.
2. Cajado LCS, Monteiro S. Social movement of women with HIV/AIDS: an experience between positive citizen from Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10):3223-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13992018>
3. Lima SS, Silva LCS, Santos MV, Martins JP, Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciênc. saúde*. 2017;10(1):56-61. DOI: 10.15448/1983-652X.2017.1.22695
4. Kleinibing RE, Paula CC, Padoin SMM, Silva CB, Ferreira T, Cherubim DO. Estratégias de cuidado à saúde de gestantes vivendo com HIV: Revisão Integrativa. *Ciênc. enferm.* 2016;22(2):63-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200006>.
5. Araújo WJ, Quirino BEM, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl1):631-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>
6. Benazzi AST, Viana LS, Santos TF, Marques WS. Aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv da gestante na atenção básica. *Cad. Pesq [Internet]*, São Luís. 2012 [cited 2019 Apr 25];19(1). Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/935/623>

7. Silva YT, Silva LB, Ferreira SMS. Counseling practices in Sexually Transmitted Infections/AIDS: the female health professionals' perspective. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(5):1137-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0176>
8. Rahim SH, Gabatz RIB, Soares TMS, Milbrath VM, Schwartz E. Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado. *Rev enferm UFPE. Recife,* 2017;11(suppl10):4056-64. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201707.
9. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, Silveira ACT. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis and hepatitis. *Saúde Debate.* 2016;40(109):22-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610902>
10. Patriota LM, Miranda DSM. Aconselhamento em DST/AIDS à gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB. In: Davi J, Martiniano C, Patriota LM. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios*, 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 201-218.
11. Mitiku I, Addissie A, Molla M. Perceptions and experiences of pregnant women about routine HIV testing and counselling in Ghimbi town, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Res Notes.* 2017;10(101):1-17. DOI: 10.1186/s13104-017-2423-1.
12. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement. *Methodology for JBI Scoping Reviews* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 10]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
13. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health.* 2011;33(1):147–50. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology.* 2005;8(1):19-32. DOI:10.1080/1364557032000119616.
15. Silva AP, Corrêa CM, Barbosa JAG, Borges CM, Souza MCMR. Aconselhamento em HIV/aids e sífilis às gestantes na atenção primária. *Rev enferm UFPE.* 2018;12(7):1962-9. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a236251p1962-1969-2018>
16. Rocha KB, Santos RG, Freire I, Pizzinato A. Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. *Rev Psicologia e Saúde.* 2018;10(3):17-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i3.555>.
17. Neves FRAL, Gir E. O aconselhamento para realização da sorologia anti-HIV em gestantes. *DST – J bras Doenças sex Transm* [Internet]. 2009 [cited 2019 May 13];21(3):111-17. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/3-O-Aconselhamento-para-Realizacao.pdf>
18. An SJ, George AS, LeFevre AE, Mpembeni R, Moshia I, Mohan D, Yang A, Chebet J, Lipingu C, Baqui AH, Killew J, Winch P, Kilew C. Supply-side dimensions and dynamics of integrating HIV testing and counselling into routine antenatal care: a

- facility assessment from Morogoro Region, Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2015;15(451):1-15. DOI: 10.1186/s12913-015-1111-x
19. An SJ, George AS, LeFevre AE, Mpembeni R, Moshia I, Mohan D, Yang A, Chebet J, Lipingu C, Killew J, Winch P, Baqui AH, Kilew C. Program synergies and social relations: implications of integrating HIV testing and counselling into maternal health care on care seeking. *BMC Public Health*. 2015;15(24):1-12. DOI: 10.1186/s12889-014-1336-3.
20. Rogers AJ, Weke E, Kwena Z, Bukusi EA, Oyaro P, Cohen CR, Turan JM. Implementation of repeat HIV testing during pregnancy in Kenya: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(151):1-11. DOI: 10.1186/s12884-016-0936-6.
21. Ismail H, Ali A. Status of ANC-linked HIV counseling and testing as an intervention for PMTCT in public health facilities in Addis Ababa: quality of HIV counseling given to pregnant women for PMTCT. *Ethiop. J. Health Dev*. 2009;23(3):190-8. DOI: [10.4314/ejhd.v23i3.53239](https://doi.org/10.4314/ejhd.v23i3.53239)
22. Nguyen TA, Oosterhoff P, Pham YN, Hardon A, Wright P. Health workers' views on quality of prevention of mother-to-child transmission and postnatal care for HIV-infected women and their children. *Human Resources for Health*. 2009;7(39):1-11. DOI: [10.1186/1478-4491-7-39](https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-39).
23. Araújo MAL, Vieira NFC, Galvão MTG. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV em gestantes em Fortaleza, Ceará. *Rev espaço saúde*. 2011;12(2):18-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2011v12n2p18>
24. Araújo MAL, Vieira NFC, Araújo CLF. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública [Internet]*. 2009 [cited 2019 May 12];33(2):268-81. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/lil-546429>
25. Tripathi V, King EJ, Finnerty E, Koshovska-Kostenko N, Skipalska H. Routine HIV counseling and testing during antenatal care in Ukraine: A qualitative study of the experiences and perspectives of pregnant women and antenatal care providers. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2013;25(6):680-85. DOI: [10.1080/09540121.2012.749332](https://doi.org/10.1080/09540121.2012.749332)
26. Cruz RAO, Araújo ELM, Nascimento NM, Lima RJ, França JRFS, Oliveira JS. Reflections in the light of the complexity theory and nursing education. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):224-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239>
27. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Education of Nurses: Detachment between undergraduation courses and professional practices. *Cienc Cuid Saúde*. 2013; 12(2):331-337. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.19643>
28. Mattia BJ, Kleba ME, Prado ML. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2039-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504>
29. Dantas MS, Abrão FMS, Costa SFG, Oliveira DC. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2): 323-30. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150044>.

4.2 Resultados da Segunda Etapa

Foram entrevistados doze enfermeiros da saúde da família de três cidades do interior de São Paulo. Todos os participantes da pesquisa são do sexo feminino, entre 30 a 58 anos, sendo a média de 41 anos de idade. O tempo de formação em enfermagem foi em média 17 anos, variando entre 8 a 35 anos. 75% (n= 9) dos entrevistados possuem especialização ou residência em saúde da família e o tempo médio de atuação na USF foi de onze anos. Os dados caracterizam que as participantes possuem experiência e formação específica no cenário da saúde da família, o que se considera que deva contribuir para a qualificação do cuidado integral na atenção primária.

A partir da análise de conteúdo temático-categorial das entrevistas foram identificadas 3 categorias (1. A centralidade do aconselhamento e a testagem anti-HIV; 2. Gestação e o HIV: Desdobramentos de um resultado positivo; 3. Facilidades, dificuldades e desafios no aconselhamento em HIV para gestantes), apresentadas a seguir:

4.2.1 A centralidade do aconselhamento e a testagem anti-HIV

O aconselhamento em HIV/aids para gestantes aparece centrado no processo de testagem rápida anti-HIV. A clareza de tal achado se manifesta nas respostas imediatas diante o questionamento sobre o que seria o aconselhamento em si e quando o realizam, resultando em falas direcionadas e exclusivas ao exame.

A gente faz o teste assim que abre o pré-natal... Então é nesse momento que a gente começa a conversar, na primeira consulta (ENF 1).

Vem o processo de testagem né, então todo o processo, desde preencher a ficha, fazer o teste e o aconselhamento pós-teste (ENF 5).

Sim eu faço [o aconselhamento] mas quando vai fazer o teste (ENF 11).

Percebe-se que a condução do teste supracitado ocorre predominantemente na primeira consulta e abertura do pré-natal.

A testagem pra gestante ocorre na primeira consulta (ENF 9).

Na hora que eu abro o pré-natal. Na verdade assim, no meu interior a testagem está atrelada a abertura do pré-natal (ENF 7).

Embora, a recusa por parte das gestantes à realização do exame tenha sido pouco referida, as falas demonstram que o mesmo vem associado a um processo rotineiro e naturalizado durante a assistência pré-natal, adotando por vezes um teor compulsório e irrefletido dessa prática.

Porque assim esse teste tem que fazer em todo o pré-natal, quando elas vem com o teste positivo de gravidez (ENF 1).

Ai eu já faço todo papel, todo o cadastro, já peço os exames de primeira rotina e o teste rápido já boto aqui na mesa, já calço a luva, óculos e já começo a fazer (ENF 9).

Quando eu faço o teste na gestante né eu falo olha esses testes são protocolos a gente faz certinho é recomendação (ENF 6).

A aceitação imediata à realização do teste anti-HIV e a mínima resistência a todos os exames necessários no pré-natal é justificada pelos enfermeiros à abertura natural da mulher no período gravídico, uma vez que pensam no filho em desenvolvimento. Apenas uma entrevistada referiu vivenciar uma recusa à testagem e utilizou como apelo a possibilidade de transmissão vertical para convencimento da mesma.

Gestante não, porque elas pensam muito no bebê né e eu costumo falar olha você tem que fazer agora porque assim se tiver um problema agora tem tratamento pra você não prejudicar a criança (ENF 1).

Pedi pra ela vir que eu queria falar com ela e tudo, ai eu falei, apelei mais pra criança, olha pensa no seu filho, se você tiver alguma coisa (ENF 7).

A inclusão do parceiro(a) nesse processo foi tida como inexistente para um grupo minoritário dos entrevistados, enquanto os demais que referiram oferecer o exame aos mesmos convergem em declarar a baixa adesão destes à prática.

A princípio a gente não chama parceiro nenhum pra nenhum dos exames entendeu. Eu acredito que a gente chamaria pra fazer caso desse positivo (ENF 2).

Às vezes o pai vem junto eu faço no pai também, não são todos... Pré-natal inteiro eu até peço, mas não vem (ENF 9).

Considerando as diferentes etapas que contemplam o processo da testagem, o aconselhamento pré-teste parece formalizar-se no aspecto informacional do exame, das doenças e sua prevenção, apresentando por vezes, um teor introdutório das implicações cotidianas e na gestação diante resultado reagente para HIV.

A gente sempre enfatiza a questão do preservativo né, porque é única forma que tem de não se contaminar né (ENF 5).

Antes de você fazer o teste você já começa a fala o dois pauzinhos é positivo, se der um pauzinho é negativo, aí dá positivo pro HIV, se der positivo pro HIV eu vou ter que fazer outro (ENF 7).

Eu ofereço, falo que tem o teste, qual a finalidade do teste... Durante o teste eu vou tirando as dúvidas, vou explicando pra elas as questões de cada doença e sempre abordando aquilo, aquela questão se der positivo o que vamos fazer, porque isso eu acho muito importante (ENF 8).

Basicamente eu explico a doença, que hoje tem tratamento, que principalmente no caso da grávida é importante o diagnostico mais precoce pra diminuir a chance de contaminação do bebê (ENF 11).

Vale ressaltar que o resultado do exame implica em variáveis específicas na condução do aconselhamento pós-teste. Para tanto, se resultado negativo o aconselhamento é pontual visando resgatar aspectos técnicos e interpretativos do mesmo, janela imunológica e o reforço à prevenção mínima.

Se é um resultado negativo eu mostro o teste que tem um risquinho só, que é o risco do controle, explico o teste (ENF 2).

Quando dá negativo a gente orienta, principalmente a forma que é transmitida e o que você pode fazer para prevenir (ENF 6).

Não é porque deu negativo que você não vai se cuidar, então a gente fala muito da prevenção... falo da janela imunológica também (ENF 10).

Já o aconselhamento pós-teste diante resultado positivo exige atenção a outros elementos como apoio psicológico, tratamento requerido, resposta a dúvidas e auxílio para afastamento de percepções negativas e insuperáveis da infecção.

Você tem que dar um apoio emocional, psicológico e daí vai tirar dúvidas, daí a pessoa desaba (...) você tem que mostrar que não, pera ai né, isso tem um tratamento, não é o fim (ENF 2).

Se dá positivo ai você tem que orientar a pessoa, como é o tratamento, às vezes ela precisa de um suporte psicológico, ela vai fazer acompanhamento com infectologista, tomar o coquetel, então tudo isso você acaba tendo que explicar pra paciente (ENF 5).

Então no aconselhamento né que é o acolhimento da pessoa, principalmente de explicar pra ela aquela situação, de fazer ela entender que não é a única que vai ter esse diagnóstico e ter que lidar com isso daqui pra frente (ENF 6).

Apenas duas participantes condicionaram o aconselhamento pós-teste ao resultado positivo.

A gente realiza o teste, caso dê alguma coisa eu chamo pra aconselhamento na minha sala (ENF 2).

O aconselhamento, a gente faz aqui na unidade a partir do momento que dá um resultado reagente (ENF 6).

Embora tenha se observado a forte relação com a testagem anti-HIV, o aconselhamento em HIV/aids apareceu amplamente arraigado no âmbito da orientação e educação em saúde, com a finalidade primordial de promover a prevenção da infecção.

A gente orientar né quanto a essa doença, o que ela pode causar principalmente na gestação, o que ela causa tanto pra gestante quanto pro bebê que ela carrega né (ENF 2).

Eu acho que é o sexo seguro, usar preservativo (ENF 7).

Seria assim essa educação em saúde que é fundamental pra que a pessoa evite a doença (ENF 9).

Quando a gente pensa em aconselhamento, a gente pensa em como ela pode contrair, os métodos de prevenção (ENF 12).

Ademais, o aconselhamento, no tangente à prevenção e abordagem da infecção, foi citada por alguns participantes como antecedente ao pré-natal e independente do exame, em momentos que favoreçam tais discussões e que, portanto, preparem mais adequadamente as mulheres quando estas estiverem grávidas.

A gente insiste bastante naqueles que vem procurar método anticoncepcional, que esta iniciando a carreira sexual... A educação em saúde tem que ser oportuna eu acredito. Não adianta você ficar falando todo o protocolo de saúde que você sabe pra uma pessoa que não esta na ativa, que não vai usar (ENF 9).

As mulheres na idade fértil, naquela idade que a gente sabe que ela pensa em gestação ou quando elas vêm procurar mesmo pra fazer o pré-gestacional ai a gente já aborda e já conversa sobre isso, e eu tenho muito o hábito de conversar isso também com as adolescentes né, as meninas que vem (ENF 8).

4.2.2 Gestação e HIV: Desdobramentos de um resultado positivo.

Parece haver um consenso de que o HIV durante a gestação seja pelo convívio prévio ou diagnóstico no período, representa uma condição que predispõe ao sofrimento psíquico fundamentado, sobretudo, na possibilidade da transmissão vertical.

Eu acho complicado, porque ela já esta gestante, já está fazendo o pré-natal pra cuidar de outro ser além dela e ai sabendo de um diagnóstico desse que ela nem sabia eu acho que ela fica muito mais vulnerável, muito mais sensível, porque já ta com a criança, ela vai ficar muito mais preocupada, nossa agora eu que tenho essa doença e mais a criança (ENF 1).

Não é só o problema que ela pegou uma doença que não tem cura é que ela pode passar pra alguém, pro filho dela (ENF 8).

A preocupação em transmitir ao filho soma-se ao fato de que a mulher passa a ter uma condição crônica que exige uma adaptação contínua.

Ela tem que lidar com tudo isso e vai ter uma doença crônica pelo resto da vida (ENF 1).

Deve ser difícil porque o HIV é uma doença que não tem cura, é uma doença que você tem que fazer tratamento a vida toda e ainda mais sabendo que você tá correndo o risco de passar pro seu filho (ENF 5).

Nesse sentido a possível vulnerabilidade própria do período gestacional no tangente a questões hormonais, físicas e emocionais, bem como interfaces que incluem desde questionamentos da rede de apoio e desejo da gestação, também foram apontados com determinantes nesse processo.

Não dá pra ela carregar sozinha... as vezes ela não tem o apoio da família. Se você traz a família dela junto numa consulta, numa conversa a gente pode ensinar as pessoas da família a lidar com ela ou ela lidar com a família (ENF 9).

É que tem muita coisa envolvida, tem a questão da religiosidade que isso é importante e tem a questão socioeconômica... Tem a questão assim a gestação é desejada, ela é planejada... O pai aceita essa gestação, qual o relacionamento dela com a família dela, com o parceiro, qual é o apoio familiar que ela tem (ENF 8).

Nenhum dos enfermeiros entrevistados vivenciou a comunicação de um resultado HIV reagente para gestante, porém, ao explorar sentimentos diante de tal situação hipotética, os mesmos declararam a complexidade desse momento, na qual envolve, sobretudo, se colocar no lugar do outro, se reconhecer como responsável por transmitir uma notícia que pode mudar radicalmente as expectativas existenciais da mulher e o preconceito que permuta a infecção.

Eu acho que seria difícil... É uma sensação ruim de você dar uma notícia ruim pro paciente e parece assim que pro paciente acabou tudo né, então eu acho que pra gestante seria uma situação bem delicada eu dar um resultado positivo (ENF 2).

Então é super complicado né. É um pouquinho difícil. Não é fácil não, se colocando no lugar da pessoa não é fácil não (ENF 9).

É uma coisa complicada né (...) eu acho que eu ia ficar um pouco assim assustada (ENF 11).

Talvez eu ficaria mais ansiosa pelo preconceito que eu acho que ela teria de eu falar da doença (...) Tem todo um contexto, da história da doença e como a pessoa vê a doença (ENF 12).

Receber tal diagnóstico durante a gestação remete a reflexões específicas desse período, à preocupação com o filho e a retomada de comportamentos que ocasionaram essa ocorrência, bem como a variável de reações da mulher.

Acho que é pensar na criança mesmo, de levar essa gestação até o final e ter a possibilidade dessa criança nascer soropositivo, dela entender que se ela tratar... se ela né... então acho que impacta no pensamento da sua criança que você carrega ali (ENF 2).

Quando é gestante é pior porque a pessoa, acho que se sente protegida no momento, assim que você esta gestante você fica mais assim, sei lá, mais chorona, mais vulnerável e você receber um baque desse né acho que deve ser bem difícil pra poder assimilar (ENF 3).

É uma situação complicada porque normalmente essa pessoa vai ter que te falar uma lista de pessoas que ela teve relação sem preservativos, sem cuidado nenhum né, e ela vai ter que falar pra essas pessoas, então é muita coisa envolvida. Então quando você fala de HIV é uma coisa que é muito complicada e você nunca sabe como a pessoa realmente encarou aquilo (ENF 8).

Admitindo a obscura particularidade de tal momento, buscar dividir tal responsabilidade, sobretudo, com o profissional médico foi recorrente.

Provavelmente eu pediria ajuda pro médico que trabalha comigo. Faríamos juntos isso (ENF 1).

O clínico da essa ajuda pra gente, o médico da família. A gente conversa entre eu ele e a paciente (ENF 4).

Então assim, aqui eu tenho o médico, então eu tenho bastante o apoio dele, então facilita um pouco mais (ENF 6).

Em contrapartida, percepções de que declarar um diagnóstico positivo tem o potencial de auxiliar a gestante à identificar uma nova condição, se cuidando precocemente, bem como a naturalidade desse momento pelo afastamento da ideia de finitude e sofrimento do HIV também foram presentes.

Eu ia ficar um pouco triste, mas eu acho que eu ia me sentir um pouco mais empoderada de poder ajudar entendeu. Conhecendo a rede de apoio que a gente tem pra esse tipo de pessoa (ENF 7).

Como eu ia me sentir, na verdade normal, assim hoje em dia, estou há tantos anos, a gente vê tanta coisa e não é o fim do mundo (ENF 10).

Hoje eu acho que já pode ser muito mais tranquilo por conta do tratamento, das pessoas estarem mais esclarecidas (ENF 11).

No tangente à contaminação pelo HIV, esta parece significar-se ainda em atos socialmente reprováveis, com forte indiciamento da traição sexual e grupos específicos que se tornaram marcos da infecção em seus primórdios.

Talvez ela possa falar assim, eu não tenho só um parceiro, eu saí com outra pessoa ou eu sou usuária, eu tenho alguma outra coisa assim paralela (ENF 3).

E a questão também do tipo de relação sexual, da quantidade de parceiros, da questão da promiscuidade, esse tipo de coisa, isso tudo você tem que pensar muito bem (ENF 8).

Querendo ou não a gente ainda vai muito pelo estereótipo né. Geralmente tem os grupos que pode ter ou não a doença (ENF 6).

Deu negativo tudo bem, quando dá positivo né porque às vezes ela está grávida e não é do companheiro que ele está (ENF 5).

Na ficha já fala né se tem relação homossexual, se faz uso de drogas, então na ficha ele já tinha relatado um

histórico, ele já tinha receio de ter contraído a doença (ENF 12).

Por fim, o aconselhamento em HIV/aids para gestantes carrega particularidades referente ao direcionamento dessa gestante, abordagem de conteúdos específicos do período gravídico-puerperal e transmissão vertical.

É diferente, porque a gente aborda ali né como que é, como seria o trabalho de parto. Como seria o pós-parto né, amamentação e tudo mais, como seria pra essa criança, principalmente a transmissão vertical, o risco da transmissão vertical, é bem diferente, a gente conversa, esclarece muito mais (ENF 4).

Então na gestante sempre eu bato mais na questão da criança para ela ter uma preocupação, incentivar assim olha, se preocupa, usa preservativo, porque agora não é só mais sua vida, sua vida e a vida do bebê (ENF 6).

Tenho HIV passei pro meu namorado né é uma coisa, triste, muito triste, agora passei pro meu filho né, então eu acho que pra mulher isso é mais pesado... Fazer o teste numa mulher grávida é sempre mais delicado. Você tem algumas coisas que você tem que falar com a gestante que é diferente do que você fala pra uma pessoa que não esta gestante... E o acompanhamento é mais perto né, mas elaborado, você tem que... até porque né a questão hormonal, sentimental (ENF 8).

4.2.3 Facilidades, dificuldades e desafios no aconselhamento em HIV para gestantes.

O vínculo aliado a habilidades interpessoais e postura profissional que favorecem relações de confiança foram majoritariamente citados como facilitadores no processo do aconselhamento.

Eu acho que o que mais facilita é o vínculo, o que mais me facilita e o que mais me impressiona como enfermeira (ENF 7).

Você tem que ter disponibilidade, saber ouvir (ENF 5).

Acho que ter empatia, acho que a sinceridade, você se colocar no lugar do outro e mostrar segurança naquilo que você está falando (ENF 9).

A condição de estar grávida firma-se como potencializador a tal prática, à medida que o aconselhamento quando direcionado a estas mulheres em comparação a outros grupos foi tido como mais fácil, pois, estar gestante a predispõe ao autocuidado e abertura ao diálogo.

A gestante é muito mais fácil você testar, fazer o aconselhamento, porque daí você tem... cuidando dela e do bebê, ela já está mais aberta a aceitar isso (ENF 1).

O fato delas estarem gestantes facilita muito, porque é essa conversa né, é pra te proteger e proteger o bebê (ENF 12).

Ambientes adequados e privativos, bem como tempo suficiente também foram ressaltados.

Eu acho que é o ambiente né e a privacidade que a gente consegue estar na sala e o tempo de conversar né (ENF 1).

O que facilita é o ambiente propício, você garantir um espaço reservado, um horário (ENF 9).

No tangente às dificuldades, as principais referidas incluíram a presença do parceiro, postura profissional inadequada, falta de vínculo e desconfiança.

Às vezes quando vem com o parceiro aí complica um pouco, porque elas ficam com vergonha de falar a verdade (ENF 1).

A sua atitude fala e ela vai entender pela sua atitude, então se você estiver olhando pro relógio, se sair da sala pra atender telefone você já perde o vínculo com a pessoa, então ela não vai falar nada pra você, vai muito da postura do profissional, como ele se comporta (ENF 5).

O ambiente, aquele profissional que se acha, que não respeita a experiência, a história da pessoa (ENF 8).

Estrutura física deficiente, interrupções durante o diálogo e falta de tempo também foram declaradas.

A unidade é pequena, não tem estrutura adequada, não tem uma sala só pra fazer teste rápido, não tem uma sala pra fazer aconselhamento (ENF 4).

É difícil assim, a gente tá sentada, eu estou fazendo a entrevista, eu tranco a porta, mas é o povo batendo ali, enfermeira... então não tem um momento assim, olha agora eu vou fazer o aconselhamento, é tudo uma correria (ENF 6).

A falta do tempo acho que, é o principal viu (ENF 5).

A divergência de resultados quando testagem do casal durante o aconselhamento foi associada a sentimentos incômodos, representando um desafio em sua realização.

O dele deu negativo e o dela deu positivo aí ficou um clima bem pesado (ENF 3).

Ela estava com o companheiro dela e o dela deu e o dele não, então nos ficamos numa saia justa né, o dela deu positivo e o dele não deu (ENF 5).

O pior das situações quando é casal marido e mulher é que fica aquela situação de perguntar então ele me passou e a gente não tem como né saber o momento exato que você adquiriu esse vírus, então fica uma situação complicada pra gente né, porque já entra nas relações pessoais do casal ali então tem essa parte também (ENF 6).

Ademais, a necessidade de explorar questões íntimas das gestantes para condução do aconselhamento em HIV/aids foi um elemento discursivo recorrente. Nesse sentido, os entrevistados subdividiram-se na percepção de naturalidade desse evento, enquanto a maioria estabeleceu como difícil ou desconfortável sua imersão na vida do outro.

Tranquilo, elas falam... (ENF 1).

Eu não tenho tanta dificuldade pra isso não, não tenho não... Normal, se a pessoa me mostra uma disponibilidade também né (ENF 7).

Então assim é muito tranquilo, não tenho... acho que vai do nosso pudor (...) porque se a pessoa entender que aquilo é importante para o cuidado (...) ela não vai ficar com receio (ENF 12).

Tem coisa que a gente fica, meu Deus, será que eu pergunto isso pra essa pessoa. Pra mim gera um pouco de desconforto (ENF 3).

É bem difícil abordar essa parte. Tem grupos que são mais fechados, eu percebo que são aqueles que tem uma vida mais promiscua, são as vezes bem fechados (ENF 4).

A gente faz aquelas perguntas antes, então é desconfortável porque assim tem questões que são íntimas (ENF 6).

Por fim, apenas duas enfermeiras consideraram explicitamente o ato de aconselhar como gerador de sentimentos negativos, enquanto afirmações positivas moduladas por essa prática contemplaram a maioria dos entrevistados.

Pra ser sincera, tem hora que gera medos, gera bastante desconforto, a gente fica bem preocupada mesmo por falta de uma equipe multiprofissional atrelado né, mas eu falo assim que a gente fica ansiosa. No passar do tempo à gente vai né adquirindo mais facilidades do que no início, mas eu ainda sinto insegurança (ENF 4).

Eu não gosto, de verdade, eu faço porque temos que fazer, mas se eu pudesse eliminar esse procedimento da minha vida... (ENF 7).

Eu gosto sim e eu queria ter um pouquinho mais de tempo pra me dedicar pra isso (ENF 5).

É uma coisa que eu gosto de fazer, porque eu gosto muito de fazer atendimento individual e aconselhamento (ENF 8).

5. Discussão

As percepções dos enfermeiros sobre o aconselhamento em HIV/aids para gestantes permutam em dois núcleos centrais, a testagem anti-HIV e o resultado positivo neste processo, que por sua vez, é parte indivisível do que o antecede. Embora destacados no discurso, outros elementos complementares e imersos nesta ação permitem análises entrelaçadas de significações não apenas da prática do aconselhamento, mas da própria infecção e sua influência no cotidiano da vida. O

conjunto de tais imagens garante o entendimento da complexidade empírica que envolve o aconselhamento em HIV/aids, e, portanto, serão discutidos entrelaçadamente.

O aconselhamento em HIV/aids veio fortemente atrelado ao movimento de ofertar orientações, à educação em saúde. Neste aspecto, os enfermeiros contemplam em suas falas um dos pilares teóricos que o regem (BENAZZI et al, 2012). A educação em saúde no que se refere ao compartilhamento de saberes para abordagem da infecção em seus pormenores clínicos e psicossociais, se faz necessário a fim de promover autonomia, liberdade e prevenção eficaz da doença, objetivos indiscutíveis do aconselhamento (ROCHA et al, 2018). O sujeito precisa primeiro conhecer a existência do vírus para então criar significados e movimentos internos em relação a ele. Espera-se que a conscientização das formas de contaminação, sinais e sintomas e, sobretudo, a confluência psíquica e social que envolve a infecção permitam a conclusão de que prevenir-se é a mais sábia escolha e juntamente com os demais fundamentos do aconselhamento, garantam a proteção da doença (ARAÚJO et al, 2018).

Há, porém uma linha tênue entre o discurso e a prática. Referir e associar o aconselhamento à educação em saúde não significa que esta contemple no cotidiano da assistência todas as variáveis a que se propõe. Parece ser contraditória a referência deste pilar quando analisado, por exemplo, à luz da operacionalização do aconselhamento pré-teste. Cabe ressaltar que esta etapa se mostrou bastante variável no discurso dos profissionais, apresentando distanciamento de padrões ou destacadas similaridades. Constituíram-se de falas rasas e diretas, voltadas mais a explicação de aspectos técnicos do teste anti-HIV do que a explorar e garantir o entendimento sobre a infecção associando-o a outros elementos primordiais.

O repasse informacional, embora presente, se mostrou isolado, e sabe-se que a informação por si só não é efetiva em promover mudanças atitudinais (SILVA et al, 2018). A avaliação das vulnerabilidades em conjunto à abordagem integral da doença torna-se indispensável para reflexão da existência e potencialização da prevenção ao HIV, pois denota sentido ao diálogo no reconhecimento da subjetividade própria a ser investigada (ARAÚJO et al, 2018). Este recurso importantíssimo do aconselhamento esteve oculto na presente pesquisa, denotando uma fragilidade gritante da qualidade da prática ofertada.

Vulnerabilidade é um conceito extremamente significativo na história da epidemia do HIV, não só porque representa o rompimento e substituição de conceitos estigmatizados como “comportamento e grupos de risco”, mas reflete as conquistas sociais alcançadas na naturalização da infecção, redução do preconceito e mudanças perceptivas populares (DIMENSTEIN, CIRILO NETO, 2020). A vulnerabilidade estabelece novos parâmetros à análise da contaminação pela infecção, admitindo a integralidade desse evento que se estende a aspectos indissociáveis do ser humano como o contexto socioeconômico e cultural a qual está inserido (LEAL, COELHO, 2016). Assim, o indivíduo não é mais tido como responsável por adquirir uma doença incurável ou julgado pelo modo de vida que possui, mas contempla-se qual o grau de conscientização que tem sobre os comportamentos que oportunizam este contágio, garantido em associação à educação em saúde ampliada, e ao poder efetivo de que possui para mudar sua realidade (DIMENSTEIN, CIRILO NETO, 2020).

Assim, a avaliação das vulnerabilidades, ou seja, a reflexão compartilhada de ser humano, das relações, da existência e de situações nesse contingente que predisponham a contaminação pelo vírus, permite ao enfermeiro não apenas entender quem são as mulheres, mas resgatar recursos internos e externos para solução desses problemas (SILVA, SILVA, FERREIA, 2019). Esse elemento exige por sua vez, vínculo e relações de confiança, pois a abertura do outro só é possível diante daquele que se conhece, se relaciona, que se faz sentir seguro e acolhido (AN et al, 2015).

Embora não direcionados especificamente a este quesito, mas admitindo ser parte do mesmo, os enfermeiros referiram aspectos conflitantes na imersão de questões íntimas das mulheres. Prioritariamente, vale ressaltar que os sentimentos que perpassam a realização do aconselhamento foram majoritariamente afirmativos. Apenas duas enfermeiras relataram explicitamente incômodo ao realizar o mesmo, que se associa, sobretudo, à possibilidade do diagnóstico reagente para HIV, retomando a centralidade das percepções na testagem e soropositividade da infecção. Abordar, portanto, assuntos de cunho sexual e relacional foi tido, em sua maioria, como desconfortável e difícil para os entrevistados e esses sentimentos se estendem quando o aconselhamento ocorre diante testagem ao casal que evidencia resultado divergente.

É importante, todavia, fazer uma distinção peculiar desse achado. Conquanto representem percepções negativas, estas não diminuem a imagem positiva imediata do

aconselhamento relatada pelos enfermeiros, mas traduzem apenas uma parte desse processo. A diferenciação se justifica na ordem que estas informações aparecem em associação a achados da literatura. Estudos (NEVES, GIR, 2009, ROGERS et al, 2016) têm demonstrado o predomínio de sentimentos negativos diante o aconselhamento em HIV e esses são normalmente relatados consecutivos à abordagem do tema, o que não aconteceu nesta pesquisa. Tais significados foram referidas apenas na exploração do fazer prático e refletem um desafio para sua realização.

Para fortalecer o protagonismo e empoderamento da mulher o aconselhamento exige como já citado, a investigação e interiorização do que é do outro. Tudo aquilo que não é particular do indivíduo é íntimo e alheio e necessita de permissão para ser acessado. É daí que se evidencia a dificuldade relatada, pois para que isso aconteça há uma série de determinantes que envolvem o profissional de saúde e o usuário (SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018). O incômodo dos enfermeiros nesse quesito parece emergir substancialmente na predominante resistência à naturalização de assuntos indissociáveis e integrantes da saúde, como gênero, sexualidade e intimidade afetiva, que se fortalecem continuamente como tabus sociais (FERNÁNDEZ-SOLA et al, 2018).

É importante desconstruir a percepção de que tais indagações, quando sua ocorrência se justifica em um propósito, do fazer saúde e promover a qualidade de vida, se refere a uma violação do direito. O próprio conceito da integralidade do cuidado pressupõe o intercâmbio a todos esses elementos à medida que vislumbra o sujeito como um ser complexo e holístico (MOUTA et al, 2018). Quando o profissional não assume esta significação o desconforto em tratar do que não lhe pertence é espontâneo, pois não se considera nesse poder, mas também omite um dever intrínseco inerente a sua responsabilidade como protetor e promotor da saúde. Todavia, quando o mesmo entende que a atenção integral à saúde é indissociável à abordagem de tais temas, torna-se potencializado que o mesmo compartilhe da preocupação e importância de tal abordagem com as mulheres, disparando a construção da corresponsabilização do cuidado (FERNÁNDEZ-SOLA et al, 2018).

Assim, a atuação do enfermeiro será guiada pelas preconcepções e análises que possui não só sobre os assuntos ali explorados, mas também daquele a quem se dirige, que aliados à sua postura ética e profissional, influenciará nas significações e abertura

da gestante a este que lhe aconselha (MORIN, 2000, PASSOS et al, 2013). Neste sentido, o vínculo e as habilidades interpessoais que favoreçam relações de confiança e troca, foram amplamente citados como facilitadores do aconselhamento. Não obstante, questionamentos emergem dos sentimentos supracitados, na qual, os enfermeiros estão a construir vínculo com suas gestantes? Há um investimento no conhecimento do outro e na troca mútua? O desconforto existente não seria fruto da fragilidade nesses pré-requisitos?

Se recorrentemente os enfermeiros parecem apresentar dificuldade nas relações interpessoais com as gestantes de risco habitual, qual a intensidade que este desafio assume quando refere-se à abordagem dessa infecção e mais especificamente às mulheres com elevada vulnerabilidade ou que convivem com a doença? Essas interrogações somam-se às percepções estigmatizadas que ainda permanecem nos entrevistados, como associação do HIV a grupos específicos e estilos de vida socialmente reprováveis, como o contágio pela traição e outros estereótipos, amplamente presente em seus discursos.

Como esses valores não podem ser negados, pois são inerentes à complexidade humana, os seus desdobramentos na condução do aconselhamento são extremamente relevantes (MORIN, 2000). Eles definiram se o profissional adotará, mesmo que não verbalmente uma postura de julgamento, reprovação e reprodução de estigma ou se estará isento de preconceitos, disposto a ouvir, a respeitar a mulher e sua história de vida, bem como valorizar sua subjetividade e seu contexto. Solícito a reconhecer os saberes das gestantes e trocar experiências, resguardando o respeito, sigilo e a privacidade. E embora a resposta da mulher não dependa apenas da postura do enfermeiro, seu poder de indução é inquestionável (AN et al, 2015).

Em tal direcionamento analítico, outro ponto precisa ser destacado, na qual apresenta-se majoritária a percepção de que a condição de estar grávida implica em maior disponibilidade e abertura da mulher não só ao aconselhamento, mas ao autocuidado e corresponsabilização. A imagem aqui referida permuta não só em aspectos práticos da rotina de pré-natal que envolve a frequência rotineira nos serviços de saúde, mas principalmente a significação de gênero, corpo e papéis sociais (KLEINIBING et al, 2016).

A desvalorização da mulher e sua perpetuação ao longo do tempo, construiu percepções coletivas fundamentadas na desigualdade e desrespeito entre os sexos. Culturalmente foi imposta à mulher o papel de submissão, dominação e controle pelos homens, estabelecendo relações desiguais de poder (SOUZA et al, 2020). O corpo feminino foi limitadamente associado a um organismo reprodutor, um ser sem direitos e voz, com predominante desprezo de sua potencialidade para o prazer, autonomia, liberdade e expressão de viver. Ao mesmo tempo se fortaleceu a imagem que a associa a um ser maternal, cuidador, romantizando os elementos a esta natureza correlacionados e estabelecendo papéis de gênero bem fundamentados e delimitados, que tendem a balizar a potencialidade de sua existência (LOURENÇO, AMAZONAS, LIMA, 2018).

Embora muito se tenha alcançado para reversão desta realidade, tais significações enraízam-se no entendimento não só de como a sociedade significa as mulheres, mas como elas mesmos se compreendem, trazendo cargas emocionais coletivas na qual estas devem responder e se reconhecer. Mais do que nunca na gestação, ela se vê diante de requisitos morais, historicamente concebidos, que deve valorizar a fim de ser aceita em seu meio, considerando o julgamento extremo que a envolve para que garanta o bem-estar do seu filho, o que contribui por sua vez, ao incentivo para o autocuidado (MATTAR, DINIZ, 2012).

Retomando a percepção supracitada, deve-se admitir, portanto, que se a gestação por si só se apresenta como um facilitador ao aconselhamento, a carga responsiva referente a quem se aconselha se reduz significativamente e o processo se torna majoritariamente modulado pelo profissional que o conduz e, portanto, as limitações dessa prática também são determinadas pelo aconselhador.

Pode-se inquirir neste quesito a centralidade das percepções na testagem rápida anti-HIV, na qual ao serem questionados sobre o aconselhamento em HIV/aids e quando o mesmo ocorre direcionam suas falas a este processo. Embora o aconselhamento seja uma etapa fundamental do mesmo, é uma prática ampliada, independente de sua realização e que deve ocorrer em momentos oportunos a fim de atingir seus objetivos (RODRIGUES et al, 2020). Esse entendimento foi citado apenas por duas enfermeiras que reconheceram a abordagem do tema em períodos estratégicos da vida feminina como em consultas para coleta do exame citopatológico, menarca e início da vida sexual.

A limitação perceptiva do aconselhamento não apenas se manifesta na restrição à testagem, mas também na operacionalização do aconselhamento pré e pós-teste. Como já anteriormente analisado o momento que antecede o exame embora resguarde minimamente o aspecto informacional, não contempla a avaliação de vulnerabilidades e nem o suporte psíquico, terceiro pilar do aconselhamento em HIV/aids. O apoio emocional remete-se ao exame e acolhimento de todos os sentimentos que permutam o indivíduo neste processo e conquanto o mesmo tenha sido referido apenas no pós-teste positivo, a variável de sensações que a mulher vivencia se inicia no momento em que esta se dispõe a realizar o exame, permanecendo na espera e modulando-se pelo resultado (LIMA et al, 2020).

Admitir às emoções durante o aconselhamento constitui-se como uma adicional ferramenta que potencializa a compreensão de medos, incertezas e até mesmo vulnerabilidades. Oferece uma prévia das prováveis reações da mulher diante os possíveis resultados e qual a melhor postura e abordagem para que esta se sinta segura e encontre o equilíbrio psíquico. Valorizar seus sentimentos implica ainda no reconhecimento de suas particularidades, na visibilidade de quem é, o que, por sua vez, fortalece as relações interpessoais ali em construção e tão necessárias para garantir a eficácia do aconselhamento (SILVA, SZAPIRO, 2015).

Paralelamente, a testagem anti-HIV assume involuntariamente uma postura rotineira e automática, um procedimento obrigatório submerso na assistência ao pré-natal. Esse movimento compulsório fragiliza a reflexão dinâmica sobre o teste, sua importância e as variáveis que contempla, passando a ser mais uma atividade a ser realizada, que na repetição perde o sentido e, portanto, que se restringe continuamente (ROCHA et al, 2018). Isso se observa na unanimidade da ocorrência da testagem às gestantes na primeira consulta de pré-natal, onde a sua condução não é exclusiva, mas se divide com outros elementos como a abertura do sisprenatal, preenchimento da carteirinha de gestante, avaliação física e obstétrica e introdução de conteúdos referentes ao período gravídico-puerperal. Nesse meio, o aconselhamento e a testagem passam quase despercebidos, e o ciclo de tais eventos se desloca adicionalmente aos achados aqui encontrados.

Adicionalmente, a aceitação inquestionável das mulheres à testagem, referida pelos enfermeiros entrevistados, não apenas retoma as significações da mulher como um

ser maternal, altruísta quando se trata de seus filhos, mas remete ao julgamento dos mesmos diante aquelas que se afastam da moralidade pregada e do foco da atenção à saúde para o bebê. Recusar o teste firma-se socialmente como inadmissível, uma vez que tal decisão envolve outra vida e todos os esforços devem ser feitos para preservá-la, não conferindo como escolha consciente, mas como ação compulsória (LOURENÇO, AMAZONAS, LIMA, 2018).

Embora a atenção à saúde neste período a fim de promover uma gravidez e o nascimento de um bebê saudável seja extremamente necessária, percebe-se, que muitas vezes ela oculta a atenção integral específica a mulher, que passa despercebida à medida que o direcionamento do cuidado se firma em desnível a sua prole (AN et al, 2015). Negar-se a realizar o exame pode indicar contextos e compreensões complexas que envolvem a vida da mulher, bem como subsídios para entendimento de vulnerabilidades e emoções. O aconselhamento nesse sentido, deve, a partir de seus pilares, auxiliar a mesma a refletir sua importância, onde conferindo sentido, garanta sua adesão, reconhecendo que o fazer não apenas se objetiva para o bem-estar fetal, mas sobretudo à sua própria saúde (MITIKU, ADDISSIE, MOLLA, 2017).

O aconselhamento pós-teste, segundo os enfermeiros, depende da especificidade do resultado. Diante a negatividade, o mesmo se apresenta pontual, prioritariamente, na retomada de aspectos técnicos e interpretativos do exame, podendo ser retomado ou não o diálogo preventivo. Além da presente superficialidade em sua operacionalização, a leitura na íntegra do material transcrito denota a impressão que o mesmo nem sempre ocorre ou é reconhecido como essencial para continuidade do cuidado a esta mulher, afinal, é comprovadamente estabelecido que ela não convive com a infecção e por isso não demanda atenção especial nesse quesito.

No entanto, considerando previamente o exercício das demais etapas, o pós-teste corresponde à ocasião em que o profissional de saúde mais possui impressões e compreensão daquela mulher e de sua história, e, portanto, torna-se o momento mais oportuno para auxiliá-la no resgate de seus recursos internos e de sua realidade de vida em busca do empoderamento feminino e liberdade, garantindo prevenção eficaz à infecção, não só por denotar sentido por refletir sua subjetividade, mas por promover mudanças perceptivas e comportamentais (SILVA et al, 2018).

Em vista de tais achados, outra relação deve ser estabelecida. Apenas duas enfermeiras associaram o pós-teste exclusivamente ao resultado positivo e não obstante representem a minoria que declara explicitamente esta distinção, parece que as limitações evidenciadas na ocorrência do pós-teste diante resultado negativo afirmam sua condução apenas na hipótese apresentada e isso retoma novamente a centralidade do aconselhamento diante a especificidade do resultado.

O aconselhamento pós-teste positivo, por sua vez, a partir do referido, deve resgatar o apoio psicológico, o diálogo sobre o tratamento, a resposta de dúvidas e a tentativa de afastar percepções negativas do convívio com a doença. Embora nenhum enfermeiro tenha vivenciado a necessidade de comunicar um resultado reagente para HIV, os mesmos acreditam que fazê-lo carregaria uma complexidade única, sobretudo porque, esta condição na gestação traz à tona uma situação imediata que é a possibilidade de transmissão vertical da doença. À medida que a mulher assimila e se reconhece diante uma infecção crônica lida com a preocupação interna e o julgamento social de poder infectar o seu filho. Logo, sua adaptação atinge proporções extremas (RAHIM et al, 2017).

A condição de estar grávida fornece muitas vezes a falsa percepção de proteção e imunidade e a ocorrência de tal diagnóstico pode romper com expectativas existenciais dessa mulher, onde fatores socioeconômicos e individuais como o desejo ou não da gestação, rede de apoio e sua cultura influenciam na adaptação e interiorização dessa nova vivência (MITIKU, ADDISSIE, MOLLA, 2017). A profundidade da situação se move ao aconselhamento e o torna também obscuro e é nesse contexto que o profissional se envolve e precisa atender a todas as demandas ali evidenciadas. Percebe-se, portanto, que o enfermeiro vive sentimentos antagônicos, na qual ao mesmo tempo em que se coloca no lugar da gestante se reconhece como responsável por comunicar uma notícia destrutiva, pois carrega significados de estigma e da dificuldade biopsíquica de conviver com a infecção. A forma como mulher reage regula ainda suas emoções, e como o mesmo se vê diante de uma situação que não tem o controle, se sente despreparado, buscando apoio imediato de outros profissionais.

A falta de recursos internos, muitas vezes presente nas profissionais, para lidar com a complexidade do aconselhamento e mais precisamente com o sorodiagnóstico da infecção pode ser também compreendido à luz da formação profissional, do cotidiano

de trabalho, da construção sócio-histórico-cultural e da presença do processo de educação permanente. A academia se mostra ainda frágil em explorar o reconhecimento da multidimensionalidade humana no processo educacional e isso ocorre não só pelo pouco debate e resgate do tema, mas sobretudo, às metodologias de ensino adotadas, que não potencializam a reflexão crítica, o desenvolvimento de habilidades interpessoais, bem como a interiorização do sujeito como ser integral e indivisível (MATTIA, KLEBA, PRADO, 2018).

Para se aprender a cuidar, é preciso antes ser cuidado. Para que o enfermeiro consiga destacar subjetividades, dignificar saberes e experiências alheias, ele precisa antes ter as próprias vivências nesse sentido. Ele precisa se reconhecer como ser complexo para então valorizar as particularidades de seus usuários. Seus sentimentos precisam ser postos em pauta para que ele reproduza essa atitude. Todos esses aspectos, por sua vez, são lacunas importantes na formação profissional, que se refletem na perpetuação de modelos assistenciais fragmentados e distantes da clínica ampliada (MAROJA, FERNANDES, ALMEIDA JUNIOR, 2020).

Ademais, o enfermeiro se submerge nos predominantes sistemas assistenciais tecnicistas, e por vezes impessoais, desenvolvendo com fragilidade a habilidade da empatia, escuta qualificada e cuidado integral. A educação permanente pouco se constitui na promoção de processos reflexivos para transformação das práticas potencializadas pelas evidências científicas e as atividades educacionais se focam na preocupação restrita à atualização do conhecimento tácito e a perpetuação do cuidado fragmentado e biologicista. (MENDES et al, 2020). Logo, as limitações evidenciadas no processo de aconselhar reproduzem a vivência restrita que o profissional de saúde tem sobre sua atuação, onde o cuidado predominantemente técnico torna-se uma armadura para garantir o controle de sua assistência, uma vez que tudo aquilo que ultrapassa sua zona de conforto deve ser evitado pois gera desconforto pela falta ou subdesenvolvimento de competências necessárias em sua realização.

Assim, o aconselhamento pós-teste diante a positividade do diagnóstico continua sendo um desafio, embora se observe um movimento de redução da carga emocional desta situação, evidenciado na fala de três enfermeiras que caracterizam esse acontecimento como uma oportunidade de se sentirem gratas por auxiliar a gestante a identificar um diagnóstico precoce e a se cuidar, bem como afastar as imagens negativas

que permeiam o HIV. O pós-teste diante resultado reagente para o HIV representa a significação primária que o indivíduo constrói sobre conviver com a infecção e, portanto, é fundamental e determinante na qualidade da adaptação dessa nova experiência. É preciso oferecer tempo para que a mulher entenda o que está acontecendo e expresse suas emoções, para então ser acolhida. Um pós-teste adequadamente conduzido potencializa a aceitação da infecção, adesão a terapia antirretroviral, redução do estigma e a construção de planos de cuidados compatíveis com a realidade ali destrinchada (SILVA et al, 2018).

Todos os fatores analisados permitem o reconhecimento das variáveis que interferem na qualidade e eficácia do aconselhamento em HIV/aids. Além daqueles referentes aos profissionais de saúde e suas habilidades, problemas estruturais e sobrecarga de trabalho foram apresentados como dificultadores à sua realização. A ausência de ambientes confortáveis, privativos e próprios a esta atividade, bem como as recorrentes interrupções pela equipe de saúde nesse processo são os mais recorrentes desafios em sua operacionalização.

O conjunto de achados desse estudo denota o intercâmbio de percepções que emergem de afirmações e conflitos, onde os sentimentos se mesclam no reconhecimento da complexidade que envolve a prática de aconselhar diante uma infecção crônica que carrega significados enraizados e em transformação progressiva. A partir das percepções aqui exploradas em comparação às produções científicas, pode-se inquirir um avanço positivo na imagem do aconselhamento em HIV/aids, que não exclui, todavia, desafios persistentes em sua realização.

A desconstrução e reconstrução de valores pela reflexão da existência e da prática do cuidado, discussão sobre o tema e aprimoramento profissional com inovação de conhecimento tácito e das habilidades interacionais, incentivo à metodologias ativas de ensino e valorização da complexidade humana se apresentam como um caminho certo para construção de novos significados e qualificação do aconselhamento em HIV para as mulheres grávidas, promovendo a autonomia, protagonismo, empoderamento e principalmente a prevenção eficaz diante o vírus, contribuindo para redução da morbimortalidade feminina e transmissão vertical do HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A significação do aconselhamento em HIV/aids à medida que se centra, sobretudo, na realização do teste rápido para detecção do vírus e no resultado reagente para infecção denota uma lacuna importante na internalização ampliada dessa prática e restrições destacadas em seu desenvolvimento. A clareza do afastamento teórico diante os elementos que compõem esse diálogo se reflete no alcance limitado para promoção da autonomia e empoderamento da mulher, que se estendem à fragilidade da prevenção eficaz desta diante a infecção, interferindo assim em seus indicadores de morbimortalidade e de transmissão vertical da doença.

Embora sentimentos conflitantes modulem aspectos específicos do aconselhamento, na qual a abordagem da intimidade e sexualidade e o diagnóstico positivo para HIV reflitam desafios persistentes na condução do cuidado, significados afirmativos têm a ele sido relacionados, potencializando a construção de novas percepções compatíveis com a naturalização do tema. Para tanto, torna-se indispensável o investimento e incentivo sobre o debate diante a infecção, não apenas nos ambientes de formação, mas, sobretudo, no cotidiano da assistência e do fazer prático.

É preciso ainda o fomento de metodologias ativas no processo de construção do conhecimento e movimentos de reflexão contínua, favorecendo o desenvolvimento de habilidades interpessoais, com valorização da complexidade humana e holística, bem como profissionais críticos, competentes cientificamente e comprometidos com a transformação de realidades.

7. Referências

ARAÚJO, M.A.L.; QUEIROZ, F.P.A; MELO, S.P; SILVEIRA, C.B; SILVA, R.M. Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade. *Cienc Cuid Saude*. v.7, n.2, pp. 216-223, abr/jun, 2008.

ARAÚJO, W.J; QUIRINO, E.M.B; PINHO, C.M; ANDRADE, M.S. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Enferm*, v.71, n.1, pp.631-636, 2018.

ARMSTRONG, R; HALL, B.J; DOYLE, J; WATERS, E. Cochrane Update ‘Scoping the scope’ of a cochrane review. *Journal of Public Health*, v.33, n.1, pp.147-150, 2011.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; HOLZMANN, A.P.F.; CARDOSO, L.; PAULA, A.M.B.; HAIKAL, S.S. Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2015-2016. *Epidemiol. Serv. Saude*, v.29, n.1, 2020.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; HOLZMANN, A.P.F.; PAULA, A.M.B.; HAIKAL, S.S. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. *Acta Paul Enferm*, v.28, n.6, pp. 531-538, 2015.

BENAZZI, A.S.T; VIANA, L.S; SANTOS, T.F; MARQUES, W.S. Aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv da gestante na atenção básica. *Cad. Pesq.*, São Luís, v. 19, n. 1, jan/abr, 2012.

BRANDÃO, B.M.G.M; PEREIRA, V.M.A.O; GÓIS, V.A.R.S; SILVA, C.R.L; ABRÃO, F.M.S. Representações sociais da equipe de enfermagem perante o paciente com HIV/Aids: uma revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE*. Recife, v.11, n.2, pp. 625-633, fev, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes nacionais para o aconselhamento em DST/HIV/HV. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 7 abr. 2016.

BRASIL. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2019.

CAJADO, L.C.S. Cidadãs Posithivas: Ativismo e Cuidado em saúde entre mulheres com HIV/aids, no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

CARNEIRO, A.J.S; COELHO, E.A.C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.1, pp. 1217-1226, 2010.

CARNEIRO, A.J.S; COELHO, E.A.C. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. *Rev Bras Enferm*, v.66, n.6, pp. 887-892, nov/dez, 2013.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da assistência e social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v.15, n.1, jan-mar, 2020.

ERENA, A.N.; SHEN, G.; LEI, P. Factors affecting HIV counselling and testing among Ethiopian women aged 15– 49. *BMC Infectious Diseases*, v.19, n. 1076, 2019.

FEITOSA, J.M.F.; CONCEIÇÃO, H.N.; CÂMARA, J.T.; CHAVES, T.S.; PEREIRA, B.M.; MOURA, L.R.P.; BARRETO, C.S. *et al.* Análise epidemiológica e espacial de HIV/AIDS em crianças e gestantes. *Rev enferm UFPE on line*, v.14, e243437, 2020.

FERNÁNDEZ-SOLA, C.; HUANKARA-KANA, D.; GRANERO-MOLINA, J.; CARMONA-SAMPER, E.; LÓPEZ RODRÍGUEZ, M.M.; HERNÁNDEZ-PADILLA, J.M. Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers. *Acta Paul Enferm*, v.31, n.3, pp. 305-312, 2018.

FONSECA, L.K.S.; SANTOS, J.V.O.; ARAÚJO, L.F.; SAMPAIO, A.V.F.C. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v.13, n.2, pp. 1-14, 2020.

KLEINIBING, R.E; PAULA, C.C; PADOIN, SMM, SILVA C.B, FERREIRA, T; CHERUBIM D.O. Estratégias de cuidado à saúde de gestantes vivendo com HIV: Revisão Integrativa. *Ciencia y Enfermeria XXII*, n.2, p. 63-90, 2016.

KRIPPENDORFF, K. Content analysis: an introduction to its methodology. London (UK): Editora Sage, 1980.

LIMA, P.B.S.X.C.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO, A.K.; LEITE, J.M.A. Percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o aconselhamento no teste rápido para HIV. *Esc Anna Nery*, v.24, n.2, pp. 1-9, 2020.

LIMA, S.S; SILVA, L.C.S; SANTOS, M.V; MARTINS, J.P; OLIVEIRA, M.C. Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. *Ciência&Saúde*, v.10, n.1, pp.56-61, 2017.

LOURENÇO, G.O.; AMAZONAS, M.C.L.A.; LIMA, R.D.M. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiencia da soropositividade. *Sexualidad, Salud, y Sociedad*, n.30, pp. 262-281, 2018.

MAROJA, M.C.S.; FERNADES, M.N.F.; ALMEIRA JÚNIOR, J.J.; Integralidade na formação: compreensão de orientadores e da equipe multiprofissional. *Nufen: Phenom. Interd.*, v.12, n.3, pp. 176-197, set/dez 2020.

MATTAR, L.D; DINIZ, C.S.G. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. *Interface*, v.16, n.40, pp. 107-119, jan-mar, 2012.

MATTIA, B.J; KLEBA, M.E; PRADO, ML. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. *Rev Bras Enferm*, v.71, n.4, pp.2039-3049, 2018.

MENDES, T.M.C.; FERREIRA, T.L.S.F.; CARVALHO, Y.M.; SILVA, L.G.; SOUZA, C.M.C.L.; ANDRADE, F.B. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. *Texto Contexto Enferm*, v.29, n. e20180333, 2020.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MITIKU, I; ADDISSIE, A; MOLLA, M. Perceptions and experiences of pregnant women about routine HIV testing and counselling in Ghimbi town, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Res Notes*, v.10, n.101, 2017.

MOUTA, R.J.O.; OLIVEIRA, C.L.; MEDINA, E.T.; PRATA, J.A.; CORREIA, L.M.; MOTA, C.P. Fatores relacionados ao não uso de medidas preventivas das infecções sexualmente transmissíveis durante a gestação. *Rev baiana enferm*, v.32, n. e26104, 2018.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Contéudo Temático-Categorial: Uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, out/dez; v. 16, n.4, pp. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, M.I.C; SILVA, K.S; GOMES, D.M. Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.2, pp. 575-584, 2018.

PASSOS, S.C.S; OLIVEIRA, M.I.C; GOMES JÚNIOR, S.C.S; SILVA, K.S. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n.2, pp. 278-287, 2013.

PATRIOTA, L.M; MIRANDA, D.S.M. Aconselhamento em DST/AIDS à gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L.M. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 201-218.

PETERS, M.D.J; GODFREY, C.M; MCLNERNEY, P; SOARES, C.B; KHALIL, H; PARKER, D. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition /Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015.

PREVIATI, S.M.; VIEIRA, D.M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. *J. Health Biol Sci*, v.7, n.1, p.75-81, 2019.

RAHIM, S.H; GABATZ, R.I.B; SOARES, T.M.S; MILBRATH, V.M; SCHWARTZ, E. Gestantes e puérperas soropositivas para o HIV e suas interfaces de cuidado. *Rev enferm UFPE online*. Recife, v.11, n.10, pp. 4056-4064, out., 2017.

ROCHA, K.B; SANTOS, R.R.G; CONZ, J; SILVEIRA, A.C.T. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis and hepatitis. *Saúde Debate*, v.40, n.109, pp.22-33, 2016.

RODRIGUES, L.C.C.; FREITAS JUNIOR, R.A.O.; BARRETO, C.T.R.; CASSIANO A.N.; LIMA, A.S.; SILVA, C.G.S. Desenvolvimento da habilidade de comunicação dos estudantes de medicina para o aconselhamento pré-teste HIV no pré-natal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.44, n., e026, 2020.

SANTOS, R.O.M.; ROMANO, V.R.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, e280206, 2018.

SILVA, R.A.R; TORRES, G.V; DANTAS, S. C; NELSON, A.R.C; DUARTE, F.H.S; COSTA, D.A.R.S. Atenção à saúde de portadores de HIV: avaliação de usuários. *Rev Fund Care Online*, v.9, n.1, pp. 21-27, jan-mar, 2017.

SILVA, T.Q.C; SZAPIRO, A.M. Mulheres heterossexuais em relacionamento estável: limites do aconselhamento em DST/HIV/aids. *Rev. Subjetividades*, Fortaleza, v.15, n.3, pp. 350-361, dez, 2015.

SOUZA, S.O; PAULA, A.C; SILVA, C.A; CARVALHO, P.M.R.S; SOUZA, M.M; MATOS, M.M. Iniquidades de gênero e vulnerabilidade às IST/HIV/AIDS em adolescentes de assentamento urbano: um estudo exploratório. *Ciencia y Enfermeria*, v. 26, n.12, pp. 1-10, 2020.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n.6, pp. 349 –357, 2007.

TRINDADE, F.F.; FERNANDES, G.T.; NASCIMENTO, R.H.F.; JABBUR, I.F.G.; CARDOSO, A.S. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. *Journal Health NPEPS*, v.4, n.1, pp. 153-165, jan-jun 2019.

UNAIDS, United Nations Programme on HIV/AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Aids Update. Geneva, Switzerland, 2020.

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice A- COREQ: 32-item checklist (TONGM SAINSBURY, CRAIG, 2007)

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

8.2 Apêndice B – Questionário de perfil profissional

Nome:

Idade:

Tempo de Formação: _____ anos _____ meses

Aprimoramento Profissional (Especializações/residências, mestrado, doutorado):

Tempo de atuação na Saúde da Família: _____ anos _____ meses

Participação em cursos de capacitação em HIV/Aids: () SIM () NÃO

ANO	NOME DO CURSO	INSTITUIÇÃO ORGANIZADORA

8.3 Apêndice C – Roteiro de Entrevista

1) Me conta um pouco o que vem à cabeça quando falamos sobre aconselhamento em HIV?

(definição, finalidade)

2) Vocês realizam aconselhamento aqui na unidade?

(aconselhamento como prática educativa ampliada e pré/pós-teste)

3) (Se sim) Me conta um pouco sobre o aconselhamento em HIV/aids para as gestantes que você faz na unidade.

(explorar quando faz, onde acontece – local seguro e confidencial, quanto tempo demora, se inclui o parceiro, quais os assuntos abordados, desafios e facilidades).

4) Como você se sente ao realizar o aconselhamento em HIV para gestantes?

5) Você acha que existem particularidades/diferenças no aconselhamento em HIV para gestantes em relação a outros grupos?

6) No aconselhamento pós-teste, você já teve que comunicar um resultado positivo para HIV? Como foi?

Se não, como você acha que seria?

(explorar sentimentos, percepção do impacto para a mulher, postura, condutas adotadas).

8.4 Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)**

**ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS ÀS GESTANTES: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eu, Kemily Benini Costa, estudante do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa - Aconselhamento em HIV/aids às gestantes: percepções de enfermeiros da Saúde da Família - orientada pela Prof^a Dr^a Marcia Niituma Ogata. A proposta desse estudo é descrever e analisar as percepções dos enfermeiros da Saúde da Família sobre o aconselhamento em HIV para gestantes.

Você foi selecionado(a) por ser enfermeiro(a), com vínculo empregatício municipal e pertencente à uma equipe de Saúde da Família do município de São Carlos/SP, bem como estar há pelo menos um ano trabalhando na unidade e ser capacitado(a) para realização do teste rápido de HIV. Primeiramente você será convidado(a) a responder um formulário com informações para identificação de seu perfil profissional. Em seguida será realizada uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o aconselhamento em HIV às gestantes.

A entrevista será individual e realizada no próprio local de trabalho, com duração aproximada de 30 a 50 minutos. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que sua participação pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais ao responder perguntas que envolvam as próprias ações; leve cansaço diante o formulário e interrupção de seu horário de trabalho. Diante dessas situações, você terá garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas que considerar constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Quanto à interrupção do horário de trabalho, a entrevista poderá ser realizada em outro lugar, de sua escolha, fora do expediente laboral, se assim o preferir; considerando que o horário estabelecido será modulado por sua disponibilidade.

Sua participação nessa pesquisa não te trará benefícios diretos, mas auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios sobre o aconselhamento de HIV às gestantes e de fluxos de abordagem que considerem a integralidade e fragilidades relativas às mesmas durante o pré-natal. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Solicito sua autorização

para gravação em áudio da entrevista. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (16)997115786. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____ e-mail: _____

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante