

**TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA**

***TESTAGEM DO HIV: A UNIVERSALIZAÇÃO DA  
OFERTA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE  
RECIFE-PE***

**CAMPINAS**

**2004**

**TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA**

**TESTAGEM DO HIV: A UNIVERSALIZAÇÃO DA  
OFERTA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE  
RECIFE-PE**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA RITA DE CAMARGO DONALÍSIO**

**CAMPINAS**

**2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

OL 4t      Oliveira, Tiago Feitosa de  
            Testagem do HIV: a universalização da oferta na rede básica  
de saúde de Recife-PE / Tiago Feitosa Oliveira . Campinas, SP  
: [s.n.], 2004.

            Orientador : Maria Rita de Camargo Donalísio  
            Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

            1. Testes. 2. Saúde da família. 3. Prevenção primária. I.  
Maria Rita de Camargo Donalísio. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

**Orientador: Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio**

## **Membros:**

**1. Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio**

**2. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**

**3. Prof. Dr. Marcos Drumond Júnior**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 26/02/2004**

## ***DEDICATÓRIA***

*À minha mãe Selma, pelo orgulho que estaria sentindo.*

*Ao meu pai Airton.*

*À Bernadete, pelo que estamos vivendo juntos.*

*À filha Luiza, a grande novidade da minha vida.*

## ***AGRADECIMENTOS***

---

À Rita, pela acolhida nos anos de residência e o incentivo decisivo para que eu não ficasse no meio do caminho.

Ao Gastão, pela amizade e pelo aprendizado durante meu ‘exílio’ em Campinas.

Ao Adail, Teresa, Marilisa e a todos que contribuíram no meu processo de formação acadêmica.

Aos companheiros da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, minha grande escola.

Em especial à equipe do Distrito de Saúde Leste, pelo que construímos juntos.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, em especial ao Programa Municipal de DST/HIV/aids.

Aos amigos: Roberta, Cipriano, Linete, Ângelo, Adriana, Jeanete, Mena, Roberto, Rosana...

*“Esse vírus diabólico, maligno em todos os sentidos da palavra, desregula de início as defesas imunitárias do organismo, desorganiza sua política interna, em seguida perturba por efeito de ricochete as relações sexuais e, por fim, envenena as relações sociais de uma maneira inédita, mais sutil e insidiosa que a lepra medieval, a sífilis da Renascença ou a tuberculose do princípio da civilização das máquinas”.*

***Mirko Grmeck, Histoire du sida.***

	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>x</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xii</i>
<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 - A EPIDEMIA DE HIV/AIDS</b> .....	18
2.1 - HIV/AIDS no Brasil.....	20
<b>3 - A OFERTA DO TESTE</b> .....	23
3.1 - O Teste Anti-HIV.....	25
3.2 - Aconselhamento.....	27
3.3 - Fique Sabendo.....	28
<b>4 - A REDE BÁSICA DE SAÚDE</b> .....	30
<b>5 - O RECIFE</b> .....	32
5.1 - A aids no Recife.....	34
5.2 - O Programa Municipal de Combate ao HIV/aids.....	35
5.3 - A Rede Básica e a Oferta do Teste.....	36
<b>6 - OBJETIVOS</b> .....	38
6.1 - Objetivo Geral.....	39

6.2 - Objetivos Específicos.....	39
<b>7 - HIPÓTESES.....</b>	<b>40</b>
<b>8 - CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>42</b>
8.1 - Roteiro de entrevista com o profissional da equipe de saúde da família.....	46
<b>9 - SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>47</b>
9.1 - Oferta do Teste e Manejo do Resultado.....	48
9.2 - Aconselhamento.....	54
<b>10 - CONCLUSÕES.....</b>	<b>58</b>
10.1 - A contribuição do aconselhamento.....	60
10.2 - O Papel do CTA.....	60
10.3 - Considerações Finais.....	61
<b>11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>62</b>

## ***LISTA DE SIGLAS***

---

<b>aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CDC</b>	Center for Disease Control
<b>COA</b>	Centro de orientação e Aconselhamento
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>CVE</b>	Centro de Vigilância Epidemiológica
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>DST</b>	Doença Sexualmente transmissível
<b>E</b>	ELISA
<b>ELISA</b>	Ensaio Imunoenzimático
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>I</b>	IFI
<b>IFI</b>	Imunofluorescência Indireta
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PCR</b>	Prefeitura da Cidade do Recife
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SAE</b>	Serviço Ambulatorial Especializado
<b>SEPLAM</b>	Secretaria de Planejamento
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>WB</b>	Western-Blot



## *RESUMO*

A oferta de testes sorológicos tem sido colocada como uma das estratégias de combate à epidemia de HIV/aids. Inicialmente a testagem dava-se apenas nos serviços especializados, os chamados COAS ou CTA mas, devido à magnitude alcançada pela epidemia de HIV/aids, bem como a necessidade de diagnóstico precoce dos casos, fez-se necessário a disponibilização do teste anti-HIV na rede básica de saúde.

O aconselhamento tem sido apontado como uma técnica a ser aplicada na oferta e na entrega do resultado do teste. Este se baseia na mudança de comportamento de pessoas e grupos sociais, proporcionando-lhes a oportunidade de adotarem práticas sexuais mais seguras ou reduzindo o dano de um determinado comportamento de risco.

Através de pesquisa qualitativa, analisamos a oferta do teste para detecção do HIV nas Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde de Recife-PE, sob a ótica dos profissionais de saúde.

Verificamos que a indicação do referido teste se dá, quase sempre no consultório, durante a consulta clínica. O que motiva a oferta do teste é, geralmente um quadro sintomático compatível com a aids ou o programa de assistência ao pré-natal. Os profissionais revelaram dificuldades em absorver a demanda espontânea pelo teste.

A maioria dos entrevistados desconhece o aconselhamento, quanto técnica para ofertar o exame, reverter comportamentos de risco e dar o resultado do teste anti-HIV.

Isso aponta para a necessidade urgente de qualificar a oferta do teste na rede básica, fazendo com que ela seja, de fato, instrumento de combate ao avanço da epidemia do HIV/aids.



***ABSTRACT***

The offering of serologic tests has been placed as one of the strategies in the HIV/AIDS epidemic disease combat. At first, the testate were applied in the specialized services only, the called COAS or CTA, however, with the magnitude reached by the HIV/AIDS epidemy, as well the necessity of a precocious diagnostic to the cases, the availability at the health public service of the anti-HIV test was necessary. The counselling has been pointed as a technique to be applied in the offering and delivery of the test result. That is based in the behaviour changed of social groups and people, providing them the opportunity to adopt safe sexual practices or reducing the damage of determinate risk behaviour. Through the qualitative search, we analyse the test offering to detect the HIV in the Family Health Units in the municipal public health of Recife-PE, under the health professional's optics. We realised that the indication of the referred test happens, almost often, in the doctor's office during the procedure. What motivate the test offering is, in general, a syndromic diagnostic compatible with AIDS or the pre-natal assistance program. The professions revelled some difficult in absolving the spontaneous demand for the test. The majority of the interviewed does not know the counselling as a technique to offer the exam, revert behaviour risks and give the anti-HIV result. This points to the urgent necessity of qualify the test offering into the public service, turning it to a combative instrument against the HIV/AIDS epidemy advance, indeed.



## *1 - INTRODUÇÃO*

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) pode ser definida como sendo a manifestação final e mais grave da infecção provocada por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), caracterizando-se não apenas por sinais laboratoriais indicativos da presença do vírus, mas também pela presença de doenças associadas à imunodeficiência celular (FERREIRA, 1996).

O surgimento da epidemia de aids colocou a saúde pública diante de um grande desafio. Coube à Vigilância Epidemiológica convencional, papel saliente nos primórdios da epidemia. No início da década de 80, foi o alerta do sistema de vigilância do CDC (Center for Disease Control) de Atlanta que permitiu aos médicos americanos verem uma nova entidade mórbida com características clínicas e epidemiológicas peculiares. Chamava atenção fundamentalmente a gravidade das infecções oportunistas em homossexuais masculinos. Esta peculiaridade aguçou o apetite dos preconceitos e o novo quadro ganhou a designação de "peste gay" na imprensa leiga. Na imprensa científica, preferiu-se caracteriza-la como síndrome associada a uma deficiência não-inata do sistema imune. Até hoje é designada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês AIDS).

O surgimento da aids é relativamente recente. O reconhecimento da doença como entidade nosológica nova ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA), em 1981. Os estudos retrospectivos permitiram identificar a ocorrência de casos nos EUA desde 1978, havendo evidências de que, à mesma época, já estariam ocorrendo casos também no Haiti e em alguns países da África. Em 1983, o HIV foi identificado no Instituto Pasteur de Paris. A partir daí foram desenvolvidos testes para detecção de anticorpos no soro de pessoas infectadas, sendo lançados no mercado em 1985 (FERREIRA,1996).

A elevada taxa de soroprevalência na população de vários países africanos sugere que a África seja o epicentro da pandemia. Alguns estudos retrospectivos de sorotecas daquele continente apontam a circulação do HIV em seres humanos há mais de quatro a cinco décadas atrás. Teorias afirmam que, de início, a epidemia ficou circunscrita em algumas comunidades no interior da África subsaariana e que com o advento das guerras e da urbanização, encontrou as condições para se espalhar no continente e posteriormente para a Europa e América (DONALÍSIO, 1999).

Limitada de início a poucos países, a aids não só manteve índices crescentes de incidência ao longo dos anos 80 nas áreas de endemia mais antiga, como se difundiu, nesse período, para as mais diferentes regiões do globo. Em meados da década de 1990, praticamente todos os países do mundo já haviam registrado casos de infecção pelo HIV (Ferreira, 1996). Hoje se estima em 37 milhões o número de pessoas infectadas no mundo e já se contabilizou 19 milhões de óbitos atribuídos à aids.

A eclosão dessa nova doença foi responsável por mudanças significativas em outros campos, que não somente o da saúde. A aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores e movimentos sociais e conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. No início do século XXI, a aids se destaca pelos mecanismos locais, nacionais e globais de elaboração, apropriação e disseminação de conhecimentos relacionados à síndrome. Tais conquistas fazem parecer que, na era da epidemia de HIV/aids, tudo acontece de uma forma extremamente rápida e intensa (GALVÃO, 2000).

Governos, pessoas com HIV/aids, grupos comunitários, cientistas sociais, pesquisadores, educadores em saúde, organizações não governamentais, jornalistas, agências governamentais, indústria farmacêutica, instituições religiosas, agências de cooperação internacionais, profissionais de saúde, instituições financeiras, etc. Todos disputam o espaço tanto da produção de conhecimento quanto de elaboração de respostas eficazes. O que conhecemos como aids é um produto dessa complexa interação, com interpretações e análises competitivas e complementares que apontam para as diferentes dimensões da epidemia (GALVÃO, 2000).

As diferentes dimensões da epidemia de HIV/aids - cultural, social, política, médica e econômica - não podem ser tomadas de forma isolada ou definitiva. Uma das marcas da aids é, além da inter e multidisciplinaridade, a transitoriedade que marca as certezas e as verdades sobre o HIV, e que, aliada à complexidade e fragmentação das respostas frente à epidemia, torna qualquer análise sobre as diferentes dimensões da epidemia uma tarefa difícil de ser realizada de forma abrangente e, de alguma maneira, inovadora (GALVÃO, 2000).

A noção de que as respostas à aids são específicas e diferenciadas, ainda hoje é algo pouco analisado e se apresenta como um dos pontos-chave para o entendimento do percurso da epidemia em diferentes sociedades. A doença possibilitou a ampliação do diálogo sobre as abordagens médico-terapêuticas, demonstrando que aquilo que cada cultura classifica como crença, tabu, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade podem marcar e determinar os caminhos da história natural de uma epidemia, além de ser também responsável pelo desenvolvimento de uma diversidade de iniciativas tidas como sem precedentes no enfrentamento de uma doença (GALVÃO, 2000; DONALÍSIO, 1999).

A aids tem questões desafiadoras. Podemos dizer que essa epidemia expõe, de forma extraordinariamente rica, a complexidade dos impasses que enfrentamos neste estágio da vida social. Pensar e intervir nos problemas suscitados pela aids é deparar-se com desafios que estão na ponta da discussão da ciência, da tecnologia, da educação, da sexualidade, das diferenças de gênero, classe, grupos sociais, etc. Enfim, estamos lidando com uma questão totalizante que cria necessidades de sínteses que extrapolam a própria especificidade da epidemia (CZERESNIA, 1995).



## ***2 - A EPIDEMIA DE HIV/AIDS***

Para analisar a epidemia do HIV/aids, torna-se pertinente distinguir os estudos sobre aids daqueles referentes à infecção pelo HIV (geralmente, casos assintomáticos). As estimativas do número de indivíduos infectados são feitas, principalmente por meio de procedimentos matemáticos ou estudos de soro-prevalência de infecção pelo HIV em populações-sentinela. Além disso, são inúmeros os inquéritos sorológicos pontuais em populações específicas (trabalhadores comerciais do sexo, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, entre tantas outras). Cabe lembrar que a prevalência entre pacientes de clínica pré-natal e/ou parturientes tem sido tomada como a mais 'representativa' da população em geral (CASTILHO, 1999).

A relação do número de infectados pelo HIV para cada caso conhecido de aids é bastante variável. No momento em que o agente é introduzido em uma população, esta relação é alta, chegando até a cem infectados para cada caso de aids. Porém, com o passar do tempo, há uma diminuição e acredita-se que possa chegar a menos de dez infectados para cada caso confirmado. Estima-se que, a cada dia, 5.000 pessoas sejam infectadas pelo HIV no mundo, o que se traduz em um aumento de 1.825.000 infectados por ano (BUCHALLA, 2000).

Os primeiros indivíduos acometidos tinham como características o fato de serem jovens do sexo masculino e homossexuais, o que indicava uma doença de transmissão sexual. O aparecimento de casos de aids em hemofílicos e em usuários de drogas injetáveis chamou a atenção para a possibilidade da transmissão sanguínea do vírus. Posteriormente, com a ocorrência de casos de imunodeficiência celular adquirida em criança, ficou comprovada a transmissão da mãe para o filho, podendo ela ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou por meio da amamentação (BUCHALLA, 2000).

Tendo em vista que a maior parte dos casos de infecção pelo HIV decorre da transmissão sexual do vírus, a doença tem um comportamento epidemiológico que, em diversos aspectos, é semelhante ao das demais doenças sexualmente transmissíveis (DST's): em geral, são acometidas pessoas sexualmente ativas que variam de parceiro com frequência. É sempre bom frisar que esta pode ocorrer nas relações anais e vaginais, e é sabido que existe maior risco de transmissão nas relações anais, tanto nas práticas homossexuais quanto heterossexuais, visto que nestas relações é maior a ocorrência de micro-traumatismos (CVE, 1995; FERREIRA, 1996).

O contato do ser humano com o HIV propicia uma série de eventos que podem culminar com o desenvolvimento da aids ou determinar a permanência do indivíduo como portador assintomático do HIV, talvez pelo resto de sua existência. Sabe-se que, após o contato eficaz com o HIV, o risco de progressão para doença cresce com a duração da infecção. Sem terapêutica específica, 20 a 25% desenvolvem aids nos seis primeiros anos de infecção e 50% nos primeiros 10 anos. Sob o uso da terapêutica anti-retroviral o tempo de progressão aumenta drasticamente, passando o vírus a ser, muitas vezes, indetectável no sangue do paciente (FERREIRA, 1996).

Diferenças na velocidade de progressão podem ser atribuídas à via de infecção, ao volume do inóculo viral, patogenicidade da cepa viral infectante ou ao estado imunológico do hospedeiro. O papel de outros fatores, biológicos ou comportamentais, na progressão da aids, permanece por esclarecer. Vários estudos sugerem que o risco de desenvolver doença entre os adultos aumenta significativamente com a idade. As crianças infectadas no período perinatal têm, de um modo geral, período de incubação mais curto que os adultos (FERREIRA,1996).

A aids tem tido grande influência no perfil epidemiológico de outras doenças infecciosas, sendo o melhor exemplo disto a tuberculose e tem interferido no padrão de resistência e sensibilidade aos medicamentos de combate a diversos microorganismos.

A epidemia de HIV/aids está muito viva, prosperando, mas o seu enfoque tem mudado de espaço social, afetando hoje em dia os setores mais marginalizados da sociedade, que vivem em situações caracterizadas pelas diversas formas de violência estrutural; devido à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e à exclusão social de um modo geral. É nesse contexto que a epidemia de HIV/aids cresce, em grande medida despercebida.

## **2.1 - HIV/aids no Brasil**

“A aids no Brasil passa por um processo de interiorização, heterossexualização, femininização, envelhecimento e pauperização” CASTILHO, 1999.

O Brasil situa-se entre os quatro primeiros países do mundo em número de casos registrados de infecção pelo HIV. Entretanto, quando são consideradas as incidências, passamos a ocupar lugar entre os 40 e 50 primeiros do mundo (CHEQUER, 1997).

A aids foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, quando sete pacientes foram diagnosticados. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como ocorrência de 1980. Considerando o período de incubação pelo HIV, deduz-se que a introdução do vírus no país ocorreu na década de 70 e sua difusão, em primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do sudeste brasileiro, seguida de um processo de disseminação para as diversas macro regiões, já na primeira metade da década de 80. Com relação às unidades federadas, a epidemia de aids não se distribuiu de forma homogênea: a maioria das ocorrências ainda se concentra na região sudeste; nas regiões mais ao centro/norte, os casos de AIDS têm-se concentrado, principalmente, nas suas capitais. Mesmo dentro de um mesmo estado, a distribuição espacial dos casos também é heterogênea (CHEQUER, 1997).

O Brasil contabiliza, até dezembro de 2002, mais de 250 mil casos de aids, cerca de 43 mil órfãos devido à doença e 60% dos municípios do país já registraram pelo menos um caso de AIDS (MS, 2003).

Quanto às tendências temporais, a partir de 1999, vem ocorrendo uma desaceleração nas taxas de incidência da aids em todo o país. Com relação aos casos, segundo sexo e faixa etária, observa-se uma certa ‘femininização’ e ‘envelhecimento’ da epidemia em ambos os sexos, fato também relatado em vários países do mundo. A razão entre os sexos variou de 6.5 casos entre homens para cada caso entre mulheres no período de 1980 a 1990, para 1,7:1 em 2001; o envelhecimento é demonstrado quando se observa que, entre 1983 e 1990 23,5% dos homens e 18% das mulheres infectados, tinham 40 anos ou mais, enquanto que em 2001, 31,5% dos homens e 29% dos casos em mulheres estavam naquela faixa-etária (MS, 2003).

Segundo a categoria de exposição, a epidemia de HIV/aids vem crescendo consideravelmente entre heterossexuais, que passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV desde 1993, superando homossexuais. A transmissão através do uso de drogas injetáveis, por outro lado, vem decrescendo ao longo dos últimos dez anos, após ter atingido seu pico no início da década de 90 (MS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que no ano de 2000, 90% dos casos de aids no mundo foram registrados nos países em desenvolvimento. A escolaridade tem sido utilizada como uma variável indireta, na tentativa de expressar o perfil socioeconômico dos casos notificados. No Brasil a totalidade dos casos com escolaridade conhecida, até 1982, era de nível superior ou de segundo grau. Nos dois anos subsequentes foram observadas frequências de 84 e 83%, e de 76% em 1985, como pertencentes a esse grupo; ao passo que apenas 24% dos casos com informações disponíveis sobre escolaridade, eram analfabetos ou tinham cursado até o primeiro grau. A tendência de aumento de registro de pacientes de menor grau de escolaridade vem-se mantendo ao longo do período; em 1994, constata-se que 69% eram analfabetos ou tinham cursado até o primeiro grau; e apenas 31% tinham cursado até o segundo grau ou eram de nível superior. Se lavar em conta o parâmetro anos de estudo, em média 58,9% dos casos tinham 7 anos ou menos de estudo em 2000 contra 33,4% na década de 80 (CHEQUER,1997; MS,2003).

Embora a epidemia de aids ainda esteja concentrada entre as populações adultas das regiões mais ricas do país, observa-se um aumento dos casos notificados com escolaridade menor que 7 anos de estudo, ou sem qualquer instrução. Pela tendência observada no Brasil, as populações já tradicionalmente marginalizadas, sobre as quais recaem a grande maioria das doenças endêmicas e as patologias decorrentes da fome e da ausência de saneamento, estão cada vez mais se infectando pelo HIV. Como fator agravante, ressalte-se o fato das dificuldades naturais que esta camada social enfrenta, no acesso aos serviços de saúde, à informação em geral e à informação para a saúde em particular. Isso somado aos padrões culturais urbanos e à luta cotidiana pela sobrevivência, dificulta sobretudo as ações que visem à prevenção através da adoção de práticas seguras e do diagnóstico precoce da doença (CHEQUER, 1997).

A epidemia de aids no Brasil, portanto, tem mantido uma tendência de pauperização, pois cada vez mais o perfil dos casos notificados se aproxima do perfil socioeconômico da população em geral. No entanto, há que se registrar que pelo fato de, na sua origem, a aids não ter se configurado no Brasil como ‘doença de pobre’, talvez explique o fato do espaço privilegiado que ela vem ocupando no interior das políticas públicas de uma forma geral e de saúde em particular.



### ***3 - A OFERTA DO TESTE***

Em todo o Mundo, a oferta de testes sorológicos tem sido colocada como uma das estratégias mais importantes para o controle da epidemia. Desde o final da década de 80, o Ministério da Saúde optou pela criação de Centros de Testagem, inicialmente denominados de COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) e atualmente de CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), em parceria com estados e municípios. Estes serviços se caracterizam pela oferta do teste sorológico anti-HIV, acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste. Além disso, o usuário pode optar pelo anonimato e a oferta se baseia no princípio da voluntariedade, ou seja, cabe ao usuário decidir se quer ou não se submeter à testagem. Hoje existem no Brasil quase 200 CTA's (FERREIRA et al, 2003).

...esses serviços têm tido importante papel no acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e têm contribuído para redução do risco de transmissão, bem como no estímulo a adoção de práticas seguras de prevenção as DST/HIV/aids (FERREIRA et al, 2003).

Os Centros de Testagem inscrevem-se em três perspectivas complementares, na política de combate à Epidemia: a primeira diz respeito ao acesso dos pacientes HIV positivos ao diagnóstico desta condição e, posteriormente, às instituições e serviços que lhes possam assegurar o apoio de que necessitem. A segunda é diretamente ligada à redução da incidência, e se desdobra nas ações que visam modificar o comportamento daqueles que são portadores e que, se adotarem comportamentos de risco, podem transmitir a infecção. A terceira diz respeito à mudança de comportamento daqueles que, embora não estejam infectados pelo HIV, procuraram um CTA e que, se adotarem comportamentos de risco, poderão adquirir a infecção. Nessa perspectiva o aconselhamento (que será abordado posteriormente) reveste-se de suma importância. Assim, o impacto da implantação da oferta do teste sobre a incidência de HIV depende fundamentalmente da capacidade do aconselhamento de dar suporte e facilitar a mudança de comportamentos em situações de risco de portadores e não portadores do vírus (MATTOS, 1999).

Um estudo feito por Mattos, em 1996, quando estavam implantados 80 CTA's no Brasil, analisou os dados sobre número de usuários e número de resultados positivos de 70 dessas unidades. Nelas, pouco mais de 75.000 pessoas fizeram o teste, sendo que quase 5.000 apresentaram resultados positivos para HIV. Obteve-se uma média em torno de mil pacientes testados por unidade CTA ao longo do ano, ou, uma média de cinco pacientes

testados por dia. Esses dados sugerem, segundo Mattos, que o acesso aos CTA's ainda é de pequena magnitude. Já o número de diagnósticos de soro-positividade parece irrisório diante das estimativas de que existiriam naquele mesmo ano cerca de 400.000 pessoas entre 15 e 49 anos com HIV. Também segundo Mattos, as 'pistas' sugerem que a atuação dos CTA's talvez ainda não esteja tendo um impacto significativo no controle da epidemia; essas afirmações vêm ao mesmo tempo em que se destaca o potencial que teria o aconselhamento de produzir impacto sobre a incidência de HIV e se recomenda novos estudos sobre o assunto (MATTOS, 1999).

A magnitude atingida pela epidemia da infecção pelo HIV no Brasil, onde já foram contabilizados 250 mil pessoas com AIDS e estima-se que mais de 600 mil são portadores do vírus (MS, 2003); a necessidade de diagnóstico precoce dos casos, para que se garanta a quebra da cadeia de transmissão; levou vários Programas Estaduais e Municipais a recomendarem e disponibilizarem a oferta do teste de forma universal. Isso tudo faz com que o controle da epidemia seja um desafio para todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário os CTA's continuam a ter papel relevante no acesso à testagem, por se tratar de um serviço porta-aberta, no geral localizados em áreas de fácil acesso e têm grande know-how na abordagem de grupos específicos, como profissionais do sexo, homossexuais, usuários de droga injetável, etc. Vale ressaltar também o papel fundamental que estes centros teriam na capacitação da rede básica e disseminação da prática do aconselhamento.

### **3.1 - O Teste Anti-HIV**

O diagnóstico sorológico baseia-se na observação de que a maioria das pessoas infectadas desenvolverá anticorpos anti-HIV até 6-12 semanas após a exposição ao vírus. Esse período é chamado de janela imunológica. Os testes começaram a ser utilizados nos serviços de saúde em 1985, inicialmente para seleção de doadores em bancos de sangue (CVE, 1995; RACHID e SCHECHTER, 2000).

Os testes mais utilizados são os para detecção de anticorpos resultantes da presença do HIV:

- a) ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO ou ELISA – de mais fácil execução e de menor preço, com especificidade e sensibilidade superiores a 95%. Resultados falso-negativos podem ocorrer no período imediatamente após a infecção e, raramente, em estágios muito avançados. Resultados positivos têm valor preditivo positivo próximo a 100% em indivíduos com quadro clínico e/ou história epidemiológica compatíveis. Entretanto, na ausência de dados sugestivos e em populações de baixa prevalência, um grande percentual pode ser falso-positivo, sendo, então, essencial a realização de teste confirmatório por outro método (RACHID e SCHECHTER, 2000).
- b) IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA (IFI) – de simples realização, com sensibilidade equivalente ao Western-blot. A positividade da imunofluorescência tem valor preditivo próximo a 100% quando mais de um ELISA é positivo. É um importante recurso adicional ou confirmatório (CVE, 1995; RACHID e SCHECHTER, 2000; VERONESI, 2002).
- c) ENSAIO DE IMUNOELETROTRANSFERENCIA OU WESTERN-BLOT (WB) – permite a identificação de anticorpos específicos contra diferentes proteínas virais. Seu valor preditivo positivo é praticamente de 100% e é utilizado como teste complementar ou confirmatório (CVE, 1995; RACHID e SCHECHTER, 2000).

Atualmente utiliza-se primeiro o ELISA (E) que, uma vez negativo, é conclusivo. Caso este teste tenha resultado positivo ou inconclusivo é obrigatória a coleta de uma segunda amostra, com novo ELISA e Imunofluorescência (I) para confirmar a positividade da primeira. Preferencialmente a segunda coleta deve ser feita em um intervalo de até 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra. No caso dos dois tipos de teste terem resultados coincidentes (E+ e I+ ou E- e I-) o exame é considerado conclusivo. Com relação a resultados discrepantes (E+ e I- ou E- e I+), deve-se então aplicar o Western Blot, que deverá definir a situação sorológica deste indivíduo. Caso o Western-blot não seja conclusivo, deverá ser feito todo o processo aqui descrito.

O Ministério da Saúde anunciou em outubro de 2003 um aumento de verbas destinadas aos laboratórios públicos que processam os testes, o que vai levar ao aumento da capacidade dos mesmos em 123% para a realização dos exames. Também foram anunciadas as seguintes metas para o aumento da capacidade de estados e municípios para o diagnóstico do HIV (MS, 2003):

- Dos 1,8 milhão atual para 3,4 milhões de pessoas testadas por ano em 2004.
- 4,5 milhões de pessoas testadas por ano até 2006, o que equivale a 25 pessoas testadas por mil habitantes.

### **3.2 - Aconselhamento**

O Programa Nacional de combate à aids recomenda um conjunto de técnicas destinadas a como ofertar o teste anti-HIV e entregar seu resultado, denominado de aconselhamento, sendo ele um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/aids na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção. Em função disso é que, a partir de 1988, foram implantados os COAS, que passaram a ser a principal referência em aconselhamento (MS, 2000).

O processo de aconselhamento pressupõe a existência de algumas posturas e atitudes, por parte dos profissionais, apontadas nas seguintes diretrizes (MS, 1997): a) exercício de acolhimento; b) escuta ativa; c) comunicação competente; d) avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção; e) orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (MS, 1999).

O Ministério da Saúde lançou em 2000 um manual sob o título: “Aconselhamento em DST, HIV e AIDS – Diretrizes e Procedimentos”; destinado a todos serviços que oferecem o teste anti-HIV. Neste mesmo manual conceitua-se aconselhamento como segue:

“... processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre interlocutores , visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde”; e aponta como objetivos: “redução do nível de estresse, reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras, adesão ao tratamento, a comunicação e o tratamento de parceria sexual e de parceiros de uso de drogas”.

“O processo de aconselhamento pode desencadear na realização do teste, que deve ser de caráter “estritamente voluntário” (MS, 2000).

Na atualidade, devido aos avanços terapêuticos conquistados e disponibilizados, o conhecimento precoce da infecção pelo HIV, assegura mais chances de manter uma boa qualidade de vida e contribui para diminuir as chances de outras pessoas serem infectadas. Além disso, o impacto da oferta do teste está diretamente relacionado ao aconselhamento, ou seja, a capacidade de dar suporte e facilitar a mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não-portadores do HIV (FERREIRA et al, 2003).

O aconselhamento assim como as ações do campo da prevenção as DST/aids baseia-se na mudança de comportamento de pessoas e grupos sociais, proporcionando-lhes a oportunidade de adotarem práticas sexuais mais seguras, ou reduzindo o dano de um determinado comportamento de risco, como é o caso do compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis. É importante ter claro que ações como estas convivem com limites impostos pelo contexto cultural dos grupos sociais aos quais pertencem as pessoas que se submeterão ao teste (BRITO, 1997).

### **3.3 - Fique Sabendo**

Como exposto anteriormente, o diagnóstico do HIV contribui para o combate a disseminação da doença, o sucesso do tratamento e, também, a adoção de medidas para evitar a transmissão vertical do vírus. Isso, aliado à magnitude da epidemia, levou o Ministério da Saúde a lançar no início de 2003 a campanha Fique sabendo; que tem como objetivo “convencer as pessoas a ir a um posto de saúde fazer o teste” (MS, 2003).

A meta da campanha é aumentar em 150% o número de testes realizados anualmente no país, dos atuais 1,8 milhão para 4,5 milhões até o ano de 2006. Para alcançar esta meta o Ministério iniciou uma ampla campanha publicitária em rádio, televisão, revistas, estações de trem e metrô, aliado a um incremento financeiro para estados e municípios aumentarem a capacidade de seus laboratórios (MS, 2003).

Segundo as orientações do MS, o teste não deve ser feito de forma indiscriminada e à todo momento. O indivíduo deve ter se exposto a uma possibilidade de infecção, de preferência há mais de três meses, devido a janela imunológica (MS, 2003).

Esta campanha marca este momento das estratégias de combate à epidemia. Significa que a Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, passa a admitir, não só formalmente, mas com ações concretas, que a testagem apenas nos CTA's não daria conta do tamanho do desafio de controlar a Epidemia de HIV, e que se faz necessário contar com a rede hierarquizada do SUS para que se universalize a oferta do teste.

A linha adotada pelo Programa Nacional, claramente de radicalização da política de testagem, não tem sido unanimidade entre as organizações que militam na temática da Epidemia. Vários grupos apontam que a medida tem como objetivo racionalizar custos, uma vez que substitui a abertura de novos centros de testagem pela “oferta indiscriminada” do teste na rede básica. Essas mesmas organizações apontam o modelo de CTA como sendo o ideal, ou seja, a garantia de sigilo, equipe de saúde mental, atendimento imediato e personalizado e trabalhando exclusivamente a questão do HIV.



## ***4 - A REDE BÁSICA DE SAÚDE***

Desde o início da década de 90, alguns municípios e, posteriormente, o Ministério da Saúde vem adotando como estratégia para implantação da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Saúde da Família (PSF). Devido, principalmente, aos incentivos federais, o PSF hoje representa mais que um programa, mas uma proposta estruturante do SUS a nível nacional, uma vez que se apresenta como a porta de entrada do sistema e o nível onde a maioria dos problemas de saúde, individuais e coletivos, podem ser resolvidos por uma equipe multiprofissional.

O PSF teve sua expansão inicial em cidades menores das regiões metropolitanas e do interior do país, tendo tido inegável papel na expansão do acesso a áreas antes desassistidas pelo SUS. A partir do final da década passada é que se tem uma maior presença dele nos grandes centros urbanos, incluindo as capitais e as maiores cidades do país. Este tem sido a maior ‘prova de fogo’ do Programa, pois a complexidade das grandes cidades, tem imposto uma revisão da estrutura simplificada da atenção básica a partir do PSF. No entanto isto ainda se dá em processo, pois a estrutura e a composição das equipes continua a mesma, com algumas exceções como o município de Campinas –SP.

Apesar das discussões acirradas, e muitas vezes polarizadas, em torno do PSF; ele tem contado com uma grande capilaridade social e tem se proposto a trabalhar com conceitos como mobilização comunitária, adscrição de clientela, base territorial, estabelecimento de vínculo com usuários e famílias e integração entre as práticas de promoção e atenção à saúde. Com base nisso, o PSF tem se configurado no principal ‘veículo’ de informações em saúde e sua proximidade com as pessoas e as comunidades o faz potencial facilitador para identificação de vulnerabilidades e, portanto, estratégico para o controle da epidemia de HIV/aids.

Esse configura-se o cenário ideal para se trabalhar a universalização da oferta do teste anti-HIV, visto que as unidades de saúde da família são porta de entrada do sistema, buscam atuar integradas com a comunidade e têm por objetivo trabalhar prevenção e assistência de forma integrada.



***5 - O RECIFE***

A cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, constitui-se num local estratégico no combate à epidemia de HIV/aids. Por ser uma das cidades pólo do Nordeste brasileiro, tendo uma população de cerca de 1 milhão e 600 mil pessoas, com uma densidade demográfica de 6.529,43 hab./km<sup>2</sup> e compõe a maior região metropolitana desta região do país, junto com outros 14 municípios. Além de concentrar indústrias e serviços, Recife é uma cidade portuária e de grande apelo turístico devido a suas belezas naturais e atrações históricas.

O processo de urbanização do Recife fez-se por aterros em áreas de maré, em terras de planície de antigos engenhos de açúcar e em terrenos de alagados e morros que circundam a cidade. Estes últimos, por seu baixo valor imobiliário, passaram a ser ocupados pela população mais pobre. Os morros, especificamente, tiveram sua ocupação recentemente, nos últimos 50 anos e já conta com um terço da população da cidade. A tensão entre esses dois processos de ocupação tem constituído a base dos conflitos urbanos de maior expressão na cidade. O Recife é uma cidade heterogênea, com grandes desigualdades sociais e na qual a segregação geográfica não foi completa, tendo populações inteiras de diferentes classes sociais convivendo e dividindo os mesmos espaços.

Quando se analisa a população da cidade por gênero observamos a predominância das mulheres (54%) em relação aos homens (46%). No que diz respeito aos grupos etários, quase um terço dos residentes no Recife (28%) se encontra na faixa-etária de 0 a 14 anos; enquanto cerca de 50% encontra-se na faixa de 15 a 44 anos e 21% com 45 anos ou mais.

Outro aspecto importante a ser analisado é o perfil socioeconômico com base na escolaridade. Utilizando-se como parâmetro a pesquisa feita pelo IBGE/PNAD nas 12 maiores capitais brasileiras, divulgado em abril de 2001 observou-se o seguinte: no período de 1981 a 1985 a taxa de analfabetismo no Recife era de 17,5%, colocando-o na pior posição quando comparada às outras 11 capitais analisadas. Este indicador apresenta uma mudança no período de 1995 a 1999 atingindo 11%, superando a cidade de Fortaleza e apresentando o segundo pior resultado dentre as pesquisadas (PCR/SEPLAM, 2001).

O resultado acima contrasta com o observado na faixa de 11 anos e mais de estudo, em que o Recife assume o sétimo lugar na pesquisa (16% entre 1995 e 1999), superando Fortaleza, Salvador, Manaus, Belém e Goiânia. Isto somado ao fato de ter 490 favelas que ocupam 25% da área ocupada da cidade evidencia o quanto desigual é a sociedade recifense que, ao mesmo tempo em que é sede da elite política e econômica do Nordeste brasileiro, convive com altos índices de desemprego e dificuldades de acesso aos direitos fundamentais do ser humano.

A cultura, enquanto manifestação de expressão cultural e artística, tem posição de destaque, pela tradição e pelo lugar que ocupa no Recife, considerado um dos maiores centros de produção artística e cultural do Nordeste. As manifestações culturais com identidade nas raízes locais são reconhecidamente uma marca da cidade e do recifense.

Essa realidade impõe um grande desafio à política de combate ao HIV/aids, pois coloca a necessidade de trabalhar uma grande parcela da população em situação de pobreza, especialmente as faixas etárias mais jovens e pessoas do sexo feminino, todos inseridos num contexto cultural e de tradições, arraigado, complexo e diversificado.

### **5.1 - A aids no Recife**

O Recife é o décimo segundo município brasileiro em número de casos de aids, contabilizando cerca de 3 mil casos notificados da doença e 1.700 óbitos atribuídos à aids até dezembro de 2002. A epidemia de HIV/AIDS em Recife teve início no ano de 1984, quando foram registrados os dois primeiros casos da doença. Disseminando-se por todo o município, a partir dos bairros litorâneos e da região central, a epidemia assume uma expressiva magnitude nas últimas décadas, medida pelo crescimento do número de casos (MS, 2003; SS-PE 2003).

Com taxa de incidência média de 2 casos/100.000 habitantes no período inicial (1985-1989), a epidemia teve seu pico em 1998 com uma taxa de 24,9/100.000 hab. e, a partir do ano seguinte (1999) inicia-se uma tendência, confirmada nos dois anos posteriores, de queda no número de casos novos com as respectivas taxas de incidência: 19,4; 18,0 e 17,1 todas por 100.000 habitantes. Apesar disso a epidemia mantém-se num padrão elevado de transmissão, com uma média de 256 casos novos em cada um dos três anos citados.

A principal forma de transmissão do HIV no Recife decorre de contato sexual, respondendo por quase de 90% dos casos de aids até o momento, tendo a transmissão sanguínea e vertical juntas correspondendo a cerca de 7% dos casos. Dentre os casos de transmissão sexual, os homens que fazem sexo com homens, representados pelas subcategorias homossexuais e bissexuais masculinos, representam a maioria dos casos. Nota-se, no entanto um declínio ao longo dos anos destas duas subcategorias, coincidindo com um aumento de casos entre heterossexuais que, em 2001, já representava 36% dos casos.

Os primeiros casos em mulheres só foram registrados em 1987, apresentando a mesma tendência que se observa no país de crescente participação feminina, demonstrada pela razão de sexo masculino e feminino, que vem diminuindo de 21:1 no período inicial para 2,7:1 em 2001. Vale registrar que, mesmo assim, ainda está acima da média nacional para aquele ano que foi de 1,7:1 (MS, 2003).

A pauperização da epidemia também é realidade em Recife. Medida a partir do nível de escolaridade da população, observa-se que, em 1992, cerca de 70% dos casos tinham, pelo menos, o segundo grau e, em 2001, este grupo representa apenas 43% dos casos. Por outro lado observa-se participação crescente de pessoas com baixa escolaridade e analfabetos, representando em 2001 mais de 50% dos casos.

Dos 94 bairros do Recife, 88 (93,6%) já registraram pelo menos um caso de aids até dezembro de 2001. Se olhar a divisão entre os seis distritos sanitários (D.S.), observou-se que o D.S. VI registra o maior número de casos (25% do total), enquanto o DS I a maior incidência (21,2 / 100.000 hab.).

## **5.2 - O Programa Municipal de Combate ao HIV/aids**

Em 1993 constituiu-se o Programa Municipal de DST/aids, inicialmente com o objetivo de trabalhar as questões de prevenção, como campanhas educativas e distribuição de camisinhas. Em 1995 são inaugurados os dois serviços especializados em DST/HIV/AIDS do município:

- O Centro de Orientação e Aconselhamento (COA), voltado para a testagem e para a prática do aconselhamento, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde.
- O Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), faz o acompanhamento ambulatorial dos casos positivos de HIV, Hepatite B e C e outras DST's.

O COA tem feito, entre os anos de 1998 e 2003, uma média em torno de 3600 atendimentos em aconselhamento por ano, dentre estes cerca de 83% acabam levando a pessoa a se submeter ao teste anti-HIV. A média de positividade dos exames realizados neste serviço tem ficado em torno de 3,5%. Como é um serviço que trabalha com demanda espontânea e que as pessoas, no geral, o procuram quando se expõe a algum risco, sua positividade fica acima da encontrada em populações-sentinela e é compatível com a média dos CTA's em nível nacional.

O Programa Municipal não conta com serviço de internação hospitalar, estando nesse caso, inteiramente dependente da rede hospitalar estadual.

Além das unidades especializadas, também compete ao programa, articulado aos distritos sanitários, promover campanhas educativas e informativas; bem como acompanhar e supervisionar a rede básica de saúde em suas ações no campo de combate às DST/HIV/aids e no aconselhamento e testagem.

### **5.3 - A Rede Básica e a Oferta do Teste**

O Município do Recife vem desde do início de 2001, sofrendo uma grande reestruturação na sua rede de saúde com a implantação, em larga escala, do PSF. Tendo saído de uma situação de quase inexistência de atenção básica; para se ter uma idéia, contava-se com alguns poucos e sucateados centros de saúde e com 27 equipes de saúde da família (ESF). Para em janeiro de 2004 já contar com quase 200 ESF espalhadas por toda a cidade, devendo chegar a 250 equipes até junho de 2004.

A partir do ano de 2001, passou a ser política municipal a oferta da sorologia para o HIV nas unidades de saúde da família. Até então ela só se dava no COA e em algumas unidades de referência. Além dos protocolos que apontam a oferta do teste como obrigatória no acompanhamento do pré-natal, o teste está à disposição dos profissionais no cotidiano das unidades de saúde.

O paciente que se submete ao teste, seja no COA ou em uma Unidade de Saúde da Família (USF), e tem resultado positivo é encaminhado ao SAE para ser acompanhado e, se necessário, encaminhado para internação em um dos dois hospitais estaduais com leitos destinados a pacientes com aids.

Entre 2001 e 2003 alguns profissionais do PSF foram capacitados em aconselhamento e testagem, mas a própria coordenação do programa municipal admite que o número de pessoas treinadas (21 profissionais) não acompanhou a rápida expansão do Programa de Saúde da Família na cidade. Existem planos por parte da Secretaria de Saúde que, estimulada pela política de incentivo do Ministério, vai promover uma grande capacitação para o PSF em 2004, com o objetivo de aumentar o número de testes realizados em 30%, no final do referido ano.

A equipe do COA tem demonstrado preocupação com a descentralização do teste, principalmente com relação a dois pontos: ao que eles chamam de “falta de preparo” dos profissionais da rede básica para dar um resultado positivo e com a demora para chegar o resultado do teste feito na rede. Como o COA tem uma linha preferencial para receber o resultado do teste, eles conseguem tê-lo no máximo em 30 dias enquanto uma USF tem esperado em torno de três meses pelo resultado. Existem relatos no COA de vários pacientes que, pelo fato de não chegar o seu resultado na USF, vai a este serviço fazer novamente o teste.



## ***6 - OBJETIVOS***

## **6.1- Objetivo Geral**

- Analisar a oferta do teste para detecção do HIV nas Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde do Recife, sob a ótica dos profissionais de saúde.

## **6.2 - Objetivos Específicos**

- 1) Verificar a incorporação da oferta do teste no instrumental de trabalho das equipes.
- 2) Identificar as principais dificuldades sentidas pelas equipes no processo de implementação da oferta do teste.
- 3) Avaliar a incorporação do aconselhamento enquanto técnica para oferta e entrega do resultado do teste e quais os principais obstáculos para a sua prática.
- 4) Investigar as dificuldades da equipe na oferta e entrega do resultado do teste.



## ***7 - HIPÓTESES***

Segundo MINAYO (2000) as hipóteses são um conjunto de pressupostos que movem o pesquisador e sua função é balizar no confronto com a realidade empírica.

Os pressupostos que acompanharam durante todo o processo de pesquisa foram:

- 1) A incorporação do teste anti-HIV ainda se dá de forma tímida na atenção básica.
- 2) Quando se oferece o teste, o principal motivador são os protocolos como o de pré-natal e de tuberculose.
- 3) Existe um desconhecimento do aconselhamento.
- 4) As equipes têm muita dificuldade em administrar o teste e tudo que o envolve.



## ***8 - CAMINHO METODOLÓGICO***

Segundo MASSELI (2001), uma pesquisa desde a concepção original do objeto (ante-projeto de pesquisa), a busca de suas referências teóricas (construção do referencial teórico), o esforço de apreendê-lo numa determinada realidade (pesquisa de campo), as estratégias de aproximação da sua essência (diálogo entre pesquisador, sujeitos, teorias e realidade), até a sistematização integradora destes elementos em capítulos e parágrafos (elaboração do relatório), constituem estes um caminho construído, percorrido e refeito durante toda a pesquisa (MASSELI, 2001).

A pesquisa teve início com uma revisão bibliográfica sobre: a doença HIV/aids e suas repercussões no indivíduo doente, o histórico da epidemia e suas repercussões na sociedade, assim como as estratégias e tentativas de combate e prevenção à infecção pelo HIV. Em seguida efetuou-se uma pesquisa documental, em relação ao perfil demográfico do Recife e o histórico da epidemia na cidade. Buscou-se uma interação com os componentes do programa municipal, entre eles os profissionais do COA.

Os passos seguintes se deram no trabalho de campo, na busca da interação com quem está na linha de frente desta batalha contra o vírus: as equipes de saúde. Para isso optou-se pela metodologia qualitativa por meio da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com informantes-chave, em equipes de saúde da família do município de Recife-PE.

Vale ressaltar que a metodologia qualitativa ganha especial pertinência em uma pesquisa na área de HIV/aids, porque busca a incorporação da análise dos significados e valores construídos socialmente, bem como aqueles presentes na prática dos profissionais de saúde e seus clientes. Permite, assim entender o imaginário que alicerça tais práticas e comportamentos em torno do problema da aids e, conseqüentemente, subsidia estratégias e ações mais sensíveis a tais expectativas (CZERESNIA, 1995).

Esta pesquisa foi realizada no período de agosto de 2003 a janeiro de 2004. Para isto foram escolhidos cinco Unidades de Saúde da Família (USF), entrevistando profissionais de 10 equipes de saúde da família (ESF) dos Distritos Sanitários (DS) I e VI. Os distritos escolhidos se caracterizam por:

- O DS I tem a maior incidência de aids e representa o centro da cidade, caracterizando-se por ser uma área comercial, de grande circulação de pessoas, a média de idade dos moradores acima da média municipal, grande contingente de população de rua, presença de zonas de prostituição antiga e recente, ligada ao turismo histórico.
- O DS VI tem o maior número de casos notificados e situa-se na zona sul da cidade. Representa a orla marítima, tendo grande apelo turístico e com isso zonas de prostituição voltadas para os turistas, inclusive de prostituição infantil. Ao mesmo tempo possui áreas de morro e favelas com populações inteiras vivendo na mais absoluta miséria.

Dentro destes distritos foram escolhidas uma USF no DS I e quatro no DS VI, utilizando os seguintes critérios:

- Unidade com, no mínimo, um ano de funcionamento.
- As unidades representam áreas distintas dentro do seu distrito, no que diz respeito ao público que atende, tentando diversificar quanto ao perfil cultural, social e de morbidade para viabilizar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Em cada USF procurou-se entrevistar um profissional de nível superior (médico, enfermeiro ou dentista), um de nível médio (auxiliar de enfermagem ou de consultório dentário) e um agente comunitário de saúde. Foram três profissionais por Unidade, em que se alternou as equipes, o que dá um total de 15 entrevistados. Esse número de entrevistados permitiu uma certa regularidade das informações (sem descartar informações singulares) (MINAYO, 2000).

As unidades pesquisadas foram:

- i. USF Beira Rio – há quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), das quais foram entrevistadas duas.

- ii. USF Sítio Grande – há duas ESF, duas foram entrevistadas.
- iii. USF Josué de Castro – há quatro ESF, duas foram entrevistadas.
- iv. USF Monte Verde – há duas ESF, duas foram entrevistadas.
- v. USF Lagoa Encantada – há três ESF, duas foram entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades, com a utilização de um roteiro que pode ser reproduzido, em linhas gerais, com todos os informantes. O citado roteiro foi composto de perguntas abertas sobre tópicos relevantes, seguindo uma lista que permitisse que um tópico naturalmente conduzisse ao outro (CZERESNIA, 1995), pois “o roteiro é instrumento para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista; ele deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. O roteiro é sempre um guia e nunca um obstáculo...” (MINAYO,2000).

A entrevista ocorreu da seguinte maneira: primeiro de maneira informal, para aproximação do ambiente e das pessoas. Depois, reservando horário e local e gravando em k-7, para evitar anotações durante a entrevista. As entrevistas foram precedidas pela autorização por escrito do entrevistado. Posteriormente partiu-se para a transcrição das fitas e para análise de conteúdo (MASSELI, 2001) que por ser uma abordagem que valoriza o imponderável contido nos símbolos e nas representações sociais, a perspectiva qualitativa admite uma abertura ao imprevisto, uma vez que a realidade é sempre maior do que aquilo que o investigador espera encontrar. Neste esquema, a metodologia tem que ser suficientemente flexível para se conformar à realidade e não o contrário” (MASSELI,2001).

O roteiro das entrevistas foi o seguinte:

## 8.1 - Roteiro de entrevista com o profissional da equipe de saúde da família

USF: \_\_\_\_\_ ESF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ No da entrevista: \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

- 1) Em quais situações você indica o teste anti-HIV?
- 2) Como você oferece o exame?
- 3) Se alguém chega na sua unidade pedindo para fazer o teste, o que você faz?
- 4) Quais as dificuldades que você sentiu para iniciar a oferta do teste no serviço, logo que a prefeitura disponibilizou o exame?
- 5) O que você faz se o paciente não quiser fazer o teste?
- 6) Como você se sente com a possibilidade de ter que dar um resultado positivo a um paciente seu?
- 7) Você utiliza alguma técnica de aconselhamento para ofertar o exame?
- 8) Como você acolhe um usuário que procura a sua unidade de saúde para fazer o teste?
- 9) Como você aborda a pessoa que demanda o teste e quais as orientações que você procura passar para ele?
- 10) Você faz uso de alguma forma de linguagem que facilite a compreensão da pessoa que vai se submeter ao teste?
- 11) Você faz alguma avaliação de risco e também orienta na hora de conversar sobre o teste?
- 12) No caso de um resultado positivo, qual a sua atitude perante o paciente, no que diz respeito às orientações necessárias?



## ***9 - SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS***

Conforme proposta inicial foram entrevistados profissionais das cinco unidades escolhidas, chegando a um total de quinze entrevistados sendo três médicos, quatro enfermeiros, dois odontólogos, três auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde.

Considerando os objetivos da pesquisa, os dados foram sistematizados em duas categorias:

- Indicação, oferta e resultado do teste.
- Aconselhamento.

### **9.1 - Oferta do Teste e Manejo do Resultado**

→ Quando indicar.

Durante as entrevistas geralmente começou-se falando sobre quando recomendar a realização do teste anti-HIV, seja nas ações coletivas, seja nas consultas individuais. No geral, fica clara a diferença entre os profissionais de nível médio e os de nível superior.

Dentre os de nível superior, os motivos para a indicação do teste aparecem, quase sempre, ligados ao quadro sindrômico. No caso dos médicos, eles citam emagrecimento, candidíase oral e vários apontam o diagnóstico do HIV como de exclusão, ou seja, só depois de descartadas outras causas para o sintoma apresentado. Em um momento um entrevistado chega a comparar com o diagnóstico de câncer que “agente só suspeita em último caso”. No caso de enfermeiros e dentistas, o programa de pré-natal, o atendimento dos adolescentes e quando se relata relações sexuais desprotegidas, são situações onde ocorre a oferta do teste. Existe uma tendência clara de indicar o teste para homossexuais, identificando esta opção sexual como automaticamente de risco.

Chama atenção o fato de, com exceção dos “*grupos de adolescentes*”, não ter relato de oferta do teste em atividades coletivas e de prevenção desenvolvidas pelas equipes. Isso demonstra que a conversa sobre o teste ocorre, principalmente, no ato da consulta médica ou de enfermagem.

Situação 1:

Entrevistador (E): Em quais situações você indica o teste anti-HIV?

Profissional (P): “Quando eu acho que ele está exposto a algum risco”.

E: Que riscos são estes?

P: “Comportamento de risco ou algum sintoma sugestivo”.

E: Como, por exemplo?

P: “Emagrecimento, candidíase oral, diarreia sem agente, aliado a um comportamento de risco”.

E: Qual comportamento?

P: “Se é homossexual, se tem história de relações sexuais sem proteção, etc”.

Situação 2:

P: “No atendimento da gestante; no grupo de adolescente, quando agente fala de DST e quando suspeito no atendimento geral”.

E: Quando você suspeita no atendimento geral.

P: “Quando tem relatos de sexo sem proteção, ou sintomas que possamos associar à doença”.

Dentre os profissionais de nível médio aparecem mais as questões relativas à sexualidade como, por exemplo, ‘promiscuidade’, homossexualismo, ‘traição’. Apesar de estar explícita a carga moralista, muitas vezes até de conotação religiosa, é essa categoria profissional que mais valoriza os riscos de uma relação sexual desprotegida e foi a única que lembrou dos usuários de droga injetável como potencial portador do vírus. Existe uma tendência de referenciar a oferta do teste para os profissionais de nível superior.

P1: “Paciente que eu sei que é promíscuo, homossexual; aliás, eu peço ao médico ou a enfermeira para passar o exame”.

P2: “Deve ser indicado no caso de quem é promíscuo, que trai a mulher e vice versa”.

P3: “Quem usa droga na veia ou faz sexo sem camisinha deve fazer, mas eu não sei se eu teria coragem de indicar, é coisa pro médico ou a enfermeira”.

Os Agentes Comunitários de Saúde quase sempre se colocam como passivos nesta questão, ou seja, avaliam a indicação ou encaminham para a unidade quando são solicitados pelos usuários. Ficou explícito, durante toda a entrevista, a dificuldade destes profissionais em falar sobre este tema.

P: “Agente tem que ter cuidado que tem muita gente religiosa aqui. Quando me pedem pra fazer eu marco a consulta no posto. Agora agente vê muita gente que precisa fazer, agente até fornece camisinha nas casas”.

P: “Agente só faz entregar camisinha, o resto é na unidade”.

P: “Eu não me sento segura para falar sobre o exame, agente precisa ser capacitada primeiro”.

O que se viu é que a lógica da vulnerabilidade, ou seja, de múltiplos fatores que expõe o indivíduo à infecção pelo HIV, ainda não prevalece na hora da indicação do teste. O que é valorizado são os sinais clínicos, na maioria das vezes tardios e já definidores da doença e os estereótipos identificados pelos profissionais (travestis, gays, usuários de droga, profissionais do sexo, etc).

Isso é contraditório ao comportamento da infecção pelo HIV, em que a grande maioria dos infectados são assintomáticos e foge à lógica da disponibilização do teste na atenção básica que seria de fazê-lo chegar cada vez mais próximo da população em geral. É também contraditório com o que se conhece de perfil da epidemia de HIV/aids, cada vez mais incorporando heterossexuais e mulheres. Isso prejudica a oferta universal do teste, pois ele passa a ser amarrado às definições de caso de aids, perdendo assim seu potencial de prevenção e quebra da transmissão do vírus.

Em alguns momentos tive-se a impressão de que a indicação do teste, ainda que exista em todos os serviços pesquisados, parece algo distante de algumas equipes, é como se fosse algo raro, que não está no dia-dia. Um exemplo de resposta:

P: “Rapaz, é difícil ter caso, até tem, mas é raro”.

➔ Como Ofertar.

Quando a pergunta é como ofertar o exame, aí se tem um conjunto extremamente heterogêneo de respostas. Vão desde “como qualquer outro” até que “necessitaria de um psicólogo para fazê-lo”. Chama atenção a afirmação feita por um profissional, que disse que “a AIDS é uma doença curável”; em nenhum momento foi citada a palavra aconselhamento.

P1: “Eu prescrevo como qualquer outro exame, não existe mais isso de ficar cheio de dedos como relação a HIV”.

P2: “Agente acolhe este indivíduo em um ambiente reservado e conversa com ele sobre porque estamos solicitando o exame”.

P3: “Tem que dizer que a aids hoje é uma doença curável e não tem porque ter medo de fazer o exame”.

P4: “Eu procuro dar uma abordagem psicológica, explicando que é um exame simples e que a maioria dá negativo. Em alguns casos eu encaminho logo para o Psicólogo”.

P5: “Primeiro eu vou dizer que, no quadro dele, seria bom fazer o exame e perguntar quais as dúvidas dele sobre isso”.

Fica claro o desconhecimento do aconselhamento, apesar da percepção de que o teste necessita de uma abordagem especial. Um fato importante, presente no aconselhamento, é convencer o paciente a fazer o teste e prepará-lo para o resultado, seja ele positivo ou negativo; essa preocupação parece superada pela necessidade de justificar a solicitação do teste. O medo da reação do usuário em saber que se estaria suspeitando que ele teria aids é muito maior do que a preocupação em prepará-lo para o teste.

→ A demanda espontânea.

Com relação ao usuário que chega pedindo para fazer o teste, muitos dos entrevistados perguntaram se o pedido ocorreu na consulta ou não. Caso fosse na consulta a tendência seria primeiro saber os motivos pelo qual ele quer ser testado. Dependendo disso indicaria ou não. Outro posicionamento bastante presente foi que, se não fosse no consultório, “*agendaria uma consulta com o médico*” primeiro para que ele avaliasse. É bom ressaltar que esta postura não foi uma unanimidade, houve quem se posicionasse pela oferta imediata, independentemente de onde o paciente manifestou a vontade ou do motivo.

P1: “Encaminharia rapidamente para o médico, marcava a consulta”.

P2: “Procuraria saber os motivos e avaliaria a necessidade”.

P3: “Providenciaria”.

Numa procura espontânea pelo teste, seja na consulta seja no balcão da unidade, não poderia haver dúvidas quanto ao atendimento imediato, com o cuidado de aconselhar e verificar se o usuário está no período de janela imunológica. Isso aponta para a necessidade de padronizar o acesso ao teste, já que a proposta é disponibilizá-lo na rede básica.

→ Dificuldades.

Em relação às dificuldades, a demora para chegar o resultado foi quase sempre mencionada. Foram relatados vários casos de gestantes que não chegaram a receber o resultado e de uma que foi positivo e só chegou depois do parto. Tiveram-se alguns relatos de dificuldade em lidar com a problemática do HIV, falta de capacitação sobre o tema, falta de informação sobre a doença e falta de adesão dos usuários ao teste.

P1: “A principal dificuldade é que a aids é um problema muito sério, que pode afetar a vida da pessoa para sempre. É difícil propor isso a alguém, parece até que você pode está desconfiando de alguma coisa”.

P2: “O problema é que o resultado demora muito, mais de três meses, quando chega”.

É espantoso como todos reclamam da demora para sair o resultado do teste, isso nos parece grave, pois desestimula a oferta e chega a desmoralizar o serviço público. Além de ser inadmissível o fato do resultado do teste em gestantes, ainda que negativo, chegue só após o parto. Isso além de aumentar a exposição à transmissão vertical, também aumenta o gasto público, pois esta mesma paciente terá que fazer o teste rápido na maternidade. Isso sem falar que o tempo de espera passa a ser uma tortura para quem se expôs a um risco de contrair a doença. A resolução desse problema é fundamental para o sucesso da universalização do teste.

→ Recusa.

A pergunta sobre o que faria se algum paciente não quisesse fazer o teste, foi respondida de forma quase uniforme no sentido de insistir na oferta e convencer o indivíduo a fazer o exame. Em alguns casos a posição do usuário seria respeitada de imediato e alguns também ofereceriam em outra oportunidade. Em nenhum momento apareceu, declaradamente, que se faria de forma compulsória ou disfarçada.

P1: “Eu insistiria, pois é muito importante para ele e para quem vive com ele”.

P2: “Tudo bem, em outra consulta eu converso de novo”.

P3: “Aí eu faço um medinho e tento de todo jeito”.

P4: “É um direito dele não querer fazer”.

Em nenhum momento detectou-se algum movimento de autocrítica com relação à forma de abordar e a possibilidade de isso ter influenciado na negativa em fazer o teste. Uma atitude muito presente é a de apostar todas as fichas naquele momento, como se o fosse o único e não numa estratégia de convencimento e conquista para que o teste seja realizado quando o paciente estiver mais seguro desta opção.

→ O caso positivo.

Em relação à possibilidade de ter que comunicar um resultado positivo, alguns disseram que nunca imaginaram essa situação, outros que não conseguiriam dar o resultado e passariam para outros profissionais da equipe e houve quem dissesse que daria o resultado “tranquilamente”.

P1: “Eu nunca pensei, os meus de pré-natais até agora sempre deram negativo”.

P2: “Seria importante que agente tivesse um apoio de um Psicólogo para essas horas, pois eu acho muito difícil. Como é difícil dizer que a pessoa tem um câncer e outras doenças sem cura”.

P3: “Já aconteceu comigo e eu pedi para o médico dar o resultado junto comigo. A sorte é que parece que o paciente já estava esperando o diagnóstico e aparentemente ficou calmo”.

P4: “Daria o resultado sem problema, a aids hoje tem tratamento e é gratuito”.

O que se viu foi que a quase totalidade dos profissionais tem dificuldade em dar o resultado, muitas vezes negando a possibilidade de ter resultado positivo ou atribuindo a tarefa a outros membros da equipe. Ao mesmo tempo em que isso demonstra sensibilidade com o tema, aponta para o risco de pânico por parte de quem dá o resultado. Isso pode trazer sérias conseqüências, para quem recebe o resultado e para que se realizem procedimentos como a testagem do(s) parceiro(s). Se for feita uma abordagem adequada do resultado, também aumentam as chances de adesão ao tratamento.

## **9.2 - Aconselhamento**

Considerando que os objetivos do aconselhamento nem sempre são atingidos em um único encontro, buscou-se compreender qual era a concepção de aconselhamento presente nos serviços avaliados, tendo em vista o relatado pelos profissionais. No aconselhamento individual, as situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e

adoção de práticas mais seguras, seriam mais bem trabalhadas num atendimento personalizado. Entende-se que a identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas depende da qualidade da relação entre os interlocutores no aconselhamento.

Quando indagamos sobre a utilização do aconselhamento para ofertar o teste, ficou claro o desconhecimento da técnica por parte da maioria dos entrevistados. Alguns, inclusive, o confundiram com “acolhimento” e “humanização”; enquanto uns poucos souberam o que é e afirmaram que tentam aplicar na unidade. Mas quando se aprofundou a conversa, então se percebe uma abordagem diferente com relação ao exame, muitas vezes relacionada aos próprios temores e preconceitos do profissional.

E: Você utiliza o aconselhamento para ofertar o teste anti-HIV?

P: “Agente procura fazer acolhimento para este tipo de caso, dando um atendimento humanizado”.

E: O que significa isso?

P: “Agente tem uma sala reservada para isso, que é a sala de acolhimento, então lá nos conversamos o que for preciso, tiramos dúvidas”.

E: Mas e com relação ao aconselhamento?

P: “Se o exame der positivo aí agente encaminha para a unidade de referência”.

Com relação ao acolhimento aos pacientes que demandam o teste anti-HIV nas unidades, em geral os profissionais manifestaram a intenção de fazê-lo de forma personalizada e imediata. Em alguns casos foi colocada a necessidade de encaixá-lo na rotina do serviço, ou seja, marcar consulta para ter sua solicitação avaliada. Apesar de quase sempre se colocar a falta de tempo, como um impeditivo para esse tipo de abordagem, percebeu-se a intenção de acolher os usuários, condição primeira para a realização do aconselhamento.

P1: “Agente tem que colocar esta pessoa em uma sala e ouvi-la, explicar como é o teste e quando é que devemos fazê-lo”.

P2: “Eu vou ver se realmente é urgente, pois o movimento é grande e não temos tempo para tudo. Faço o possível para marcar uma consulta para ele ter tratamento adequado”.

P3: “Já é tão difícil querer fazer esse exame, que agente tem que aproveitar e fazer toda orientação que for preciso”.

Os profissionais se colocam numa postura de escuta passiva ao que é colocado pelo usuário. Perguntados se oferecem orientação com relação a práticas seguras e de redução de danos e se tiram dúvidas com relação ao teste e suas conseqüências. A tendência observada é apenas de escuta e encaminhamento para realização do teste. Isso demonstra uma atitude passiva na hora da oferta, pois poderia neste momento já se abordar as conseqüências do teste e problematizar a exposição ao risco de infecção.

P1: “Nós ouvimos o que ele tem para dizer e quais são suas dúvidas”.

P2: “Eu prescrevo o exame e encaminho para fazer. Se surgir alguma dúvida agente tenta responder”.

A adequação da linguagem e a busca de favorecer a compreensão do conteúdo na comunicação foram preocupações presentes nas entrevistas. Os profissionais relataram o uso de analogias, gírias e expressões populares para que os conhecimentos científicos não fossem obstáculo à compreensão da informação. Houve quem dissesse que este tipo de recurso, ao invés de ajudar, atrapalha e dificulta a compreensão real do problema e também aqueles que manifestaram abertamente que têm dificuldade em lançar mão dessa linguagem.

P1: “Se é um adolescente, por exemplo, eu vou procurar falar na linguagem dele, se for um senhor idoso a agente tem que ter cuidado para não chocá-lo”.

P2: “A gente tem que se desdobrar na consulta para a pessoa entender e eu acho que vale a pena usar de tudo”.

P3: “Eu acho que pode ser preconceito achar que o paciente, muitas vezes por ser pobre, não entende as coisas. Eu não gosto desse tipo de coisa”.

Uma vez que a escuta ativa foi um dos impasses verificados anteriormente, a informação sobre riscos orientada às vivências dos usuários e a identificação de estratégias viáveis de prevenção, foram pontos críticos durante as entrevistas. Quanto a aproveitar a oportunidade da oferta do teste para avaliação de vulnerabilidades e percepção das reais dificuldades quanto à adoção de comportamentos que evitem riscos, as respostas, na maioria das vezes, são no sentido de normas e condutas sobre comportamento de risco.

P1: "Eu falo da necessidade de usar camisinha".

P2: "Se o paciente solicita alguma orientação de como se proteger, aí eu falo do sexo seguro, com parceiro fixo; caso não tenha, indico a camisinha".

Em relação à orientação dos aspectos clínicos e do tratamento do HIV/aids, visando promover a adesão ao tratamento, no caso positivo; foi difícil de avaliar pelo fato do caso positivo ainda não ser uma realidade palpável por parte das equipes entrevistadas. Muitas vezes a única orientação relatada para o caso com teste positivo é o serviço que teria de procurar, a partir dali. Alguns dos entrevistados, que tiveram a oportunidade de manejar o resultado positivo, relataram que o próprio usuário perguntou e eles tiveram de dar algumas respostas, embora ressaltem a dificuldade de quem recebeu o resultado de formular perguntas e expressar suas angústias.

P1: "Nunca peguei nenhum caso mas, se tivesse, é claro que orientaria quanto à doença e aos comunicantes, solicitando que fossem também fazer o teste."

P2: "Se pegasse algum caso, esclareceria que o fato de ter HIV não significa ter a doença e quais são as chances de tratamento".

P3: "Eu encaminho logo ao serviço de referência, para começar o tratamento".

P4: "Faço algumas orientações e encaminho pra o serviço da Prefeitura ou para o Hospital Oswaldo Cruz, para iniciar logo o tratamento".

P5: "No meu caso a própria pessoa perguntou algumas coisas mas, apesar de calmo, acho que ele ainda não tinha acordado para o que isso representava".



## *10 - CONCLUSÕES*

De acordo com o que foi manifestado pelos profissionais de saúde, concluiu-se que a indicação do teste é feita com base no que é observado na clínica do consultório. Isso, neste entender, é contraditório com o objetivo de tornar o teste acessível a todos. Para que isto aconteça, há de se aproveitar os outros espaços importantes de interação com a comunidade, como atividades em escolas, grupos temáticos, visitas domiciliares, etc. Isso aliado a um melhor aproveitamento dos Agentes Comunitários de Saúde, enquanto interlocutores da comunidade com a equipe e o quanto potente veículo de comunicação e de informações em saúde.

Outro requisito fundamental para se ter uma oferta universal é o acesso ao teste através da demanda espontânea. As equipes têm que estar preparadas para acolher e providenciar o exame para estes casos, pois isso significa que a unidade básica passa a ser, de fato, referência da comunidade para realização do teste, estando ele exposto a uma situação de risco ou não.

Para o sucesso dessa estratégia é fundamental que o resultado do teste tenha um tempo aceitável para chegar, pois isso dá credibilidade à ação. Além disso, o encaminhamento de outras dificuldades apontadas pelos profissionais, como a ausência de fluxo regular de informações sobre o tema e a necessidade de capacitações periódicas; traz a necessidade de uma estratégia municipal voltada ao HIV na atenção básica, que envolva educação continuada dos profissionais, supervisão das ações desenvolvidas e integração com os serviços de referência.

Um sinal da necessidade de discussão urgente sobre a temática do HIV nas equipes, foi o fato de ter profissional de saúde afirmando que a aids é uma doença curável e também a constante associação feita entre homossexuais e comportamento de risco. De um lado, o que pode ser uma interpretação errônea das constantes campanhas que procuram diminuir o preconceito para com os portadores do vírus, de outro a explicitação dos preconceitos e tabus da sociedade, ligados à sexualidade, apontam na direção de que não adianta apenas colocar o teste à disposição das equipes, tem-se que fazê-lo de forma qualificada.

Dos protocolos que indicam a oferta obrigatória do HIV, entre eles o de controle da tuberculose e o da assistência pré-natal, apenas este último é citado pelos profissionais. Isso é preocupante, pois a tuberculose, junto com outras manifestações, pode ser doença definidora de aids. Portanto a não abordagem da coinfeção TB/HIV, por parte dos profissionais demonstra uma fragilidade de ambos os programas de controle.

### **10.1 - A contribuição do aconselhamento**

O que se chama aconselhamento, é um conjunto de técnicas e posturas elaboradas e destinadas a dar suporte a testagem em serviços especializados (CTA's). A sua aplicação nos serviços de atenção básica, ainda é algo distante, como se pode observar nos resultados da pesquisa. Apesar disso acredita-se que o impacto da oferta do teste anti-HIV é diretamente ligado a como se aborda a oferta desse teste.

A incorporação de contribuições do aconselhamento como esclarecer as conseqüências do teste, trabalhar o comportamento de risco e saber abordar o resultado positivo. Parece-nos fundamental na quebra da cadeia de transmissão do vírus HIV. Como isso deve ser feito na atenção básica ainda é algo a ser pensado; mas a forma como é feito nos CTAs deve ser observada para, a partir dela, recriar-se um modo de aconselhar adaptada às diferentes situações vividas pelos serviços que estão na ponta da assistência à população.

### **10.2 - O Papel do CTA**

Num momento em que se incentiva os serviços de atenção básica a oferecerem o teste para detecção do HIV, há de se perguntar qual seria o papel dos CTA, originalmente concebidos para este fim.

Em primeiro lugar, tem-se que levar em conta que os CTA constituem-se, na sua maioria, em locais de excelência no aconselhamento e testagem para o HIV e outras DST. Isso os fazem estratégicos no processo de descentralização da testagem e do

aconselhamento devendo, portanto, ser incluídos neste processo. Tem-se que levar em consideração, também, o know-how que estes serviços adquiriram, no trabalho com populações específicas como profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, podendo tanto ajudar as unidades básicas nesta questão quanto, em alguns casos, continuar sendo referência para essas populações.

Por último, a necessidade de se manterem esses centros, também se dá pelo fato de muitas pessoas se recusarem a realizar esse tipo de exame perto de casa. O CTA tende a dar uma sensação de maior privacidade e, no geral, são localizados em áreas de fácil acesso. Portanto o CTA garante a universalização da testagem, na medida em que dá acesso a quem, por algum motivo, escapa da atenção básica.

### **10.3 - Considerações Finais**

Se as conquistas frente à epidemia de HIV/aids no Brasil foram muitas, os desafios que se colocam para o futuro são imensos.

Ao contrário do que se pensava inicialmente, a infecção pelo HIV não está confinada a populações específicas e rompeu a fronteira dos, assim chamados, grupos de risco. Ao mesmo tempo a epidemia de HIV/aids não é democrática, ela se alimenta das desigualdades, como as de gênero e econômica, afetando de forma desigual populações que vivem situações de vulnerabilidade causada pelos mais diversos fatores.

Isso impõe uma adaptação às estratégias de combate à epidemia e uma mudança de postura dos programas de combate as DST/HIV/aids. A necessidade é de incorporação, de fato, ao SUS, o quanto sistema nacional de saúde, rompendo com o modelo inicial, vertical e muitas vezes paralelo ao próprio sistema público. O combate à epidemia de HIV é tarefa do poder público, contando para isto com a colaboração de organizações, centros de pesquisa, associações, enfim de toda a sociedade.



## ***11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- AYRES, J. R. Vulnerabilidade e AIDS: Para Uma Resposta Social à Epidemia. Boletim Epidemiológico AIDS – MS - Ano XI, No 02 – Março a Maio de 1998.
- BRITO, I. Desafios da Prevenção do HIV/AIDS no Contexto Transcultural. Boletim Epidemiológico AIDS – CVE - ano XV No 03 - Dezembro/97.
- BUCHALLA, C.M. AIDS: O Surgimento e a Evolução da Doença. São Paulo, Hucitec – NUPENS/USP, 2000.
- CASTILHO, A.C. A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Medsi,1999.
- CHEQUER, P. A Epidemia de AIDS no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde,1997.
- CVE – SP. Manual de vigilância Epidemiológica – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) – Normas e Instruções. São Paulo, SES/SP, 1995.
- CZERESNIA, D. AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia. São Paulo, Hucitec,1995.
- CZERESNIA, D. AIDS Pesquisa Social e Educação. São Paulo, Hucitec,1995.
- DONALISIO, M.R. O Dengue no Espaço Habitado. São Paulo, Hucitec, 1999.
- FERREIRA, J. AIDS e Infecção pelo HIV. Porto Alegre, Artmed, 1996.
- FERREIRA, M.P.S. Testagem Sorológica para o HIV e a Importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, mimeo, 2003.
- FILGUEIRAS S.L.; DESLANDES S.F. Avaliação das ações de Aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 1999.
- GALVÃO, J. AIDS no Brasil. São Paulo, Editora 34, 2000.
- HOLLANDER, H. Infecção pelo HIV. São Paulo, Lange, 1998.
- MANN, J. AIDS no mundo. Rio de Janeiro, ABIA, 1992.
- MASSELI, M.C. Estresse e Trabalho de Monitoras de Creche: Uma Abordagem Multidisciplinar. Campinas, 2001, Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.

MATTOS, R.A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In R. Parker, J. Galvão, M. Bessa (org.). Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA/editora 34, 1999.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec - ABRASCO, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde – avaliação das ações. Brasília, MS, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS – Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, MS, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade/Rede Básica de Saúde. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico AIDS, ano XVI, No 1, Abr a Dez de 2002. Brasília, MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fique Sabendo. Brasília, MS, 2003.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. Desenvolvimento Humano Sustentável no Recife Metropolitano. Recife, PCR, 2001.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro, Medsi, 1999.

SECRETARIA DE SAÚDE – PE. Boletim Informativo DST/AIDS, Jan/Abr 2003, Ano III, No 03. Recife, SS/PE, 2003.

VERONESI, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

VERONESE, R.; FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia. São Paulo, Atheneu, 2002.