

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO - CSE

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**Processo de Trabalho do Assistente Social na Saúde Pública – Divisão de
DST/HIV/aids e Sífilis Congênita: Um estudo qualitativo sobre o usuário
e a prática do aconselhamento nos Centros de Testagem e
Aconselhamento**

SIMONE TEREZINHA BITTENCOURT

Florianópolis
2004

SIMONE TEREZINHA BITTENCOURT

**Processo de Trabalho do Assistente Social na Saúde Pública – Divisão de
DST/HIV/aids e Sífilis Congênita: Um estudo qualitativo sobre o usuário
e a prática do aconselhamento nos Centros de Testagem e
Aconselhamento**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de
Assistente Social, sob a orientação da Prof.
Kátia de Macedo Rabelo.

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 05/07/04

Teresa Kleba
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis
2004

SIMONE TEREZINHA BITTENCOURT

**Processo de Trabalho do Assistente Social na Saúde Pública – Divisão de
DST/HIV/aids e Sífilis Congênita: Um estudo qualitativo sobre o usuário
e a prática do aconselhamento nos Centros de Testagem e
Aconselhamento**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Kátia de Macedo Rabelo
Professora – Orientadora

Gladis Helena da Silva Martinez
Assistente Social – Supervisora de Estágio

Elisia Puel
Professora – Assistente social

Florianópolis, julho de 2004.

AGRADECIMENTOS

A Deus que está presente em minha vida em todas as horas.

Aos meus pais Jorge e Terezinha, pelo amor e compreensão, pois me apoiaram em mais esta jornada. A minha irmã Taysa que me deu muita força. Amo vocês.

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e meu afilhado Victor pelo incentivo e por compreenderem meus momentos de nervosismo.

A todos os meus familiares que entenderam minhas ausências neste período importante de minha jornada em busca da graduação.

As minhas grandes amigas Cinthia e Regina pelo incentivo, pela ajuda e pela amizade que me foi tão importante nesta etapa de minha vida.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e compreensão.

A todos meus colegas de turma onde ressalto minhas novas amigas Glades, Simoni e Fernanda pelo apoio e amizade, em especial a Nandinha que me deu força e soube me ouvir nos momentos de dificuldades e alegrias.

A Gladis, que foi um anjo que Deus colocou no meu caminho e aceitou o desafio de me supervisionar.

A todos os funcionários da Divisão de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita da Diretoria de Vigilância Epidemiológica pela grande ajuda na construção desse trabalho, em especial a Ana, Rosita e Ira.

A minha orientadora Kátia pela grande ajuda na construção deste trabalho.

Aos Aconselhadores dos Centros de Testagem e Aconselhamento que me auxiliaram em minha pesquisa.

Agradeço a todos e espero que este trabalho possa demonstrar os conhecimentos, experiências e referenciais obtidos em minha jornada acadêmica, tão importante para meu futuro profissional.

Dedico este trabalho a todos vocês.

A prática não pode ser considerada pronta, acabada, mas esta se estabelece num processo de construção. A prática não pode preceder os usuários, mas é construída com eles. Pressupõe uma construção coletiva sob a responsabilidade do profissional e dos usuários, no sentido de não construir a ação considerando a instituição como sistema fechado, mas sim visar os horizontes da sociedade. Pressupõe também a competência técnica que se configura em transformar a realidade a partir da intersubjetividade, em que o exercício cotidiano é o exercício político.

FRANCISCO ARSELI KERN

RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso apresenta o tema referente a vivência de Estágio Curricular na Diretoria de Vigilância Epidemiológica na Divisão das DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, como estagiária de Serviço social de Agosto de 2003 a Janeiro de 2004. Apresenta uma pesquisa realizada junto aos Centros de Testagem e Aconselhamento, com o objetivo de traçar o perfil dos usuários e aconselhadorez destes centros. Aplicou-se um questionário aos aconselhadorez, no propósito de reconhecer sua categoria profissional; nível de capacitação e treinamento; principais aspectoz positivos e limites de sua atuação evidenciando as propostas e perspectivas para o futuro. O perfil dos usuários foi traçado utilizando-se como instrumento de coleta de dados uma pesquisa documental junto aos registros do programa SI-CTA-Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Na pesquisa realizada com os aconselhadorez, verificamos que é preciso investir muito em capacitação periódica e treinamentos contínuos; que é preciso que o Estado invista mais na valorização e aperfeiçoamento dos aconselhadorez e dos espaços físicos; enfim muito ainda há que ser feito e aperfeiçoado para que o CTA realmente atenda seus usuários em sua totalidade. Na pesquisa para conhecer o perfil dos usuários percebemos que a atual face da epidemia realmente está caracterizada conforme dados apresentados, que não há mais grupos de riscos e sim comportamentos de risco, e que as pessoas estão tomando consciência dos riscos, mas que este nível de consciência tem que ser mais instigado por campanha de prevenção mais efetivas e esclarecedoras. O Serviço Social tem papel importante por ser um dos profissionais que tem todos os requisitos para atuar em todas as áreas do programa seja na parte de gerência, aplicação e avaliação de projetos sociais e da operacionalização de políticas públicas de saúde na promoção, prevenção, proteção e vigilância epidemiológica, como também para atuar na ponta sendo aconselhador que é uma atuação muito gratificante por ter em seu produto final entre outros uma mudança de comportamento do usuário auxiliando na prevenção e na conscientização da população para diminuir o avanço da Aids.

Palavras chaves: HIV/aids; CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento; Conscientização; Prevenção.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	08
1	ORIGEM E TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DO HIV/AIDS E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DESSA DEMANDA SOCIAL.	
1.1	Origem e Evolução da Aids.....	12
1.1.1	Sintomas.....	14
1.1.2	A importância do diagnóstico.....	15
1.2	Demografia da Aids no Mundo, no Brasil e em Santa Catarina	
1.2.1	No Mundo.....	17
1.2.2	No Brasil.....	18
1.2.3	Em Santa Catarina.....	19
1.3	O enfrentamento do HIV/Aids no contexto das políticas públicas de saúde.....	19
1.3.1	Os Centros de Testagem e Aconselhamento.....	25
1.3.1.1	Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento.....	29
1.3.2	Aconselhamento como estratégia.....	30
1.3.2.1	Aconselhamento Pré-teste.....	32
1.3.2.2	Aconselhamento Pós-teste.....	34
2	O SERVIÇO SOCIAL NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – DIVISÃO DE DST/HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA E A PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA VISÃO DOS USUÁRIOS E ACONSELHADORES	
2.1	Contextualização Institucional.....	38
2.2	O Serviço Social na Divisão de DST/HIV/aids e Sífilis Congênita.....	41
2.3	Percurso Metodológico da Pesquisa	
2.3.1	Justificativa.....	43
2.3.2	Objetivos.....	44
2.3.3	Metodologia.....	44
2.3.3.1	População e Amostra.....	46
2.3.3.2	Instrumento de coleta de dados.....	47

2.3.3.3	Coleta de Dados.....	47
2.3.3.4	Apresentação dos Dados.....	48
2.4	Apresentação e Análise dos Resultados da Pesquisa.....	48
2.4.1	Perfil dos Usuários do CTA de Santa Catarina.....	49
2.4.2	Perfil dos Aconselhadores e questões pertinentes ao Aconselhamento.....	56
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
	APÊNDICE.....	73

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultante da experiência vivenciada no Estágio Curricular, realizado na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Divisão das DST/HIV/aids e Sífilis Congênita, como estagiária de Serviço Social, no período de agosto de 2003 a Fevereiro de 2004.

O surgimento da pandemia do HIV/aids no início da década de 1980 e ocasionou impactos nas sociedades e gerou uma gama de estigmas e preconceitos por atingir homens homossexuais,

No Brasil, a doença foi conhecida inicialmente por intermédio da mídia, para depois se tornar um fato médico. Como em todos os países atingidos por essa nova doença, aqui também se acreditava que a pandemia fazia parte, exclusivamente, dos grupos de homens homossexuais, sendo conhecida como uma "epidemia de bichas ricas" (Parker, 1994).

Os profissionais de saúde, ao tratarem desses doentes, sentiam medo do contágio do flagelo, que seria um "castigo de Deus". Ninguém sabia ao certo do que se tratava ou os seus mecanismos de transmissão; "sabiam apenas que era uma doença contagiosa, incurável e mortal, ligada principalmente à homossexualidade" Parker (1994).

Estar infectado pelo vírus causador da aids fazia com que o doente fosse visto como o portador de uma doença vergonhosa e condenável. Pensavam que um simples contato físico seria capaz de "sujar suas almas santas com o flagelo advindo do pecado" Parker (1994) que contaminava os homossexuais.

Por atingir outros segmentos da população (hemofílicos e usuários de drogas injetáveis), a maioria das pessoas não se considerava em risco iminente de contágio, pois não havia informações sobre as formas de transmissão. Os então pertencentes aos denominados

"grupos de risco" eram, por definição, os alvos da doença e também do preconceito de toda a sociedade por serem minorias e por apresentarem algum comportamento passível de ser classificado como desviante, marginal.

Após vinte anos de pandemia, foi possível constatar que a aids é uma doença sem preconceitos – ela atinge a todos indiscriminadamente - e continua se expandindo nos diversos segmentos da população, inserindo-se em novos grupos socialmente considerados mais "vulneráveis" Brasil (1999), grassando na atualidade entre os pobres, os jovens e as mulheres.

O problema dos soropositivos, como o dos demais doentes, não é reclamar condições mais fáceis de morte, e sim reivindicar melhor qualidade de vida, fato este que inclusive é comum a quase totalidade dos brasileiros. A infecção pelo HIV não causa, diretamente, nenhuma deficiência que impeça o exercício da cidadania, mas indiretamente, ser portador do HIV/aids dificulta esse exercício, pois a doença ainda é utilizada como justificativa para a interdição de direitos humanos, civis e sociais.

O pressuposto básico da cidadania é o princípio da igualdade, que está expresso no direito civil, mas torna-se difícil ao portador do HIV/aids conseguir exercer sua cidadania plenamente. A questão não está na Legislação criada a partir das demandas postas pelos soropositivos ou na referente aos Direitos Humanos, mas sim no acesso a estes direitos, como por exemplo, os direitos à saúde, à assistência, ao trabalho e à educação.

Frente a esses desafios o Estado Brasileiro através das políticas públicas de atenção à saúde, e especificamente a este segmento, instituiu através de uma portaria ministerial em 1985, a atual Coordenação Nacional de DST e aids e, em 1986, foram iniciados os trabalhos da então Divisão Nacional de Controle das DST e aids, do Ministério da Saúde. Integrada por epidemiólogos, sanitaristas e clínicos. O programa logo se destacou como um dos maiores na estrutura ministerial, mobilizando mais de 30 profissionais, passando a desenvolver ações

voltadas a atenção aos portadores de HIV/aids no que se refere a programas de assistência e prevenção.

Tendo como referencial o atendimento à essa nova demanda de saúde o assistente Social inclui-se no contexto da prevenção e tratamento da aids observando a conjuntura política, econômica e o fenômeno da globalização de onde surgem questões como a pobreza, o desemprego, a fome, a miséria e onde as doenças como a aids, deixaram de ser apenas nacionais para tornarem-se globais. O assistente social deve ser um dos tradutores das demandas contemporaneamente postas contribuindo para a elaboração e implementação de políticas sociais para enfrentamento das seqüelas sociais advindas não só da violência estrutural, mas nesse caso aquelas que atingem a população afetada pela doença, levando em consideração as transformações que ocorrem no perfil da pandemia.

Esse contexto é que nos inseriu no contato com as questões do programa de aconselhamento e nos propusemos a realizar uma pesquisa junto aos CTAs – Centros de Testagem e Aconselhamento de Santa Catarina com o objetivo de identificar o perfil dos seus usuários e aconselhores, e como vem se desenvolvendo a intervenção junto aos usuários dos CTAs referenciando tanto aspectos positivos e limites de sua atuação. Outro aspecto pesquisado reporta-se ao conhecimento das percepções dos profissionais sobre o programa CTA, as propostas de mudança e as perspectivas para o futuro.

Esse conteúdo será apresentado e estruturado nesse estudo em dois capítulos, sendo que o primeiro apresentará um resgate histórico da epidemia, sua origem e evolução bem como dados epidemiológicos atuais situando a aids no Mundo, no Brasil e em Santa Catarina e a contextualização do HIV/aids no âmbito das políticas públicas da saúde, suas diretrizes e operacionalização e suas estratégias nas quais incluímos os CTAs.

No segundo capítulo apresentaremos os resultados e a análise dos dados obtidos com a pesquisa. Nas considerações finais faremos uma síntese das idéias trabalhadas neste estudo, sugestões destacando a inserção e a importância da intervenção do Serviço social na implementação de políticas de atenção a saúde voltada ao atendimento da demanda do HIV/aids.

1. Origem e transformações contemporâneas do HIV/Aids e suas repercussões nas políticas públicas de enfrentamento dessa demanda social.

1.1 – Origem e Evolução do HIV/Aids

Embora não se saiba ao certo qual a origem do HIV-1 e 2, acredita-se que uma grande família de retrovírus relacionados a eles está presente em primatas não-humanos, na África sub-Sahariana. Todos os membros desta família de retrovírus possuem estrutura genômica semelhante, apresentando homologia em torno de 50%. Aparentemente, o HIV-1 e o HIV-2 passaram a infectar o homem há poucas décadas. Alguns trabalhos científicos recentes sugerem que isso tenha ocorrido entre os anos 40 e 50. Numerosos retrovírus de primatas não-humanos encontrados na África têm apresentado grande similaridade com o HIV-1 e com o HIV-2. O vírus da imunodeficiência símia (SIV), que infecta uma subespécie de chimpanzés africanos, é 98% similar ao HIV-1, sugerindo que ambos evoluíram de uma origem comum. Por esses fatos, supõe-se que o HIV tenha origem africana. Ademais, diversos estudos sorológicos realizados na África, utilizando amostras de soro armazenadas desde as décadas de 50 e 60, reforçam essa hipótese.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco ou New York, que apresentavam "sarcoma de Kaposi", pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Em 1983, o vírus da aids foi isolado em pacientes pelos pesquisadores Robert Gallo, nos EUA, e Luc Montagnier, na França, recebendo os nomes de LAV (Lymphadenopathy

Associated Virus ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III), respectivamente nos dois países.

Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano, um comitê internacional recomendou o termo HIV (Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos.

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família Lentiviridae. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro.

Segundo site informativo do MS a aids é uma doença causada pelo vírus HIV, que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, provocando a perda da imunidade (resistência) natural que as pessoas possuem e permitindo o aparecimento de várias outras doenças, chamadas doenças oportunistas. A abreviatura aids vem da denominação em inglês da doença. **AIDS** significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Nos países de língua latina (Portugal, Espanha, França) costuma-se usar a sigla SIDA. No Brasil, é conhecida como AIDS. O entendimento dessa sigla traz uma concepção que deve ser esclarecida:

Síndrome: Conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem conjuntamente e que indicam a existência de uma doença. A aids é definida como síndrome porque não tem uma manifestação única, pelo contrário, caracteriza-se pelo surgimento de várias doenças sucessivas e simultâneas, que ocultam a sua verdadeira causa.

Imunodeficiência: Trata-se de uma deficiência do sistema imunológico. "Imuno" refere-se ao sistema imunológico que é responsável pela capacidade natural que o corpo humano possui para se defender das doenças. "Deficiência" quer dizer que o sistema imunológico é incapaz de defender o organismo humano das doenças que o atacam.

Adquirida: Existem formas de deficiência hereditárias. No caso da aids, a imunodeficiência ocorre por contágio com pessoas ou veículos (sangue, esperma, secreções vaginais) em que o vírus esteja presente.

1.1.1 - Sintomas

Os sintomas da aids são, inicialmente, inespecíficos como sudorese noturna, febre diária até 38°C, sensação constante de cansaço mesmo em repouso, diarreia, aparecimento de gânglios nas axilas, virilhas e pescoço, emagrecimento mais que 10% do peso normal etc. e posteriormente, manifestação das infecções oportunistas (candidíase oral, outros fungos, pneumonias, infecções do sistema nervoso central etc). Porém, alguns fatores podem predispor a manifestação da doença em indivíduos assintomáticos, como outras doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia etc), sexo não seguro (favorece a aquisição de outras infecções, inclusive outras cepas do HIV), uso de drogas (crack, cocaína que causam imunodepressão) e uso de medicamentos que interferem no sistema imunológico.

Mas é preciso lembrar que esses sintomas também estão relacionados a outras doenças, portanto é sempre necessário consultar um médico. O tempo que leva entre a infecção pelo vírus HIV e o aparecimento dos sintomas da aids (através de doenças

oportunistas) é muito variável, podendo ser de meses a anos (existem casos relatados de até 10 anos). Durante este período, o indivíduo é assintomático, ou seja, não demonstra qualquer problema de saúde, porém ele pode transmitir o vírus para outras pessoas e se fizer o teste sorológico, será reagente.

1.1.2 - A importância do Diagnóstico

Dados do último boletim fornecido pelo Ministério da Saúde apontam que há 597.443 pessoas vivendo com o HIV no Brasil. Sendo que dessas pessoas, aproximadamente 400 mil não conhecem sua condição sorológica. Isso acontece porque o HIV pode ficar no organismo da pessoa durante anos sem que ela sinta qualquer sintoma. Sem conhecer seu status sorológico, a pessoa HIV positiva pode se tornar uma vetora involuntária da epidemia. Assim, o conhecimento dessa informação pode prevenir a infecção de milhares de pessoas, como também a prevenção (sexo seguro, não compartilhamento de seringas).

Além disso, o diagnóstico precoce também é importante para a realização de um tratamento que garanta uma vida com melhor qualidade para a pessoa infectada. Quanto antes a pessoa HIV positiva conhecer seu status sorológico, menor será a complexidade de seu tratamento.

O diagnóstico também faz uma grande diferença na gravidez. Mães soropositivas aumentam suas chances de terem filhos sem o HIV se forem orientadas corretamente e seguirem o tratamento recomendado durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Conforme dados do boletim epidemiológico fornecido pelo Ministério da Saúde é na faixa etária de 15 a 49 anos que ocorre a maioria dos casos de aids, que pode levar-se a afirmação de que a maioria dessas pessoas infectaram-se na adolescência e juventude. Por

esse motivo, essa é uma das populações prioritária e que precisa ser acolhida pelos serviços de saúde.

Os dados obtidos pelas várias pesquisas acerca da evolução da aids demonstram que o perfil dos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS se tornou muito parecida com a face da sociedade brasileira, passando dos outrora chamados **grupos de risco** como: homossexuais masculinos, profissionais do sexo, dependentes químicos que compartilhavam seringas contaminadas, etc, para todo o cidadão independente de sua preferência sexual que se expusesse a um **comportamento de risco**. Um dos exemplos mais significativos desta constatação está na taxa de mulheres infectadas que no início era de 01 (uma) mulher para 50 homens e hoje está de 02 (duas) mulheres para 01 (um) homem.

A epidemia da aids tornou-se semelhante à situação da sociedade brasileira, pelo fato de sua evolução estar ligada a um conjunto de práticas sociais associadas ao sistema de poder, desigualdade e opressão que estruturam a vida brasileira de uma maneira geral. Na sociedade atual onde homens e mulheres se relacionam sexualmente tanto com o mesmo sexo quanto com o sexo oposto observa-se a crescente disseminação da infecção pelo HIV.

Entre outros fatores também são observadas as questões das mulheres, cujo principal fator de risco está ligado aparentemente a condições das relações de poder desiguais, com seus parceiros sexuais e que devido a fragilidade desta relação às mulheres sentem dificuldade em negociar o uso do preservativo, e também há a questão da confiança quando um relacionamento assume proporções “confiáveis” a tendência é descuidar-se e deixar de usar preservativo . Também outros fatores contribuíram para a mudança da face da aids, a incidência da doença entre os setores mais pobres da sociedade brasileira, os quais têm sofrido o maior impacto de todas as grandes crises da saúde pública no Brasil e, tradicionalmente, têm tido menos acesso aos serviços de saúde e previdência social.

O Dia Mundial da Luta Contra a Aids é comemorado no dia 1º de Dezembro. Nesse dia, se comemora o esforço de cada nação no combate à AIDS. A data é dedicada à luta contra a Aids pela solidariedade, contra a discriminação e o preconceito em relação a todas as pessoas que vivem com HIV. O laço de fita vermelho é um indicativo, de que quem o usa, está atento e disposto a ser solidário com as pessoas convivendo com o HIV/AIDS.

1.2 - Demografia da Aids no Mundo, no Brasil e em Santa Catarina

1.2.1 - No Mundo:

Segundo números do informe 2003 da Unaid (órgão da ONU para o combate à aids) sobre a situação da epidemia no mundo, cerca de 40 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV/aids, incluindo estimadas 2,5 milhões de crianças com menos de 15 anos. Cerca de 5 milhões de pessoas foram infectadas em 2003 e mais de 3 milhões morreram neste ano.

A África subsaariana continua sendo a região mais afetada do mundo com cerca de 3,2 milhões de novas infecções e 2,3 milhões de mortes em 2003. O sul da África abriga cerca de 30% das pessoas que vivem com HIV/aids no mundo --a região tem menos de 2% da população mundial.

Em Botsuana e Suazilândia, o índice de infecção de HIV/aids entre adultos é de 40%. Uma em cada cinco mulheres grávidas em alguns países africanos está infectada com o vírus, que é mais facilmente transmitido do homem para a mulher do que o contrário.

Segundo o estudo, a epidemia está se alastrando em países densamente povoados como Índia e China assim como Indonésia, Papua Nova-Guiné, Vietnã e Leste Europeu, onde as regiões mais afetadas incluem Rússia, Ucrânia e Estônia.

Mais de 2 milhões de pessoas convivem atualmente com o HIV na América Latina e no Caribe, incluídas as cerca de 200 mil que contraíram o vírus em 2003, período no qual 100

mil morreram de aids na região, segundo a Unids.

América Latina e Caribe têm o mais alto número de vítimas fatais em escala regional, depois da África subsaariana e da Ásia.

1.2.2 - No Brasil

A aids foi identificada pela primeira vez no Brasil, em 1980. Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do País. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Segundo o último boletim fornecido pelo Ministério da Saúde, sobre a situação da Aids no Brasil temos os seguintes dados:

- Casos acumulados de aids (2003): 310.310
- N. ° estimado de pessoas vivendo com HIV (2000): 597.443
- Prevalência: 0,65% (da população de 15 a 49 anos)
- Mortes por aids (1980-2002): 149.559
- Taxa de mortalidade: 6,3/100.000 (2002)
- Taxa de incidência de aids (2002): 12,8/100.000
- N. ° de municípios com casos de aids: 3.702 (66%)
- N. ° de casos novos por ano: cerca de 25.000
- Sobrevida dos pacientes com aids: 58 meses
- Redução da expectativa de vida: 3 meses

1.2.3 - Em Santa Catarina

A epidemia de aids no Estado de Santa Catarina teve o seu início em 1984 na região Oeste. No período de 1984 a Julho de 2003 foram notificados na Divisão de Controle das DST/aids 14.733 casos entre adultos e crianças.

Um fator agravante é a interiorização da epidemia, já se notificou casos de Aids em municípios com menos de 10.000 habitantes. No período compreendido entre 1984 a 1989 36 municípios notificaram casos; entre 1990 a 1995 105 municípios; 1996 a 1999 161 municípios e de 2000 a 2002 182 municípios notificaram casos de Aids.

Nessa fase mais recente da epidemia a idade mediana dos casos de aids informados concentra-se na faixa dos 20 a 49 anos e a razão homem: mulher no Estado está na faixa de (2) dois homens para (1) uma mulher.

Entre 1987 a 1992, 45% dos casos de aids concentravam-se na subcategoria de exposição usuário de drogas injetáveis (UDI) e 27% na subcategoria de homo/bissexual. Atualmente a subcategoria de exposição heterossexual corresponde a 45,0% e a subcategoria UDI 35,3%.

1.3 – O enfrentamento do HIV/aids no contexto das políticas públicas de saúde

As políticas públicas voltadas à promoção e prevenção das DST/HIV/aids, no Brasil, tomam como paradigma uma abordagem da saúde que dá ênfase ao desenvolvimento sustentável, à melhoria da qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, participação e controle social.

Os princípios e diretrizes que orientam esta política são:

- Atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/aids;
- Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/aids;
- Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos;
- Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; e
- Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde.

Esse conjunto de medidas tem como suporte ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia sobre segmentos mais vulneráveis da população. São ações orientadas segundo critérios de abrangência populacional, epidemiológico e de focalização, priorizando as ações dirigidas para populações de risco acrescido e populações mais vulneráveis. Essas ações são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/HIV/aids, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas organizações da sociedade civil, a partir do apoio a projetos específicos considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no País.

Tendo como base os fundamentos do SUS – Sistema Único de Saúde: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social o Ministério da Saúde formula ações do Programa Nacional de DST/aids no âmbito da promoção a saúde; da proteção dos direitos fundamentais de pessoas com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e de uso indevido de drogas, do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de Programas e Projetos na área.

A política do Programa Nacional de DST/aids é formulada e executada de acordo com a concepção do SUS, um sistema integrado – Estado e Sociedade – que interage para um fim comum, a promoção da saúde da população, expressando-se nas três esferas autônomas do governo: Federal, Estadual e Municipal.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.¹

O controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que, atuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão, sejam capazes de vir a

¹ SUS-Sistema Único de Saúde, legislação básica.

interrompê-la. Entretanto, a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores desconhecidos ou que podem ter se modificado no momento em que se desencadeia a ação. Assim sendo, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas (terapêuticas, fisio-patogênicas ou epidemiológicas), seja pela observação sistemática do comportamento dos procedimentos de prevenção e controle estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do seu aprimoramento, trazendo consigo a perspectiva de maior ênfase na prevenção e na Vigilância Epidemiológica.

A conceituação de vigilância epidemiológica e a evolução de sua prática, ao longo das últimas décadas devem ser entendidas no contexto acima referido. Originalmente, essa expressão significava "a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos". Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças - como a malária e a varíola - a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão. A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico, devia ser desativada após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado, como resultado das ações do programa.

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica foi, então, definida como "o conjunto de atividades que permite reunir a

informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Campanha de Erradicação da Varíola - CEV (1966-73). A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização, de forma que, em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse desse sistema passaram a ser divulgada regularmente pelo Ministério da Saúde, através de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo propiciou o fortalecimento de bases técnicas que serviram, mais tarde, para a implementação de programas nacionais de grande sucesso na área de imunizações, notadamente na erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem na região das Américas.

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE. Este sistema formalizado através da Lei 6.259, do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou, em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país. Buscava-se, na ocasião, compatibilizar a operacionalização de estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas, através de programas nacionais que eram, então, escassamente interativos.

A promulgação da lei 8.080, que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS, teve importante desdobramento na área de vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o

SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". Embora essa definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo SNVE, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, e a conseqüente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas que tanto dificultava as ações de vigilância. Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo - federal, estadual, municipal o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

Art. 6 - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 2 - **Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança**

nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.²

A epidemia da aids, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual da epidemia no Brasil é caracterizada pela feminização que é o crescente número de mulheres infectadas pelo vírus, pela pauperização que advém das condições econômicas que geram o empobrecimento e miserabilidade das classes sociais de baixa renda, pela heterossexualização que desmistificou a idéia de que a aids era doença que acometia somente aos homossexuais e pela interiorização que é o avanço da aids em lugares onde até o momento não havia se registrado nenhum caso, ou seja, o interior das cidades.

Essa nova face da epidemia tem direcionado a uma tendência de informar e possibilitar a desmistificação dessa doença, e nessa perspectiva algumas estratégias são implantadas, entre essas a criação dos CTAs – Centros de Testagem e Aconselhamento, se tornam também uma solução para atender estas demandas, pois são mais um serviço que pode ser procurado por todos que sentirem necessidade ou que se expuseram a um comportamento de risco, a fim de sanarem suas dúvidas e, após a triagem sorológica independente do resultado, obtenham orientações sobre prevenção e promoção a fim de melhorar sua qualidade de vida.

1.3.1 – Os Centro de Testagem e Aconselhamento

No final dos anos 80, quando o medo, os riscos e a vulnerabilidade da população diante da aids cresciam proporcionalmente ao seu desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, o Ministério da Saúde, por intermédio da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, reiterando a sua convicção no poder da

² SUS - Sistema Único de Saúde, legislação básica

informação como primeira estratégia efetiva para a prevenção da infecção, dava início à implantação, em nível nacional, dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, que ficaram conhecidos pelo nome de COAS. Logo, que seus principais objetivos de prestar um serviço de procura voluntária, orientação preventiva e testagem sorológica foram alcançadas juntamente com a parceria de instituições de saúde públicas estaduais e municipais de todo país, o Conselho Nacional de DST/Aids aprimorou o serviço, aperfeiçoando os profissionais envolvidos diretamente, dando treinamento aos aconselhores e dando toda a infra-estrutura necessária para dar continuidade ao serviço.

Hoje rebatizados de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), são unidades da rede básica de saúde que têm como objetivos:

- Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV;
- Estimular a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infectados pelo HIV) para os serviços de referência;
- Auxiliar pessoas vivendo com HIV e aids no processo de adesão ao tratamento anti-retroviral;
- Absorver a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue;
- Estimular o diagnóstico de parceiros (as) sexuais;
- Auxiliar os serviços de pré-natal na testagem sorológica de gestantes;
- Levar informações sobre a prevenção das DST, da aids e do uso indevido de drogas para populações específicas.

A principal meta para os CTA é a sua incorporação por parte dos serviços de atenção à saúde, por meio de articulações locais com as secretarias de saúde. Com isso, serão garantidos os insumos e o pessoal especializado. Segundo as diretrizes do SUS sobre humanização dos

serviços e descentralização, os CTA desempenham um importante papel no desenvolvimento destas diretrizes por parte de outros serviços de testagem na rede de saúde.

Todas as pessoas com dúvidas relativas ao seu status sorológico quanto ao HIV, ou que se expuseram a situações de risco de infecção, devem realizar o teste sorológico anti-HIV. Entretanto, apesar dos grandes avanços científicos acerca do diagnóstico do HIV/aids, seu tratamento e prevenção, a decisão para fazer ou não o teste é sempre difícil, em função das responsabilidades e conseqüências psicológicas, sociais e éticas que o resultado traz ao indivíduo. O preconceito e a discriminação que ainda existem em nossa sociedade em relação aos portadores de HIV/aids afastam muitas pessoas da possibilidade e dos benefícios de um diagnóstico precoce da infecção, além de, em muitos casos, contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão do vírus que é a caracterização dos mecanismos de transmissão de um agente infeccioso, envolvendo os suscetíveis, os agentes patogênicos e os reservatórios.

Por todos esses motivos, não basta apenas fazer o teste e conhecer a sua situação diante do HIV. É essencial que o exame seja acompanhado por profissionais especializados, capazes de oferecer aconselhamento adequado a quem demanda o teste (aconselhamento pré e pós-teste), ajudando o cliente na interpretação dos resultados e as implicações em relação à sua própria vida (e de seus parceiros sexuais), além de informar sobre as alternativas terapêuticas existentes face à possível confirmação de ser portador do HIV.

Nesse sentido, o oferecimento do teste anti-HIV para a população em geral deve ser considerado importante medida de saúde pública a ser adotada em nível nacional, pois o conhecimento sobre o status sorológico permite o acesso mais imediato ao tratamento ou monitoramento, no caso de sorologias positivas. Assim, os encaminhamentos realizados pelos CTA podem garantir, por meio do trabalho de aconselhamento, maior adesão ao tratamento por parte dos indivíduos portadores do vírus.

Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro de normas e princípios que não firam os direitos humanos e garantam a voluntariedade na realização da sorologia anti-HIV, a Coordenação Nacional de DST e aids promove, em conjunto com estados, municípios e universidades, a implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Trata-se de unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo demanda tanto espontânea quanto provocada. A confidencialidade e o aconselhamento são marcas distintivas desses serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos devem ser encaminhados para unidades de saúde de referência para assistência e acompanhamento permanentes e para grupos comunitários de apoio.

Os CTA devem ser compreendidos como serviços de prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população em que atuam. Ainda, realizam, em parceria com outras instituições (ONG e OG) locais, atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso.

Os CTAs devem contar com uma equipe mínima composta por:

- Quatro aconselhadores dentre médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental, assistentes sociais ou educadores. Também podem ser incluídos outros profissionais de nível superior, contanto que possuam formação e/ou experiência na área de saúde. A equipe deve ser variada com um componente de cada categoria, preferencialmente;
- Dois coletadores (agentes de saúde ou auxiliares de laboratório ou técnicos de laboratório);

- Dois recepcionistas;
- Pessoal da limpeza.

De acordo com os critérios e diretrizes gerais da política dos CTAs estes devem atender todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação ao seu status sorológico. Recomenda-se, no entanto, que os serviços dessa natureza tenham atividades dirigidas a grupos populacionais específicos com comportamentos ou prática de risco e a população que procura os bancos de sangue para a obtenção do diagnóstico da infecção pelo HIV.

1.3.1.1 - Diretrizes:

1. Para melhor aproveitamento do momento privilegiado nos serviços de saúde (contato tete a tete profissional e usuário), a CN DST/aids propõe que a ação preventiva possa ser efetivada através da prática do aconselhamento incluída às próprias atividades assistenciais em DST e HIVaids já existentes na rede de serviços de saúde.
2. Em função dos avanços terapêuticos e sua comprovada eficácia na redução da transmissão vertical do HIV preconiza-se o aconselhamento em DST/aids e a oferta da testagem sorológica anti-HIV para as gestantes. Sendo assim, recomenda-se que os serviços de pré-natal, também incorporem atividades de aconselhamento na sua rotina.
3. Não obstante, pela correlação epidemiológica e maior possibilidade de adequação terapêutica, às pessoas com diagnóstico de tuberculose recomenda-se o aconselhamento em DST/aids e a oferta de testagem sorológica anti-HIV.
4. Por outro lado, à todas as pessoas que desejam realizar o diagnóstico sorológico HIV, a CN DST/aids em parceria com os estados e municípios tem investido, desde 1988, na implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/COAS). Nestes Centros o aconselhamento pré e pós-teste é a atividade principal do serviço.

As ações desenvolvidas pela CN DST/aids, no processo de implementação do aconselhamento em DST/aids na rede SUS, foram:

- 1) definição das diretrizes e procedimentos básicos do aconselhamento,
- 2) realização de uma pesquisa de avaliação qualitativa das ações de aconselhamento com vistas a uma sistematização das vivências desta prática e uma análise de suas possibilidades e limites,
- 3) estruturação de um modelo de treinamento em aconselhamento,
- 4) sistematização de um esquema de monitoria, supervisão e reciclagens periódicas com o objetivo de manter um padrão de qualidade dessas ações e uma futura avaliação de impacto do aconselhamento enquanto estratégia de prevenção das DST/aids.

O Aconselhamento caracteriza-se por ser uma estratégia de prevenção que atua no âmbito do indivíduo, ou seja, trabalha com a identificação do próprio risco e propicia uma reflexão sobre medidas preventivas viáveis para o cidadão em atendimento.

Os profissionais de saúde que já trabalham com a demanda de assistência a população têm a oportunidade ímpar de manter um contato direto com a intimidade da vida do cliente, podendo assim promover um trabalho preventivo ajustado às necessidades individuais.

1.3.2 – Aconselhamento como Estratégia

A concepção de Aconselhamento que tem norteado as ações da **CN DST/AIDS - MS** nessa área é:

Um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os 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 transformação.³

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

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

Estes componentes nem sempre são atingidos num único momento ou encontro e, de certa forma, podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente.

Na abordagem coletiva, as questões comuns expressadas pelos participantes devem nortear o conteúdo a ser abordado. Nesse sentido, a identificação da demanda grupal é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos, etc. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelos clientes. A dinâmica grupal também pode favorecer o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes. Os grupos realizados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, além de otimizarem o tempo que o usuário passa no serviço de saúde.

³ Política Nacional de DSTHIVAids.

Vale destacar que, pela singularidade de vida de cada cliente, situações íntimas como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, são mais bem trabalhadas num atendimento personalizado e individual.

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

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

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

O avanço no conhecimento científico sobre diagnóstico, tratamento e prevenção do HIV e da aids disponibiliza aos indivíduos infectados recursos para que permaneçam assintomáticos por períodos cada vez maiores e mantendo qualidade de vida. Por isso, recomenda-se, fortemente, que aqueles que se identifiquem com algum comportamento de risco façam o teste anti-HIV. Entretanto, a decisão de se submeter ou indicar a testagem sempre é uma tarefa difícil, em função das conseqüências sociais, psicológicas e éticas que implica. Essa é a razão do Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV.

1.3.2.1 - Aconselhamento pré-teste

O aconselhamento pré-teste destina-se a auxiliar o usuário na decisão de realizar ou não o teste. Para que esta decisão possa ser tomada de forma consciente, aspectos

informativos devem ser amplamente contemplados. Deve-se abordar a história pessoal do indivíduo (até que ponto ele esteve exposto ao risco da infecção) e avaliar sua compreensão sobre o HIV/aids.

A partir da sua percepção, o aconselhador deve encontrar a melhor forma de extrair do usuário informações importantes para se avaliar a necessidade de ser feito o teste. Naturalmente, sempre levando em conta os limites e dificuldades da pessoa. As questões relacionadas abaixo servem como roteiro para o Aconselhamento:

- . Qual o motivo do usuário estar solicitando o teste? (no caso dos clientes que desejam fazer o teste; por exemplo, usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento-CTA).
- . Qual a preocupação do usuário em relação a sintomas específicos ou formas de comportamentos, e seus possíveis riscos? (no caso dos clientes que desejam fazer o teste; por exemplo, usuários dos CTA).
- . Quais as informações que o usuário tem acerca do teste?
- . Como o usuário se situa dentro do contexto da transmissão e situações de risco?
- . Quais as considerações do usuário acerca de suas reações, na hipótese de um resultado sorológico positivo ou negativo?
- . Sondar qual o apoio emocional disponível ao usuário (família, amigos e/ou outros).
- . O usuário já foi testado antes? Se afirmativo, por que razão, e com que resultado?

O usuário deve ser recebido em sala apropriada e privativa. Inicialmente, o encaminhamento da conversa deve possibilitar uma avaliação do nível de compreensão do usuário quanto ao significado e as conseqüências em potencial de um resultado positivo ou negativo do teste; e de como mudanças de comportamento podem reduzir a probabilidade da infecção ou de sua transmissão a outros.

Ao fazer perguntas sobre sua história pessoal, é importante lembrar que o usuário:

- pode estar ansioso demais para absorver plenamente o que o profissional tem a dizer;
- pode ter expectativas irreais em relação ao teste; e
- pode não compreender por que está sendo solicitado a responder a perguntas íntimas sobre seu comportamento e, portanto, ficar relutante em responder.

Sendo assim, as informações sobre o que é HIV/aids como se transmite e como não se transmite; como se previne; qual o sistema de testes utilizado (testes de triagem e complementares); o conceito de janela sorológica; e as diferenças entre infecção e doença deverão ser transmitidas de acordo com a demanda de cada cliente, ou seja, a partir de seu próprio conhecimento, das suas necessidades particulares, interesses e possibilidades de assimilação da informação no momento da consulta.

1.3.2.2 - Aconselhamento Pós-teste

A natureza do aconselhamento pós-teste depende do resultado do teste. Consiste na abordagem adequada do impacto do diagnóstico para o HIV, fornecendo orientações, esclarecendo dúvidas e prestando apoio psicológico. Objetiva, também, incorporar práticas seguras frente às situações de risco, e bloquear a cadeia de transmissão do vírus da aids.

No caso de RESULTADO NEGATIVO:

As informações abaixo devem ser repassadas levando-se em consideração a capacidade de compreensão, o conhecimento a respeito do assunto e as necessidades do cliente no momento em que está sendo atendido:

- explicação do que significa o resultado do teste;

- avaliação da possibilidade de o cliente estar em janela sorológica;
- segundo sua avaliação do item anterior, orientação do cliente quanto à realização, ou não, de testes posteriores;
- reforço das informações sobre as formas de transmissão e os meios de prevenção do HIV;
- relevância da importância da adoção de práticas seguras frente às situações de risco, substituindo o incentivo das testagens periódicas; e
- explicação sobre os benefícios do uso sistemático do preservativo, demonstrando a maneira correta de sua utilização e orientando o cliente a lidar com as dificuldades apresentadas para o seu uso.

No caso de **RESULTADO POSITIVO**:

A percepção do estado emocional do usuário deve ser priorizada na abordagem das seguintes questões:

- facilitação para que o usuário assimile o impacto do diagnóstico de acordo com suas características pessoais, e concessão de um tempo para que ele possa externar suas dúvidas e ansiedades;
- avaliação do impacto do resultado na vida do indivíduo, procurando observar a sua repercussão nas suas relações sociais, estimulando-o a buscar soluções viáveis para os problemas que possam advir;
- explicação do significado do teste - o valor preditivo do resultado e a sua importância;
- como revelador da presença do HIV, dissociando o diagnóstico de infecção da idéia de morte;

- relevância do fato de que a doença é tratável, incentivando o usuário a permanecer em tratamento e acompanhamento em serviço de saúde;
- relevância, mais uma vez, das vias de transmissão e dos meios de prevenção da infecção, esclarecendo possíveis dúvidas;
- reforço da importância de se bloquear a cadeia de transmissão do HIV e outras DST, orientando o cliente para que ele também evite reinfectar-se;
- ênfase para a necessidade de o resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) sexual (is), oferecendo ajuda caso necessite(m);
- orientação sobre a necessidade de se realizar a sorologia anti-HIV no(s) parceiro(s) sexual (is) e, para as mulheres, nos filhos menores de 10 anos; e
- referência do usuário para outro serviço assistencial, se necessário, e/ou grupos de apoio existentes na comunidade.

No caso de **RESULTADO INCONCLUSIVO**, ou na impossibilidade do teste ter sido realizado, deve-se:

- ❖ esclarecer a situação para o usuário, explicando o motivo da impossibilidade do fornecimento do resultado e informá-lo da necessidade de nova coleta de sangue e novo exame.

É importante lembrar, ainda, que a história e a demanda do usuário devem sinalizar o encaminhamento do processo de aconselhamento.

Atualmente o Aconselhamento pré e pós-teste realizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA caracteriza-se por ser um atendimento pontual, ou seja, o indivíduo é atendido apenas nos momentos de decisão quanto à realização do teste e no ato de recebimento do resultado. Quando necessário, o indivíduo é encaminhado para ser acompanhado pelos serviços de assistência aos portadores de DST/HIV/aids e/ou outros.

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV, se dará por meio da constante informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo. As atividades de aconselhamento das pessoas com HIV e seus parceiros durante o atendimento são fundamentais, no sentido de buscar que os indivíduos percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e a seus parceiros, diminuindo assim a disseminação da doença. A promoção e distribuição de preservativos devem ser função de todos os serviços que prestam esse tipo de assistência. Desta forma, a assistência pode se constituir em um momento privilegiado de prevenção.

2 – O Serviço Social na Vigilância Epidemiológica – Divisão de DST/HIV/aids e Sífilis Congênita e a prática do aconselhamento na visão dos usuários e Aconselhadores.

2.1 - Contextualização Institucional

Em 1985, o Programa de Controle de aids foi inserido, em nível estadual, como uma atividade das Doenças Sexualmente Transmissíveis, no Serviço de Dermatologia Sanitária.

Começavam a despontar os primeiros casos de aids em Santa Catarina, assim sendo era imprescindível a implantação de um programa no Estado. Para esta tarefa foram necessárias a participação da Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo o Serviço de Dermatologia Sanitária, a extinta Fundação Hospitalar de Santa Catarina, e o Hemocentro de Santa Catarina.

Conforme os boletins epidemiológicos consultados o primeiro caso de aids em Santa Catarina foi notificado em 1984, no ano seguinte não houve o registro de qualquer caso. Contudo, a partir de 86/87, quando foram notificados oito casos e 17, respectivamente, a incidência passou à aumentar progressivamente, tal progressão em termos de Santa Catarina, representava níveis alarmantes.

No intuito de tentar amenizar este quadro foi implantado extra-oficialmente, a partir de 1987, a Coordenação Estadual do Programa de DST/aids, vinculada à Diretoria de Assuntos Básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 1991, com a reforma administrativa em todo o setor Saúde do Estado, o Programa passou a fazer parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, sendo criada, somente em 1994, a Gerência de DST/aids.

Com a posse do novo governador, em 1999, ocorre uma nova reforma administrativa e como meio de enxugar a máquina governamental são extintos vários cargos comissionados. Neste momento, a Gerência retrocede e passa novamente a ser um Programa.

O Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e aids, passa a ser vinculado à Gerência de Controle de Doenças, o que conseqüentemente desloca, para outro setor, a autonomia conquistada.

A pressão tanto da epidemia, quanto de entidades e profissionais fizeram com que tal medida fosse revista e assim, conforme o Diário Oficial do Estado de Santa Catarina de 17/08/2000, o Programa Estadual de Prevenção e Controle das DST e aids, retorna a condição de Gerência de Controle da aids.

Em 2003, com a inserção de uma nova estrutura política a Gerência foi renomeada como Divisão de Vigilância das DST/HIV/aids e Sífilis Congênita fazendo parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Atribuições da Divisão

Setor Prevenção e Análise de Dados

- Planejamento de Campanhas educativas/informativas;
- Avaliação, seleção e aprovação de material educativo/informativo;
- Recebimento, armazenamento e distribuição de material educativo/informativo;
- Organizar os serviços das DST/HIV/aids e Sífilis Congênita;
- Elaborar projetos de prevenção;

- Realizar reuniões, seminários e encontros para definição de necessidades às ações de DST/HIV/aids e Sífilis Congênita;
 - Estabelecer prioridades pertinentes à prevenção das DST/HIV/aids e Sífilis Congênita;
 - Assessorar / Ampliar e Supervisionar os SI-CTA;
 - Divulgar dados e normas referentes;
 - Articular com as Gerências de saúde ações em DST/HIV/aids e Sífilis Congênita;
 - Elaborar e participar em projetos de pesquisa que forneçam subsídios para ações de prevenção;
 - Realizar supervisão as Regionais e Municípios para acompanhamentos aos serviços DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita;
 - Assessorar as Regionais de Saúde e Municípios, ONG e outras Instituições que desenvolvem ações DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita;
 - Receber, armazenar e distribuir preservativos (masculino e feminino), conforme diretrizes MS/SES;
 - Realizar levantamento para organização de cursos e treinamento para capacitação de recursos humanos para atuação na área DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita;
 - Reduzir a subnotificação de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita.
 - Fazer cruzamento das bases de dados Aids com SINAN-TB, SIM e SICLOM;
 - Atualizar equipes de epidemiologia das Regionais de Saúde e Municípios com maior incidência de Aids;
 - Realizar treinamento de atualização em epidemiologia das DST/HIV/Aids a nível Estadual;
- Estabelecer parceria com:**
- Coordenação Estadual da Saúde da Mulher e da Criança;
 - Associação Catarinense de Medicina;

- UFSC – Núcleo de Estudo e Pesquisa em Epidemiologia;
- Coordenação de Assuntos Hospitalares;
- Programa de Tuberculose Projetos de Âmbito Estadual

A Divisão de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita atua em parceria com entidades governamentais e não governamentais, sua demanda é muito intensa e se constitui em referência para as ações, além disso é responsável pela “mediação” entre o Ministério da Saúde e demais organizações governamentais e não governamentais.

O setor de Serviço Social não está efetivado enquanto serviço especificamente, porém, esse profissional integra o seu quadro funcional de profissionais que atuam na Divisão em conjunto com outros técnicos da Vigilância Epidemiológica.

2.2 – O Serviço Social na Divisão de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita

A atuação dos profissionais de Serviço Social na Divisão de DST/HIV/aids e Sífilis Congênita se desenvolve mais na administração e planejamento das ações pertinentes ao setor.

No período em que desenvolvemos nosso estágio na divisão de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita, duas Assistentes Sociais integravam a equipe responsável pela execução do programa e conseqüente atendimento dessas demandas de saúde, se constituindo em um campo de intervenção para o Serviço Social onde o profissional participa da aplicação e avaliação de projetos sociais e da operacionalização das políticas públicas de saúde na promoção, prevenção, proteção e vigilância epidemiológica.

No nosso caso como estagiária, participamos ativamente de alguns eventos de capacitação ministrados pela Divisão como: Oficina de Capacitação do Projeto Nascer-Maternidades em Imbituba; Participação no CBVE – Curso Básico de Vigilância

Epidemiológica em Balneário Camboriú; Participação efetiva nas comemorações de 1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta contra a Aids; Participação na Oficina do Preservativo; entre outras.

Durante o estágio fomos nos inserindo nas funções diárias da Divisão e atuando de forma ativa e integral. Durante este processo de integração entramos em contato com o programa CTA e fundamentadas no interesse da Divisão em atualizar suas informações a respeito do programa CTA em Santa Catarina fomos instigadas a realizar esta pesquisa.

O profissional de Serviço Social deve estar sempre se capacitando para atender a demanda que se apresenta, para além da visão assistencialista que ainda permeia a profissão e se tornar agente na elaboração de políticas públicas que venham a atender de forma digna e eficiente os portadores desta doença. Propor novas alternativas de trabalho sejam estas, em sentido específico, novas estratégias de ação que requerem como ponto de partida uma mudança na visão de homem e mundo do Assistente Social. Segundo Kern (2001,p.45) “A prática não pode ser considerada pronta, acabada, mas esta se estabelece num processo de construção. A prática pode preceder os usuários, mas é construída com eles”. Enquanto os sujeitos portadores da HIV/aids não forem reconhecidos como sujeitos sociais, o profissional continua agindo como técnico que detém o poder sobre eles. No caminho de aperfeiçoamento da prática que o Serviço Social vem percorrendo na contribuição da formação do homem neste milênio, é preciso entender que a visão de homem e de mundo, que o profissional tem, avança também na visão que se tem sobre os que vivem na condição de excluídos e discriminados socialmente, rompendo com o estigma e com pré-concepções que se tenham a respeito. Como afirma Kern (2001, p.53)

Julga-se importante para os Assistentes Sociais perceber o fenômeno da Aids não como mais um problema que o usuário traz, como algo que requer ajuda e assistência. Pensa-se que a questão é mais profunda. Precisa-se de múltiplos conhecimentos para qualificar a ação investigativa e interventiva do profissional do Serviço Social.

As ações profissionais dos Assistentes Sociais que se realizam diretamente nos espaços governamentais, têm sua preocupação voltada para a qualidade do serviço prestado, o respeito aos usuários, investimento na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de seletividade no acesso aos atendimentos. A formulação de propostas de políticas institucionais criativas e viáveis, que alarguem os horizontes indicados, zelando pela eficácia dos serviços prestados, requer, portanto “uma nova natureza do trabalho profissional, que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional” Iamamoto (1997, p.57), mas é capaz de atribuir um tratamento diferenciado a partir da sua capacitação.

O Serviço Social na contemporaneidade (...) Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na vida em sociedade. (...) um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história. Iamamoto (2000, p.49)

2.3 – Percurso Metodológico da Pesquisa

2.3.1 – Justificativa

Diante da necessidade de aperfeiçoar o programa CTA a divisão de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita sentiu a necessidade de traçar o perfil dos aconselhadores e usuários dos CTAs, pois, devido ao excesso de serviços existentes na divisão é quase impossível avaliar e monitorar os serviços prestados nos CTAs. A divisão sente a necessidade de sanar suas dúvidas: Será que os CTAs estão atingindo aos objetivos propostos? Será que os Aconselhadores estão treinados para a função? Qual a categoria profissional dos Aconselhadores? Quais as ações necessárias para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos CTAs? Enfim estes questionamentos são freqüentes na divisão e esta pesquisa servirá de

referencial teórico metodológico para a elaboração de ações visando melhorar a qualidade dos serviços prestados nos CTAS, podendo assim atender de forma digna e eficaz aos usuários em um momento tão difícil de suas vidas.

2.3.2 – Objetivos

Objetivo Geral

- Identificar o perfil dos usuários e aconselheiros dos Centros de Testagem e Aconselhamento de Santa Catarina.

Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil dos usuários dos CTAs/SC;
- Conhecer a categoria profissional dos aconselheiros;
- Verificar a qualidade e o papel estratégico das informações geradas a partir do atendimento prestado;
- Avaliar as percepções dos profissionais sobre o projeto CTA, as condições de trabalho, as dificuldades encontradas na execução do projeto, as propostas de mudança e as perspectivas para o futuro.

2.3.3 – Metodologia

Para a implantação desta pesquisa utilizaremos algumas metodologias para coleta de dados, pois como relata Baptista (2000).

A coleta de dados, em geral, inicia-se por uma aproximação preliminar exploratória que busca levantar informações que irão compor um primeiro quadro de situação geral (...) A coleta de dados para a ação planejada deverá se processar de maneira acumulativa, durante todo o processo, constituindo um conjunto dinâmico de informações. Desta forma, a preocupação com a coleta de dados não se esgota em um determinado momento do planejamento, mas é permanentemente realimentada por observações, informações procedentes de novos estudos e pesquisas e/ou avaliações desencadeadas.

Para conhecer o perfil dos usuários e aconselhadores dos CTAs de Santa Catarina aplicaremos uma pesquisa junto aos aconselhadores que segundo os seus objetivos é uma pesquisa do tipo descritiva e segundo o procedimento de coleta de dados sua natureza será do tipo qualitativa e quantitativa, conforme relata Gil (1994)

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (...) uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Antecedendo a pesquisa de campo, desenvolveremos uma pesquisa bibliográfica sobre o tema o que nos permitirá embasar os dados levantados e analisaremos os resultados a luz de um referencial teórico. Também será efetivada uma pesquisa documental junto a documentos oficiais do programa fornecidos pelo Ministério da Saúde, nas legislações em saúde e documentos do programa SI-CTA - Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids que conforme explica o manual de utilização do SI-CTA distribuído pelo Ministério da Saúde tem como objetivos:

- a) Facilitar a organização do processo de trabalho nos CTA;
- b) Facilitar a produção de indicadores da disponibilidade e distribuição dos recursos de saúde (perfil da oferta de serviços), de produção/produtividade e sua cobertura populacional;
- c) Facilitar a produção de indicadores do perfil da demanda atendida (espontânea e identificada por busca ativa, mediante atividade extramuros);
- d) Compor o sistema de vigilância epidemiológica do HIV e propiciar a realização de investigações científicas especiais.

O SI-CTA tem várias funções que quando devidamente utilizados são de grande utilidade agilizando, ordenando e notificando os atendimentos. Uma das principais dificuldades para a elaboração da pesquisa é justamente o levantamento de dados através do SI-CTA, muitos CTAs não tem o programa instalado e a cultura da notificação dos casos não

é devidamente utilizada pelos demais CTAs, por isso os dados não são tão completos quanto as informações obtidas dos aconselhadores. O ideal seria visitar todos os CTAs para obter o perfil dos usuários.

2.3.3.1 – População e Amostra

A população da pesquisa será os aconselhadores que atuam nos 15 CTAs de Santa Catarina que são:

- Balneário Camboriú
- Biguaçu
- Blumenau
- Chapecó
- Criciúma
- Florianópolis
- Imbituba
- Itajaí
- Jaraguá do Sul
- Joaçaba
- Joinville
- Lages
- Rio do Sul
- São José
- Xanxêre

2.3.3.2 – Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para coleta dos dados junto aos aconselhadores será o questionário, pois segundo Seltiz (1960):

O questionário é um instrumento para coleta de informações constituído de uma série ordenada de perguntas que serão respondidas pelo informante por escrito e sem a presença do pesquisador. Ele pode ser enviado pelo correio ou entregue pessoalmente, pode conter perguntas abertas ou fechadas.

O questionário conterà perguntas abertas e fechadas e juntamente com o mesmo encaminharemos um Ofício de apresentação e conscientização da importância da pesquisa aos aconselhadores.

2.3.3.3 – Coleta de Dados

Antecedendo a etapa da coleta de dados, procederemos a aplicação do questionário na forma de pré-teste no CTA de Florianópolis que é o CTA referência para a região. O pré-teste segundo Marconi (1987, p. 91) serve para avaliar a fidedignidade, validade e operatividade do questionário. O pré-teste será aplicado junto a três aconselhadoras do CTA de Florianópolis onde Serpa delimitado um prazo de cinco dias para retorno do questionário respondido.

Após a aplicação do pré-teste no CTA de Florianópolis terá início a pesquisa de campo, enviaremos o questionário para que os demais aconselhadores dos 14 CTAs se integrem á pesquisa.

Para levantar o perfil dos usuários utilizaremos dados da pesquisa documental levantados nos registros do programa SI-CTA dos CTAs que tem o programa instalado, a pesquisa será referente ao ano de 2003.

A coleta de dados acontecerá nos meses de Novembro, Dezembro e Janeiro.

2.3.3.4 – Apresentação dos Dados

Os dados serão apresentados na forma de tabelas e gráficos e descritivamente quando se tratarem de perguntas abertas sobre a opinião dos entrevistados.

2.4 – Apresentação e Análise dos Resultados da Pesquisa

Realizado o pré-teste no CTA de Florianópolis que nos permitiu verificar a aplicabilidade do questionário, o restante foi enviado via E-mail e FAX a todos os aconselhadores dos 14 CTAs de Santa Catarina bem como a data de devolução. A pesquisa de campo atingiu 85,7% de aceitação pelos aconselhadores, visto que 02 (dois) CTAs (de Chapecó e Criciúma) não retornaram os questionários da pesquisa. O prazo previsto foi cumprido e após o retorno dos questionários procedemos à tabulação dos dados levantados, quantificando o número de respostas para as questões fechadas e descrevendo a fala dos pesquisados nas questões abertas. O resultado e análise desses dados nos permitiram identificar o atual perfil dos aconselhadores e as principais idéias e questões envolvidas na função de aconselhamento.

Quanto ao perfil dos usuários os dados foram tabulados e serão apresentados em quadros e gráficos do tipo pizza, para melhor visualização dos números.

2.4.1 – Perfil dos Usuários do CTA em Santa Catarina:

Questão : Motivo da procura dos usuários para realização do teste anti-HIV.

Quadro 1: Motivo da Procura

	Quantidade*	Casos Positivos
Exame pré-natal	7064	37
Exposição a situação de risco	4165	159
Conhecimento do status sorológico	2585	95
Encaminhamento de serviço de saúde	2323	140
Prevenção	1593	31
Conferir resultado anterior	363	93
Outros	337	35
Janela imunológica	238	02
Sintomas relacionados ao HIV/Aids	201	31
DST	105	105
Encaminhamento de clinicas	76	06
Admissão em empregos	27	02
Encaminhamento de banco de sangue	21	02

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

* Total de exames excluindo os casos positivos

Quanto aos principais motivos que levam os usuários a procurarem os serviços dos CTAs, identifica-se que a maior incidência ocorre pelas gestantes que precisam realizar o teste para o pré-natal, seguido dos usuários que se submeteram a um comportamento de risco. Outra categoria é as de usuários que querem conhecer seu status sorológico para prevenção e tratamento precoce, percebe-se que existe nessa categoria uma preocupação com o tratamento precoce e que isso é fruto de uma mudança muito significativa nas campanhas de prevenção e divulgação e inclusive uma cultura que vem sendo construída é a de que a Aids é uma doença como outra que requer tratamento adequado e quando identificada precocemente pode se ter mais sucesso no processo de recuperação. Outro motivo de procura que segue, reporta-se aos que foram encaminhados por um serviço de saúde: esse dado revela que já deixou de ser tabu o pedido do teste de anti-HIV por parte dos serviços de saúde e que este já faz parte da rotina de exames nas consultas de saúde. Outros motivos são relacionados, mas os principais

identificam alguns aspectos que gostaríamos de destacar como: a mudança de paradigma tanto da população quanto dos profissionais de saúde no que se refere a realização do exame seja para tratamento precoce quanto para a prevenção e que isso revela uma desmistificação da doença em si. Diante desse quadro temos a importância das campanhas, debates e desse programa que vem trazer acesso a esse serviço de saúde com mais facilidade e capacidade técnica de atendimento como é o caso dos CTAs.

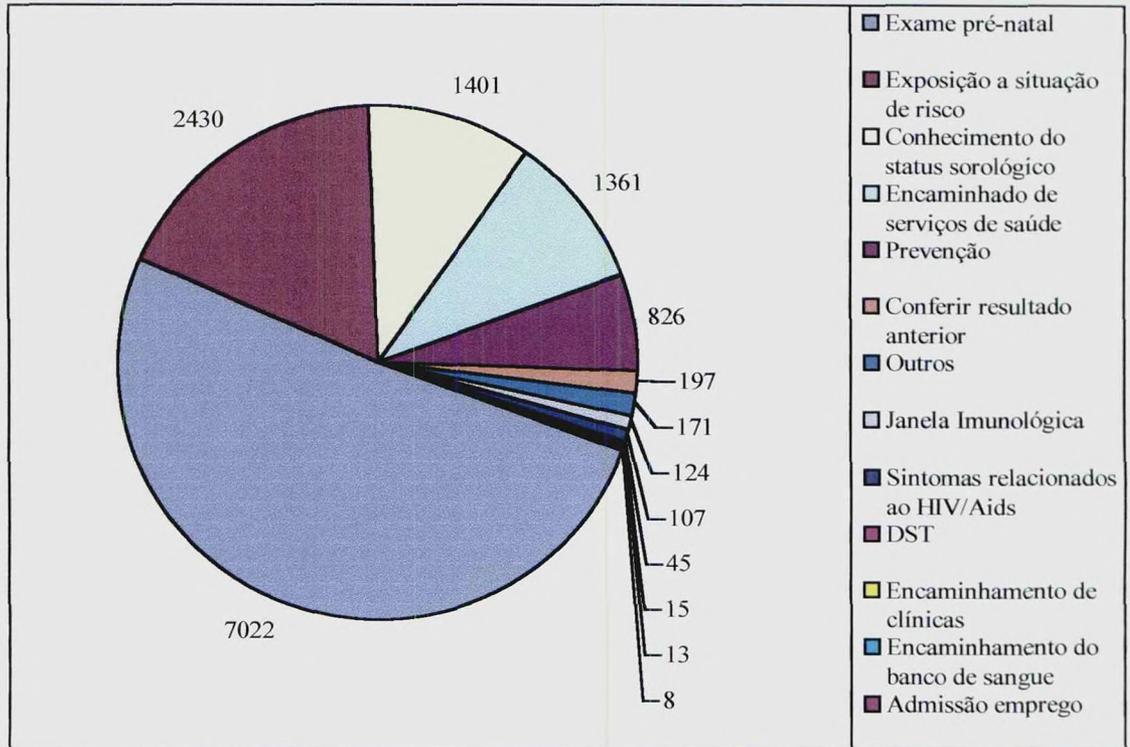
Questão: Motivo da procura por usuárias do sexo feminino

Quadro 2: Motivo da Procura – Sexo Feminino

	Quantidade*	Casos Positivos
Exame pré-natal	7022	36
Exposição a situação de risco	2430	12
Conhecimento do status sorológico	1401	40
Encaminhamento de serviço de saúde	1361	61
Prevenção	826	10
Conferir resultado anterior	197	36
Outros	171	07
Janela imunológica	124	01
Sintomas relacionados ao HIV/Aids	107	12
DST	45	00
Encaminhamento de clínicas	15	01
Encaminhamento de banco de sangue	13	02
Admissão em empregos	08	00

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

* Total de exames excluindo os casos positivos

Gráfico 1: Motivo da Procura – Sexo Feminino*

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

*Exclui-se do gráfico os casos positivos

No que se refere aos motivos que levam um usuário do sexo feminino a procurar o CTA, podemos identificar que a maioria é de gestantes que procuram o serviço para a realização do exame para o pré-natal seguido das que se submeteram a alguma situação de risco e um universo significativo que se preocupam em saber seu status sorológico e que foram encaminhadas de algum serviço de saúde. Quanto aos casos positivos percebe-se que a maior quantidade de casos ocorre entre as usuárias que se submeteram a um comportamento de risco ou que foram encaminhadas de um serviço de saúde o que nos transporta ao primeiro capítulo que configura uma situação na epidemia da Aids na atualidade que entre as diversas faces temos a feminilização: onde as mulheres eram os menores números nas estatísticas agora se equiparam aos homens.

Questão: Motivo da procura por usuários do sexo masculino

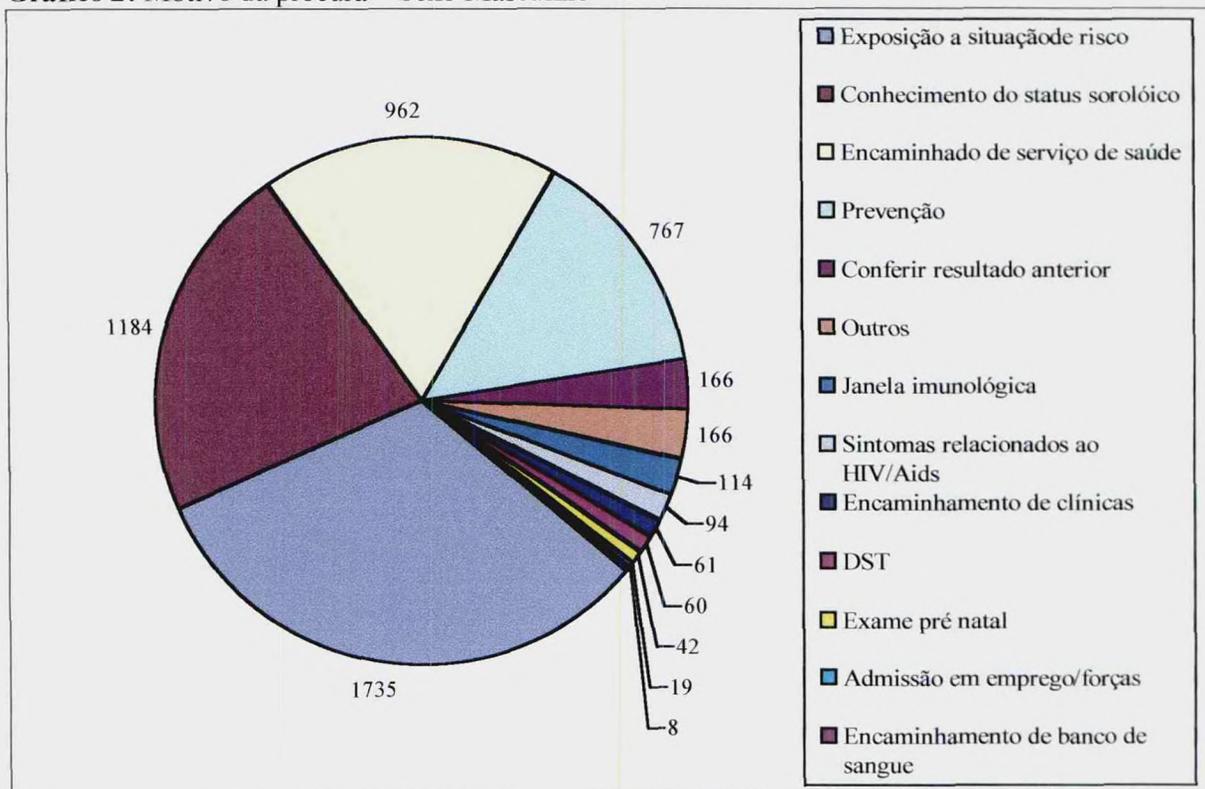
Quadro 3: Motivo da Procura – Sexo Masculino

	Quantidade*	Casos Positivos
Exposição a situação de risco	1735	79
Conhecimento do status sorológico	1184	55
Encaminhado de serviços de saúde	962	79
Prevenção	767	21
Conferir resultado anterior	166	57
Outros	166	28
Janela imunológica	114	01
Sintomas relacionados ao HIV/Aids	94	19
Encaminhamento de clínicas	61	05
DST	60	05
Exame pré-natal	42	01
Admissão em emprego/forças	19	02
Encaminhamento do banco de sangue	08	00

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

* Total de exames excluindo os casos positivos

Gráfico 2: Motivo da procura – Sexo Masculino*



Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

* Exclui-se do gráfico os casos positivos

Quanto aos dados referentes ao sexo masculino, identifica-se que o fator exposição ao risco é o determinante, embora seguido do conhecimento do status sorológico cujo conteúdo explicita uma preocupação com o tratamento precoce da doença.

Em todos os dois casos ha que se ressaltar que existe uma significativa procura pelos CTAs que se constituem numa alternativa para identificação do diagnóstico da Aids no estado.

Quadro 4: Tipo de Exposição

	Quantidade*	Casos Positivos
Relação sexual	16287	505
Não possui risco	1158	21
Relação sexual/transfusão de sangue	297	11
Transmissão vertical	248	17
Não informado	244	16
Relação sexual/UDI	137	09
Outros	134	39
Ocupacional	128	01
Relação sexual/outros	101	01
Relação sexual/não possui riscos	100	05
Relação sexual/ocupacional	99	01
Transfusão de sangue	75	03
Relação sexual/transmissão vertical	44	01
UDI	18	08
Não possui riscos/outros	11	00
Hemofílicos	06	00
Transmissão vertical/outros	04	00
Transfusão de sangue/outros	04	00
Ocupacional/outros	02	00
Transfusão de sangue/não possui	01	00

* Total de exames excluindo os casos positivos

É importante enfatizar que a população ainda precisa de informações mais concretas sobre a epidemia, pelo fato de que a grande maioria dos usuários que procuraram os serviços dos CTAs se envolveu em relações sexuais de risco, mesmo correndo o risco de contaminação, e o dado dos exames terem sido positivo confirma a preocupação com o contágio pela falta de uso de preservativo. É, portanto necessário continuar enfocando e

ênfatizando as campanhas quanto a atual face da epidemia e a importância do envolvimento de vários profissionais das diversas áreas para que as medidas de prevenção e controle da epidemia cheguem a toda população.

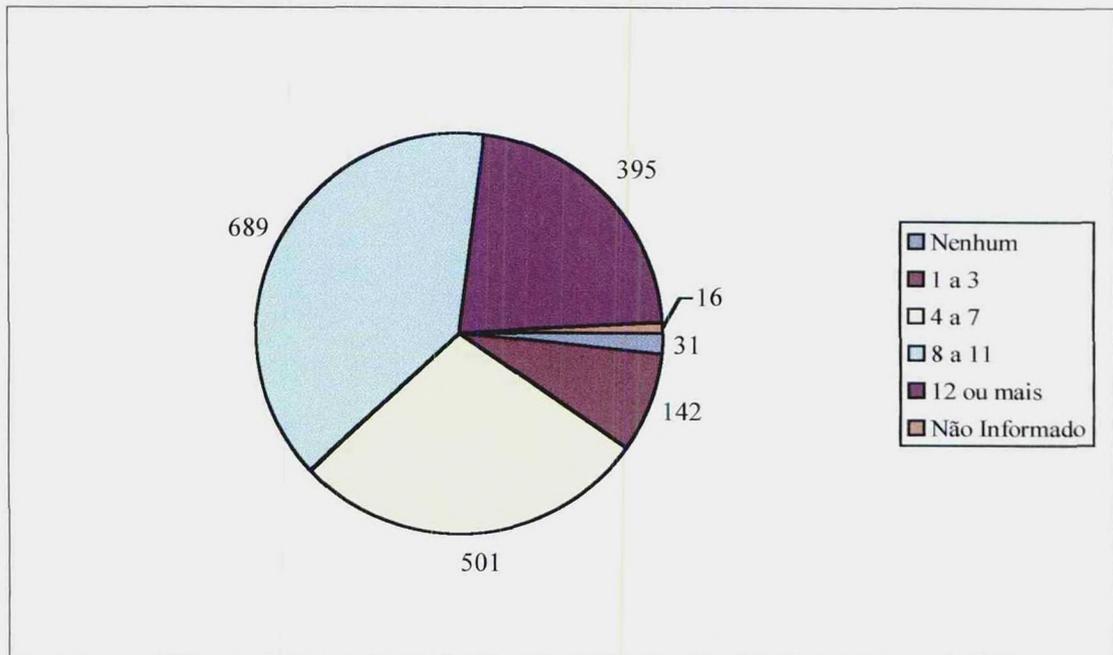
Questão: Nível de escolaridade em anos de estudo concluído

Quadro 5: Escolaridade

	TOTAL
Nenhum	31
1 a 3	142
4 a 7	501
8 a 11	689
12 ou mais	395
Não Informado	16

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

Gráfico 3: Escolaridade – em anos de estudo concluído



Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

Os dados obtidos acerca da escolaridade dos usuários que procuram o serviço do CTA nos demonstram um fato instigante, o maior número se dá entre usuários que tem de 8 a 11 anos de estudo concluído, seguido dos que tem de 4 a 7 e pelos que tem 12 ou mais anos de

estudo. Estes dados são alarmantes pois identificam que mesmo com um nível de educação razoável para a realidade brasileira as pessoas estão se envolvendo em comportamentos de risco. É importante identificar que existe falha nos programas de prevenção e alerta das campanhas, e que é preciso torná-las mais eficazes para conscientizar a população. Segundo Castiel (1996) “O conhecimento, ou melhor, a consciência do risco é vista como elemento crucial em qualquer política dirigida à Aids”.

Questão: Identificação da incidência da população mais atingida pela Aids

Quadro 6: Recorte Populacional

	Total
População em geral	1607
Populações confinadas	22
Caminhoneiros	1
Trabalhadores do sexo	66
Homens que fazem sexo com homens	17
Usuários de drogas injetáveis (UDI)	5
Usuários de drogas (exceto injetáveis)	17
Pessoas vivendo com HIV/Aids	12
Portadores de DST	12
Profissionais de saúde	15

Fonte: SECTA – Módulo Estadual/Distrital (MS)

Quanto ao recorte populacional a maior procura pelo serviço advém da população em geral, o que nos transporta novamente a eficácia das campanhas de prevenção, e também ao primeiro capítulo deste trabalho onde relatamos que não há mais determinados grupos onde a doença é mais presente e sim comportamentos de risco. Nos outros grupos específicos, a situação está equiparada, visto que existem muitas campanhas de prevenção para grupos de risco, onde são ações mais focalizadas e atuam diretamente, fornecendo materiais educativos, preservativos, seringas para os usuários de drogas injetáveis, e realizando um trabalho eficaz de ponta, tanto por parte do Estado quanto pelas ONGS.

Levando em conta que essa doença se adquire pelo contato direto com materiais contaminantes, e que nesse caso a prevenção é a principal arma para seu combate e de acordo com o perfil obtido concluiu-se que o nível de conscientização da doença passa pelo conhecimento e a orientação dispensando a necessidade de maior sensibilização e conhecimento para uma mudança de comportamento sexual e valores, enfatizando a vulnerabilidade para se infectar com o HIV/aids. Paulo Freire (1980, p 52) afirma que “a conscientização indica o processo pelo qual as pessoas, em dialogo e colaboração, vão percebendo os problemas da realidade em que vivem e assumindo, com os outros, uma ação organizada para transformá-la”.

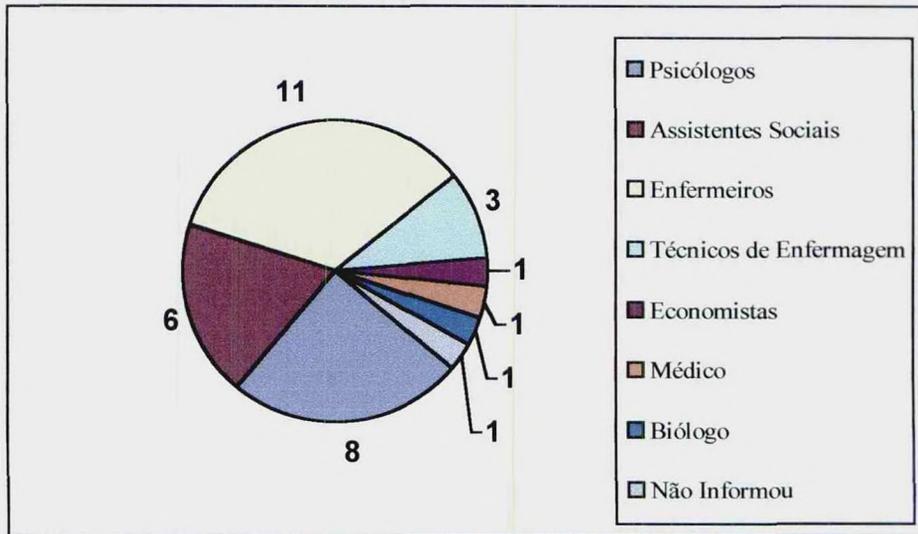
2.4.2 – Perfil dos Aconselhadores e questões pertinentes ao

Aconselhamento:

Questão 1: Profissão dos Aconselhadores

Quadro 1: Profissão dos Aconselhadores

	TOTAL
Enfermeiros	11
Psicólogos	08
Assistentes Sociais	06
Técnicos de Enfermagem	03
Economistas	01
Médico	01
Biólogo	01
Não Informaram	01

Gráfico 1: Profissão dos Aconselhadores

Nessa questão que identifica o perfil dos aconselhadores dos CTAs foi constatada uma maior incidência de aconselhadores que são da profissão Enfermagem, seguido dos Psicólogos e em 3º lugar aparecem os Assistentes Sociais. Percebe-se que os Assistentes Sociais já estão inseridos nesse contexto de intervenção onde a função de aconselhador é, portanto um espaço profissional a ser conquistado.

Questão 2: Treinamento e capacitação do Aconselhador

Quadro 2: Foi treinado para ser aconselhador? Por quem?

	TOTAL
Sim, pela equipe do programa DST/HIV/Aids	17
Sim, por multiplicadores do programa	10
Sim, pelas universidades (UNIVALE/UNISUL)	09
Não foi treinado	05

Quanto ao treinamento para ser aconselhador verificou-se que a maioria foi treinada pelos técnicos do programa tanto a nível Estadual quanto Federal. Os que foram treinados pelos multiplicadores identificam a importância da capacitação de multiplicadores que entre outras funções são habilitados para treinar e capacitar os aconselhadores que estão iniciando

as atividades nesta função e também dando suporte aos aconselhadores que já estão atuando. Outro fator a destacar é algumas universidades têm o aconselhamento como uma disciplina o que revela uma preocupação em preparar profissionais para o exercício dessa atividade de prevenção e promoção da saúde. É importante destacar que ainda temos um número significativo de aconselhadores que estão atuando que não foram treinados para assumir essa função que ao nosso entender requer um treinamento inicial e capacitações contínuas, considerando a importância desse programa de aconselhamento.

Questão 3 – Como o Aconselhador define essa competência

Para demonstrar o resultado deste item sintetizamos algumas opiniões dos aconselhadores:

- ✓ Estabelece uma relação de escuta, acolhimento, aceitação, compreensão, respeito e confiança;
- ✓ Objetiva conscientizar e modificar atitudes e comportamentos;
- ✓ Preventivo/educativo
- ✓ Promoção de uma melhor qualidade de vida (casos em que o resultado do exame é reagentes);
- ✓ Despojar valores morais e preconceitos;
- ✓ Ter conhecimento/capacitação para poder dar um atendimento de qualidade;
- ✓ É um momento de apoio emocional, troca de informações e medidas de prevenção e redução de danos;
- ✓ Não é dar conselhos como a palavra faz-se entender e sim um momento em que o profissional devidamente treinado procura acolher uma pessoa ou grupo e junto a estas utilizando linguagem adequada e escuta qualificada, procura construir alternativas para os problemas explicitados;

- ✓ Reflexão sobre a vulnerabilidade do usuário ao HIV/Aids com vistas a mudança de comportamento;
- ✓ Preparação para um possível resultado reagente e fomentar mudanças de comportamento... Adoção de praticas sexuais seguras;
- ✓ Despertar a consciência do usuário quanto as suas atitudes diárias e sua postura diante das DST/HIV/Aids;
- ✓ O aumento da auto-estima para a prevenção da saúde e valorização da vida.

Questão 4 - Como o Aconselhador define o nível de aceitação por parte dos usuários quanto ao aconselhamento

Para relatar este item serão apresentadas as principais idéias dos aconselhadores:

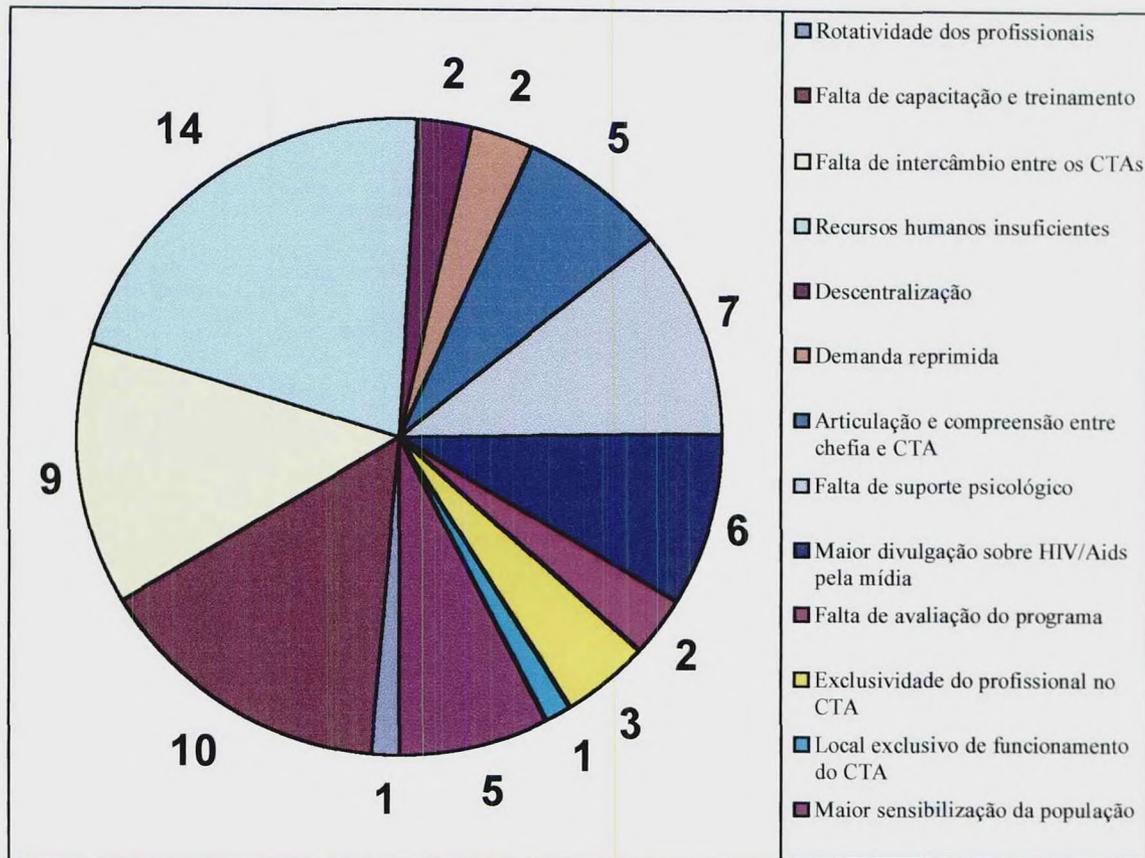
- ✓ Pelo retorno do usuário para buscar o resultado do exame Anti-HIV;
- ✓ Pela relação de confiança entre usuário e aconselhador;
- ✓ Quando os usuários retornam a fim de realizar testes preventivos;
- ✓ A aceitação é pouca devido ao preconceito e discriminação que ainda permeia o HIV/aids e por questões culturais;
- ✓ Depende da disponibilidade e o momento emocional do usuário, sendo que a demanda espontânea demonstra-se mais disponível e sensibilizada ao aconselhamento e demanda reprimida geralmente é a que se demonstra menos disponível;
- ✓ Pelos comentários dos usuários “nos sentimos mais amparados”;
- ✓ Pelas atitudes dos usuários em adotar medidas preventivas e pelas mudanças de comportamento;
- ✓ Não há instrumentos para avaliar a eficácia do aconselhamento nas mudanças de comportamento;
- ✓ É preciso discutir formas de tornar o aconselhamento mais efetivo;

- ✓ Muitos participam porque é obrigatório, mas no final sempre aproveitam alguma coisa;
- ✓ No pré-teste há uma grande assimilação das informações passadas, havendo até mudança de comportamento, no pós-teste quando o resultado não reagente o usuário da pouca atenção às informações sobre prevenção. Muitos mudam suas atitudes até se submetem a um novo comportamento de risco, reinicia-se o ciclo;
- ✓ Quando o usuário tem sanado suas dúvidas, anseios, medos.

Questão 5: Quais as principais limitações e dificuldades dos Aconselhadores

Quadro 3: Principais dificuldades sentidas no processo de trabalho pelos aconselhadores

	Total
Recursos humanos insuficientes	14
Falta de capacitação e treinamento	10
Falta de intercâmbio entre os CTAs	09
Falta de suporte psicológico	07
Maior divulgação sobre HIV/Aids pela mídia	06
Articulação e compreensão entre chefia e CTA	05
Uma maior sensibilização da população	05
Exclusividade do profissional no CTA	03
Demanda reprimida	02
Falta de avaliação do programa	02
Descentralização	02
Local exclusivo de funcionamento do CTA	01
Rotatividade dos profissionais	01

Gráfico 2: Principais dificuldades sentidas no processo de trabalho

Percebemos neste item que existem várias dificuldades enfrentadas pelos aconselhadores no desempenho de suas funções: enfatizamos a falta de recursos humanos e a sua não exclusividade no programa, diante da realidade econômica que nos é apresentada onde o desemprego cresce assustadoramente nos questionamos: Como se admite a falta de profissionais tanto no Programa CTA quanto em quase toda estrutura da saúde? Porque esta alta rotatividade de profissionais nos CTAs? Percebemos através das respostas que em muitos casos se trata de cargos comissionados por isso a cada troca de governo temos a troca dos profissionais, não é certo prejudicar um trabalho de grupo por este motivo. Outra dificuldade que nos é apresentada é a falta de capacitação e treinamento, é um dado a ser averiguado, pois capacitação e treinamento são requisitos básicos para ser aconselhador. A falta de suporte psicológico também é um ponto importante a ser observado, pois como se trata de um

trabalho desgastante emocionalmente por envolver atitudes e comportamentos alheios o aconselhador acaba absorvendo toda carga de sentimentos que o usuário transmite em seu relato, e realizar um trabalho de relaxamento e até um apoio psicológico é de fundamental importância.

Questão 6: Sugestões dadas pelos aconselhadores para superar os limites e dificuldades da profissão

Principais sugestões dadas pelos Aconselhadores:

- ✓ Agilização no atendimento aos usuários;
- ✓ Maior número de profissionais exclusivos para atuar nos CTAs;
- ✓ Descentralizar e ofertar o serviço nos postos de saúde;
- ✓ Agilizar os resultados de exames Anti-HIV;
- ✓ Troca de experiência entre as micro e macro regionais;
- ✓ Capacitação dos aconselhadores pela Coordenação Estadual;
- ✓ Encontros periódicos para tratar temas relevantes como, por exemplo: Tuberculose, Redução de danos, Cidadania e Direitos Humanos, etc;
- ✓ Melhor estrutura física dos CTAs;
- ✓ Campanha de divulgação dos CTAs;
- ✓ O sistema de saúde faça valer o paradigma do SUS – Assistência voltada a saúde;
- ✓ Maior autonomia dos profissionais da ponta;
- ✓ Avaliação periódica do serviço;
- ✓ Suporte emocional às equipes, com atividades como Yoga, terapia de grupo ou simplesmente apoio psicológico para diminuir o estresse;
- ✓ Divulgação na mídia sobre HIV, Janela Imunológica, Cidadania, etc;
- ✓ Maior articulação entre chefia e aconselhadores;

- ✓ Sensibilizar a comunidade a respeito da importância das orientações na área da saúde;
- ✓ Organizar trabalhos de prevenção com ações voltados à promoção e educação em saúde junto a comunidade.

Na conclusão que segue, sintetizaremos nossas considerações a respeito do tema pesquisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho teceremos considerações sobre o estudo realizado. Muitas reflexões e discussões ainda não de existir, mas diante do que foi apresentado nos restringimos às questões que consideramos pertinentes.

A evolução da epidemia, ao longo dos últimos anos, demonstrou que a Aids não é um evento que atinge um determinado grupo de pessoas, ela pode atingir a qualquer pessoa que se submeter a um comportamento de risco, que se descuide da prevenção e não tenha consciência de seus atos. A doença apresenta variadas formas de transmissão que se expande aos diversos meios sociais suscetíveis. Diante da heterogeneidade dos grupos populacionais a serem alcançados, diferentes abordagens são necessárias para prevenir ou reduzir os riscos de infecção. O aconselhamento e a educação para a saúde são estratégias efetivas na motivação para modificações nos comportamentos de risco.

O aconselhamento é um processo dinâmico de interação entre profissional e usuário, onde o profissional através da escuta atenta identifica os pontos que levam o cliente a se expor a situações de risco, coloca estes pontos para reflexões conjuntamente com o usuário, estimulando-o a buscar soluções viáveis para a mudança de atitude. O aconselhador deve estar sempre atento aos princípios éticos que guiam sua prática: responsabilidade, discrição, relação de confiança, sigilo e flexibilidade em conceitos pré-estabelecidos são princípios que deverão sempre balizar a prática de aconselhamento.

O aconselhamento em HIV/aids não deve estar voltado somente para o portador de HIV/Aids, mas dentro da prevenção, ele deve estar voltado para os motivos ligados às situações de risco que indicam a vulnerabilidade, maior ou menor para o risco de contaminação pelo HIV. O aconselhamento deve considerar dois componentes: o acolhimento

e a informação. As características essenciais na composição do perfil do aconselhador são: o conhecimento dos próprios limites, aceitação das diferenças, sensibilidade de perceber as necessidades do outro e o desejo de trabalhar neste tipo de serviço.

Para ser aconselhador é preciso ter conhecimento, para que ao repassar ao usuário este se aproprie de informações geradas pela ciência e a transforme em instrumento principal na adoção de comportamentos com menos risco de transmissão do HIV/aids.

O aconselhamento deve ser desenvolvido através de uma abordagem adequada, com aconselhadore s capacitados e ambiente propício, para que de forma efetiva esta ação em saúde possa ser implementada em sua integralidade.

Diante dos dados obtidos com as respostas dos aconselhadore s, percebe-se que a falta de instalações nos serviços de saúde e a deficiência de profissionais ocasionam a massificação dos serviços, um descontentamento do aconselhador e impaciência por parte dos usuários. E esses fatores não favorecem em nada o processo de aconselhamento.

No que se refere ao HIV/aids existem fatores importantes a serem considerados: as praticas sexuais estão inseridas em um contexto que envolve vários tipos de relações entre pessoas. Poder, gênero, condições sócio-econômicas, acesso a informações, acesso aos serviços de saúde de boa qualidade são determinantes de comportamentos que envolvem os riscos maiores ou menores de se contrair uma doença a as relações sociais e culturais que permeiam estas doenças, como: tabus, códigos sexuais aceitos pela sociedade, fidelidade, casamento, opção e preferências sexuais. Assumir ou decidir assumir comportamento sexual seguro, como opção de estar saudável ou não, requer reflexões profundas sobre a própria condição de existência. Diante disso confrontando com as respostas dadas pelos aconselhadore s percebemos que a capacitação periódica e o maior acesso possível às informações em HIV/aids aos aconselhadore s são imprescindíveis para que todos os

fundamentos e diretrizes do aconselhamento descritos no primeiro capítulo, sejam efetivamente alcançados.

Por não existir um processo avaliativo dos serviços de saúde oferecidos pelas unidades públicas de saúde, referenciando os CTAs, esta deficiência acarreta a morosidade em modificações que urgem por acontecer, nesta pesquisa relatamos as principais dificuldades sentidas pelos aconselhadores e suas propostas para superá-las.

Construir uma prática de saúde tendo como principal tarefa reduzir os impactos da epidemia da aids é um trabalho árduo, a importância dos CTAs nesta missão é fundamental.

Sugerimos a capacitação e treinamento dos aconselhadores de forma periódica, percebemos que esta foi uma das principais limitações sentidas pelos aconselhadores, e por o aconselhamento se tratar de uma ação que requer muito preparo, pois, lida com momentos de angústia, medo e toda carga de sentimentos advindos dos usuários, o profissional deve estar apto a lidar com as situações e poder repassar ao usuário as informações e prepará-lo para conviver ou não com o vírus da Aids, tentar orientá-lo a mudança de comportamento.

Conforme consta no primeiro capítulo sobre a equipe mínima que deve compor um CTA percebemos que os CTAs de Santa Catarina estão longe de se enquadrar, percebemos que a falta de recursos humanos no CTAs é uma reclamação geral e que por isso os profissionais estão sobrecarregados e isso afeta o atendimento dos usuários, ocasionando em um descontentamento geral.

Na análise geral das respostas dadas pelos aconselhadores percebemos que os mesmos estão conscientes de sua responsabilidade que se preocupam em melhorar os serviços prestados e reconhecem o valor de seu serviço para a diminuição destes números alarmantes de casos de Aids em Santa Catarina. Percebemos que se faz necessário um trabalho de valorização, de apoio emocional e psicológico de incentivo aos aconselhadores, pois, um profissional que se sente valorizado tende a exercer suas funções com mais estímulo.

Outro aspecto evidenciado refere-se à rotatividade dos profissionais no setor de saúde pública, em virtude das mudanças na política (estadual/municipal) que , significa um novo começo independente da qualidade das ações, e esta rotatividade ocasiona na fragmentação e descontinuidade das ações, por isso temos esta grande quantidade de profissionais não capacitados para atuar como aconselhador.

Percebemos que se faz necessário uma maior divulgação dos serviços que são oferecidos pelo Ministério da Saúde à população, seja pelas campanhas que vinculam pela mídia, pelos jornais, revistas ou folders. Os meios de comunicação não conseguem sensibilizar a grande parte da população por não apresentarem uma linguagem clara a todos os segmentos da sociedade, reduzindo desta forma os resultados previstos dessas campanhas que acabam por não atingir a toda população, conforme pudemos perceber com os dados obtidos do programa SI-CTA, que as pessoas ainda estão longe de se conscientizar da gravidade que é conviver com uma doença como a Aids, submetendo-se ainda a comportamentos de risco sem preocupação com prevenção, constatando-se que mesmo depois de passar pelo aconselhamento os usuários ainda se submetem a comportamento de risco.

Faz-se necessário sensibilizar os CTAs a registrarem seus atendimentos no programa SI-CTA, pois o mesmo é um instrumento facilitador para a notificação dos casos e conseqüentemente esses dados retratam a situação da doença. Muitos CTAs não registram seus atendimentos e por conseqüência não enviam à Coordenação Estadual por isso a atualização dos dados atualmente não retrata com fidedignidade a situação da epidemia no estado.

Outra sugestão que acrescentamos, refere-se ao desenvolvimento de ações efetivas mais focalizadas em certos segmentos como é o caso do aumento dos casos entre as mulheres em idade reprodutiva tendo como agravante a transmissão vertical, e o avanço da doença entre

a população de baixa renda face às mudanças significativas que vem ocorrendo no perfil da epidemia de HIV/aids.

Durante toda a trajetória na busca de uma saúde pública como preconiza a SUS baseada na Universalidade – todos os indivíduos têm direito ao atendimento sem distinção de raça, cor, religião, renda, etc.; a *equidade* – todo cidadão é igual perante o SUS e terá atendimento conforme suas necessidades, a fim de atender e tratar desigualmente os desiguais; a *integralidade* – os serviços de saúde devem atender o indivíduo como um ser humano integral que está constantemente submetido as diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e a morrer. Percebemos que nesta longa e difícil jornada obtivemos significativos avanços, mas também muitos retrocessos, principalmente no que se refere à participação do Estado no cumprimento de suas obrigações, percebemos que o Estado esta cada vez mais se abstendo e responsabilizando a sociedade civil.

O Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações. A objetivação do trabalho do Assistente Social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais.

Ser Assistente Social na atualidade é pensar a profissão diferente, ou seja, propor novas alternativas de trabalho, sejam, em sentido específico, novas estratégias de ação que requerem como ponto de partida uma mudança na visão de homem e mundo. O Assistente Social no enfrentamento dos desafios postos pela atualidade deve repensar as dimensões de sua competência profissional e se capacitar para conquistar estes novos espaços, romper com

paradigmas já estabelecidos. Sendo assim o aconselhamento é um campo de atuação muito interessante onde o Serviço Social já está inserido mas faz-se necessário a efetivação desta ação.

Trabalhar com orientação, capacitação, mudanças de comportamento requer um preparo que o Serviço Social possui, mas que precisa ser melhor aproveitado, pois como afirma Souza (1984)

O Assistente Social no exercício de sua ação profissional, visa operar mudanças determinadas, no conteúdo de suas atividades de natureza educativa, orientando a população a assumir tais valores, normas, de modo a desvendar as atitudes e comportamentos *face a realidade* do seu problema de maneira crítica e reflexiva.

Neste sentido, para enfrentar o HIV/aids de forma eficaz, o Serviço Social precisa contribuir para que os indivíduos tenham uma informação satisfatória sobre a epidemia e todos os meios de prevenção, para ocorrer uma mudança de comportamento diante do preconceito e da discriminação que permeia a doença. A projeção da doença no plano social é a associação com atitudes discriminatórias que condicionam a exclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, M. V. Planejamento Social: Intencionalidade e Instrumentação. 2. ed. São Paulo: Veras. 2000.

BRASIL: Constituição da República Federativa do Brasil. 22. ed, São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL: Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: [s.n.], 1999.

BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. O outro como um semelhante: direitos humanos e aids. Brasília: [s.n], 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/Aids. Drogas, Aids e Sociedade. Brasília: Coordenação Geral de doenças sexualmente transmissíveis, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância do HIV no Brasil: Novas diretrizes. Brasília: [s.n], 2002.

BRASILIA (D F). Ministério da Saúde. Assuntos referentes à aids. Disponível em [http://.www.ABCD aids.gov.br.htm](http://www.ABCD aids.gov.br.htm). Acesso em: 17/set.2003.

BRASILIA (D F). Ministério da Saúde. Assuntos referentes à aids. Disponível em <http://.www.aids.gov.br.htm>. Acesso em: 15 set.2003.

CAMARGO, A. M. F de. A Aids e a sociedade contemporânea : Estudos e histórias de vida. São Paulo: Letras & Letras, 1994.

FREIRE, P. Conscientização. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5. ed. Brasília: Funasa, 2002. v.1.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

IAMAMOTO, M. V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3 ed. São Paulo:Cortez, 2000.

_____. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. São Paulo:Cortez, 1992.

KERN, F. A. Estratégias de fortalecimento no contexto da aids. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXIV, n. 74, p. 42-67, jul. 2003.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1987.

MATTOS, R. A. de; JUNIOR, V. T; Parker, R. As estratégias do banco mundial e a resposta à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. ABIA, 2001.

PARKER, R. A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. ABIA, 1994.

_____. Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. ABIA, 1997.

_____. Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Ed. ABIA, 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SUS: Sistema Único de Saúde legislação básica. 2. ed. Florianópolis: SES. 2002.

SELLTIZ, C; COOK, S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 8. ed. São Paulo: EPU, 1984.

SOUZA, L. M. Serviço Social e instituição: A questão da participação. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1984.

SOUSA, R. M. S. Controle Social em Saúde e Cidadania. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXIV, n. 74, p. 68-84, jul. 2003.

SPINOLA, A. W. de P. et al. Pesquisa Social em Saúde. São Paulo: Ed. Cortez, 1992.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2002.

Apêndice A – Ofício



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE AGRAVOS
DIVISÃO DE VIG. DAS DST/HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA**

Ofício nº 1710/03

Florianópolis, 09 de dezembro de 2003.

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos informar que estaremos levantando o perfil do usuário e Aconselheiros dos CTAs de Santa Catarina.

Para isto, contamos com sua valiosa contribuição.

Encaminhamos questionário, em anexo, que servirá de referencial para esta avaliação. Portanto, é necessário que seja respondido a partir de sua vivência diária, traduzindo uma resposta subjetiva que retrate seu sentimento em ser Aconselhador. Solicitamos que o formulário seja preenchido por cada Aconselhador do serviço e encaminhado via Email nos seguintes endereços sibittencourt@ig.com.br e ctasc@pop.com.br ou FAX (048 2218431) até o dia 05 de Janeiro de 2004, a/c de Simone T. Bittencourt setor de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita.

Qualquer dúvida contactar Simone nos telefones (048) 2218437/2218436

Agradecemos sua valiosa contribuição.

Atenciosamente

Ana Maria H. M. Costa

Coordenadora da Divisão DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita

Iraci Batista da Silva

Técnica Responsável pelo Setor de Prevenção e Vigilância Epidemiológica

Simone T. Bittencourt

Estagiária de 7ª fase de Serviço Social no Setor de DST/HIV/Aids e Sífilis Congênita da DIVE/SES

Apêndice B - Questionário

PERFIL DOS ACONSELHADORES E USUÁRIOS DOS CTAs

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

LOCAL DO CTA:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

QUESTIONAMENTOS

Você foi treinado(a) para ser Aconselhador? Quando e por quem?

Com suas palavras como você define Aconselhamento em DST/HIV/Aids?

Como você avalia a aceitação e aproveitamento do aconselhamento pelos usuários?

Quantos usuários retornaram ao CTA para pegar o resultado do exame de HIV no ano de 2002?

Quais as dificuldades sentidas no processo de trabalho?

Quais as propostas pensadas para superação destas dificuldades?