



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Sonia Maria Batista da Silva

**O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro:
processos de cuidado em saúde**

Rio de Janeiro
2011

Sonia Maria Batista da Silva

**O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro:
processos de cuidado em saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas Públicas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/C

S586Silva, Sonia Maria Batista da.
O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro: processos de
cuidado em saúde / Sonia Maria Batista daSilva. – 2011.
198 f. : il.

Orientadora: Rosângela Caetano.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. AIDS (Doença) – Teses. 2. Sorodiagnóstico – Teses. 3. Atenção
primária à saúde. I. Caetano, Rosângela. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. III. Título.

CDU 616.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sonia Maria Batista da Silva

**O diagnóstico anti-HIV no Município do Rio de Janeiro:
processos de Cuidado em Saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas Públicas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 06 de setembro de 2011.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Prof.^a Dra. Ana Maria Szapiro
Instituto de Psicologia – UFRJ

Prof. Dr. César Favoreto
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Aguiar
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

A todos os amigos, professores, familiares e profissionais que acreditaram na minha capacidade e coragem de produzir conhecimentos com a intenção de transformar serviços de saúde, considerando o compromisso com a saúde pública e maior acesso aos cuidados em saúde para a população do Município do Rio de Janeiro.

Gratidão e afeto.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora — Rose — por não desistir do projeto e, com sua sabedoria e tolerância, ultrapassou os obstáculos vivenciados me incentivando a honrar meu compromisso para comigo e com a Instituição – IMS/UERJ;

À minha mãe – *in memoriam*– que durante nossa convivência me ensinou a construção de valores humanos e solidários; foi a maior lição de luta, coragem para obter a liberdade em um mundo melhor;

À minha filha, por compartilhar momentos de alegrias, irritação, desânimo e pressa, com carinho e troca;

À professora Adriana, que se mostrou solidária, compreensiva e fez uma leitura crítica apontando algumas reconstruções relevantes;

Aos professores do IMS, que contribuíram para o enriquecimento de conhecimentos críticos.

Ao Professor Kenneth, Ruben de Mattos e Carlos Eduardo, por aprender muito com eles e por considerá-los ideal de futuro como docentes e pesquisadores;

Aos membros da banca de defesa da tese, que certamente ajudaram muito para um trabalho melhor na área da saúde;

À Margareth Paiva - *in memoriam* - cuja ausência não impediu que sua lembrança se mantivesse viva, nesta caminhada;

A Direção e companheiros do Hospital Escola São Francisco de Assis, pelo incentivo, paciência e respeito fundamentais para a conclusão deste estudo;

Aos cidadãos brasileiros que me impulsionam, através deste estudo, à busca pelo direito à saúde, por um cuidado com qualidade, mais integral e humanizado;

À Ligia Bahia, por manter viva a discussão da Reforma Sanitária e da defesa do SUS que almejamos;

À Vera, amiga-irmã, pela troca de saberes, sugestões e ajudas que inspiraram minha trajetória;

À Martinha, por me proporcionar a conciliação entre o estudo e o lazer e respeitar meus momentos de angústia e silêncio;

À minha família pela solidariedade e torcida e por compreender minhas ausências;

A todos os amigos pelo apoio, sempre otimistas e solidários;

À equipe do CTA/HESFA, por não me cobrar mais do que poderia dar;

Ao Pedro Donizetti, por me fazer rir quando queria chorar, pelo incentivo e ajuda concreta com o microcomputador;

Ao Elberth, pelo incentivo diário e por acreditar que na minha capacidade;

Ao Programa do Município HIV/TB, em especial Rosa Madeira, Lilian Lauria, Elizabeth Soares, Luciana, por discutirem e fornecerem dados relevantes ao estudo e para minha capacitação profissional;

À Leidipaz e Kátia Valente que fazem parte do setor de Epidemiologia da Coordenação de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde e do Programa de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que me auxiliaram nos dados epidemiológicos;

Aos técnicos em geral da Assessoria de DST/Aids do Estado do Rio de Janeiro, em especial Denise Pires, pela parceria e impulso para seguir o caminho;

À Marisa e Maira, pela revisão e adequação do texto;

Às secretárias e equipe da Biblioteca do IMS e informática, cujas orientações que muito me ajudaram;

À Regina minha terapeuta, por me acolher e dar suporte;

Aos meus protetores espirituais a quem recorri e obtive ajuda;

À Mariama e Flávia, ex-alunas, hoje doutorandas, pela troca de idéias, relativas às vivências no CTA e ajuda efetiva;

Aos profissionais das unidades de saúde estudadas, que se disponibilizaram a participar das entrevistas, mesmo com o quantitativo diário de atendimentos;

Ao Dráurio Barreira, Cathana Oliveira, Denise Serafim do Programa TB/Aids que, de forma direta e indireta, me apoiaram;

À Dulce, por estar comigo no dia a dia, me nutrindo de afeto, alimentos e pondo ordem na casa.

“A prioridade absoluta tem que ser o humano.
Acima dessa não conheço nenhuma outraprioridade.”

José Saramago

RESUMO

SILVA, Sonia Maria Batista. *O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro: processos dos cuidados em saúde*. 2011. 198f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A magnitude e as modificações resultantes da epidemia de Aids no Brasil levaram o Ministério da Saúde a recomendar, a partir de 2001, a incorporação do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em serviços de atenção básica da rede pública de saúde, visando a universalidade e a ampliação do acesso da população a esses exames. O processo diagnóstico, no caso da AIDS, envolve para além da simples disponibilização da testagem; cobre demandas de prevenção, profilaxia, tratamento e referências adequadas para o interior do sistema assistencial. O estudo realizado teve por objetivo investigar como vem se dando a oferta deste diagnóstico, previsto de estar acontecendo acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste, usando como locus um conjunto de serviços da rede básica de saúde no Município do Rio de Janeiro. Do tipo descritivo-analítico, o trabalho utilizou-se de uma abordagem metodológica qualitativa, realizando entrevistas semi-estruturadas com vinte e dois profissionais de saúde de diversas categorias, envolvidos nos processos de testagem anti-HIV, e com três gestores, buscando compreender como vem sendo ofertado esse cuidado em saúde. O exame do material obtido permitiu a identificação das seguintes categorias analíticas: oferta do teste na rede de atenção básica e dilemas relacionados a esse processo; ações de aconselhamento que acompanham a testagem; resultados do teste anti-HIV e dificuldades na sua comunicação aos usuários; dimensões estrutural e organizacional e gestão do processo de testagem; capacitação dos recursos humanos. Identificou-se que o processo de oferta do teste anti-HIV se circunscreve frequentemente à representação da doença e é necessária maior interlocução na relação profissional de saúde/usuário, considerando a intersubjetividade dos sujeitos envolvidos. Este processo diagnóstico demanda técnicas como apoio, acolhimento e escuta qualificada das necessidades de saúde, entendidas para além das queixas biológicas dos sujeitos, que nem sempre estão se fazendo presentes nos serviços de atenção investigados. Como desafio premente na oferta do diagnóstico anti-HIV, destaca-se que o aconselhamento deve ser uma ferramenta utilizada e reforçada no contexto dos serviços de saúde que atendem pacientes com DST/Aids. Outro desafio, além da capacitação qualificada dos recursos humanos envolvidos, é necessidade de permanente avaliação do processo de oferta que vem sendo oferecido nos serviços da rede básica, que possibilite repensar as atividades de prevenção, o acolhimento e a escuta, e o compartilhamento de idéias entre profissionais que atuam no cotidiano das unidades de saúde e os gestores locais. A pluralidade de questões no fazer em saúde exige que os serviços de saúde e seus responsáveis promovam novos arranjos para que a oferta do teste anti-HIV, como ação de saúde, seja realizada com base na humanização, na integralidade e no respeito aos direitos de cidadania, contribuindo para que a melhoria do atendimento na rede básica se concretize com qualidade.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Sorodiagnóstico da AIDS. Atenção primária à saúde. Aconselhamento. Cuidados integrais de saúde.

ABSTRACT

The magnitude and the changes resulting from the AIDS epidemic in Brazil led the Ministry of Health to recommend in 2001 the incorporation of serological diagnosis of HIV infection in primary care services of public health, aiming at increasing the universality and the population's access to these exams. The diagnostic process in the case of AIDS, involves beyond the simple availability of testing, but also covering the demands of prevention, prophylaxis, treatment and appropriate referrals into the care system. The study aimed at investigating how the offer of this diagnosis has been going on, expected to be done together with pre-and post-test counseling, using as a locus a set of services the primary care network in the municipality of Rio de Janeiro. The descriptive-analytic work applied a qualitative methodological approach, conducting semi-structured interviews with twenty-two health professionals from various categories involved in the process of HIV testing, and three managers, seeking to understand how this health care is being offered. Examination of material obtained allowed the identification of the following analytical categories: supply test in primary care network and dilemmas related to this process, counseling actions that accompany testing, results of HIV testing and difficulties in their communication to users; structural and organizational dimensions and management of the testing process; and training of human resources. It was found that the process of offering the HIV test is often limited to the representation of the disease and a need for greater dialogue on the relationship of health professional / user, considering the intersubjectivity of the subjects involved. This diagnostic process demands techniques such as support, welcoming and qualified hearing of the health needs, understood beyond the biological complaints of the subjects that are not always present in the care services investigated. As a pressing challenge in the provision of HIV diagnosis, it is emphasized that counseling should be a tool used and reinforced in the context of health services that treat patients with STD / AIDS. Another challenge, besides the training of qualified human resources involved, is the need for ongoing evaluation of the offer process that has been performed in the basic health services, enabling to rethink the activities of prevention, care and the listening, as well as the sharing of ideas among professionals working daily in the health units and the local managers. The plurality of questions into healthcare requires that health services and their leaders promote new arrangements for the provision of HIV testing, as a health action, be carried out based on the humanization, and in full respect for the civil rights, contributing to the improvement of care in health centers and to its quality.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. AIDS Serodiagnosis. Primary Health Care. Counseling. Comprehensive Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Distribuição espacial dos Municípios com pelo menos um caso de Aids identificado no Brasil – período 1980-2009 .	75
Figura 2 –	Rio de Janeiro – Área programática 1.0e seus bairros	80
Figura 3–	Fluxograma de Atendimento nos Serviços de Saúde ...	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Profissionais Entrevistados segundo a categoria	88
Quadro 2 –	Tipo de Serviços e quantitativo de profissionais entrevistados	89
Quadro 3 –	Características dos entrevistados.....	89
Quadro 4 –	Laboratórios de referência para a oferta do teste anti-HIV no Município do Rio de Janeiro	139
Quadro 5 –	Características estruturais e organizacionais relacionadas à testagem nos serviços de saúde estudados.....	142

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de incidência de Aids (por 100.000 hab.) segundo região de residência e ano de diagnóstico - Brasil e regiões – 1997-2009.....	33
Gráfico 2 – Taxa de incidência de Aids (por 100.000 hab.) segundo local de residência e ano de diagnóstico – Região Sudeste- 1997-2009	34
Gráfico 3 – Casos de Aids e incidência (por 100.00 hab.) em residentesno Município do Rio de Janeiro – 1982 – 2010	39
Gráfico 4 – Razão de Sexos (H: M) dos casos de Aids entre residentes com 13 anos e mais no Município do Rio de Janeiro- 1984 – 2010	40
Gráfico 5 – Percentual de brasileiros (15 a 64 anos) sexualmente ativos que realizaram o teste –2008	49
Gráfico 6 – Situação Clínica e Imunológica no início do tratamento- 2003-2006.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos polos de Testagem do Município do Rio de Janeiro	10
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CF88	Constituição Federal de 1988
CMS	Centros Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
D-DST/Aids e Hepatites Virais	Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais
DOTS	Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IFI	Imunofluorescência Indireta [teste]
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAM	Postos de Assistência Médica/Pronto Atendimento Médico

PAVS	Programa das Ações de Vigilância em Saúde
PCAP	Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
POC	PAM Oswaldo Cruz
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESDC-RJ	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SI-CTA	Sistema de Informação dos CTA
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TARV	Terapia Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THRIO	Tuberculose/HIV no Rio
TPI	Terapia Preventiva com Isoniazida
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UIS	Unidade Integrada de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WB	Western Blot [teste]

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL E SUAS RELAÇÕES COM O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO	23
1.1	Políticas públicas de Aids: revendo brevemente a história ..	24
1.2	A epidemia do HIV/Aids no Brasil: aspectos epidemiológicos	31
1.3	A epidemia de Aids no estado e no município do Rio de Janeiro	37
1.4	Os testes anti-HIV e as mudanças ocorridas nos processos de testagem ao longo da epidemia	41
1.5	A ampliação do diagnóstico: condição necessária ao controle da doença no país	48
2	O CUIDADO ASSOCIADO À TESTAGEM ANTI-HIV	54
3	O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; CONTEXTUALIZANDO O LOCUS DO ESTUDO	65
3.1	Rede de Assistência Básica à Saúde	67
3.2	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	69
3.3	Pólos de testagem	74
4	OBJETIVOS.....	78
4.1	Objetivo geral	78
4.2	Objetivos específicos	78
5	METODOLOGIA.....	79
5.1	Tipo de estudo	79
5.2	Aspectos éticos	80
5.3	Cenários do estudo	81
5.4	Sujeitos do estudo	83
5.5	Instrumentos e processo de coleta de dados	84
5.6	Análise dos dados	87
6	O DIAGNÓSTICO ANTI-HIV NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA NOS LÓCUS ESTUDADOS: REFLEXÃO SOBRE ALGUNS RESULTADOS	89
6.1	Apresentando os sujeitos da pesquisa	89
6.2	Teste anti-HIV e dilemas relacionados à oferta	91
6.2.1	A oferta do teste segundo o modelo biomédico, no cumprimento de protocolos de saúde na Atenção Básica....	96
6.2.2	Oferta do teste e o cuidado em saúde	101
6.2.3	Teste anti-HIV: comportamento sexual, riscos e vulnerabilidades	103

6.2.4	Benefícios e dificuldades diante da oferta do teste	100
6.2.5	A oferta do teste e o papel do CTA.....	108
6.3	Aconselhamento e testagem para HIV: (ainda) um desafio na Rede Básica de Saúde	110
6.3.1	Acolhimento sem escuta: é possível?	113
6.3.2	Riscos, comportamentos e vulnerabilidades no contexto do aconselhamento	116
6.3.3	Aconselhamento focado na orientação e prevenção	119
6.3.4	A individualidade e a intimidade: transitando entre o constrangimento e o julgamento.....	121
6.3.5	A emergência do processo dialógico no aconselhamento.....	124
6.4	Dimensões dos resultados do teste anti-HIV no contexto da atenção básica: realidades e subjetividades	126
6.5	Dimensões estrutural e organizacional e a gestão no Processo de Testagem	138
6.6	A (necessária) capacitação para os processos de trabalho dos profissionais no Diagnóstico do HIV	158
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
	REFERÊNCIAS	177
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	190
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com gestores	191
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com profissionais de saúde	192
	ANEXO A – Fluxograma de testagem (Portaria 488 Ms/Svs)	193
	ANEXO B – Fluxograma de testagem (Portaria 59 Gm/Ms).....	194
	ANEXO C – Fluxograma de testagem (portaria 34 svs/ms) algoritmo I.....	195
	ANEXO D – Fluxograma de testagem (portaria 151 svs/ms).....	196
	ANEXO E – Fluxograma de testagem (portaria 151 svs/ms).....	197
	ANEXO F – Parecer N° 12 A/2010 (Comitê de Ética em pesquisa da SMSDC-RJ).....	198

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a investigação da oferta e do processo diagnóstico da infecção pelo HIV, acompanhados de aconselhamento pré e pós-teste, em serviços de atenção básica à saúde da Área Programática (AP)¹ 1.0 do Município do Rio de Janeiro.

Do ponto de vista do cuidado em saúde, o diagnóstico sorológico para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o aconselhamento são ações de saúde que implicam, após a realização do exame e obtenção de seu resultado, no direcionamento dos pacientes soropositivos para o HIV para o monitoramento e tratamento de que necessitam. Mas não se limitam a isso: devem também compreender estratégias para reduzir situações de risco frente à infecção pelo vírus, na perspectiva de quebrar a cadeia de transmissão e incentivar comportamentos de vida baseados na promoção e prevenção à saúde.

Inicialmente, o teste anti-HIV, esteve restrito a poucas unidades de saúde — os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Entretanto, a magnitude da doença e as modificações resultantes da epidemia de Aids no Brasil, ao longo do tempo, levaram o então Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN/DST/AIDS)² da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, a recomendar, a partir de 2001, a incorporação do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV na rede pública de saúde, em serviços de atenção básica, visando a universalidade e a ampliação do acesso aos exames para a população.

Desde então, tem existido um movimento para a disponibilização dos testes anti-HIV de forma universal e descentralizada, ampliando sua oferta ao conjunto de unidades que compõem a rede primária de atenção à saúde. Mais ainda: a diretriz do Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, que prevê a incorporação do

¹Área Programática ou de Planejamento (AP) correspondem a uma divisão feita pela Prefeitura do Rio de Janeiro para atender administrativamente os bairros. Por sua vez, as AP são divididas em Regiões Administrativas (RA), que de acordo com sua proximidade e suas particularidades urbanas, podem assim atender as necessidades da cidade de forma geral. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>.

² Em setembro de 2009, este Programa passou a ser denominado Coordenação de Aids, DST e Hepatites Virais. Entretanto, como a antiga denominação é a mais conhecida, optou-se por mantê-lo, nas partes relativas à contextualização histórica da epidemia e suas ações nesta tese, com a denominação anterior, qual seja, PN/DST/Aids.

teste na rede pública de saúde (BRASIL, 2005b), considera esta como uma prioridade da política de Aids em consonância com a Atenção Básica.

Se pensarmos na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com foco no HIV/Aids, Hepatites Virais e outras DST, temos que considerar que expandir o diagnóstico da infecção pelo HIV para as unidades de saúde que compõem a rede básica pode significar um passo para melhorar o acesso da população aos serviços, equacionando diagnóstico-assistência, independente do resultado do exame. A oferta do teste pode, ainda, impulsionar ações de prevenção e promoção à saúde, bem como a continuidade e resolutividade quanto à assistência (BRASIL, 2006a).

É importante ter claro que o conjunto de necessidades no caso do diagnóstico para o HIV cobre demandas de prevenção, profilaxia, tratamento, diagnóstico e referências adequadas para o interior do sistema assistencial. Nesse sentido, e tomando por base a condição foco deste estudo, tão relevante quanto à expansão do acesso ao diagnóstico HIV é que este seja um elemento de um processo de cuidado amplo e complexo, que articule os preceitos da integralidade aos da universalidade e conjugue qualidade e responsabilização dos profissionais e das instituições com quem busca a testagem. Isso exige não apenas a presença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um conjunto de condições estruturais, materiais e organizacionais, mas também de capacitação e de práticas de saúde centradas na comunidade e nas necessidades dos indivíduos porque, como lembra Mattos,

Há certas doenças que são consideradas problemas públicos e, portanto, alvo de políticas específicas, voltadas para o seu enfrentamento e controle. [...] A inclusão ou não de uma doença na agenda governamental é sempre política, no sentido de que sempre é o produto da negociação entre diferentes grupos (governamentais ou não) que demandam e/ou resistem a essa inclusão. (MATTOS, 2003, p. 49)

Refletindo sobre a resposta governamental brasileira à Aids, o autor ainda citado refere que

Pode ser considerada uma experiência bem sucedida de uma política de enfrentamento de uma doença pautada pelo princípio da integralidade. Ela contempla tanto ações preventivas quanto assistenciais, e ao fazê-lo, incorpora preocupações com altos custos das ações assistenciais, que é visto como um potencial obstáculo a ser superado. (MATTOS, 2003, p.58).

Diante disso, surge um conjunto de preocupações: Como estaria se dando essa oferta, efetivamente, nas unidades básicas de saúde espalhadas pelo território

nacional? Estariam elas seguindo as diretrizes nacionais preconizadas? O exame anti-HIV realizado nestes serviços vem sendo acompanhado de aconselhamento pré- e pós-teste ou está se limitando a ser mais um exame diagnóstico de caráter biomédico, como tantos, contradizendo a própria essência que contempla o sujeito em suas vivências, que sempre marcou essa dimensão de cuidado? Como os profissionais de saúde compreendem o processo diagnóstico do HIV, a incorporação da oferta do exame no cotidiano do trabalho, e sua implicação no cuidado de saúde? Como está sendo realizada a referência para os casos detectados como HIV positivos na atenção básica? Essas são algumas das questões que motivaram a investigação realizada.

Creio ser importante, nesse momento, destacar meu movimento pessoal e profissional de aproximação e preocupação com essa temática da testagem e aconselhamento. Preocupação antiga, surgida da experiência do trabalho que desenvolvo há mais de 19 anos no CTA do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Desde 1988, capacitada para atuar, enquanto profissional de saúde, com questões relacionadas à epidemia do HIV, com recorte na área de prevenção, aconselhamento e diagnóstico anti-HIV, vivenciei de perto não apenas as transformações na política de enfrentamento da epidemia como, de forma mais particular, esse movimento de ampliação da oferta de testagem do HIV.

Ainda relacionada a este tema, elaborei a dissertação de Mestrado que teve como título “*Centros de Testagem e Aconselhamento-CTA: Caminhos e trilhas em construção*” (SILVA, 2004), defendida em 2004 no Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da UFRJ, na área de Políticas de Saúde, Planejamento e Avaliação³. Nesse trabalho, voltei minha atenção para a temática dos CTA, tendo estudado o percurso histórico deste tipo de serviço no país e seu papel na promoção e prevenção da saúde, de modo geral, e da Aids, em particular.

Nestes anos, fui (e ainda sou) consultora nesta área (CTA, Prevenção e Aconselhamento) para o PN/DST/Aids e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) junto à Gerência de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SES-RJ) e do Programa de DST/Aids e Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de

³ Orientada pela Prof^aDr^a Kátia Sanches.

Janeiro (SMS-RJ). Em função destes trabalhos, desenvolvi atividades de capacitação para diversos atores, atuando em consultoria de grupos técnicos para elaborações de manuais que orientassem a prática e a organização de serviços de saúde nas áreas de diagnóstico, prevenção, aconselhamento e pesquisas científicas em DST/HIV/Aids.

Estes manuais e as capacitações prenunciam, constantemente, proposições no que concerne a inovadoras tecnologias do cuidado, em especial na área de saúde, trazendo inúmeras transformações, incluindo a disponibilidade do teste rápido para HIV e a atuação nos Pólos de Testagem do Município do Rio de Janeiro, no que tange ao diagnóstico anti-HIV, com a intenção de prover e oferecer o diagnóstico para gestantes que ainda não realizaram o exame, para pacientes com tuberculose e em Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado (DOTS)⁴ e ainda, formando também profissionais de diversas unidades de saúde, por exemplo, no Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família.

Considerando relevante a política de ampliação da oferta do teste anti-HIV para a rede básica, e em decorrência das indagações mencionadas, a tese pretendeu aprofundar conhecimentos e reflexões a respeito da importância do diagnóstico anti-HIV, identificando como são desenvolvidas as ações de saúde de diagnóstico da infecção pelo HIV, acompanhadas de aconselhamento pré e pós-teste, em diversos tipos de serviços de saúde que oferecem a testagem para essa infecção no Município do Rio de Janeiro.

Ao tomar por base a diretriz política e técnica para a oferta do teste anti-HIV para a rede básica de saúde elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), buscou-se dimensionar os aspectos estruturais e organizacionais da oferta deste diagnóstico em alguns serviços de saúde deste tipo de atenção básica do município citado — Centros Municipais de Saúde (CMS), Pólos de Testagem, Postos de Assistência Médica (PAM), Ambulatórios, CTA e PSF— e compreender as práticas de cuidado das equipes profissionais envolvidas no processo de diagnóstico da infecção nos serviços abordados.

⁴DOTS corresponde à sigla em Inglês *Directly Observed Treatment Short Course*, traduzida comumente em português para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose, embora este tipo de estratégia venha sendo hoje aplicada a outras condições, entre as quais a hanseníase.

Para tal, utilizou-se de uma abordagem qualitativa, entrevistando profissionais de saúde de diferentes categorias envolvidos no processo de oferta do teste anti-HIV nos diversos tipos de unidade básica de saúde acima mencionadas localizadas em uma das áreas programáticas de saúde do município do Rio de Janeiro, no caso a AP 1.0.

A presente tese encontra-se estruturada da seguinte maneira: Inicialmente, contextualiza-se do campo temático, traçando um breve histórico da epidemia do HIV/Aids e suas diferentes dimensões ao longo do tempo. Discorre-se, sobre as relações da epidemia com o Sistema Único de Saúde (SUS) que ancoram as recomendações para ampliação e agilização do diagnóstico do HIV, incorporando sua oferta na rede básica de serviços de saúde. A discussão do diagnóstico como busca do cuidado à saúde e uma síntese dos tipos e *loci* de serviços de saúde escolhidos onde se processa o diagnóstico anti-HIV foram abordados no decorrer dos dois capítulos seguintes. A seguir, situamos a proposta de investigação e o objetivo geral deste trabalho, compreender o processo de oferta do diagnóstico de infecção pelo HIV nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, buscando analisar a testagem atende às diretrizes preconizadas pelas políticas públicas em vigor no que se refere aos seus aspectos estruturais e organizacionais, na perspectiva do cuidado com a saúde dos sujeitos. No capítulo 5, descreve-se a metodologia utilizada. O capítulo 6 seguinte contempla os resultados da pesquisa juntamente com a sua discussão, quando são analisadas as categorias temáticas identificadas a partir das entrevistas. Por fim, se apresentam as considerações finais, constituindo-se como uma síntese dos elementos encontrados e discutidos durante o desenvolvimento do trabalho.

1A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL E SUAS RELAÇÕES COM O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem,
lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.”
(Boaventura de Souza Santos)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) e a doença por ele provocada, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), colocou a saúde pública diante de um grande desafio, determinando a necessidade de respostas, não somente em termos de políticas públicas e ações governamentais, mas, sobretudo acrescida da organização da sociedade civil, frente à epidemia que provocou um sério impacto social.

No Brasil, o HIV e a Aids foram notificados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica pela primeira vez em 1982, a partir dos casos de sete pacientes homo e bissexuais (CASTILHO; CHEQUER, 1997). Desde então, pelo impacto e abrangência social que a epidemia atingiu, a Aids foi responsável por mudanças significativas em campos para além da saúde e acarretou grandes desafios para a comunidade científica, trazendo e envolvendo novos atores e movimentos sociais na busca de produção de conhecimentos atualizados, de planos e programas públicos, além de inúmeras parcerias intersetoriais, nacionais e internacionais.

O surgimento e a evolução da epidemia, assumido como um problema emergente de saúde pública desde então, destacaram-se por mecanismos locais, nacionais e globais de elaboração, apropriação e disseminação de saberes relacionados à síndrome, devido à sua eclosão e urgência (GALVÃO, 2000). Ao longo deste período, a epidemia produziu complexas interações para responder, de forma eficaz, ao surgimento da Aids, envolvendo pessoas vivendo com HIV/Aids, profissionais e gestores de saúde, grupos comunitários, cientistas sociais, pesquisadores, educadores em saúde, representantes da indústria farmacêutica e agências de cooperação internacionais, em um movimento de diversos setores da sociedade na busca de políticas públicas, em geral, e de políticas de assistência à

saúde, em particular (GALVÃO, 2000). A seção seguinte buscará trazer, para a discussão, algumas das ações desencadeadas no decorrer da trajetória.

1.1 Políticas públicas de Aids: revendo brevemente a história

A epidemia da Aids, além de ter marcado historicamente a saúde coletiva no país e no mundo, tem trazido, em virtude da sua dinâmica, inúmeras mudanças, reflexões e desafios que vem indicando respostas sociais, científicas e assistenciais, levando ao redirecionamento das políticas públicas envolvendo os modelos vigentes de atenção à saúde. Assim, a história da Aids no Brasil pode ser caracterizada por um conjunto de períodos que se cruzam com a história mais ampla da vida política do país (PARKER, 1997).

Na década de 80, a sociedade brasileira vivia um período de transição envolvendo questões relacionadas à saúde e à política, com esperanças no processo de redemocratização, quando o diálogo e a possibilidade de responder as preocupações da sociedade começavam a ser tecidos. As políticas públicas de saúde encaminhavam novas proposições que visavam atender os interesses sociais coletivos, transformando os impasses sociopolíticos em ações institucionalizadas, desde que se destacassem pela originalidade e revelassem traços democráticos (SILVA, 2004). As questões relacionadas com a epidemia de Aids vieram ao encontro do momento histórico brasileiro, e contribuíram para transformar a política de saúde em elemento inaugural e fundamental no novo contexto político do Brasil.

Este período evidenciava mudanças estruturais levadas a efeito pelo movimento da Reforma Sanitária, que atravessou a década de 80 com a discussão de temas prioritários e abrangentes, refletindo idéias inovadoras nas políticas públicas que não centralizassem em torno da doença e da cura de agravos à saúde. Essa agenda política, ancorada na transformação e cidadania social, apontou para uma nova argumentação centrada na prevenção dos agravos, na promoção da saúde e visando a organização e extensão dos serviços de saúde à população. Este movimento abordava questões relevantes quanto às finalidades, diretrizes, métodos e ações de saúde, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SILVA, 2004).

A epidemia da Aids surge neste contexto e aproxima o tema vigente à doença, desenvolvendo uma trajetória de políticas, direitos sociais e cidadania, associando as diretrizes do SUS e equacionando o modelo de saúde ao alcance de toda a população, em bases igualitárias, de acordo com o ideário de saúde como direito de todos, conforme previsto no Capítulo II, Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988a).

No entendimento da dinâmica da epidemia de Aids, ressalta-se também a influência das Organizações não Governamentais (ONG) no contexto social e na construção de respostas à Aids, como entidades representativas da sociedade civil. Estas organizações trouxeram ao cenário a necessidade de focar a epidemia sob a ótica dos direitos humanos, apontando para o processo de inclusão social dos cidadãos a partir da solidariedade e do suporte psicossocial e jurídico, que se tornaram princípios identitários para o seu enfrentamento. O ativismo destas entidades foi decisivo nas negociações entre setores do governo e organizações da sociedade civil, impulsionando a revisão das políticas públicas, propondo intervenções assistenciais e sociais, incentivando cooperações a nível nacional e internacional e, desta forma, propiciando respostas frente à epidemia em andamento no país (GALVÃO, 2000).

Como reflexo do momento histórico e da dimensão da epidemia no país, foram criados Programas de Aids nas respectivas Secretarias de Saúde dos estados brasileiros, dos quais o pioneiro surgiu em São Paulo em 1983, em função do elevado número de pacientes HIV positivas naquele Estado à época (GALVÃO, 2000).

O Programa paulista serviu de modelo de assistência e referencial ético-político para a criação de outros Programas de Aids em diversos estados da Federação, norteados por pensamentos sociais em relação à Saúde Pública, onde estavam presentes o ideário da reforma sanitária e os primeiros referenciais técnicos e científicos que guiaram os serviços e a assistência ao HIV/Aids (MARQUES, 2003).

Em 2 de maio de 1985, a Portaria nº 236 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1985) estabeleceu as diretrizes para a criação do Programa Nacional de Aids (PN-DST/Aids). Este Programa, contudo, só foi consolidado em 1996, quando passou a ter expressão política e fortalecimento institucionalizado, buscando envolvimento

com as ONG e instituições nacionais e internacionais, caracterizando a Aids como um problema de interesse nacional, estabelecendo diretrizes, normas e linhas para o combate à epidemia (TEIXEIRA, 1997).

O Governo, através do Ministério da Saúde e do PN/DST/Aids, compreendendo a doença como um problema de saúde coletiva, empenhou-se em construir um modelo de atendimento à saúde que ensejou um processo de diálogo multiprofissional, aproximando-se dos movimentos da sociedade civil e articulando eixos de vigilância, prevenção, diagnóstico laboratorial, assistencial, direitos humanos e sociais (TEIXEIRA, 1997).

Segundo o mesmo autor, a justificativa para a implantação do PN/DST/Aids baseava-se no significativo aumento do número de casos; na alta taxa de mortalidade, à época; e na necessidade de hospitalização dos pacientes com a doença por longo tempo. A responsabilidade do Programa envolveu, inicialmente, ações de educação sanitária e de vigilância epidemiológica, medidas de prevenção e organização de serviços com oferta de assistência e diagnóstico, além da capacitação de profissionais, controle do sangue, acesso aos direitos dos pacientes soropositivos pelo HIV e suporte psicossocial aos familiares dentro de referenciais éticos, sociopolíticos e trabalhistas.

A propósito, o autor destacou, do relatório elaborado pelo grupo de trabalho sobre “*Direitos e garantia dos portadores de Aids, familiares e grupos de risco*”, cujo teor foi aprovado pelo PN/DST/Aids, o seguinte referencial ético:

Garantia do acesso à informação adequada sobre medidas de prevenção, a criação de locais de orientação diagnóstica e sorológica e o tratamento dos casos de Aids. O teste anti-HIV só seria efetivado sob orientação médica, mediante sigilo laboratorial e consentimento individual e aconselhamento. (TEIXEIRA, 1997, p. 57).

O Ministério da Saúde assumiu, então, a organização institucional das atividades de controle e prevenção da Aids. A doença, colocada na agenda das políticas públicas, incorporou e definiu referenciais éticos, técnicos e políticos comprometidos e em sintonia com as diretrizes de um novo modelo de saúde. Assim, os programas estaduais e o programa nacional, presentes e inaugurados na história da epidemia, deram frutos de participação e mobilização popular, inseridos em um contexto social e de luta contra o avanço da Aids.

Ainda em 1985, o Estado do Rio de Janeiro passou a ter, na Secretaria de Estado de Saúde, uma instância responsável pela Vigilância Epidemiológica dos casos de DST/Aids. Este setor foi, aos poucos, adquirindo a identidade de programa, e ensejou, no início da década de 90, a institucionalização também do Programa Municipal do Rio de Janeiro (ROCHA, 1999).

Com o avanço da epidemia da Aids, em 1990, foi proposta a criação do Programa de DST/Aids e Doenças Transmissíveis no município do Rio de Janeiro, vinculada à Divisão de Epidemiologia e ao Serviço de Dermatologia Sanitária, para expansão das ações de assistência, prevenção e treinamento de recursos humanos (FONSECA, 1994).

Posteriormente, os serviços estaduais, em especial no Rio de Janeiro e São Paulo, foram designados como Centros de Referência Regional (TEIXEIRA, 1997).

As diretrizes do PN/DST/Aids configuravam a Aids como um problema coletivo e de abrangência nacional, com ênfase na prevenção primária, no aconselhamento, na referência para assistência integrada, no diagnóstico sorológico, sobretudo com investimentos para o suporte laboratorial e capacitação profissional, no controle do sangue, além de projetos de prevenção.

O avanço e o crescimento da epidemia de Aids encaminharam proposições para o cenário nacional; entre elas, a introdução da terapia antiretroviral de alta potência (TARV), somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida e outras doenças sexualmente transmissíveis nos serviços de saúde.

Acerca da terapia antiviral, é importante assinalar que o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no SUS. Em 13 de novembro de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.913 (BRASIL, 1996), que dispôs sobre a obrigatoriedade de acesso universal e gratuito àqueles medicamentos no sistema público de saúde, e reafirmou o compromisso com a cidadania plena e a saúde como direito de todas as pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. A utilização desses tratamentos produziu, dentre outros resultados, um aumento da expectativa e da qualidade de vida para a população acometida por essa infecção.

Esta medida de acesso universal aos medicamentos tem contribuído para alterações importantes no padrão da epidemia de Aids e vem alterando, substancialmente, a queda de mortalidade pela doença. Ressalte-se, ainda, que o acesso aos medicamentos e, posteriormente, a produção local de seus genéricos, a negociação dos preços e a quebra de patentes, associados à política de prevenção, ratificam as diretrizes do SUS, pressupondo a garantia do tratamento e a melhoria da qualidade da assistência.

Com o avançar da epidemia, ocorreram também mudanças no processo de diagnóstico e aconselhamento. Com base no contexto do acesso universal ao tratamento com a terapia antirretroviral, passou-se a enfatizar o cuidado para a saúde, e ainda, como medida assistencial após o diagnóstico anti-HIV reativo, o monitoramento e acompanhamento clínico e multiprofissional durante o curso da doença, quantificando a carga viral e a contagem de linfócitos T CD4/CD8.

Além disso, a política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com Aids passou a incluir também outras modalidades assistenciais visando a redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.

A resposta brasileira à Aids incorpora, em suas diretrizes, incontáveis mudanças da epidemia no decorrer destes anos, com ênfase na não-discriminação, no fortalecimento da vigilância epidemiológica em campanhas educacionais e programas de treinamento, visando harmonizar ações de prevenção e assistência à saúde, ancorada nos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/ Aids.

Em breve digressão sobre a política de combate à Aids, algumas características são evidenciadas:

O Ministério da Saúde conduz a política pública de uma forma mais centralizada por meio da emissão de normas e propostas de atividades a serem implantadas em todo o país, muitas vezes sem considerar programas já existentes, gerando algumas tensões entre o grupo de condução federal e várias secretarias estaduais e ONG. (MACHADO, 2007, p.245).

Nesta lógica, pode-se apontar a tradição e a persistência de ações e campanhas verticalizadas que elegem e endereçam temas específicos, não identificando as desigualdades de cobertura de assistência e de ações de prevenção

entre as regiões brasileiras, o que evidencia a ausência de uma linguagem comum entre as esferas do Governo (PIRES, 2004).

Pode-se observar, sob este aspecto, que o Governo Federal planeja e operacionaliza suas ações por meio de sucessivas normas, decretos e protocolos, sem considerar a complexidade da dinâmica da epidemia (MACHADO, 2007).

Os recursos e financiamentos para sustentar e viabilizar as diversas ações que se articulam na agenda da política pública nacional de Aids, muitas vezes, seguem os acordos nacionais e empréstimos de agências internacionais, comprometendo a autonomia federativa e o desenvolvimento almejado para as instâncias do SUS, burocratizando a prática e, ao mesmo tempo, acarretando avanços e problemas.

É importante lembrar também que o Programa Nacional vivencia, em alguns momentos, descontinuidades do tratamento com falta de adesão dos usuários e também na oferta de medicamentos, fugindo, assim, à orientação da integralidade nas ações de saúde.

Em tese, o conjunto de atividades, que deveriam ser integradas, enfatiza a prevenção como ação pontual com baixo impacto junto aos segmentos mais vulneráveis, ainda centrada em prescrições, predominando o modelo assistencial regulador e controlador.

A organização dos serviços de saúde (sistema de referência e contra-referência), em muitos momentos, vivencia a baixa capacitação gerencial, a pouca qualificação das equipes e a redução de recursos humanos, limitando a capacidade técnica e administrativa, incentivando a quebra da continuidade da educação permanente e da representatividade do controle social — traços marcantes e estruturantes do conjunto de políticas de saúde e da política de Aids.

No caminho de respostas brasileiras que se associam aos princípios do SUS observa-se, por outro lado, proposições de cooperações e interlocuções, com metas a ações intersetoriais, conjugando responsabilidades e o fortalecimento da política de saúde, através de estratégias voltadas à integralidade das ações de saúde, envolvendo novos atores na busca do acesso universal a todos os serviços, circunscrevendo, a partir de então, o desenvolvimento de direitos sociais, humanos e de cidadania. Porém, essas ações deveriam ser avaliadas constantemente para a

renovação e construção de novas propostas, o que nem sempre ocorreu ao longo do tempo.

Apesar das dificuldades mencionadas acima, a atenção integral e universal à saúde das pessoas afetadas pela epidemia da AIDS, é uma diretriz traçada com metas sempre renovadas no que tange à política pública desenvolvida para a epidemia. Esta política também vem tecendo, incorporando e ampliando articulações com diversas instâncias que envolvem a sociedade civil organizada, as universidades, organismos e instituições internacionais e a iniciativa privada.

Ressalta-se que estas parcerias e o fortalecimento institucional, além da cooperação das ONG, atualmente denominadas Organizações da Sociedade Civil (OSC), incentivaram a compra com redução de preços e a produção nacional de medicamentos para os serviços públicos. Isto permitiu atender a premissa de universalidade, com a garantia da distribuição dos antirretrovirais para os pacientes portadores de HIV/Aids, fazendo com que a Aids passasse a ser uma doença tratável e revitalizando a credibilidade das ações de saúde no cenário nacional.

Também foram e vem sendo ampliadas, na agenda nacional, a implementação de novos meios diagnósticos e tem sido disponibilizado aos serviços de saúde os testes rápidos para facilitar com efetividade o diagnóstico anti-HIV.

Estas diversas ações de saúde e aquisição de insumos resultaram da combinação de fatores políticos e técnicos, tais como: ampliação da cobertura de exames, incluindo o monitoramento do vírus HIV, assistência com maior qualidade, mobilização social, direitos humanos, controle social e acesso universal aos insumos básicos de prevenção. E as respostas acompanharam gradativamente as múltiplas dimensões da epidemia, com a revisão da noção de risco, de grupos sociais específicos, segundo a visão epidemiológica que caracterizava a doença nos seus primórdios, apontando para uma nova dimensão que avançou para outros segmentos sociais, desconstruindo conceitos de grupos e comportamentos de risco, incorporando a complexidade de fatores sociais, culturais e econômicos, espelhando as mazelas da sociedade e trazendo a necessidade de pensar nos problemas de saúde da população brasileira, em geral, em sua vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Parker, “permite entender mais plenamente como questões relacionadas à desigualdade, estigma, discriminação e violência, dentre outras, aceleram a disseminação da epidemia de Aids” (PARKER, 2000, p. 26). Este conceito, aplicado à saúde pública, teve como resultado o ativismo frente à epidemia da Aids, englobando o movimento dos Direitos Humanos, já que “no plano individual, a vulnerabilidade se relaciona basicamente a comportamentos e atributos pessoais que condicionam a possibilidade da infecção” (PARKER, 2000, p. 26). Para o autor,

Estes comportamentos estão necessariamente relacionados com meio social em que emergem e se reproduzem, ao grau de consciência que os indivíduos têm sobre eles e ao potencial poder de transformação que esses indivíduos tenham sobre a sua conduta. (PARKER, 2000, p.26).

As ações de saúde citadas em vários parágrafos antecedentes consagram as respostas brasileiras na trajetória da epidemia, desencadeando a formulação e o exercício de políticas de saúde preocupadas com a população e com o olhar voltado para os cidadãos como sujeitos de direito. Salientam, assim, a preocupação com o cuidado com a saúde, conferindo uma dimensão ampliada à epidemia em que prevalecem eixos fundamentais que perpassam pela defesa dos direitos de cidadania e dos princípios norteadores do SUS.

Ao detalhar as alterações da epidemia ao longo dessas décadas e suas relações com as mudanças nos campos do diagnóstico sorológico e das ações de aconselhamento, serão examinados, na próxima seção, alguns aspectos epidemiológicos da Aids no Brasil.

1.2 A epidemia do HIV/Aids no Brasil: aspectos epidemiológicos

Desde o seu início, a epidemia da infecção pelo HIV/Aids vem apresentando importantes mudanças de perfil epidemiológico, revelando padrões distintos em seu percurso. Nesse sentido, a notificação de casos de Aids, ao longo da década de 80, já apontava para a evidência do crescimento da epidemia no país. Inicialmente, a doença acometia principalmente os homens que faziam sexo com outros homens

(HSH), bissexuais, somando-se a este grupo, os profissionais do sexo (PS), os usuários de drogas injetáveis (UDI) e os indivíduos transfundidos com sangue e hemoderivados.

Com o passar do tempo, a epidemia assumiu diferentes faces desenhando uma dinâmica complexa, conjugando determinantes relacionados com saúde, condições de vida, desigualdades sociais, questões de gênero, étnicas, etárias e de comportamento, dentre outras (PARKER, 2003). Como consequência, ainda hoje, a Aids no Brasil não se distribui de forma homogênea e, em função de diversos determinantes, continua vivenciando transformações significativas em seu perfil epidemiológico, contextualizando-se em uma epidemia de múltiplas dimensões (BRITO; AYRES; SZWARCOWALD, 2001). Estas transformações são resumidamente apresentadas a seguir:

Entre 1980, ano do primeiro caso de Aids notificado no país, e junho de 2010, foram identificados 592.914 casos da doença. Entre 2000 e 2009, foram identificados, em média, 35.700 casos/ano, com taxa média de incidência de 19,7 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010a). Foram registrados cerca de 230.000 mil óbitos por Aids até 2009 (BRASIL, 2010a) e estima-se que cerca de 600 mil pessoas, entre 15 e 49 anos de idade, vivam com HIV/AIDS no país (SOUZA JR., 2006).

Quanto às tendências temporais, a partir de 1999 vem ocorrendo uma desaceleração nas taxas de incidência da Aids no país. Nos últimos oito anos, a incidência da doença vem apresentando uma tendência de estabilização (BRASIL, 2010a). Essa desaceleração foi muito influenciada pela dinâmica da epidemia na Região Sudeste. Entretanto, esse fenômeno não é visualizado nas demais regiões brasileiras, onde se observa um incremento da taxa de incidência da doença (Gráfico 1).

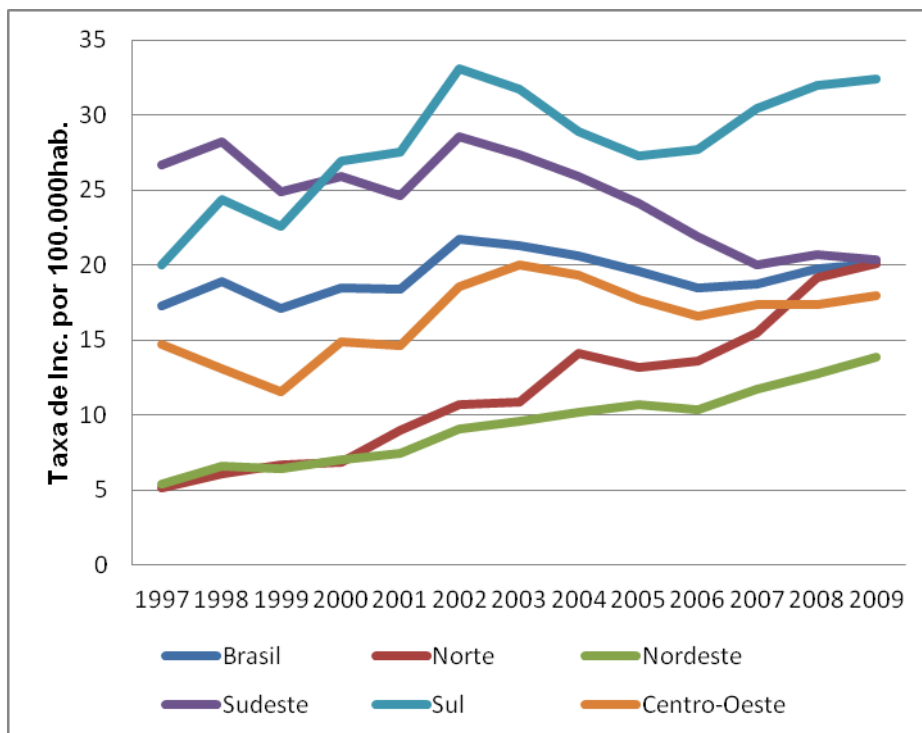


Gráfico 1 – Taxa de incidência de Aids (por 100.000 hab.) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil e regiões, 1997-2009

Fonte: Brasil(2010f).

Em 2009, a maior taxa de incidência de Aids entre todas as Unidades Federativas brasileiras foi registrada no Rio Grande do Sul (47,5 casos por 100.000hab.), sendo 2,4 vezes maior do que a média brasileira (BRASIL, 2010d).

Quanto à Região Sudeste, é importante destacar que no Estado de São Paulo observou-se uma redução expressiva da taxa de incidência. De 1999 a 2009, a redução foi de 37,0%, enquanto nos demais estados dessa Região parece estar ocorrendo uma estabilização da detecção da doença (Gráfico 2).

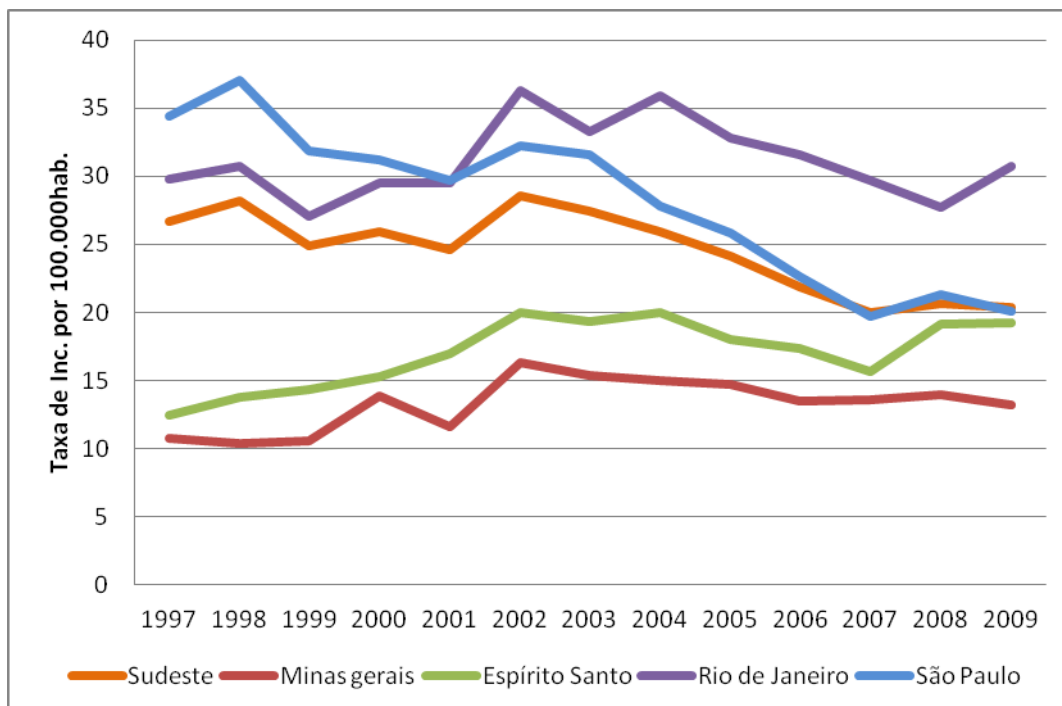


Gráfico 2– Taxa de incidência de Aids (por 100.000hab.) segundo local de residência e ano de diagnóstico. Região Sudeste, 1997-2009

Fonte: Brasil (2010f).

Com relação à distribuição dos casos segundo o sexo, ressalta-se uma progressiva “feminização” da epidemia. Analisando a evolução temporal da razão de sexos (M-F) no país, observa-se uma diminuição considerável desde 1980. Em 1985, a razão de sexos no País foi de 26,7:1, estabilizando-se a partir de 2002 em 1,5:1.

Quanto à faixa etária, houve um incremento na taxa de incidência entre os homens maiores de 40 anos de idade, no período de 1997 a 2009, enquanto entre as mulheres, esse incremento é visualizado já a partir dos 30 anos de idade, no mesmo período, conforme Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de dezembro de 2010.

A exposição sexual é a principal forma de infecção pelo HIV no país. A disseminação do HIV/Aids vem apresentando crescimento proporcional entre heterossexuais masculinos, desde 1998, com expressão relevante em todas as regiões brasileiras (BRITO; AYRES; SZWARCOWALD, 2001; BRASIL, 2010e). Houve um incremento importante desta forma de transmissão, que passou de 8,9% em

1988, para 35,3% em 2000, e para 43,5% dos casos masculinos em 2009. Segundo Brito, Ayres e Szwarcwald (2001), esta característica tem contribuído de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres, traduzido na progressiva redução da razão de sexos.

Por outro lado, cabe destacar que a proporção de casos entre homens que fazem sexo com outros homens – homossexuais e bissexuais — mantém-se estável, e em algumas unidades da Federação, como no Distrito Federal, tem aumentado nos últimos anos (BRASIL, 2010e). A transmissão através do uso de drogas injetáveis, por outro lado, vem decrescendo ao longo dos últimos dez anos, após ter atingido seu pico no início da década de 90 (BRASIL, 2003b, 2010e).

Do mesmo modo, na categoria de transmissão sangüínea, alterações relevantes foram observadas, principalmente em hemofílicos e em indivíduos que receberam transfusão de sangue. Segmentos populacionais que eram intensamente atingidos no início da epidemia, ao longo do tempo passaram a apresentar significativa queda nos casos, como consequência do controle do sangue e hemoderivados, seja pela proibição de comercialização, seja pela disponibilidade, desde 1986, dos testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV (BRITO; AYRES; SZWARCWARD, 2001; BRASIL, 2010e).

A crescente expansão da infecção em mulheres aumentou a complexidade de aspectos sociais e culturais relacionados à transmissão do HIV, levantando aspectos de vulnerabilidades frente à Aids, com necessidade de estratégias de prevenção urgentes. Essa expansão à população feminina também impacta na possibilidade de transmissão intra-útero ou ao nascimento, como se observa a seguir.

Conforme dados do Boletim Epidemiológico Aids/DST, foram notificados no Brasil, entre os anos de 2000 e 2009, 54.218 casos de infecção pelo HIV em gestantes, dos quais 40.999 (75,6%) se concentram nas Regiões Sul e Sudeste. Em 2009, o número de casos no país foi de 6.104 e a taxa de detecção correspondeu a 2,1 casos por 1.000 nascidos vivos. A transmissão vertical pressupõe um risco de aumento à medida que a epidemia se feminiza. Até junho de 2010, ocorreram 14.926 casos em menores de 13 anos de idade, 85,1% dos quais foram por transmissão vertical. (BRASIL, 2010e, p. 10).

A necessidade de estender a cobertura da testagem das mulheres grávidas é um dos elementos que contribuiu para a expansão do diagnóstico anti-HIV.

O Ministério da Saúde, em 1995, estabeleceu a recomendação do tratamento profilático das gestantes, e em 1997, o teste anti-HIV passou a ser ofertado a todas

as gestantes do país (VELOSO; VASCONCELLOS; GRINSZTEIN, 1999). Esta é uma estratégia para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e das DST, fortalecendo a estruturação da rede de atenção para a oferta de testes anti-HIV na rotina do pré-natal, e a adoção de medidas de prevenção da transmissão vertical.

Cabe destacar ainda o movimento de interiorização da epidemia de HIV/Aids, inicialmente restrita às metrópoles regionais; a partir do final da década de 80, houve uma difusão geográfica da doença, dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país. Isto fica bem claro na Figura 1, que evidencia a progressão dos casos de AIDS nos municípios brasileiros.

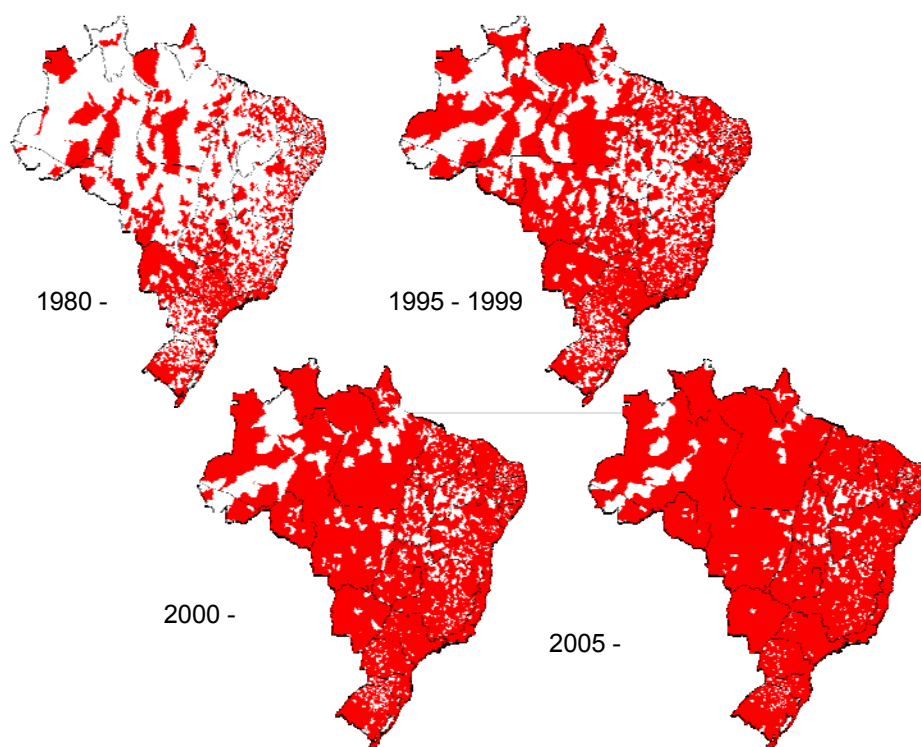


Figura 1– Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS identificado no Brasil no período de 1980 a 2009.

Fonte: Brasil, (2010f),

Como resultado, a epidemia vem atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas, reforçando a importância de capilarizar a rede de serviços de saúde apta a participar dos processos de diagnóstico e tratamento a essas populações.

A expansão da epidemia atravessou a migração populacional, a interiorização, a regionalização, a crescente urbanização e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, trazendo novas discussões acerca das tendências epidemiológicas e da necessidade de respostas pelas políticas públicas (CASTILHO; CHEQUER, 1997).

A escolaridade tem sido utilizada como variável indireta, na tentativa de expressar o perfil socioeconômico dos casos notificados, e pode ser verificada por uma tendência de aumento proporcional de casos entre a população com 08 a 11 anos de estudos, que se elevou de 16%, em 1999, para 25%, em 2006.

Como fator agravante, o evoluir epidemiológico da epidemia revela uma tendência à pauperização da doença: ressalte-se a dificuldade das populações marginalizadas, que estão mais infectadas em razão de problemas de acesso aos serviços de saúde, falta de informações gerais e sobre a saúde, e da luta cotidiana pela sobrevivência, dificultando ações que visem à prevenção por meio da adoção de práticas seguras e do diagnóstico da doença (CASTILHO; CHEQUER, 1997).

O estudo realizado teve como *locus* município do Rio de Janeiro. Assim, consideramos importante apresentar alguns dados dos Boletins Epidemiológicos da SESDC/RJ e da SMDC/RJ para melhor contextualizar a epidemia no Estado e no município do Rio de Janeiro.

1.3 A epidemia de Aids no estado e no município do Rio de Janeiro

Foram identificados até junho de 2010, 81.606 casos de Aids no Estado do Rio de Janeiro, apresentando a maior taxa de incidência de Aids na Região Sudeste desde 2002. O estado ocupa o 4º lugar, quando comparado com todas as outras Unidades Federadas do país (BRASIL, 2010b).

A distribuição dos casos, segundo as regiões geográficas e categorias de exposição, mostra que 85,8% das notificações são, principalmente, de residentes

nas Regiões Metropolitanas 1 e 2⁵ (RIO DE JANEIRO, 2009).

Em relação ao sexo, o aumento relativo dos casos entre mulheres é evidenciado a partir da razão homem/mulher, que passa de 11:1, em 1983, para 2.:1, em 1998, e 1,7:1 em 2008. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Observa-se, em relação à idade, um aumento proporcional, tanto nos homens quanto nas mulheres, nos grupos etários a partir de 50 anos, com forte taxa de incidência entre 30 e 49 anos de idade. Cabe lembrar que estes grupos etários referem-se à idade no momento do diagnóstico da doença, que se manifesta, em média, 10 anos após a infecção (RIO DE JANEIRO, 2009).

No que diz respeito às categorias de exposição, no estado os casos entre homens heterossexuais ultrapassa os de homossexuais, desde 1998; sabe-se também que há uma grande quantidade de exposição ignorada em homens, mulheres e crianças, o que compromete a análise dessa informação.

Quanto à escolaridade tem havido, nos últimos anos, uma redução proporcional dos casos de indivíduos com menor escolaridade, e aumento do número de casos entre grupos com maior instrução, especialmente em homens com doze anos de estudo ou mais. Entre as mulheres, houve acréscimo do número de casos tanto neste mesmo grupo, como naquelas que tem de oito a onze anos de estudo.

Entre os menores de 13 anos, a transmissão mãe-filho é responsável pela quase totalidade dos casos conhecidos.

Em relação aos óbitos até o ano de 2008, 35.664 residentes no Estado do Rio de Janeiro morreram devido à Aids. (RIO DE JANEIRO,2009).

Sintetizando o exposto, percebe-se que, no estado do Rio de Janeiro, vem se elevando as faixas etárias de incidência da doença, com a proporção de casos entre homens e mulheres mantendo-se estável a partir de 2001; tem ocorrido um aumento proporcional de grau de escolaridade dentre os casos diagnosticados; embora esteja aumentando a proporção de casos com categoria de exposição heterossexual, dentre os homens o percentual de Homens que fazem Sexo com Homens ainda mostra-se muito importante na dinâmica da epidemia.

⁵As Regiões Metropolitanas citadas correspondem aos seguintes municípios, respectivamente: Região Metropolitana 1: Belfort Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japerí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, S. João de Meriti e Seropédica; Região Metropolitana 2: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

No Município do Rio de Janeiro, foram identificados 45.804 casos de Aids até junho de 2010. Destes, 1.399 casos foram em indivíduos menores com menos de 13 anos de idade. Em relação às taxas de incidência, observou-se, desde 1998, uma diminuição da doença, com discreto crescimento a partir de 2008 (Gráfico 3).

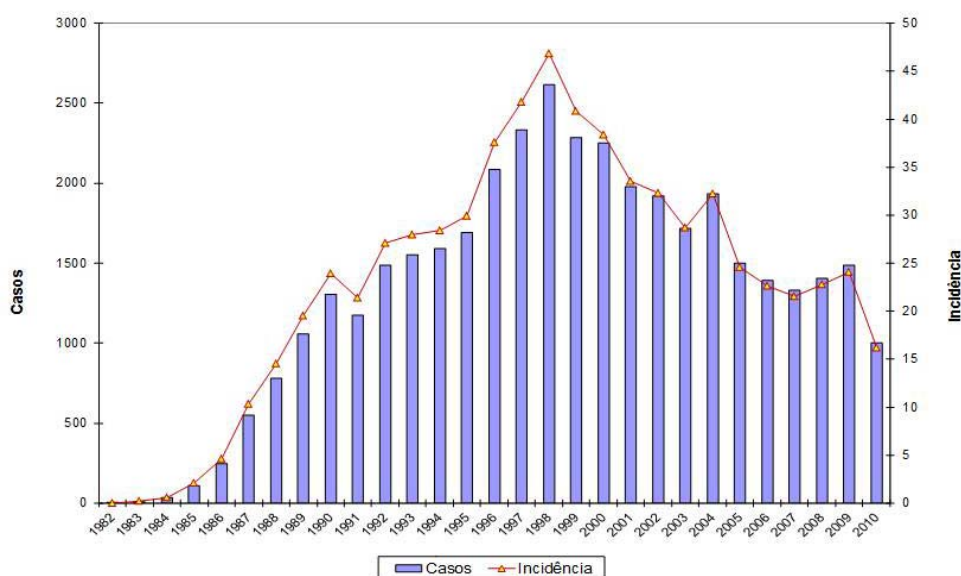


Gráfico 3 – Casos de Aids e incidência por 100.000 hab. em residentes. Município do Rio de Janeiro, 1982-2010.

Fonte: Coordenação de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Na distribuição por sexo, dos 44.333 casos diagnosticados em adultos, 9.299 (31%) ocorreram em mulheres e 23.791 (69%) em homens. Segundo a análise temporal dos casos de acordo com o sexo, nota-se igualmente uma diminuição progressiva da razão de sexos (H: M) desde o início da epidemia até 2000, quando a razão passou a ser de 1,8. A partir deste período, observa-se uma relação de aproximação de 1,7 de casos diagnosticados anualmente entre homens para cada caso diagnosticado entre mulheres, como pode ser observado no Gráfico 4 na página seguinte

Para entender melhor a dinâmica da epidemia, há que se analisar a categoria de exposição segundo o sexo. Dentre os homens, constata-se um crescente

aumento de casos atribuídos às relações heterossexuais, entretanto, as relações de homens que fazem sexo com outros homens ainda se mostram muito importantes, respondendo por 50% dos casos com essa informação, conhecida em 2007, enquanto entre as mulheres a exposição heterossexual responde por mais de 80% dos casos (RIO DE JANEIRO, 2010).

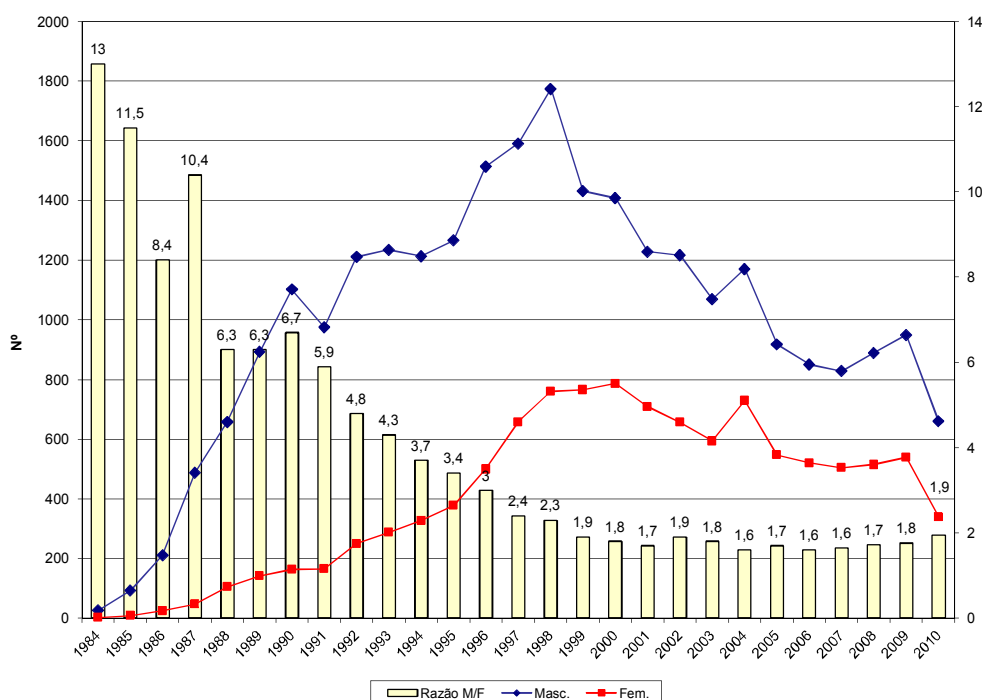


Gráfico 4 - Razão de sexo em casos de AIDS entre residentes com 13 anos e mais. Município do Rio de Janeiro. 1984-2010.

Fonte: Coordenação de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A Aids configura-se como uma epidemia dinâmica destacando-se que, apesar dos avanços obtidos com maior oferta ao diagnóstico e tratamento, há muitos desafios a serem enfrentados e resolvidos para a melhoria das ações de saúde voltadas para a prevenção e assistência.

Terminada esta breve contextualização da situação epidemiológica da epidemia ao nível nacional e local e, considerando a evolução que a doença vem apresentando no Brasil, é importante discutir como estão sendo ofertados os

testes anti-HIV, os quais tem sido objeto de significativas mudanças ao longo dos anos. Este é o propósito do próximo item.

1.4 Os testes anti-HIV e as mudanças ocorridas no processo de testagem ao longo da epidemia

Conhecer o *status* sorológico para o HIV proporciona ao usuário a possibilidade do início de um cuidado à saúde, a partir do entendimento que o processo de diagnóstico é mais do que a simples realização de um teste. Ao longo da epidemia, o processo de oferta dos testes anti-HIV vem passando por diversas modificações nos fluxogramas de diagnóstico para o HIV, que cabe ser brevemente discutidos.

Em relação à Aids, historicamente a necessidade do diagnóstico era vinculada à notificação epidemiológica e abordava aspectos laboratoriais, de informação sobre a transmissão do vírus e o início da prevenção, controle e assistência da doença.

O teste de detecção da infecção pelo HIV baseia-se na avaliação da presença de anticorpos contra o HIV, e não na presença do vírus propriamente dito. Anticorpos específicos contra o HIV começam a ser produzidos após o contágio, mas o tempo exato para seu aparecimento depende de vários fatores, relacionados ao hospedeiro e ao agente viral, dentre outros. Esses anticorpos podem estar presentes em níveis baixos durante a infecção recente, mas não no limite de detecção de alguns ensaios, caracterizando o que se tornou conhecido como período de janela imunológica ⁶.

⁶Quando o corpo humano é infectado por um vírus, este passa a se 'reproduzir' (como se diz popularmente, já que um vírus, a rigor, não se reproduz, mas se *replica*). Quando isto acontece, o corpo ativa um processo que gera anticorpos contra esse vírus. O teste anti-HIV detecta os anticorpos produzidos pelo organismo e não o vírus em si. Por isso, há um período de tempo desde o dia em que a pessoa adquire o vírus até que ela tenha anticorpos suficientes para serem detectados nos testes de laboratório. A esse tempo, dá-se o nome de *janela imunológica*. Nesse período, a pessoa tem muito vírus e poucos anticorpos. Como o teste só detecta anticorpos, não vai identificar que o indivíduo tem o vírus (embora já o tenha) (BRASIL, 2009). O período de identificação do contágio pelo vírus depende do tipo de exame (quanto à sensibilidade e especificidade) e da reação do organismo do indivíduo. Na maioria dos casos, a sorologia positiva é constatada de 30 a 60 dias após a exposição ao HIV, porém, existem casos em que esse tempo é maior. Se um teste de HIV é feito durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de apresentar um falso resultado negativo.

O exame sorológico foi instituído como política e ação técnica para enfrentamento da epidemia, tendo em vista o controle epidemiológico dos casos de pessoas com HIV e a notificação, com o objetivo de conhecer a extensão da epidemia e adotar medidas necessárias para o controle, profilaxia, prevenção e tratamento.

De acordo com Teixeira, a triagem sorológica tendo como foco a proteção da transmissão via transfusão sanguínea configura-se a primeira intervenção do Poder Legislativo na questão:

[...] sob forte pressão da opinião pública, da ONG paulista Grupo de Apoio à Prevenção Aids (GAPA) e de instituições privadas da saúde, a Assembléia Legislativa de São Paulo aprovou a Lei nº 5/90, de 20.6.86, tornando obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo sangue transfundido no Estado de São Paulo. (TEIXEIRA, 1997, p.53).

Os órgãos de Vigilância Sanitária, no final de 1987 e novamente de forma pioneira no Estado de São Paulo, iniciaram ações técnicas e políticas mais efetivas de fiscalização e controle de qualidade do sangue transfundido quanto aos procedimentos de triagem sorológica nos bancos de sangue.(TEIXEIRA, 1997, p.54).

Somados a estas ações, inúmeros outros esforços foram feitos, significando apoio importante para as ações de prevenção e de assistência, contextualizando a Aids como um problema nacional, potencializando ações de capacitações dos profissionais de saúde, criando os Centros de Referência e Treinamento, além de benefícios aos portadores do vírus e repasse de recursos para assistência médica às Unidades Federadas – ações estas decorrentes das articulações, nem sempre harmoniosas, entre setores governamentais e da atuação das organizações não governamentais.

Como uma ação marcante, em breve recuperação histórica, o controle do sangue torna-se efetivo ao se apoiar em normas legais, como através da Lei 7.649 de 25.01.1988, art. 1º (BRASIL, 1988b), a partir da qual tornar-se-ia obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o território nacional”, estabelecendo ainda a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças. (TEIXEIRA, 1997).

A respeito deste aspecto dos testes anti-HIV, foram desenvolvidos padrões técnicos relativos a exames laboratoriais que se tornaram referenciais para as

agendas política e técnica, circunscritas a competências e parâmetros nas áreas de diagnóstico, com a evolução de fluxogramas de métodos e técnicas de testagem anti-HIV.

Com o percurso da epidemia e a urgência do controle da doença, as ações de saúde se constituem progressivamente em linhas de cuidado seguindo as diretrizes da política governamental que recomenda o diagnóstico anti- HIV precoce, desde que mediante processo de diálogo e escuta do sujeito pelo profissional de saúde (denominado aconselhamento pré e pós- teste), e a referência para os cuidados através da assistência, monitoramento da doença aos portadores do HIV e, em caso de indicação de terapia, com distribuição gratuita de antirretrovirais e adesão ao tratamento.

O diagnóstico sorológico para o HIV inclui um conjunto de informações relacionadas à infecção pelo vírus, aspectos clínicos, janela imunológica, investigação de soroconversão, percepção e avaliação de risco de infecção, formas de transmissão do HIV, reflexão sobre práticas de menor risco com foco na redução de risco, estratégias de prevenção, consentimento e decisão do indivíduo em realizar o exame, sigilo frente ao resultado, preparação para o resultado do exame, discussão sobre eventual impacto diante do resultado do exame e referência aos serviços de saúde para acompanhamento clínico e psicológico, além de assistência social e grupos de apoio.

Em termos da testagem, cabe referir que, em 17 de junho de 1988, o Ministério da Saúde editou a Portaria Ministerial nº 488 (BRASIL, 1988 c), estabelecendo a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados para os testes que visavam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos (ANEXO A).

Seguiu-se a Portaria Ministerial nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003 (ANEXO B), que normatiza a realização de testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV e um novo conjunto de procedimentos seqüenciados para esta detecção, a serem ofertados e executados na rede de serviços de saúde. Ambas as regulamentações permitiram que diferentes modificações nos fluxogramas fossem adotadas para a testagem anti-HIV (BRASIL, 2003a).

Cabe esclarecer que os testes para detectar anticorpos anti-HIV podem, modo geral, ser classificados em: (a) ensaios de triagem, desenvolvidos para

detectar todos os indivíduos infectados, e (2) ensaios confirmatórios: desenvolvidos para identificar os indivíduos que não estão infectados, mas têm resultados reativos nos ensaios de triagem. Os testes de triagem possuem um alto grau de sensibilidade, enquanto os testes confirmatórios possuem um alto grau de especificidade⁷. Testes com alta sensibilidade produzem poucos resultados falso-negativos, enquanto os testes com alta especificidade produzem poucos resultados falso-positivos.

Na avaliação sorológica para a infecção pelo HIV, o teste mais utilizado é o ELISA (*EnzymeLinkedImmunoSorbentAssay*), que permite a detecção de anticorpos específicos. O ensaio imunoenzimático é de fácil execução, com especificidade e sensibilidade superiores a 95%, adotado universalmente como estratégia convencional para o diagnóstico anti-HIV (RACHID; SCHECHTER, 1996). Segundo os mesmos autores, os resultados falso-negativos podem ocorrer no período imediatamente após a infecção, o que se deve ao período de janela imunológica. Os resultados positivos têm valor preditivo próximo a 100% em indivíduos com quadro clínico e/ou história epidemiológica compatível.

Pelo fluxograma preconizado para detecção de anticorpos anti-HIV (BRASIL, 2003a), é necessário um teste confirmatório por outro método⁸. O teste de imunofluorescência Indireta (IFI) é um importante recurso técnico para confirmação de diagnóstico. Considerado como mais uma etapa diagnóstica, o teste Western Blot (WB) é também utilizado para identificação de anticorpos específicos contra diferentes proteínas virais e como teste confirmatório (RACHID; SCHECHTER, 1996).

⁷Sensibilidade refere-se a capacidade de um teste em identificar os indivíduos verdadeiramente positivos ou a sua capacidade em detectar antígenos ou anticorpos na amostra, mesmo quando presentes em pequenas quantidades. Já a especificidade refere-se a capacidade de um teste em identificar os indivíduos verdadeiramente negativos ou a sua capacidade de caracterizar amostras não-reagentes, nas quais antígenos ou anticorpos não estão presentes. No Brasil, para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, somente podem ser utilizados testes registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde. Um dos critérios para registro desses testes é que eles possuam 100% de sensibilidade e pelo menos 99,5% de especificidade em avaliação laboratorial realizada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz.

⁸Inúmeros fatores biológicos podem apresentar resultados falso-positivos para os testes que pesquisam anti-HIV, incluindo os testes Elisa e *western blot*, dentre outros: artrite reumatóide; doenças auto-imunes, como lupus eritematoso sistêmico, doenças do tecido conectivo e esclerodermia; colangites esclerosante primária; terapia com interferon em pacientes hemodialisados; síndrome de Stevens-Johnson; presença de anticorpos anti-microsossomal e HLA (classe I e II); infecção viral aguda; aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (de mãe para filho); neoplasias malignas; outras retrovirose; múltiplas transfusões de sangue. Em função disso, exige-se a realização de um teste confirmatório (BRASIL, 2003a).

Este conjunto de testes diagnósticos diagnóstico é altamente específico e sensível para a detecção de anticorpos anti-HIV-1, porém tem algumas restrições operacionais, pois requer técnicos de laboratório altamente capacitados e infraestrutura laboratorial avançada. Além disso, o tempo para a devolução do resultado para o cliente pode ser de 1 a 2 semanas ou mais, resultando assim na perda do acompanhamento dos indivíduos, demoras no diagnóstico e no encaminhamento a serviços essenciais de referência (FERREIRA JR. et al., 2011)

Buscando superar essas limitações, em 28 de julho de 2005, a Portaria nº 34/SVS/MS(BRASIL, 2005a) regulamentou o uso dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV seguindo os algoritmos I e II (presentes nos Anexos C e D, respectivamente).

Estes testes, desenvolvidos no final da década de 80, ganharam maior popularidade a partir do começo dos anos 90, produzindo resultados em 30 a 60 minutos, no máximo. Correspondem a um conjunto de procedimentos seqüenciados e trazem vantagens significativas quanto ao método laboratorial convencional, pois são de simples realização, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos complexos de laboratório, permitindo o conhecimento imediato dos resultados e assistência imediata aos pacientes. Os testes rápidos devem ser realizados por profissionais devidamente capacitados, segundo Programa de Treinamento do Ministério da Saúde, e também só podem ser comercializados no país com registro da ANVISA (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Portaria nº 34 (BRASIL, 2005a), utilizam-se dois testes rápidos (T1 e T2) como suporte ao diagnóstico clínico, testes estes que apresentam sensibilidade e especificidade similares aos testes ELISA e Western Blot. No caso de serem discordantes, será realizado um terceiro teste de outra marca específica (T3). Os resultados reativos são evidências de exposição ao HIV-1 e os pacientes deverão ser referenciados para tratamento.

Os principais benefícios do diagnóstico do HIV pelos testes rápidos são chegar aos locais de difícil acesso e conhecer o *status* sorológico com maior brevidade, trazendo benefícios à população, quanto ao diagnóstico mais preciso e resolutivo, além de dispensar o uso de equipamentos laboratoriais mais complexos.

O uso do teste rápido objetiva a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de dezoito meses; em gestantes prestes a

entrar ou em trabalho de parto, que não tenham sido testadas para o HIV no pré-natal; em puérperas sem diagnóstico sorológico; em situações de acidentes ocupacionais com material biológico; em casos de profilaxia medicamentosa; em vítimas de violência sexual; no caso de necessidade de reavaliação de diagnóstico da infecção pelo HIV e para detecção de co-infecção em pacientes com Tuberculose (BRASIL, 2005a).

Os objetivos dos testes rápidos contemplam não apenas possibilitar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, mas promover com maior rapidez a assistência aos pacientes identificados como portadores da infecção. Sendo assim, através do Programa brasileiro, só no primeiro trimestre de 2009 o referido órgão governamental repassou, às 27 Unidades da Federação, 417.935 dispositivos para realização dos exames, contra 326.745, correspondendo a 28% mais testes rápidos do que no mesmo período do ano anterior (BRASIL, 2009a). Até o final daquele ano, a previsão era de que o PN/DST/Aids encaminharia 3,3 milhões de *kits* para teste rápido anti-HIV aos estados, ampliando o diagnóstico da infecção pelo vírus da Aids, que feito de forma tardia em cerca de 40% dos casos (BRASIL, 2009a).

A oferta dos diversos tipos de testes diagnósticos para o HIV foi resultante de discussões e aferições da comunidade científica e de instituições governamentais registradas pelo Ministério da Saúde e prevê, junto com o oferecimento dos exames, o aconselhamento pré e pós-teste através da capacitação de profissionais de saúde para executá-los. A solicitação de testes deverá ser feita com o consentimento do paciente, informado sobre sua natureza, significado de seus resultados e implicações.

Vale dizer assim que cumprir a cadeia de cuidados do processo diagnóstico está para além do simples teste de verificação de presença de infecção viral. A ampliação do diagnóstico é uma ação complexa e relevante, que requer estratégias que envolvem tecnologias mais apuradas, capacitação para o encontro com o sujeito que demanda o teste e, sobretudo, sensibilização e mobilização dos profissionais de saúde. Além disto, a verificação do *status* sorológico para o HIV é de extrema importância para a compreensão da dinâmica da epidemia de Aids.

Dados da Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada pelo Ministério da Saúde em 2008 (BRASIL, 2011) mostraram um aumento de 67% no número de pessoas que já fizeram exames para

o HIV no país. Em 1998, segundo a pesquisa, apenas 24% da população entre 15 e 54 anos havia se testado; em 2008, esse índice foi de 36,5%. De acordo com o mesmo relatório, a região onde as pessoas mais realizam testes para a detecção da infecção pelo HIV é o Centro-Oeste, com 43,8%. No Sudeste, 41% já fizeram o exame; e no Sul, o percentual foi de 38,9%, enquanto na região Norte, 31,9% submeteu-se ao teste anti-HIV. O menor percentual (26,6%) ocorreu na região Nordeste.

A ampliação do diagnóstico, com a implantação e implementação de estratégias de diagnóstico oferecidas com maior recurso tecnológico e com diferentes algoritmos, propicia não só a expansão da testagem para o HIV, mas também a obtenção de dados sobre a epidemia através de instrumento preenchido durante o aconselhamento pré e pós-teste, permitindo evidenciar como se comporta a população diante da epidemia da Aids e seu nível de consciência sobre infecção, prevenção e adequação de atitudes e práticas cotidianas.

Em junho de 2009, foi colocado em consulta pública um conjunto de ações para ampliar o diagnóstico pela infecção do HIV. Na ocasião, estiveram em debate recomendações técnicas para novos exames anti-HIV (triagem e Testes Rápidos) com o objetivo de aprimoramento de políticas públicas relacionadas à testagem do HIV no país. Após esta consulta, foi publicada em Diário Oficial de 14 de outubro de 2009, a Portaria nº 151 do Ministério da Saúde/SVS (BRASIL, 2009b), considerando a necessidade de criação de alternativas para ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, atendendo aos princípios norteadores da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do SUS.

As propostas, a partir desta Portaria (ANEXO E), estão resumidas a seguir:

- a) Uma amostra de resultado positivo para o HIV passará a ser feita por apenas por duas etapas antes da conclusão do resultado, diferente do anteriormente prescrito de três testes;
- b) O exame pode ser realizado com coleta com sangue seco, em papel-filtro, permitindo o envio do material pelo correio, sem perda de confiabilidade do diagnóstico, facilitando os meios diagnósticos para as localidades onde não existe laboratório disponível;

- c) Disponibilidade da tecnologia da biologia molecular para a detecção do HIV, que identifica o vírus, e não os anticorpos;
- d) Os testes rápidos podem ser realizados de forma seqüencial, e o segundo teste só será realizado quando o primeiro resultado for positivo;
- e) Recomendam-se novos procedimentos de investigação diagnóstica após 30 dias, da primeira coleta, repetindo o fluxograma presente na Portaria;
- f) A realização do aconselhamento, a manutenção do sigilo e da confidencialidade deverão ser mantidas pelos serviços de saúde.

Dentre os desafios para a gestão em saúde encontra-se a importância do cuidado, incluindo a proposta de ampliação da oferta dos testes anti-HIV, respeitando o desejo do sujeito de realizar o teste. Desta forma, a ampliação da testagem desencadeia e/ou provoca a reorganização e o planejamento dos serviços oferecidos à população, aproximando a Aids aos princípios do SUS, tais como direitos sociais e humanos, universalidade, acesso, integralidade e equidade como uma política de saúde viável. Trataremos brevemente desta questão, na seção a seguir.

1.5 A ampliação do diagnóstico: condição necessária ao controle da doença no país

Como mencionado anteriormente, ao longo do percurso da epidemia, houve variações no seu desenvolvimento que fortaleceram o compromisso do Governo Federal desenvolvendo diversas respostas mediante garantia de acesso aos serviços de saúde, da qualidade de vida e do tratamento das pessoas com HIV.

O direito à vida, à oportunidade de um futuro melhor e mais digno, onde a promoção, a prevenção e o tratamento à saúde se entrelaçam, com a ampliação do acesso aos métodos diagnósticos e a garantia de cuidados, acesso aos medicamentos e ao tratamento com qualidade, formam um conjunto de fatores que tende a contrarrestar e estabilizar a epidemia do HIV/Aids.

Segundo a *United Nations General Assembly Special Session* (UNGASS), embora o Brasil tenha um dos melhores programas de Aids do mundo, está

captando com atraso os casos de indivíduos infectados pelo HIV (BRASIL, 2008b). Em parte, isso decorre de baixos níveis de testagem. No gráfico 5 pode-se observar que o percentual de brasileiros com idade entre 15 e 64 anos que realizaram o teste, em 2008, não é satisfatório:

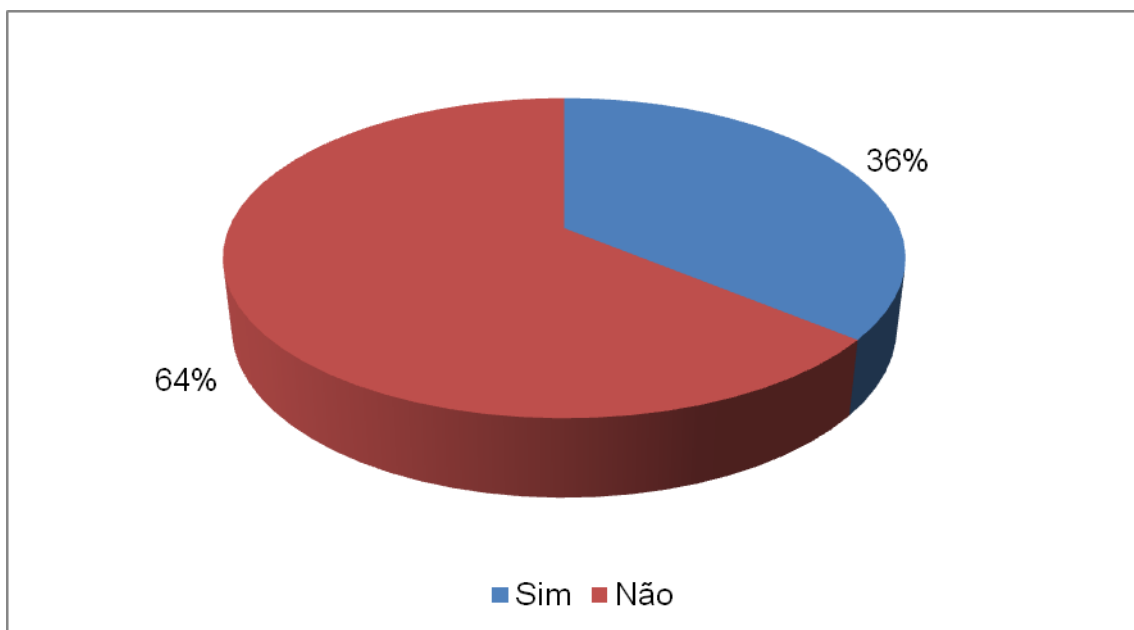


Gráfico 5 – Proporção de brasileiros (15 a 64 anos) sexualmente ativos que realizaram o teste anti-HIV, 2008

Fonte: Cedido pela Coordenação de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2011.

Uma oferta restrita do teste pode significar comprometimento do sistema imunológico associado à infecção do HIV para os indivíduos que descobrem tardiamente a sorologia reativa para o HIV na rede de saúde. Segundo Grangeiro e Ferraz (2008, p. 22) faz-se relevante:

Para reforçar a importância da ampliação da oferta do diagnóstico do HIV na rede de saúde, promovem-se estratégias para ampliar o diagnóstico precoce, fortalecer a rede pública de laboratórios e monitorar a evolução da doença, já que existe, após o diagnóstico, a verificação do comprometimento do sistema imunológico nas pessoas infectadas.

Esta citação pode ser confirmada nos dados do gráfico 6 a seguir.

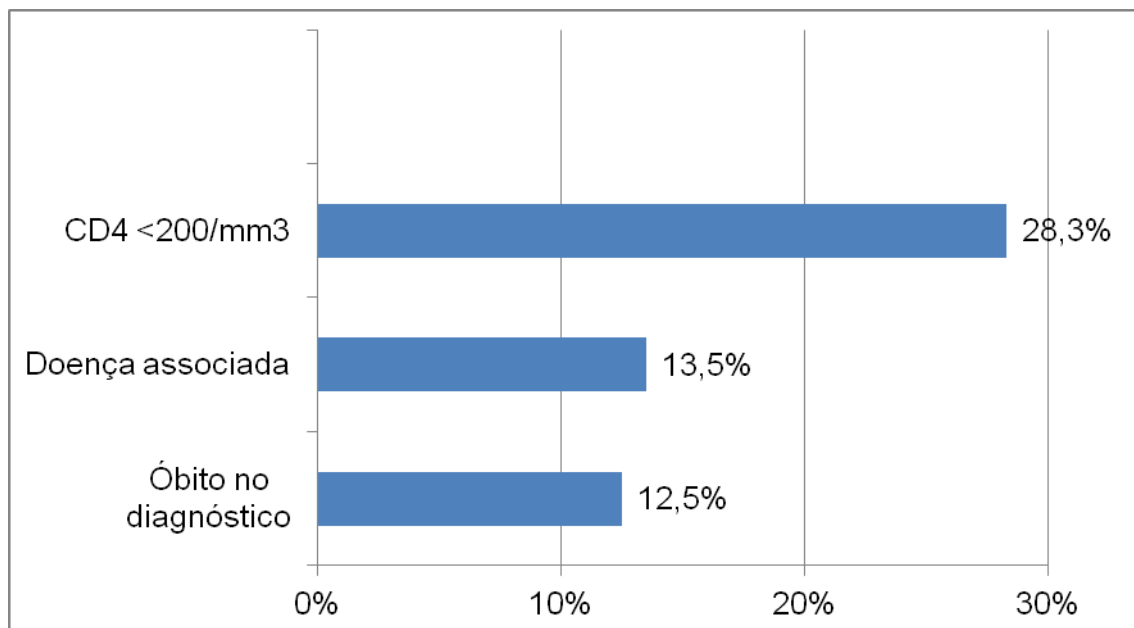


Gráfico 6– Situação Clínica e imunológica no início do tratamento, em termos percentuais, no Brasil, 2003-2006

Fonte: Cedido pela Coordenação de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2011.

Em trabalho veiculado pelo Ministério da Saúde sobre os CTA no Brasil, Grangeiro e Ferraz (2008) informam que, de acordo com estimativas feitas pela WHO / UNAIDS em 2004,

[...] em todo o mundo, apenas 0,2% dos adultos dos países de baixa e média renda realizaram o teste e o aconselhamento para o diagnóstico da infecção pelo HIV, e que 90% das pessoas que desejam ser testadas para o HIV não possuem acesso aos serviços de diagnóstico. (GRANGEIRO; FERRAZ, 2008, p. 19).

Incentivar o aumento da testagem na Rede Básica de Saúde, a fim de que as pessoas conheçam seu estado sorológico, é, pois, uma das estratégias de prevenção com implicações que favorecerão o ponto de vista clínico e, através do aconselhamento, a possibilidade de despertar o cuidado individual que envolve a não transmissão do vírus HIV, contribuindo assim para o controle da epidemia de Aids no país (GRANGEIRO; FERRAZ, 2008).

Porém, o fato de o teste anti-HIV ser oferecido, compreendido e aceito espontaneamente pelos indivíduos, encaminhados ou não aos serviços de saúde, pode induzir à iatrogenia, que é uma alteração patológica provocada no paciente por

diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo. Um problema iatrogênico é provocado por pessoal ou procedimentos médicos, ou através de exposição ao meio hospitalar, inclusive o medo causado ao doente por comentários ou perguntas feitas pelos médicos que o examinam.

Pelo exposto, infere-se que, para avançar na ampliação na testagem, é necessário contar com uma rede assistencial maior que a dos CTA, com o efetivo envolvimento dos profissionais e gestores de saúde e do comprometimento da rede básica nos municípios do país.

De acordo com a Dr^a Mariângela Simão, ex-Diretora do PN/DST/Aids do Ministério da Saúde, atual Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, “quanto mais precoce o diagnóstico, melhores serão as condições de vida das pessoas portadoras do vírus HIV” (BRASIL, 2008b). Entretanto, como nem sempre esse diagnóstico se faz precocemente, o resultado é o início tardio do tratamento,

[...] que pode ser provocado por fatores como dificuldades de acesso ao diagnóstico e pela falta de percepção do profissional de saúde em compreender situações de vulnerabilidades dos pacientes que não se veem em risco e não buscam o teste anti-HIV. (GRANGEIRO; FERRAZ, 2008, p. 1).

Grangeiro e Ferraz (2008), em apresentação cedida à SESDEC-RJ, referem alguns motivos pelos quais as pessoas não realizam o teste anti-HIV:

- Baixa percepção de risco: não acreditar em um resultado positivo
- Falta de informação suficiente
- Medo da doença: incerteza de como lidar com o resultado;
- Intenção de realizar o teste é variável conforme aumenta o risco;
- Aumenta a testagem quando a realização do teste é informada (mas, mesmo assim, HSH continuam recusando por medo da doença);
- Tempo de espera pelo teste;
- Medo de identificação, de quebra de sigilo e da confidencialidade, ser identificado por amigos/conhecidos (serviços de base comunitária e serviços especializados);
- Não saber onde é realizado o teste.

Por outro lado, o mesmo autor elenca alguns fatores e desafios relacionados aos serviços de saúde e profissionais que podem interferir na não realização do teste anti-HIV:

- a) Inexistência de discussão sobre transmissão do HIV nos serviços de saúde;

- b) Atitude dos profissionais ao ofertar o teste é mais importante do que os protocolos bem definidos;
- c) Falta de oferta do exame, por dificuldades dos profissionais;
- d) Preferência por encaminhar/indicar do que fazer o teste;
- e) Imprecisão da escolha de populações de risco.

Para a ex-coordenadora do PN/DST/Aids, DraMariangela Simão, já referida mais acima, muitos indivíduos que estão infectados pelo HIV, mas desconhecem sua condição sorológica por não realizarem o exame, só são diagnosticados quando desenvolvem os sintomas da doença. Citando estudo realizado entre 2003 e 2006, apontou que “43,7% dos pacientes chegaram aos serviços de saúde já com deficiência imunológica ou quadro clínico de sintomas da Aids”.

A ex-coordenadora também enfatiza que, dentre os dados divulgados, alguns já eram sabidos, como o que mostra que 85% dos municípios brasileiros tem pelo menos um caso de Aids. Lembra ainda quem uma epidemia de transmissão prioritariamente sexual, todos os que já se expuseram a uma situação de risco, como, por exemplo, sexo desprotegido de risco com parceiro eventual, devem fazer o exame.

A esse respeito, cabe mencionar a campanha “Fique Sabendo”, da Coordenação de DST/Aids/Hepatites Virais do Ministério da Saúde, uma mobilização de incentivo ao teste de AIDS, que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância da realização do exame. Esta Campanha tem sido realizada frequentemente em vários estados e municípios do país.

A experiência brasileira tem mostrado que a ampliação do acesso ao teste anti-HIV é importante como resposta à epidemia, sendo fundamental a organização dos serviços de saúde de saúde contribuindo para que cada profissional incorpore em sua rotina a preocupação de identificar a vulnerabilidade dos usuários quanto ao HIV, produzindo atendimento humanizado e com resolutividade (BRASIL, 2006b).

Considerando que uma das preocupações deste estudo é o cuidado em saúde, vinculado ao diagnóstico anti-HIV, serão abordados estes aspectos no capítulo a seguir.

2 O CUIDADO ASSOCIADO À TESTAGEM ANTI-HIV

“O mais importante e bonito do mundo é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
mas que elas vão sempre mudando”.
(Guimarães Rosa)

A pandemia HIV/Aids tem características culturais e sociodemográficas que assumem diferentes faces nas diversas populações. Esta percepção da epidemia demonstra que o HIV/Aids não tem determinações lineares; as atividades de prevenção concentram a atenção em riscos e doenças, segundo Geoffrey Rose (2010), e tem como um dos objetivos mudar esta prevalência.

A complexidade da prevenção reconhece que, diante da dinâmica da epidemia: “Cada vez mais se observa que as atividades de prevenção, como há muito preconizava ativistas e acadêmicos, focalizam-se, delimitam públicos e incorporam — se não na prática, ao menos no discurso — o conceito de vulnerabilidade”. (CAMARGO JR., 2003c, p. 70).

Uma das técnicas utilizadas na prevenção do HIV/Aids é o aconselhamento, que tem como propósitos reduzir a infecção pelo HIV e encorajar as pessoas a adotar um estilo de vida diferente.

[...] a prevenção vem concentrando sua atenção sobre o segmento destacável de risco e doença, buscando entendê-lo e controlá-lo, como se isso fosse o todo do problema, e falhando em reconhecer suas ligações integrais com o estado geral da população. (ROSE, 2010, p. 68).

Além de evitar o surgimento de novos casos de infecção pelo HIV, a prevenção envolve também evitar a reinfecção de portadores-soropositivos, que desencadeia infecções oportunistas, o retardamento do desenvolvimento da imunodeficiência e o combate à discriminação e à restrição dos direitos.

Um programa de prevenção que não seja acompanhado de medidas de cuidado com pessoas com HIV/Aids corre o risco de ineficácia e, neste caso, o programa de prevenção brasileiro tem buscado constantemente diversas estratégias de prevenção.

Por outro lado, é fundamental a integração com outras políticas públicas, em particular com a promoção da saúde. Esta promoção parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, refletindo uma reação à crescente medicalização da vida social. Como resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas, a promoção da saúde busca integrar saberes técnicos e populares, além de mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento do HIV/Aids.

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção da saúde está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção, a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando, desta maneira, em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Ainda com respeito à prevenção, atualmente tem-se um olhar mais abrangente, que ultrapassa a intervenção comportamental, e é nesse sentido que emerge no cenário das práticas de saúde, o quadro da vulnerabilidade.

A referência à vulnerabilidade surge de um intenso debate social, resultante da marcante experiência social que foi a eclosão da epidemia de Aids. Essa epidemia mostrou muito claramente, pela urgência e pelo caráter de seus determinantes, as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública isolados e a necessidade desses *saberes mediadores*. (AYRES, 2009, p.16).

Os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde com base em três dimensões: individual, social e programática. Como explicita Ricardo Ayres, a avaliação envolve dessa maneira o exame articulado de três eixos interligados:

- componente individual, que envolve a qualidade de informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, capacidade de elaborar e incorporá-la aos seus repertórios e interesse às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras;
- componente social, que se refere à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso aos meios de comunicação, escolaridade e disponibilidade de recursos materiais; e também, o poder de influenciar decisões políticas, a possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções ou poder defender-se delas;
- componente programático, que se refere aos recursos disponíveis para os indivíduos não se exporem ao HIV de forma efetiva e democrática. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/AIDS, maior serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros

recursos, fortalecendo desta maneira, os indivíduos diante da epidemia (AYRES, 2003b, p. 123).

O conceito epidemiológico e o enfoque de risco vêm de uma longa trajetória e perpassam pela percepção, avaliação e redução de risco, focado em processos contínuos, capilares, utilizando-se de várias tecnologias de informações e no comportamento individual, implicando no autocontrole do estilo de vida do indivíduo.

Segundo Ayres, no trabalho em saúde, o objeto central são os sujeitos. O enfoque de risco vem sendo tratado pela OMS, como instrumento relacionado a probabilidades de danos determinados, sejam em indivíduos, famílias e grupos sociais.

No campo da saúde, o risco individualiza-se, referindo-se a características pessoais, hábitos, estilos de vida e comportamentos (Luiz; Cohn 2006). O risco também está associado a transformações sociais e espera-se que a difusão de informações e comunicação dialogada definam o autocontrole de estilo de vida e monitoramento das relações pessoais.

Se refletirmos sobre estilo de vida e o exercício da sexualidade como principais formas de transmissão do vírus HIV, constataremos que modelo de saúde apóia-se na prevenção como principal meio de controle de risco para conformar padrões de comportamentos a partir da percepção, avaliação e redução de risco, utilizando-se da articulação de saberes instituídos que, desta forma, pautam-se em regulações sociais. O risco surge, então, como passível de controle, através de um conjunto de regras e significados.

Ayres identifica o conceito de risco como

“condição objetiva de sujeição de grupos populacionais a epidemias ou a experiência desfavoráveis à saúde em geral.” (AYRES, 1997, p. 292)

Com a proposta de ampliar o campo das reflexões para além do conceito de risco, pode-se pensar a vulnerabilidade a partir de uma dimensão múltipla que compreende a complexidade da prevenção. A vulnerabilidade busca trazer, como conhecimento objetivo, as situações que permitam intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravo em questão.

A vulnerabilidade desencadeia a busca do cuidado nas práticas de saúde por respostas e soluções sobre o modo de vida da população. Esta busca pelo cuidado consiste em um desafio que passa por diversas técnicas e modos de compreendê-lo, atravessando processos de transformação na visão da saúde tradicional, potencializando processos de trabalho, relação profissional de saúde-usuário, práticas inovadoras e experiências vivenciadas.

O diagnóstico anti-HIV permeado pelo aconselhamento exige a integralidade no cuidado à saúde, aproximando o diagnóstico à vivência de cada um e compreendendo o sujeito em sua totalidade.

A produção do cuidado —modo geral, e não apenas no caso da Aids — tem sido um desafio na organização dos serviços, pois tem colocado questões que ultrapassam o modelo biomédico, visto que os indivíduos geram demandas que não se relacionam exclusivamente aos cuidados médicos tradicionais. Entendemos o modelo biomédico como um modelo de saúde centrado na doença e que não tem um olhar voltado para a subjetividade indivíduo, que deveria envolver a relação médico-usuário, de forma humanizada.

Nesse sentido, Ayres (2001) afirma que o cuidado deve permear as práticas de saúde que incluem o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos, estabelecendo processos de cuidado. Para este autor,

[...] o encontro terapêutico, entendido como cuidado, certamente precisa de características técnicas peculiares. Assim que a terapêutica passa a se orientar por novos horizontes normativos, ao incorporar a preocupação ativa com os projetos de felicidade dos usuários. [...] na perspectiva de um efetivo cuidado, o encontro terapêutico deve abrir possibilidade de colocar o sentido instrumental das técnicas, isto é, o êxito técnico das ações de saúde a serviço dos projetos de felicidade daqueles que demandam atenção, para que o encontro resulte em um sucesso prático. (AYRES, 2001, p. 132).

Compreendendo a visão de saúde-doença, podemos referir Lacerda e Valla que consideram a singularidade do processo saúde-doença na dimensão coletiva e individual, uma vez que o adoecimento é singular, permeado por questões sociais que demandam o cuidado. O modelo médico hegemônico orienta os serviços públicos pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico com pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde. Se, por um lado, existe um limite da racionalidade do modelo biomédico em lidar com o sofrimento e com os

aspectos subjetivos do adoecer humano, por outro, evidencia-se uma demanda crescente de atenção médica por agravos psicossociais (LACERDA; VALLA, 2005, apud PINHEIRO; MATTOS, 2005).

O atendimento na testagem anti HIV requer cuidado especial, uma vez que o paciente está inseguro e vulnerável ao seu sofrimento. A atitude de cuidado inclui a compaixão, a cooperação, a solidariedade e o apoio mútuo, ajudando os usuários a aliviar o impacto do adoecimento e contribuindo para a construção de novas perspectivas em relação às suas vidas.

No caso específico da epidemia do HIV/Aids, de acordo com a visão de Camargo Jr.,

A área de atenção e prevenção ao HIV/Aids, construída coletivamente por profissionais, setores organizados da sociedade civil, instâncias e servidores governamentais, universidades tem respostas e propostas de cuidados que vem sido desenhadas, revisadas e aperfeiçoadas há mais de 20 anos, redundando no programa brasileiro modelar para o mundo, em que pesem os problemas sempre persistentes. (CAMARGO Jr., 2005, p. 100)

A epidemia do HIV/Aids, em seu processo de construção, trouxe novas conformações sobre a produção do cuidado, valorizando a importância das tecnologias relacionais que, segundo Merhy (2005), cuida comprometendo-se com a vida do outro e em construir dimensões cuidadoras em saúde.

A noção de cuidado, segundo Luz (2004), citada por Pinheiro e Guizardi (2005, p. 21), implica em tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento. Essa compreensão demarca um contraponto ao modelo biomédico que se apóia no meio diagnóstico para trazer à tona uma possível infecção ou doença e amplia o olhar para perceber o sujeito em sua singularidade.

Segundo Ayres, o conceito de cuidado está compreendido como

esforços reconstrutivos não apenas no plano da relação interpessoal entre profissionais e usuários, mas igualmente na perspectiva coletiva dos trabalhos das equipes e da atenção à saúde de grupos populacionais, destacando-se aí a ampliação de horizontes normativos propiciada pelo quadro conceitual da vulnerabilidade e direitos humanos. (AYRES, 2009, p.14)

Assim, Merhy menciona propostas relevantes ao cuidado nos atendimentos na rede básica que podem também ser aplicadas para a oferta da testagem:

- Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde;

- Relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- Relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados nos atos de saúde;
- Relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- Relação que permita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante de outras lógicas e não o contrário;
- Relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- Relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- Relação de inclusão cidadã, que opera não construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outros. (MERHY, 2005, p. 202-203).

A Aids tem conferido em sua política de assistência uma preocupação constante dos profissionais com o sujeito, validando a importância da prática do diagnóstico e do tratamento, a partir de uma atitude mais próxima que inclui os significados da vida de cada um, percebendo-o como pessoa humana.

Quando se discute as estratégias de cuidado, é importante destacar que os serviços de saúde organizam-se no sentido de adequar este conceito às práticas desenvolvidas.

A epidemia do HIV/Aids coloca a necessidade de incorporar o conceito de cuidado e, mais claramente, associando a ele, o conceito de aconselhamento, quando evidencia-se a expressão da atitude do cuidado nas relações profissional e usuário, com foco no ouvir o outro e com ele interagir.

A importância do cuidar na saúde de alguém envolve um conjunto de procedimentos tecnicamente bem orientados que implica em uma questão ética que move o encontro entre profissionais e usuários, possibilitando aos usuários tornarem-se autores em busca de sua própria saúde.

Segundo o Manual “Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos” do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a), as dimensões do aconselhamento estão alicerçadas, nos serviços de saúde, em três componentes — apoio emocional; apoio educativo e avaliação de risco.

O aconselhamento pressupõe a existência de um dispositivo que propicie a dimensão dialógica entre o profissional de saúde e o usuário demandante da atenção em saúde, que é o acolhimento. Como prática de saúde, o acolhimento é uma abertura para compreender o outro e, nessa linha de raciocínio, Teixeira (2003 apud PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 98) explica que “[...] a temática do acolhimento

nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários.”

O mesmo sentido, Ayres (2007, p. 136) acrescenta que o acolhimento

[...] é um recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como norte das intervenções propostas, nas suas finalidades e meios, desde que não se reduza estes princípios a apenas simples recepção ou pronto-atendimento. É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual se deve ter entre suas qualidades essa capacidade de potencializar diálogo.

E ainda, de acordo com o autor, que “[...] é importante destacar que não é qualquer escuta que possibilita o efetivo diálogo, mas uma certa qualidade da escuta e não qualidade no sentido de ser boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se busca escutar”. (AYRES, 2007, p. 136).

Ao tomar como referência o acolhimento e o aconselhamento, que convidam o usuário à reflexão e ao diálogo, percebe-se que estes favorecem interações intersubjetivas, implicando o usuário com algumas questões que vem desenvolvendo ao longo da vida, tornando sua história única e possibilitando-lhe interrogar-se onde e se é possível reconstruí-la. Trata-se de uma oportunidade singular que remete à compreensão do sentido do cuidado em saúde.

Sendo assim, o papel do profissional no aconselhamento relacionado a testagem anti-HIV é o de ouvir as preocupações do indivíduo, propor questões que facilitem sua reflexão e superação de bloqueios, prover informação, apoio emocional e ajuda para decidir-se por medidas preventivas na busca de melhor qualidade de vida (BRASIL, 2003d).

O cuidado, no caso do diagnóstico sorológico do HIV, deve assim articular níveis de atenção integral, antes e após o conhecimento do *status* sorológico, visando à garantia da integralidade e das ações de saúde na promoção e prevenção da saúde, com o tratamento e adesão ao mesmo. Nesta perspectiva, tendo em vista que o modelo de atenção de cuidados primários em saúde visa o atendimento das necessidades básicas da população, parte-se do princípio de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a organização de clínicas e terapêuticas diversas, incluindo exames essenciais como a realização do teste anti-HIV, acompanhado do aconselhamento, deve compreender o sujeito como um ser

integral, com direitos à saúde. Para isso, devem contemplar as tecnologias de diagnóstico, prevenção, promoção à saúde e acesso ao tratamento, oferecidas e disponibilizadas, cumprindo um dos princípios do SUS, que é a universalidade das ações de saúde.

Nesse sentido, no Brasil, a política de saúde coletiva que aproxima o cuidado ao sujeito, decorreu daquela desencadeada pela epidemia de Aids, quando os profissionais de saúde se dispuseram a conversar com o indivíduo, levando-o a refletir sobre fatores de risco, aproveitando o momento para investigar a presença de doenças e buscar respostas para a saúde.

A resposta governamental brasileira à Aids, como referido, “sempre se pautou pelo respeito aos direitos dos que vivem com essa doença” e sempre “[...] norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os antirretrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas” (MATTOS, 2001, p. 60).

Ayres (2009) aponta quatro eixos de integralidade, que são relacionados entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais, podendo ser aplicados ao cuidado em saúde no processo de diagnóstico do HIV/Aids.

A) *Eixo das necessidades*: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

B) *Eixo das finalidades*: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

C) *Eixo das articulações*: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada.

D) *Eixo das interações*: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas. (AYRES, 2009, p.14).

Historicamente, o modelo assistencial da saúde, se institucionaliza no contexto de uma determinada organização burocrática do Estado Brasileiro. Sendo

assim, o Ministério da Saúde tem operado com base em certos parâmetros de intervenção, entre eles os chamados programas verticais, que poderiam ser também aplicados ao Programa Nacional de Aids. Programas desse tipo organizam-se a partir do nível federal, estruturam-se a partir de populações ou agravos específicos à saúde e têm baixa integração com o conjunto das demais atividades de saúde. Segundo Camargo (1999), as ações de cuidado relativas ao HIV/AIDS devem buscar maior integração situando o paciente em seu contexto e não apenas em uma abordagem centrada na patologia. O cuidado deve voltar-se para o bem estar dos usuários em prol da interação entre profissionais, usuários e outros profissionais da equipe.

O modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba, muitas vezes, favorecendo certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades. A idéia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas.

Voltando à discussão do diagnóstico do HIV no que tange ao cuidado, este processo devidamente conduzido, através do aconselhamento, pressupõe a viabilização do encontro do sujeito com a sua história, refletindo sobre riscos e ressignificando comportamentos, medidas de prevenção em defesa da vida e de *projetos possíveis de felicidade* (DOMINGUES, 2004).

Compreendendo a dinâmica deste cuidado, não podemos deixar de mencionar que o aconselhamento:

[...] deve estar relacionado com o processo educativo, o enfoque preventivo de apoio situacional, voltado para a solução de problema. O aconselhador precisará lidar com a problemática de forma consciente com ênfase na normalidade, com o propósito de promover o desenvolvimento, através de escolhas acertadas do sujeito [...] proporcionando-lhe a motivação necessária para a busca e a realização de suas potencialidades, assim como reflexão quanto às situações de risco vivenciadas. (ARAÚJO; CAMARGO JR., 2004, p.60-61).

É durante o aconselhamento que o indivíduo traz à cena do serviço de saúde suas vivências cotidianas através da conversa com o profissional acerca do sentido do teste na sua vida pessoal (afetos, receios, ansiedades e dificuldades) e vida social e conseqüências possíveis a partir do resultado do exame.

Segundo as Diretrizes Nacionais do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (2005b, p. 32), os objetivos estabelecidos para o aconselhamento são:

- Conhecer os modos de vida e as concepções do usuário acerca das DST/Aids;
- Compreender as necessidades e preocupações do usuário relacionadas às DST/Aids para reduzir o nível de estresse;
- Possibilitar a percepção dos riscos e vulnerabilidades;
- Identificar medidas preventivas viáveis no contexto da vida de cada usuário;
- Reduzir o impacto do diagnóstico positivo;
- Facilitar a comunicação do diagnóstico para a(s) parceria(s) sexual (ais) e parceria(s) de uso de drogas injetáveis;
- Auxiliar o usuário e suas parcerias no processo de adesão ao tratamento;
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais e uso de drogas;
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV.

Também preconizados pelo Ministério da Saúde são considerados os seguintes componentes do aconselhamento:

- apoio emocional;
- apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST/HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, inclusive o planejamento de estratégias de redução de risco; (BRASIL, 1997a, p.11).

Ainda sobre o aconselhamento individual, o PN/DST/Aids orienta que se trata de “[...] um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar suas vulnerabilidades frente às DST/HIV/Aids.” (BRASIL, 2005b, p. 33).

Assim, o aconselhamento deve ser vivenciado como estratégia de percepção e de avaliação de riscos para o HIV, quando o profissional deve ouvir as preocupações e demandas do usuário e auxiliá-lo a buscar medidas preventivas. É recomendado que seja executado no pré e pós-teste, devendo ser oferecido a todos os usuários, podendo ser individual ou coletivo, e é direito dos usuários optarem pela realização ou não do procedimento.

Além disso, devido à necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, estabelecendo as pontes para os locais de acompanhamento e tratamento, se necessário, bem como reiterar as orientações preventivas, recomenda-se que a comunicação dos resultados de exames

realizados, independentemente da presença ou não de soropositividade, seja acompanhada de aconselhamento pós-teste individual. Estão contempladas neste processo, ainda, referências assistenciais em que a oferta da interdisciplinaridade e da intersetorialidade esteja disponibilizada, implicando em fluxos que precisam ser organizados, produzidos e acessados.

Portanto e a título de síntese e fechamento desta seção, fazemos eco a Leonardo Boff quando este afirma que o cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o outro (BOFF, 2000 apud LACERDA; VALLA, 2005). Nesse sentido, o cuidado tem papel importante em vista do aumento de demanda de atenção médica decorrente dos sofrimentos físico, psíquico e social provocados pela Aids.

Buscando contextualizar os *loci* do estudo e verificar a oferta de testes anti-HIV e o aconselhamento nos serviços de saúde da AP1.0, apresentaremos brevemente no capítulo a seguir uma discussão sobre os tipos de unidades de saúde que foram utilizadas como campo deste estudo.

30 PROCESSO DE DIAGNÓSTICO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE; CONTEXTUALIZANDO O LOCUS DO ESTUDO

“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.”
(Paulo Freire)

A atenção primária à saúde (APS), também denominada cuidados primários de saúde, foi definida pela Organização Mundial da Saúde, em 1978, na Declaração de Alma-Ata como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Compreendida como um dos níveis do sistema de saúde e um campo específico de atuação, esta Atenção é definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006a, p. 10).

Na atenção básica, a concepção de saúde como direito institui a atenção mais humanizada, maior acesso à referência e contra-referências dos serviços, a

utilização de modelos técnico-assistenciais em saúde, partindo do princípio de que a atenção básica é *porta de entrada* para garantir o acesso universal ao sistema de saúde.

Por tantos anos, temos utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecnoassistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. (CECÍLIO, 1997, p. 470).

As necessidades de saúde da população são um conceito estruturante para atenção básica, indicando um olhar centrado no usuário que demanda uma atenção em busca de melhores condições de saúde e de vida, a garantia do acesso à tecnologia e aos serviços de referência nos níveis secundários e terciários de atendimento. Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves,

A unidade básica de saúde foi destinada a uma especial estratificação da clientela aquela que agrupa pessoas que se dirigem aos serviços pela primeira vez, não se tratando da primeira vez na vida pessoal, mas por uma demanda por algum tipo de sofrimento. Assim, a atenção primária e básica servirá como porta de entrada. É o que chamamos de necessidades básicas de saúde. A sua vocação é humanística, por sua intenção de minorar o sofrimento humano. (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 35)

Para o exercício desse papel e dessa vocação, a atenção desenvolvida ao nível dessa rede de serviços de saúde deve contemplar o exercício de diversas práticas e saberes, a articulação de várias ações de saúde e a integração de vários níveis de atendimento e atenção: prevenção, promoção, assistência e recuperação à saúde. Sendo assim, estes serviços de atenção básica são espaços propícios para a oferta do teste anti-HIV, já que possibilita a integração dos diversos serviços de assistência.

Neste cenário, surge em dezembro de 2004, como diretriz oficial, a proposta de ampliar o diagnóstico anti-HIV, implementando o acesso aos testes diagnósticos e ao aconselhamento anti-HIV em serviços de saúde pertencentes à Atenção Básica, oferta esta ao mesmo desafiadora e relevante como cuidado em saúde.

Na atenção básica, o diagnóstico anti-HIV expressa a capacidade de perceber o usuário em sua sexualidade, como modo de estar na vida, com problemas psicossociais, contemplando a compreensão do profissional para fazer um encaminhamento para o exame do HIV, que requer uma disposição técnica e humana para a escuta, a aceitação do outro, sem julgamentos. Este profissional deve ser capaz de perceber o outro, em suas inúmeras questões, ampliando o saber biomédico e compreendendo o usuário enquanto sujeito. Para tal, segundo Cunha,

[...] na Atenção Básica são necessários novos saberes, e a abertura do profissional para perceber a singularidade do sujeito-usuário, implicando a disposição e (técnica) para a escuta e aceitação do outro, e assim refletindo e definindo riscos e vulnerabilidades que este vivencia. (CUNHA, 2007, p. 27)

O diagnóstico anti-HIV, mediado pela prática do aconselhamento, está previsto de ser ofertado em diversos tipos de unidades de saúde, algumas das quais foram abordadas na presente pesquisa.

Tomando por contexto o município do Rio de Janeiro, à época da realização do estudo⁹, as unidades que ofertavam o teste anti-HIV compreendiam: os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Polos de Testagem, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), algumas das quais funcionando no modelo da Saúde da Família (USF), os Centros Municipais de Saúde (UBS/CMS), Postos de Assistência Médica (PAM) e Ambulatórios especializados..

A seção seguinte se propõe a caracterizá-las brevemente, com vistas a melhor contextualizar o campo de estudo.

3.1 Rede de Assistência Básica à Saúde

Os Centros Municipais de Saúde (CMS) oferecem serviços estruturados para o atendimento das necessidades básicas da população, em diversas clínicas e especialidades, provendo exames laboratoriais através de técnicas diagnósticas,

⁹ A partir de meados de 2010, ocorreu uma reformulação na rede assistencial básica municipal, com a expansão da Saúde da Família e criação das Clínicas da Saúde da Família, mas à época da realização do estudo de campo a maioria destas unidades ainda não estava em funcionamento, não tendo sido abordadas no estudo.

assistência, vigilância e medicamentos, tendo em vista promover e investir no cuidado à saúde e na qualidade de vida.

As chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de menor complexidade tecnológico-assistencial que os CMS, buscam maior proximidade com a população, seja através da referência de local de moradia, de trabalho e/ou de escola, facilitando o acesso ao serviço e estimulando o entrosamento e a participação da comunidade no processo de cuidado.

Cabe ser destacado que uma parte dessas unidades básicas vem funcionando progressivamente, a partir de 1994, no modelo assistencial da Saúde da Família, constituindo-se nas Unidades de Saúde da Família (USF), embora no estado do Rio de Janeiro e, em particular, no município de estudo, a mudança para esse modelo tenha sido, por muitos anos, pequena, só se intensificando nos anos mais recentes¹⁰.

Como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais, atualmente, reconhece-se que a Saúde da Família não é mais um programa e sim uma estratégia para uma atenção primária à saúde qualificada e resolutiva (CAMPOS, 2006).

O documento *“Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”*, publicado em 1997, confirma esta orientação, ratificada por vários outros (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2006a). Segundo estes documentos, a ESF apresenta-se como uma prática de atenção integral, com responsabilidade clínica e territorial, capaz de lidar com os problemas de saúde da população através da oferta de serviços direcionados a solucionar seus problemas mais frequentes, bem como da organização da referência para serviços de maior complexidade. Sua prática inclui ações de saúde individuais e coletivas, realizadas dentro das unidades de saúde e também fora delas, com visitas domiciliares, palestras e outras atividades extramuros em parceria com órgãos da sociedade civil (igrejas, escolas, associações de moradores, etc.).

¹⁰ |Ate fins de 2008, a cidade do Rio de Janeiro era a capital do país com mais baixa cobertura de equipes de saúde da Família(MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). A partir de 2009, com a publicação do decreto 30.433, de 28 de janeiro, esse panorama começou a melhorar, tendo sido estabelecida a meta de que o município atinja cobertura de 35% (qual seja, 2,4 milhões de pessoas cobertas por equipes de Saúde da Família) em final de 2012.

Delimitada pela necessidade básica e demanda da população, as atividades desenvolvidas nestes diversos tipos de serviços devem compreender a interlocução entre diversos saberes, a interação entre ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Este conjunto de cuidados não pode ser entendido como assistência simplificada, mas sim de capacidade resolutiva e com encaminhamentos adequados para a rede assistencial

Para além das Unidades Básicas citadas, existem os Ambulatórios, que contém um conjunto de consultórios, com várias especialidades médicas e outras, preparadas para pronto atendimento em pequenos procedimentos (suturas, pequenas cirurgias, etc.) e os Postos de Assistência Médica (PAM), que são estabelecimentos de saúde destinado à assistência ambulatorial e consultas. Tanto nestes, como na UBS e CMS citados mais acima, não há regime de internação.

3.2 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foram implantados pelo Ministério da Saúde no final da década de 80, através do Programa Nacional de DST/Aids, em resposta ao avanço da epidemia e à indisponibilidade, na época, de serviços de saúde preparados para receber a população que buscava realizar o teste anti-HIV. Hoje, sabe-se que estes serviços têm papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce do HIV/Aids e no direcionamento para assistência e adesão ao tratamento, no caso de soropositivos para o HIV..

As primeiras recomendações técnicas e políticas necessárias à estruturação destes serviços voltaram-se para a contextualização de dimensões diagnósticas e da prevenção da epidemia, visando a inclusão de indivíduos afetados pela infecção do vírus HIV, colocando em pauta desdobramentos jurídicos, psicossociais e em defesa da vida, já que a Aids, naquele cenário, estava relacionada com a morte civil. Neste contexto, a difusão da informação sobre modos de transmissão do HIV estimulou a pensar sobre sexualidade e orientações sexuais, discussão de práticas sexuais seguras e realização de testes sorológicos, acompanhados de aconselhamento pré

e pós- teste para o HIV, em consonância com medidas de prevenção, promoção, defesa e direito à saúde, através dos COAS já implantados nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1993).

A materialização do referencial técnico para a implantação de COAS em 1988, através do 10º Boletim Epidemiológico do PN/DST/Aids do Ministério da Saúde, ratificou tais iniciativas, em especial no caso dos indivíduos sob risco de infecção pelo HIV, e segundo a realidade de cada estado da Federação (BRASIL, 1988c).

Estes serviços constituíram-se em modalidade alternativa de atenção primária à saúde, oferecendo a possibilidade de realização gratuita da sorologia para o HIV, garantindo a confidencialidade, o sigilo e o anonimato do teste. A realização do teste anti-HIV, nestes serviços relacionava-se, também, à questão de direitos humanos.

Os COAS foram estruturados nos serviços de saúde já existentes, preferencialmente nos que já dispunham de ambulatórios ou clínicas de DST, desde que fornecessem uma entrada especial e um espaço em suas instalações físicas que assegurasse o anonimato aos usuários. Na organização do serviço, o processo de educação para a saúde com informações relacionadas à infecção pelo HIV e ao aconselhamento foi destacado como importante e compatível com as necessidades da população. Era urgente a indicação da adoção de práticas sexuais e de comportamentos sociais mais seguros, no sentido de evitar a infecção e o crescimento da epidemia. Assim, a prevenção tornava-se essencial no combate à Aids, aqui entendida como esclarecimentos sobre o que conduz à infecção e os modos de evitá-la. Com a implantação dos COAS pretendia-se, também, redirecionar a demanda de indivíduos que buscavam os bancos de sangue para conhecer a sua sorologia (SILVA, 2004).

Os COAS deveriam ser implantados em local de fácil acesso da população, tendo uma recepção acolhedora, redução de tempo de espera para os resultados, referências organizadas para tratamento, profissionais para atender a população que demandava realizar teste anti-HIV (profissionais de nível superior, técnico de laboratório, auxiliar e/ou técnico de enfermagem), perfazendo um total mínimo de oito integrantes na equipe. O resultado deveria cumprir o prazo previsto de 15 dias para entrega e atingir resolutividade. Era indispensável também ter como espaço físico uma recepção e sala de atendimento individual e espaço para aconselhamento

coletivo, sala de espera e local para coleta de sangue, além da oferta e disponibilização de insumos de prevenção à população, especialmente àqueles com maior vulnerabilidade (GRANGEIRO; FERRAZ, 2008).

As etapas de atendimento propostas para os COAS (BRASIL, 1993) preconizavam que o primeiro contato com os usuários ocorresse numa sala de recepção acolhedora, com a inclusão dos sujeitos sem discriminação e com base em informações precisas, apacando o medo e a ansiedade frente ao diagnóstico do HIV, seguido de um atendimento em grupo, denominado aconselhamento coletivo. A sessão poderia ser desenvolvida com o auxílio da apresentação de um vídeo educativo, monitorado por profissional de saúde de nível superior ou aconselhador treinado em dinâmica coletiva, em que fossem abordando aspectos de transmissão/prevenção e do significado do teste sorológico e de suas implicações. Neste aconselhamento coletivo, os profissionais problematizariam informações relevantes sobre a epidemia, esclarecendo dúvidas e estimulando o compartilhamento de experiências cotidianas entre os usuários.

Em salas de entrevistas individuais, ocorreria o aconselhamento individual pré-teste, personalizado, após o usuário decidir-se pela realização do teste anti-HIV. Esta fase permitiria a percepção da vulnerabilidade, avaliação de risco, mediante obtenção de informações sobre as condições de exposição ao risco, compreensão e promoção de práticas sexuais mais seguras relacionadas à infecção pelo HIV, configurando-se como um espaço reflexivo, favorável à percepção dos usuários em relação à prevenção do HIV.

Cada usuário recebia um código numérico que lhe assegurava o anonimato. No procedimento de coleta de sangue, este código era mantido e a amostra sangüínea enviada a um laboratório previamente definido. Os testes ELISA e de Imunofluorescência direta eram utilizados, respectivamente, para triagem e confirmação diagnóstica. Finalmente, decorridos de quinze a trinta dias, o usuário retornava ao COAS para o aconselhamento pós-teste. Os resultados do exame eram fornecidos individualmente, seguidos de aconselhamento pós-teste, base para reforçar e problematizar aspectos culturais e intersubjetivos, recuperando o enfoque preventivo articulado com a proposta de comportamentos sexuais mais seguros e de um plano viável para a redução de riscos.

Este aconselhamento incluía encaminhar o usuário aos serviços de referência para tratamento, quando necessário, como possibilidade de construção de uma nova mentalidade voltada para a adesão aos programas de tratamento, confirmando que prevenção e promoção deveriam caminhar juntas em todas as etapas do tratamento, assegurando a preservação e a qualidade da vida do usuário.

Mediante esta proposta organizacional, em 1988, é fundado em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico, um serviço de saúde voltado para a orientação, acesso a informações sobre transmissão, medidas de prevenção, diagnóstico e referência para tratamento do HIV.

Em 1993, a partir da liberação de recursos do Banco Mundial para o controle da epidemia da Aids, foram implantados dez COAS no país, que se tornaram referência nacional por indicação do PN/DST/Aids, assegurando-lhes competência técnica para treinar profissionais oriundos de diversos estados brasileiros com a missão de implantar estes serviços nas suas regiões de origem, pela importância que os mesmos poderiam prestar às respectivas populações locais.

O PN-DST/Aids, atual Coordenação Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, preocupado também com a sistematização da prática desenvolvida pelos COAS, publicou em 1993 o primeiro Manual sobre o assunto, intitulado "Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico" (BRASIL, 1993), e instituiu um grupo técnico formado pelos coordenadores dos primeiros COAS (Porto Alegre-RS; Rio de Janeiro-RJ; São Paulo-SP; Curitiba-PR; Recife-PE) com o objetivo de elaborar um currículo mínimo para o treinamento daqueles profissionais que seriam multiplicadores das ações de saúde preconizadas para os COAS (BRASIL, 1996).

Seguindo orientação do PN-DST/Aids que estimulou a realização de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, atendendo a diretriz de descentralização preconizada pelo SUS, adotou-se uma forma de organização para propiciar aos municípios o direito de administrar os serviços de saúde locais. Neste processo, os estados, por meio das respectivas Secretarias de Saúde, coordenavam a prestação da assistência na sua área de abrangência, e prestavam cooperação técnica aos seus municípios, a fim de garantir o bom desempenho destes serviços.

Em 1996, o PN-DST/Aids mudou a sigla e o enfoque do COAS, que passou a intitular-se Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Em paralelo, foram formuladas diversas propostas de mudanças nos serviços prestados, dentre as quais o indicativo à flexibilização do anonimato, considerada uma questão relevante, visto que possibilitaria a identificação do sujeito que buscava o diagnóstico, já que o tratamento com os anti-retrovirais permitia uma ressignificação da representação social da doença.

É válido lembrar que a legislação e a obrigatoriedade de acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no sistema público de saúde (BRASIL, 1996), possibilitou o aumento da expectativa e da qualidade de vida dos portadores do HIV e repercutiu no imaginário social como motivação para buscar esclarecimento diagnóstico e enfrentamento de problemas decorrentes.

A flexibilização do anonimato e da extensão do aconselhamento com conteúdos mais subjetivos evidenciou uma ampla variedade de possibilidades de intervenções do CTA, apontando para o desenvolvimento de novas ações de prevenção com base nos direitos humanos, de cidadania e de inclusão social junto aos sujeitos com situações de risco acrescido (BRASIL, 1996). Este foi também um momento de consolidação das parcerias entre ONG, Serviços de Saúde e Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids, visando a implementação dos princípios do SUS, reafirmando o ideal de Integralidade que enfatiza que o atendimento aos indivíduos deve privilegiar a saúde, e não a doença.

A trajetória de construção dos CTA leva o PN-DST/Aids à demarcação de novas normas de organização e funcionamento com a elaboração do Manual "Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento", editado em 1999, estabeleceu para os CTA, à época, os seguintes 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 HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos anti-retrovirais;
- Absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue;
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais;
- Auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem sorológica de mulheres gestantes;
- Levar informações sobre prevenção das DST/HIV/Aids e do uso indevido de drogas para grupos específicos. (BRASIL, 1999a, p. 10).

Quanto às normas organizacionais, o mesmo Manual coloca os seguintes princípios gerais, relevantes para a pesquisa aqui executada:

- *Acessibilidade e Gratuidade*: serviços com localização acessível para a população em geral, de base gratuita, respondendo à demanda espontânea e encaminhada;
- *Anonimato flexível e Confidencialidade*: testes realizados de forma anônima ou identificados (a confidencialidade é um princípio assegurado pelos Códigos de Ética profissionais);
- *Agilidade e Resolutividade*: encaminhamento interno rápido e redução do prazo para entrega de resultado;
- *Aconselhamento adequado e não pontual*: processo de escuta ativa levando o sujeito à reflexão de sua história frente aos riscos de exposição à infecção pelo HIV/DST, com vistas à busca de alternativas de mudanças comportamentais. A partir daí, o aconselhamento não se restringe mais aos atendimentos pontuais pré e pós-teste;
- *Referência e contra-referência*: garantia de encaminhamento aos serviços de assistência especializada, oferecendo acesso ao tratamento e monitoramento da infecção pelo HIV (uma rede de referência assistencial deverá dar suporte à demanda gerada);
- *Equipe Interdisciplinar*: tendo o CTA a missão de compreender o processo de saúde e doença, a interface, a parceria, a cumplicidade e a complementaridade estão presentes, compartilhando diversos saberes profissionais para o enfrentamento da assistência no cotidiano da prática de saúde. (BRASIL, 1999a, p. 11-12).

A propósito, Grangeiro e Ferraz apresentam, na publicação intitulada “Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil – Desafios para a Equidade e o Acesso”, as características estruturais dos CTA, detalhando

[...] as condições estabelecidas para o acesso da população às atividades de prevenção, diagnóstico, aconselhamento e assistência desenvolvidos, o perfil da equipe de trabalhadores e os indicadores de resolubilidade dos serviços, que incluem as taxas de retorno, o tempo de entrega dos resultados, o acesso dos segmentos populacionais mais vulneráveis e a disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção. (GRANGEIRO e FERRAZ, 2008, p. 10)

Compreende-se que estas ações de saúde impõem uma atenção continuada aos diversos grupos populacionais mais vulneráveis, e propõem maior articulação com a sociedade civil, englobando outros programas de saúde e permitindo maior visibilidade em relação à atuação do CTA.

3.3 Pólos de testagem

Os Pólos de Testagem foram implantados em outubro de 1996 no município do Rio de Janeiro, em unidades já existentes (CMS, CTA, Hospitais e Maternidades), oferecendo o diagnóstico anti-HIV com testes, inclusive os rápidos.

Estes Pólos, como iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ), objetivavam, em um primeiro momento, o diagnóstico sorológico para o HIV em mulheres sem assistência pré-natal¹¹, propiciando cumprir o cuidado integrado à gestante e seu bebê, segundo protocolos de redução de transmissão vertical, otimizando a profilaxia e o tratamento anti-retroviral, no caso de diagnóstico do HIV reativo. (BRASIL, 2007).

A esse respeito, vale lembrar que, em 1995, o Ministério da Saúde estabeleceu a adoção de tratamento profilático de gestantes, recomendando a oferta do teste anti-HIV nos serviços de saúde. Em 1997, essa diretriz é alterada e a sorologia para o HIV passa a ser ofertada a todas as gestantes do país, no pré-natal (VELOSO; VASCONCELLOS; GRINSZTEIN, 1999).

É recomendada a realização de testes anti-HIV, mediante aconselhamento e o consentimento das gestantes para fazer o exame e também a repetição da sorologia para o HIV no início do 3º trimestre gestacional. A partir destes benefícios, em 1998, foi iniciado o diagnóstico sorológico para o HIV com testes rápidos nas maternidades no momento do parto. Só posteriormente, de acordo com a Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, MS, 2005), os testes rápidos passaram a ser utilizados para diagnóstico da infecção pelo HIV em serviços de saúde, como estratégia de ampliação de acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

A Secretaria Municipal de Saúde, através da Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde, com a Coordenação de Doenças Transmissíveis, implantou dez Pólos Regionais para o diagnóstico do HIV em gestantes com a utilização de teste rápido, levando em conta que o município do Rio de Janeiro, para fins organizacionais, é dividido em dez Áreas de Planejamento (AP) (RIO DE JANEIRO, 2009).

¹¹O diagnóstico com teste rápido é oferecido às gestantes com ingresso tardio no pré-natal (após a 28ª semana de gestação) nestes serviços de saúde e, no caso de resultado reativo, ela será encaminhada aos serviços de referência para acompanhamento e utilização do protocolo para a redução da transmissão vertical.

A Tabela a seguir descreve os Polos de Testagem e suas respectivas Áreas Programáticas:

Tabela 1 - Pólos de Testagem n município do Rio de Janeiro, segundo sua distribuição por Área Programática

Área programática	Pólo de Testagem
AP1.0	HSE
AP 2.1	CTA Rocha Maia* CMS Gávea*
AP 2.2	CTA HUGG
AP 3.1	CTA HESFA
AP 3.2	Mat. Carmela Dutra
AP 3.3	CTA Madureira
AP 4.0	HMRPS Mat Leila Diniz
AP 5.1	PAM Bangu CMS Waldyr Franco*
AP 5.2	CMS Belizário Penna*
AP 5.3	Policlínica Lincoln de Freitas*

Fonte: Rio de Janeiro (2008, p.2).

* Pólos com atendimento a gestantes e pacientes de tuberculose.

Sendo a proposta inicial dos Pólos de Testagem uma estratégia que amplia o acesso das gestantes ao diagnóstico sorológico para o HIV, com resultado imediato acompanhado de aconselhamento pré e pós–teste, o incentivo à testagem passou depois a ser incorporado, em setepólos, a pacientes com tuberculose já diagnosticada em tratamento, objetivando detectar a co-infecção HIV - Tuberculose.

É importante lembrar que a tuberculose (TB) é um problema relevante de saúde pública no Brasil. Estima-se que um terço da população mundial está infectada e em risco de desenvolver a doença. Observa-se que um número crescente de casos notificados de HIV/Aids que estão infectados com tuberculose, e esta co-infecção pode levar ao aumento de morbidade e mortalidade, representando mais um grande desafio para a saúde pública (TÁVORA, 2006).

Coerente com essa visão, motivado pelas altas taxas de infecção por HIV entre pacientes com tuberculose e a magnitude desses agravos no município do Rio de Janeiro, o Programa de Tuberculose buscou estratégias para detectar e melhorar as ações de prevenção e controle de co-morbidades, oportunizando o

acompanhamento e o tratamento desta clientela a partir do conhecimento do estado sorológico para o vírus HIV dos pacientes em tratamento para a doença, incorporando o aconselhamento e o diagnóstico anti-HIV, seja através de testagem convencional e/ou de testes rápidos (RIO DE JANEIRO, 2008). Uma dessas estratégias envolveu exatamente a extensão dessa testagem para os Pólos.

4OBJETIVOS

“Aprendi silêncio com os falantes, tolerância com os intolerantes,
e a gentileza com os rudes, ainda estranho sou ingrato a esses professores.”
(Kalil Gibran)

4.1 Objetivo geral

Compreender o processo de oferta do diagnóstico de infecção pelo HIV nos serviços de atenção básica à saúde do município do Rio de Janeiro, na perspectiva do cuidado com a saúde dos sujeitos.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar aspectos estruturais e organizacionais da oferta do teste anti-HIV em diferentes tipos de serviços de saúde da Área Programática 1.0;
- Compreender os processos que envolvem o diagnóstico do HIV nestas unidades e suas implicações no cuidado em saúde;
- Discutir as dificuldades vivenciadas pelas equipes de trabalho nos serviços estudados quanto ao processo de oferta do teste anti-HIV.

5METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Foi empreendido um estudo do tipo descritivo-analítico com abordagem qualitativa.

Na pesquisa descritiva, não há interferência do pesquisador; ele apenas descreve o objeto de pesquisa, procurando descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, além de sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos. Para Triviños (1995), o estudo descritivo objetiva retratar e descrever fatos e fenômenos acerca de uma determinada realidade, sendo consideradas etapas importantes para a modificação de uma realidade.

Quanto à abordagem qualitativa, esta permite que a pesquisa responda a questões muito particulares ao trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, preocupando-se com o mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos de uma realidade não quantificável, como explicam Minayo (2000). A esse respeito, Figueiredo e Souza (2005) lembram que o método qualitativo fundamenta-se em informações deduzidas das interações interpessoais e da co-participação dos informantes, sendo o pesquisador um participante ativo que interage durante todo o processo, compreendendo, interpretando e analisando os dados a partir do significado das informações coletadas.

A pesquisa empreendida visou, por um lado, compreender aspectos da estrutura física e organizacional relativa à oferta do teste anti-HIV em serviços de saúde do Rio de Janeiro, bem como as percepções dos profissionais envolvidos neste processo específico da assistência, quanto as suas compreensões do teste enquanto cuidado de saúde, as ações e vivências relacionadas ao aconselhamento e procedimentos do exame, a abordagem do resultado e a troca de experiências e informações entre os profissionais.

Buscou-se contemplar esses aspectos e percepções nas unidades de atenção básica que deveriam ofertar o teste anti-HIV nesta rede ambulatorial de serviços, segundo as portarias e outras regulamentações ministeriais já citadas,

tendo como espaço do estudo o município do Rio de Janeiro, local de residência e atuação profissional da pesquisadora.

Também visando ampliar a diversidade, foi feita uma opção pela utilização de entrevistas semi-estruturadas que abarcassem diversos serviços e multi-profissionais pré-indicados pela Coordenação Municipal do Programa de HIV/Aids da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Logo após as indicações, a direção dos serviços escolhidos orientou quanto à disponibilidade de diferentes profissionais, envolvidos direta ou indiretamente com a oferta da testagem. Todos estes aspectos da pesquisa de campo encontram-se mais bem detalhados na sequência, iniciando pelos cuidados com os aspectos éticos na sua execução.

5.2 Aspectos éticos

O estudo buscou obedecer às normas estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 (BRASIL, 1996) que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, após a qualificação, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), sendo aprovado sob Parecer nº 12A/2010 em 01/02/2010 (ANEXO F).

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora prestava esclarecimentos acerca das finalidades e objetivos do estudo e entregava aos profissionais duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) para que fosse lido e assinado, e onde constava a garantia do sigilo e do anonimato em relação ao que for respondido durante a entrevista bem como direito de livre participação. Uma cópia ficava em seu poder e a outra era entregue ao participante. Sequencialmente solicitava-se autorização para gravar a entrevista em fita magnética ou MP3, explicando que tal procedimento visava garantir a fidedignidade do que fosse dito e, ainda, que o material ficaria sob sua guarda durante cinco anos, sendo destruído após este período.

A pesquisadora destacou a todos os entrevistados que a participação no estudo não era obrigatória e que, se houvesse recusa à participação ou desistência

após as entrevistas começadas, isto não resultaria em prejuízo algum, sob quaisquer aspectos. Não restando nenhuma dúvida e havendo anuência do entrevistado em relação à gravação, tinha início a entrevista.

5.3 Cenários do estudo

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foram estabelecidos contatos com SMSDC-RJ para definição conjunta da área onde ocorreria a pesquisa que, no caso, terminou por ser definida como a Área Programática AP-1, por sugestão à época da qualificação do estudo.

Esta AP compreende os seguintes bairros, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Caju, Estácio, Gamboa, Saúde, Benfica, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, São Cristóvão, Santo Cristo e Mangueira, como pode ser visualizado abaixo, na Figura 2:

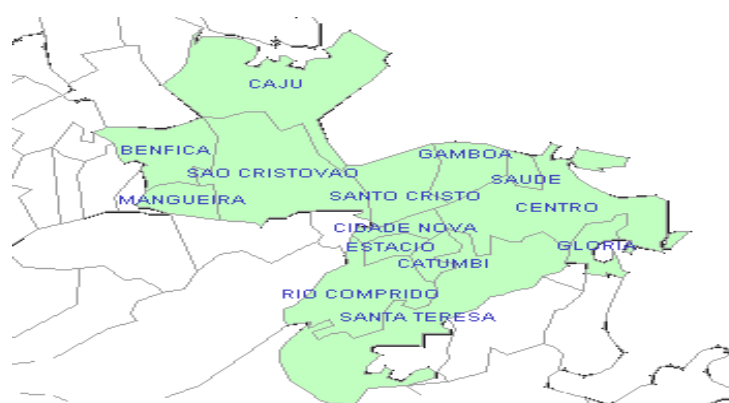


Figura 2 - Rio de Janeiro – Área Programática 1.0 e seus Bairros

Fonte: Rio de Janeiro (2008).

Esta Área Programática dispõe de dezessete serviços municipais de saúde que realizam diversos tipos de atendimentos básicos e especializados, dentre os quais destacamos: três hospitais (um de emergência, um de ortopedia e um de pediatria); duas maternidades; cinco Centros Municipais de Saúde (CMS); duas unidades que atuam no modelo assistencial de Estratégia da Saúde da Família (PSF); um CTA; uma Policlínica, uma Unidade Integrada de Saúde (UIS) e duas unidades que funcionam

com modelos de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde(EACS).

Ressalta-se que o Hospital de Emergência (HM Souza Aguiar), as Maternidades (Oswaldo Nazareth e Fernando Magalhães) e o CTA (Hospital Escola São Francisco de Assis), este o primeiro do Estado e do Município do Rio de Janeiro, são serviços que funcionam como portas de entradas para a realização dos testes anti-HIV, seja para a população geral, seja para profissionais de saúde que se acidentam no trabalho ou para as gestantes que residem na área. Os CMS possuem serviços especializados para atendimento de pacientes soropositivos para o HIV e outras especialidades, tanto para atendimento às co-infecções quanto para acompanhamento e investigação de outras sintomatologias, buscando o caminho da atenção integral ao paciente. Por fim, as unidades como PSF, UIS e ESCS são portas de entrada importante para a atenção ao usuário que busca atendimento básico de saúde.

A seleção das unidades de saúde dentro da rede municipal na Área Programática mencionada foi feita a partir de contatos e discussão junto à SMSDC-RJ, considerando neste processo as características diferenciadas dos serviços de saúde, sua organização, diversidade do perfil da clientela e dos profissionais que neles desenvolvem suas atividades laborais.

Assim, os serviços escolhidos para o estudo foram, a saber: CTA, Policlínica Antonio Ribeiro Neto, antigo Pronto Atendimento Médico (PAM) Treze de Maio, as Unidades de PSF do Caju e da Mangueira, os CMS Marcolino Candau e Zeferino Timbau Jr., o Ambulatório da Providência, um dos laboratórios de referência para realização dos exames da Área Programática 1.0, o CMS Helio Pelegrino (ex-PAM Matoso) e um Polo de Testagem, que funciona dentro das dependências do CTA citado.

Pretendeu-se que esta diversidade de serviços públicos de saúde elencados como *locus* possibilitasse apreender tipos de oferta de diagnóstico anti-HIV e de referência para tratamento, ajudando a responder a questões que se encontram no bojo do estudo, especialmente porque são considerados portas de entrada no que concerne à especificidade para a realização dos testes anti-HIV, conforme preconizado nos protocolos dos Governos federal e municipal.

Sobre o fluxo seguido pela população, cabe ser destacado, em geral, que os pacientes chegam a estas unidades de saúde trazendo uma demanda, com ou sem encaminhamento, que pode passar por diferentes clínicas e pela interface entre elas, devido em alguns casos à sintomatologia e às intercorrências relacionadas com a doença. Em outras – como no CTA, que também funciona como Polo de Testagem para a AP 3.1 – os pacientes chegam motivados pela procura do teste por si e mesmo encaminhados de outras unidades da rede.

Em cada um dos serviços, os diretores identificaram previamente para a pesquisadora as clínicas que ofertam os exames anti-HIV, os dias e horários em que eram realizados os testes, e o quantitativo de profissionais inseridos em atividades relacionadas à testagem.

Este direcionamento resultou na identificação das clínicas de ginecologia, pré-natal, clínica médica, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, geriatria, adolescentes, planejamento familiar, dermatologia, doenças sexualmente transmissíveis e infectologia. Estes são também espaços assistenciais frequentemente citados nas diretrizes nacionais, em função das mudanças na epidemiologia dos casos de Aids, que atualmente perpassam por diversas faixas etárias e tipos de comprometimento.

5.4 Sujeitos do estudo

Segundo Minayo (2000), os sujeitos de pesquisa são aqueles que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada no estudo. No caso presente, foram os profissionais de saúde diretamente vinculados com os procedimentos cotidianos de oferta do teste anti-HIV, nas unidades selecionadas, bem como os gestores do Programa no nível central e local da Secretaria municipal citada.

O grupo de sujeitos selecionados, totalizando 25, foi composto por gestores, profissionais de nível superior envolvidos na assistência e no aconselhamento e profissionais de nível médio que coletam material e realizam o exame sorológico propriamente dito.

5.5 Instrumentos e processo de coleta de dados

Optou-se, como método prioritário da pesquisa, pela realização de entrevistas com os profissionais de saúde que atuam nos Serviços selecionados como campos de estudo.

Segundo Merhy (2007b), o método da entrevista possibilita uma interação social entre entrevistador e entrevistados, onde o primeiro, com a maior objetividade e clareza possível, busca apreender informações sobre o comportamento e a consciência destes atores.

Nesse sentido, a técnica possibilita uma conversação face a face que, além de permitir a obtenção de informações relevantes, também pode auxiliar na identificação de percepções e, através das respostas e manifestações subjetivas dos entrevistados, em uma maior compreensão sobre os processos que ocorrem no cotidiano dos serviços durante a oferta da testagem.

Para a condução das entrevistas, foram elaborados dois roteiros semi-estruturados de perguntas, dirigidos especificamente aos gestores do Programa em seus diferentes níveis (APÊNDICE B) e aos profissionais de saúde (APÊNDICE C).

O roteiro dirigido aos profissionais de saúde foi previamente submetido a um teste piloto com profissionais que se dispuseram a colaborar com a pesquisadora, a fim de aprimorar e validar o roteiro inicial.

Nesse piloto, as entrevistas (quatro) foram iniciadas no primeiro semestre de 2010 no CMS Zeferino Timbau Júnior, localizado em São Cristóvão. A primeira entrevista foi cercada de enorme expectativa e, ao mesmo tempo, de surpresa, na medida em que se verificou o grande volume de população em busca de atendimento à saúde na Unidade em questão. As outras entrevistas do pré-teste tiveram mais tranquilidade na condução das questões, na medida em que já era conhecido o grande número de usuários. A duração média das entrevistas nesta etapa foi de 30 (trinta) minutos.

Ressalta-se que a procura por este grande número de usuários em busca de atenção interferia, em diversos momentos e recorrentemente, na condução das entrevistas, haja vista o constrangimento da pesquisadora e a pressão, mesmo que indireta, dos usuários que aguardavam a consulta.

Convém ainda assinalar que foi acordado com os profissionais, previamente, o melhor horário para a realização das entrevistas, visando prejudicar o menos possível suas rotinas de trabalho e possibilitar conversas que pudessem aprofundar os aspectos tratados. Entretanto, seja por necessidade de atendimento da população usuária ou pela escassez e sobrecarga de tempo dos profissionais que, por vezes, acumulam turnos de atendimento ou tem que deslocar-se para outros empregos, seja pela produtividade instituída e demarcada em 18 a 20 (dezoito a vinte) atendimentos por turno, estas realidades interferiram na condução das entrevistas.

Como o resultado destas entrevistas iniciais mostrou que o roteiro organizado parecia ser bastante abrangente e capaz de suscitar a apreensão do pretendido, a pesquisadora optou por manter as mesmas questões demarcadas no questionário inicial para a coleta de dados posteriores, bem como incluir no conjunto de entrevistas as quatro inicialmente já aplicadas.

O foco principal das entrevistas foi a abordagem e envolvimento do profissional com a testagem. Nesse sentido, buscou-se compreender o perfil das unidades assistenciais e o arsenal tecnológico disponível em cada uma para realizar os exames; o fluxo de pacientes entre as diversas clínicas da unidade; a alocação dos profissionais de saúde na atividade em questão e o preparo para abordar e escutar o sujeito e o cuidado em si relacionado a todo o processo.

O instrumento de coleta visando orientar as entrevistas realizadas organizou-se em blocos de questões. Cabe ser ressaltado que, apesar de estruturado em torno de tópicos e questões norteadoras, os roteiros serviram como base para o desenvolvimento de um diálogo mais livre, que permitisse explorar como ocorria a organização e o processo de oferta. Os pontos elencados foram explorados no diálogo, de forma espontânea, à medida que surgiam; quando isso não ocorria, eram provocados por perguntas da pesquisadora.

Inicialmente, buscando-se caracterizar o perfil dos informantes, foram feitas indagações acerca de dados pessoais e profissionais, tais como sexo, idade, formação específica, tempo de exercício profissional naquele serviço de saúde e tempo que o profissional desenvolvia aquela ação de saúde específica, bem como sobre a capacitação recebida para o trabalho na oferta do teste e no exercício profissional do aconselhamento pré e pós-teste.

A entrevista também focalizou aspectos organizacionais (administrativos, físicos, técnicos) no contexto da oferta do teste anti-HIV, conforme preconizado nas diretrizes relacionadas aos mesmos, buscando-se com isso compreender como se estruturava essa testagem no interior dos serviços pesquisados. Assim, indagou-se sobre a recepção aos usuários, sala de coleta de sangue para o exame, local onde eram realizados os exames, tempo de espera dos resultados, recursos humanos envolvidos com a atividade, tipo de exame anti-HIV realizado (triagem e teste rápido), exercício do aconselhamento pré e pós-teste, entre outros.

Por fim, as entrevistas buscaram também abordar o processo diagnóstico e sua implicação com o cuidado em saúde, mediante um elenco de questões sobre o acolhimento e ao aconselhamento pré e pós-teste, o diálogo entre profissionais e usuários, o suporte e o apoio emocional desta técnica que envolve o exame anti-HIV, bem como sobre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais e equipes neste trabalho.

Captar singularidades e experiências dos profissionais entrevistados pela pesquisadora implica em olhá-los em sua multiplicidade de ações de saúde. Para tanto, a pesquisadora também se valeu da observação de campo para identificar possíveis dificuldades organizacionais e estruturais do serviço no que tange à oferta do exame, tais como recursos humanos, presença de sala privativa para exame e aconselhamento, local para coleta do material a ser examinado, referência para execução do exame, distribuição de preservativos e materiais educativos, dentre outras, sempre visando o alcance dos objetivos do estudo. Essa observação ocorreu informalmente e de forma não sistemática, enquanto aguardava-se a liberação dos profissionais para a entrevista em local privado. Algumas vezes, as entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais, após o cumprimento das exigências já mencionadas. Estes dados serão contemplados em categoria específica de análise.

Além dos profissionais de saúde, foram realizadas entrevistas com três gestores do Programa, um no nível central (coordenadoria do Programa de DST/Aids) e dois no nível local.

O processo de coleta de dados das demais entrevistas, após o teste piloto do instrumento, iniciou-se no segundo semestre de 2010 e foi concluído em dezembro do mesmo ano, realizando-se, a seguir, a transcrição do material obtido para leitura, análise e posterior discussão dos resultados obtidos.

Para facilitar a organização dos dados coletados e visando a garantia do sigilo e do anonimato dos entrevistados, todos receberam um código alfanumérico (E₁... E₂₅), que foi utilizado nas frases selecionadas, independentemente dos sujeitos, da ordem da realização das entrevistas e dos cenários do estudo.

5.6 Análise dos dados

Considera-se que, no campo da pesquisa social, devem-se obter dados para trabalhar em uma produção de conhecimento; identificar categorias e começar a interpretar; criar nesta interpretação, uma faceta para a compreensão do fenômeno. As falas referem-se aos pensamentos, sentimentos, memórias, planos e discussão das pessoas a respeito do seu trabalho no processo de testagem.

O método utilizado na análise dos dados procedentes das entrevistas foi o da análise de conteúdo. Este tipo de análise pode ser designado por diversos títulos, mas, em síntese, é um método de informação útil tanto para o ensino como para a atividade profissional em uma organização, visto que tem como objetivos a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura, obtidos quando o pesquisador observa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens sistematizadas e orienta o contexto da produção (BARDIN, 2004).

No estudo, optou-se pelo uso da análise temática,

[...] na qual se busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo visado [...] a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. (MINAYO, 1994, p. 209).

A análise temática tradicionalmente trabalha com textos escritos, como transcrições de entrevistas e diários de observação, que, após serem devidamente manipulados e analisados pelo pesquisador, fornecem respostas às perguntas da pesquisa. Embora o *corpus* de texto esteja aberto a variadas possibilidades de questões, a análise temática interpreta o texto apenas à luz do referencial de

codificação, que se constitui em uma seleção conceitual, visando atender aos objetivos da pesquisa (BAUER; GASKELL, 2003).

Para a consecução da análise proposta, foram seguidas as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Com vistas a cumpri-las, os conteúdos transcritos foram agrupados por convergência de conteúdo, obedecendo as seguintes etapas de organização:

- Transcrição e conferência dos depoimentos gravados, obtidos mediante entrevistas realizadas;
- Leitura flutuante, releitura e análise das mesmas, identificando os respectivos núcleos de sentido que, depois de relacionados, foram selecionados pela identificação de presença ou frequência de Unidades de Significação;
- Interpretação dos dados, à luz do referencial teórico utilizado para o estudo, com apoio em bibliografia apontada como suporte para o estudo.

Neste sentido, e corroborando o referencial teórico explicitado anteriormente, os resultados das entrevistas apontaram às seguintes categorias de análise que subsidiaram a discussão do tema em estudo e que orientam a discussão tratada, a partir do ítem 6.2:

- a) oferta do teste na rede de atenção básica;
- b) ações de aconselhamento que acompanham a testagem;
- c) processo de diagnóstico do HIV;
- d) dimensões estrutural e organizacional e gestão do processo de testagem;
- e) capacitação dos recursos humanos.

60 DIAGNÓSTICO ANTI-HIV NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA NOS LÓCUS ESTUDADOS: REFLEXÃO SOBRE ALGUNS RESULTADOS

“A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isto, para que eu não deixe de caminhar”.
(Eduardo Galeano)

6.1 Apresentando os sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados 25 profissionais, a maioria (80%) dos quais diretamente ligados a assistência à saúde, com o quantitativo e detalhamento por categoria profissional dispostos no quadro 1, a seguir:

Categoria	Detalhamento	Total
Gestores de Programa	Nível Central -1 Nível Local – 2	3
Profissionais da Assistência	Médicos – 10 Enfermeiros – 6 Assistentes Sociais – 2 Psicólogo – 1 Odontólogo – 1	20
Profissionais da Coleta do Teste	Técnico de Enfermagem – 1 Técnica de Laboratório – 1	2
Total de Entrevistados		25

Quadro 1 - Profissionais entrevistados, segundo a categoria

Este quantitativo de profissionais esteve distribuído pelos seis tipos de unidades pesquisadas e o nível central da SMSDC-RJ, conforme pode ser visto no Quadro 2, a seguir:

Unidades de Saúde	Nº de Profissionais
Unidade Básica de Saúde com modelo PSF	2
CMS	10
PAM	3
CTA	4
Ambulatório Especializado	3
Pólo de Testagem/Gestão Local	1
Ambulatório da Providência/Gestão Local	1
Nível Central da Gestão da SMSDC-RJ	1

Quadro 2 - Tipos de serviços e quantitativo de profissionais entrevistados

Os dados individuais dos 25 profissionais entrevistados encontram-se dispostos no quadro 3, abaixo:

Sujeitos do Estudo	Sexo	Idade	Ano de Formação	Tempo de Atuação*
E1	F	51	1982	29
E2	F	47	1989	22
E3	M	45	1993	18
E4	F	48	1981	26
E5	F	45	1989	22
E6	F	52	1992	10
E7	F	40	1999	12
E8	F	49	1983	10
E9	F	40	1995	5
E10	F	54	1979	20
E11	F	40	1995	5
E12	M	45	1990	21
E13	M	53	1981	19
E14	M	34	1999	12
E15	F	40	1990	6
E16	F	40	1995	16
E17	F	51	1986	25
E18	F	60	1978	33
E19	F	53	NI	NI
E20	M	58	1980	30
E21	M	29	2010	1
E22	F	47	1986	3
E23	F	56	1988	26
E24	F	47	1987	24
E25	F	44	1994	8

Quadro 3 - Características dos entrevistados

Legenda: NI — Não informado

A maioria dos profissionais entrevistados foi de mulheres (72%) que possuíam idade entre 29 e 60 anos (média de 46,7 anos e mediana de 47 anos). Não foi obtida informação sobre tempo de formado de um dos entrevistados; dos restantes, exceto por um profissional recém-formado (2010), todo o restante era formado por profissionais com mais de 12 anos de formação profissional (mediana de 22 anos). No que se refere ao número de anos de trabalho na função que exercia no momento da entrevista, estes variaram, nos 24 entrevistados onde foi possível obter essa informação, entre 1 e 33 anos, com idade mediana de 18.

6.2 Teste anti-HIV e dilemas relacionados à oferta

Esta seção aborda a forma como os serviços de saúde se estruturaram e organizaram para responder à oferta do teste nas unidades básicas de saúde da AP-1.

A oferta do teste anti-HIV configura-se como prática de cuidado em que estão presentes novos valores, ideologias, aspectos biológicos e comportamentais que, muitas vezes, exigem melhores percepções e abordagens dos profissionais em relação aos usuários e se materializam no cotidiano dos serviços de saúde.

É proposto que a rede de atenção básica incorpore a oferta de assistência em casos de “menor complexidade”¹², dando acesso a exames complementares, medicamentos e a ações de assistência, promoção e prevenção, bem como ao atendimento de demandas e necessidades de saúde que interferem na vida cotidiana da população usuária dos serviços. Além disso, na extensão desta testagem para a Atenção Básica, o compromisso dos gestores estaduais, municipais e da sociedade civil tem sido associar esta testagem a outros espaços e eventos de saúde, como o cuidado pré-natal e a assistência vinculada à tuberculose e às

¹² Embora alguns, equivocadamente, se refiram à atenção básica como possuindo baixa complexidade, isso em absoluto é verdadeiro. Confunde-se aqui baixa densidade tecnológica (no sentido de tecnologias duras, ainda por cima), com baixa complexidade. Essa atenção, capaz de, se resolutiva, responder a até 80-85% dos principais problemas de saúde de uma população, exige a utilização de saberes e tecnologias leve duras e leves, que não permitem tal qualificação.

hepatites virais. que como anteriormente mencionado apresentam significativas taxas de co-infecção em pacientes com HIV/Aids.

A oferta do exame e a recomendação do aconselhamento — respeitando-se a decisão do usuário de realizar ou não o teste — são orientações preconizadas a nível nacional quando da detecção da presença destas condições.

Portanto, junto à demanda para a testagem por identificação de risco para o HIV e à solicitação de outros exames indicados por profissionais pela evidência de quadros clínicos suspeitos de imunodeficiência, tem-se um conjunto de indivíduos que são testados no nível da Atenção Básica, seja por manifestarem doenças com elevado índice de co-infecção, seja pela presença nos protocolos de indicação de testagem, como é o caso do pré-natal e Tuberculose.

Nos diversos cenários do estudo, a maioria dos profissionais entrevistados reconheciam a expansão da oferta dos testes anti-HIV na rede básica de saúde como uma via de acesso ao cuidado em saúde, embora destaquem a necessidade de arranjos funcionais em sua estrutura.

Assim, o teste é visto pelos profissionais com as características e dimensões referidas abaixo:

A oferta da testagem é um ganho importante para a população, um cuidado efetivo. A oferta melhorou muito, antes era difícil do Sistema de Saúde absolver. Havia poucos locais de oferta, mas agora, o Município, através da gerência, está comprometido com o atendimento integral, com os aspectos técnicos organizacionais, e tem trabalhado em conjunto com a CAP.1. [E11]

O instrumento de diagnóstico precoce de doenças na atenção básica, a idéia de prevenção e cuidado, assim como o teste, é cada vez mais entendido como cuidado, aqui e em outras unidades, com saúde pública. [E21]

É possível perceber que, na visão desse segmento de entrevistados, a oferta do teste em sua complexidade compreende a atenção à saúde, o diagnóstico e o tratamento, atendendo às necessidades da população, integrando prevenção e assistência através do compromisso com as políticas públicas que elevam a qualidade de vida.

Ressalta-se a dimensão da política de Aids e suas formulações, em que são preconizados o acesso universal aos serviços necessários e o atendimento, integrando ações de diagnóstico, prevenção e tratamento. Neste sentido, em um sistema de saúde universal como é o caso do SUS, a garantia de direitos a melhores condições de saúde é um desafio no que se refere a todas as etapas do cuidado —

ao diagnóstico, às estratégias assistenciais, ao fornecimento de medicamentos — indicativos da política pública de Aids.

Tendo em vista a solução dos problemas dos usuários, Matumoto (1998, p. 17) afirma que o acesso aos serviços, quaisquer que sejam eles, deve ser considerado como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”.

Em suas falas, os profissionais também parecem conceber a importância da oferta do teste e, portanto, do diagnóstico, como uma entrada no sistema de saúde, possibilitando os benefícios decorrentes das respostas oficiais e ações governamentais que vem sendo instituídas ao longo da trajetória da Aids no país. Assim sendo, devem desencadear uma reflexão sobre a oferta do diagnóstico, na perspectiva da política de saúde vigente, na organização e formulação das políticas de Atenção Básica e de Aids e, também, dos sujeitos implicados nos serviços de saúde:

As facilidades, eu acho que são o sigilo, poder vir aqui sem se identificar, a questão de não necessitar de prescrição médica... a pessoa vem por livre e espontânea vontade, se ela vem em situação de risco, ela pode fazer o exame, isto é uma facilidade ao acesso. E a questão do teste rápido, a rapidez do diagnóstico. [E14]

A oferta do teste facilita o tratamento, quando necessário e bem orientado. [...] Eu acho que o teste vem basicamente para passar informações, ter um diagnóstico e agilizar um possível tratamento, caso o resultado dê positivo. Em caso de negativo, a pessoa, com informação, pode se prevenir. [E15]

Estas falas explicitam também a questão da educação em saúde, quando os entrevistados destacam a importância da informação e orientação vinculadas à oferta do teste, independente, inclusive de seu resultado, podendo esta oferta ser compreendida como um instrumento/ferramenta educacional, desde que ocorra o diálogo e o esclarecimento quanto ao pedido de exame. Pensar a oferta do teste anti-HIV como prática de saúde envolve, necessariamente, a humanização do atendimento nas relações interpessoais profissional de saúde-usuário. Deste ponto de vista, a humanização contempla o acolhimento, no encontro entre profissionais de saúde e usuários:

O assistente social não pode pedir o teste, mas é referência para uma série de questões, demandas e orientações da questão da sexualidade. Na prática, tem uma série de funcionalidades... na gestação, no pré-natal, na TB, no planejamento familiar; de uma forma geral na prática educacional. É uma rotina e faz parte da rotina de discussão o preservativo feminino, masculino, conversar sobre DST/HIV/Aids, sobre o teste... os sintomas ainda aterrorizam muito. O teste funciona assim como um dispositivo de conversa e assistência. [E8]

A propósito, vale resgatar o pensamento de Franco e colaboradores (1999 apud RAMOS; LIMA, 2003, p. 29) transcrito a seguir:

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

O acolhimento pode ainda, nesses processos de diálogo, permitir aos profissionais de saúde identificar vulnerabilidades dos sujeitos, atuando no sentido de minimizá-las, na medida em que se reconhece que a exposição dos sujeitos é resultado de um conjunto de aspectos, tanto individuais como coletivos e contextuais que acarretam maior susceptibilidade a infecção e ao adoecimento (AYRES et al., 2003).

Cabe ser ressaltada outra visão do teste, manifestada na fala dos dois entrevistados abaixo, que destacaram o lado constrangedor da oferta, pelo receio devido ao preconceito relacionado ao medo do resultado soropositivo por parte das pessoas:

Ofereci poucas vezes o teste anti-HIV. Fico sem graça de oferecer porque não sei a reação das pessoas, o que elas vão pensar, elas podem ficar agressivas devido ao preconceito. Entendo que não posso obrigar a fazer o teste, se ele não quiser fazer, vai dar as orientações necessárias, mas a responsabilidade da saúde é do paciente. Sei que deveria oferecer mais o teste anti-HIV, falar de usar preservativo, conversar sobre comportamentos, proteger para a gravidez com métodos anticoncepcionais e falar de DST, mas não falo por falta de tempo, porque atendo 16 pacientes por turno.[E7]

É um exame que causa certa ansiedade na população. Cheguei a atender uma gestante que me pediu que não solicitasse porque ela preferia não saber. E outras... eu acho que são assim indiferentes, encaram como um exame comum, um exame qualquer, parece que não tem uma expectativa muito grande. [E9]

Em contraposição, temos percepções como a apresentada abaixo, onde outro entrevistado manifesta-se favorável à realização e explica detalhadamente seus potenciais benefícios para os usuários:

Eu vejo o teste de HIV como uma ótima ferramenta de inserção do público e acesso aos testes para que exista acesso ao diagnóstico e ao tratamento o mais rápido possível, para que não tenha o desenvolvimento de um problema de saúde mais sério. Por isso, é muito importante que o acesso seja ampliado na rede básica de

saúde, mesmo sendo muito difícil por vezes a gente lidar com os problemas que chegam junto. [E14]

Diante destas contradições, infere-se que o teste é visto como impactante e promotor de ansiedade para os usuários/pacientes, embora entendam a importância da realização do exame, percebendo-o como algo complexo, mas capaz de nortear sua trajetória de vida.

Na adequada compreensão do exposto, vale também lembrar que persiste na sociedade uma representação social da Aids e do teste anti-HIV que significa culpa, discriminação e isolamento em decorrência de vivências baseadas em crenças da epidemia, ainda calcadas na visão de uma vida devassa e desregrada, de constantes riscos e de grupos específicos. Para o profissional de saúde, que também tem suas crenças, histórias e representações sociais da doença, tratar com questões tão íntimas da vida dos sujeitos traz à tona uma dificuldade de lidar com a subjetividade do outro, escamoteada na excessiva produção exigida para o atendimento, que é verbalizada e entendida como “falta de tempo” para conversar sobre questões pessoais e, por fim, solicitar o exame.

Importa, pois, aos envolvidos no processo de diagnóstico e cuidado reconhecer que pessoas vivendo com HIV ou com Aids ainda são alvo de preconceito e de discriminação. A sociedade, mesmo com todos os esforços das ONG e da saúde pública de melhorar os canais de informação e comunicação sobre a condição, ainda padece do imaginário coletivo sobre a doença, que passa pelo preconceito e estigma associado à infecção (PARKER; AGGLETON, 2001). Desse modo, o momento de testagem é também espaço informativo-reflexivo, que, se bem aproveitado, pode auxiliar e contribuir para dirimir dúvidas, desconstruir visões preconceituosas, trabalhar enfim para reduzir vulnerabilidades adicionais.

6.2.1 A oferta do teste segundo o modelo biomédico, no cumprimento de protocolos de saúde na Atenção Básica

A Aids, em sua mudança de perfil epidemiológico, vem gerando complexidades, visto que evidencia questões sobre gênero, orientações sexuais, desigualdades sociais, raciais, indicando as dimensões físicas, associando-as a inúmeras doenças, assim como a transmissão vertical e as co-infecções. Na análise desta subcategoria discute-se a oferta do diagnóstico ancorado em aspectos orgânicos, segundo a transmissão vertical, as DST, a tuberculose, e outras questões vinculadas à sintomatologia de doenças e agravos.

Como já descrito, nas normatizações do Ministério em relação ao diagnóstico anti-HIV há a recomendação de realizar o teste anti-HIV com o consentimento e a decisão da usuária durante o pré-natal e o parto, para reduzir a transmissão vertical e favorecer a prevenção, evitando a transmissão mãe-bebê. E o que se pode observar é que existe uma boa aderência dos profissionais a essa recomendação, o que com certeza deve estar por trás dos dados do Ministério da Saúde que mostram que, nos locais onde as medidas profiláticas preconizadas foram implantadas na rotina do pré-natal, as taxas de transmissão vertical foram significativamente reduzidas.

Nas falas abaixo, podemos observar como acontece o pedido do exame vinculado ao pré-natal:

Especialmente quando há indicativo, mãe com HIV, mãe ou pai que faleceram, criança com baixo desenvolvimento, infecções que não melhoram. Os familiares sempre aceitam. Quando a mãe não fez o pré-natal, sempre ofereço para a mãe. [E5]

Converso para um rastreio, quando a paciente está grávida, principalmente, ou pretende engravidar, aí a gente pede os exames. Têm pacientes que tem mais de um parceiro, dois, três, um monte por aí. E, às vezes, quando a própria paciente vem solicitando que a gente peça porque teve um relacionamento qualquer que a preocupa. Eu entendo a oferta como um cuidado, a não ser que a paciente já venha com ele [o teste] como positivo, aí eu vou dar um conselho. O cuidado é para que a gente possa rastrear, tentar quando ele é positivo iniciar um tratamento, alguma coisa em fase bem inicial, para a gente ter um controle para que a doença não se desenvolva. Nem nela nem no bebê...[E18]

O teste de certa forma é tranquilo de pedir, de fazer, mas não o teste rápido. Eu, geralmente, peço para gestantes em pré-natal. Faz parte de um protocolo, pedir uma testagem anti-HIV; se, por acaso, a paciente for soropositivo, a gente faz o tratamento e evita a transmissão vertical; fora isso, temos tido poucos casos de DST. [E21]

O exame ofertado a todas as gestantes do país, independente de características comportamentais e sexuais, é recomendado uma vez que o conhecimento do estado sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico, mediados pelo aconselhamento, integram o cuidado no pré-natal e tornam possível a adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical pelo HIV. A esse respeito, segue-se o relato de um dos entrevistados:

Nunca foi agendado o teste rápido, e sim o convencional, seguindo o fluxograma. Também é ofertado o VDRL [VenerealDiseaseResearchLaboratory, teste para a sífilis]. São duas testagens no protocolo. O primeiro, no início da gestação; e o segundo, após a 28ª semana. É um horror quando a gestante já chega com oito meses. Então, envia para o CTA que o resultado vem com rapidez e elas são aconselhadas. O acolhimento na unidade de saúde é a última coisa que se dá valor. Não se identifica o risco, valoriza-se a doença, e não o que levou à doença. [E4]

A ação de saúde identificada acima evidencia a necessidade de cumprimento do protocolo para a profilaxia da transmissão vertical, vigente desde 1996. Entretanto, como nem sempre os profissionais de saúde o fazem, instala-se o "horror" mencionado quando ocorre a chegada de uma gestante com gravidez avançada, levando a inferir que nem todas têm acesso ao pré-natal (ou a pré-natal de qualidade), culminando no encaminhamento ao CTA para realização do exame anti-HIV e obtenção do resultado com rapidez, a fim de viabilizar os procedimentos cabíveis em cada situação.

É pertinente destacar que no CTA da AP 1.0 são recebidas as gestantes desta e de outras Áreas Programáticas em dias específicos, através do Polo de Testagem, com oferecimento do teste rápido, aconselhamento e a referência para tratamento, no caso de resultado soropositivo para o HIV.

Estudos epidemiológicos comprovam que o uso da terapia antiretroviral na gestação promove a queda da carga viral e o acompanhamento clínico contempla a utilização da terapia, a indicação da discussão do tipo de parto e a quimioprofilaxia para a parturiente e o recém nato, bem como a preparação para a não amamentação. A diminuição nas taxas de transmissão vertical do HIV é decorrente da política de rastreamento e tratamento de gestantes portadoras e esta redução não deve diminuir a atenção aos padrões éticos relativos à decisão soberana das

gestantes quanto à testagem. Como mencionado por um entrevistado mais acima, muitas vezes, nesses processos de testagem se dá mais valor à doença que a mulher e suas situações de vulnerabilidades, que deveriam ser trabalhadas, independente da sua situação gestacional e do resultado do teste.

Além disso, em estudo de 2003, Goldani e colaboradores já evidenciavam que não raramente o teste na gestação vinha se configurando mais como estratégia compulsória do que voluntária. Nesse estudo, realizado com 1.658 parturientes em três maternidades públicas de Porto Alegre, os autores identificaram que 59% das mulheres não haviam sido aconselhadas previamente, 18% não tinham sido informadas que seriam testadas e 3,2% ouviram que o teste era mandatório. Morimura e colaboradores (2006), em estudo com gestantes em maternidade-escola no Recife, mostraram igualmente a ausência de aconselhamento pré-teste (52% no pré-natal e 90% no teste rápido dentro da maternidade), além de problemas de recebimento dos resultados. Todos esses dados alertam para que testagem e cuidado não significam, necessariamente, a mesma coisa e quanto ainda há muito que se trabalhar nesse sentido.

Observamos também a oferta do teste anti-HIV levada a efeito por profissionais que atuam em serviços de saúde com clínicas que lidam com doenças sexualmente transmissíveis, que aumentam o risco de infecção pelo vírus HIV, tornando as pessoas mais vulneráveis. A abordagem do risco de transmissão do vírus vai exigir do profissional de saúde uma atenção especial, visto que o tema envolve questões como sexualidade, vida privada e múltiplas parcerias. Assim, quando há suspeita de doença sexualmente transmissível, este deve solicitar o teste anti-HIV e, por meio do aconselhamento, promover conversas sobre estilos de vida e ações de prevenção, redução de riscos, aliadas à vivência individual para possibilitar a quebra da cadeia de transmissão do HIV, como demonstram os recortes de depoimentos a seguir:

Oferto quando desconfio que o paciente teve algum risco, quando apresenta sintoma diferente do cotidiano, quando há sinais de DST, a clínica e as questões do coração o eixo, mas quando há gânglios, perda de peso, febre, não posso deixar de investigar. [E3]

Ofereço sempre que percebo necessidade. Aceitação é boa, especialmente quando há indicativo, mãe com HIV, mãe ou pai que faleceram, criança com baixo desenvolvimento, infecções que não melhoram. Os familiares sempre aceitam. Ofereço também para adolescentes que tem DST e quando relatam vários parceiros sem proteção. [E5]

Outro ponto a ser considerado como protocolo para a oferta do teste anti-HIV diz respeito à Tuberculose(TB), considerando que muitos casos de tuberculose estão relacionados ao HIV/AIDS. A justificativa da importância do exame anti-HIV, preferencialmente por meio de testes rápidos, é uma recomendação governamental relevante, e todo serviço que diagnostica e trata a doença deve estar preparado para incluir estas ações de saúde como estratégia para melhorar a co-morbidade TB-HIV. Os entrevistados manifestaram-se a respeito, argumentando o que se segue:

É fundamental, hoje, o simbolismo da Aids ... está mais aceito mas o teste anti-HIV, nem tanto. A Aids mudou muito. Hoje já pensamos em controle e tratamento. a expectativa de vida mudou. Hoje, tem muita gente com Aids e eles falam disso com clareza. Temos maior acesso aos medicamentos mas o medo do teste existe e é muito grande. Para os pacientes que tem TB, [o teste anti-HIV] é obrigatório. Exigem prioridade no atendimento [...] algum sintoma, o médico solicita o exame. [E1]

Sim, ofereço o teste, é quase obrigatório. Especialmente, sugiro quando percebo que possa estar clinicamente infectada. Quando percebo emagrecimento Pergunto ao paciente se quer fazer. Pede e oferece o teste. Acho muito importante o teste para esta população com TB. Se o paciente não quiser fazer não tem como obrigar. [E6]

Estas respostas quanto à oferta do teste revelam o entendimento que os profissionais de saúde têm quanto às diretrizes da política para o tratamento da co-infecção TB-HIV, adotando como prática de saúde a solicitação regular do exame. Assim, o cumprimento do protocolo, de acordo com a compreensão dos profissionais, é percebido como um recurso tecnológico que potencializa o cuidado em saúde porque, atualmente, com o aumento do número de casos de Tuberculose e sua associação com a Aids, a difusão da oferta do teste ganha a dimensão de cuidado com a saúde e benefício diante do diagnóstico e do tratamento.

O surgimento de novos antirretrovirais para o tratamento de pessoas vivendo com HIV, em meados da década de 90, por exemplo, determinou prioridades e provocou relevantes mudanças na rede de assistência, a exemplo da realização do diagnóstico precoce da infecção, da organização da rede pública de laboratórios e do monitoramento da evolução da doença (GRANJEIRO; FERRAZ, 2008).

Percebe-se abaixo que a solicitação do exame anti-HIV facilita o acesso ao tratamento e controle da doença e de seu comprometimento do sistema imunológico, nas pessoas que tem HIV/AIDS.

Diagnóstico precoce ajuda no cuidado à saúde. Cuidado tem a ver com a facilidade do acesso aos medicamentos e ao tratamento adequado e é importante para aumentar a sobrevivência. [E2]

Explico ao cliente quanto o teste, que se ele for positivo, quanto mais recente descobrir isso, facilita muito mais o tratamento dele. Ele é orientado sobre todas as formas de tratamento. Então a oferta do teste facilita mais o tratamento e, quando é negativo, eu oriento para que ele se cuide mais, faça uma reflexão melhor da vida dele e dos riscos. [E17]

As unidades de saúde, em sua maioria, dispõem de médicos, de variadas especialidades, e de outros profissionais, como odontólogos, que assistem pacientes com manifestações que podem potencialmente decorrer da presença de infecção pelo HIV ou mesmo de doença instalada, levando a solicitação da testagem vinculada a presença de sintomas potencialmente sugestivos da doença, como visto nos relatos que se seguem:

Quando desconfio que o paciente teve algum risco, quando apresenta algum sintoma diferente do cotidiano, quando há sinais de DST, solicito o exame. Na clínica, questões do coração são o eixo, mas quando há gânglios, perda de peso, febre, não pode deixar de investigar. [E3]

Quando existem sintomas que podem estar relacionados com a doença, eu sempre solicito. Na minha área, diarreia, emagrecimento, febre isoladamente. Aí, eu solicito a autorização do paciente, tendo em vista a legislação que ainda vigora, para a perspectiva do diagnóstico do HIV. Evidentemente, se ele apresentar alguma resistência, eu faço questão de explicar o real motivo. [...] Solicitação de teste mediante perspectiva de doença/infecção e a ideia de saúde pública com foco na prevenção e no diagnóstico precoce. [E20]

Até porque eu trabalho com uma doença muito mais infectante que a Aids: a Hepatite B... [...] a infectabilidade é maior do que a Aids e, no entanto, as campanhas de Hepatite B são precárias, são muito ruins em termos de informação. [E20]

Observa-se, a partir destas falas, que a oferta do teste não se limita aos protocolos; muitas vezes, testagem está orientada pela perspectiva clínica, a partir de um conjunto de sinais e sintomas que podem estar relacionados ao quadro clínico da doença, inclusive ao disposto critérios clínicos e laboratoriais orientadores do diagnóstico (critérios Rio de Janeiro/Caracas e CDC)¹³. Isso remete à necessidade de se trabalhar, junto à gestão e aos profissionais de saúde, uma melhor compreensão da oferta do exame como um cuidado em saúde, considerando as questões comportamentais, sociais, de direito e de cidadania. Ademais, os

¹³ Critérios dispostos na ficha de notificação de Aids adulto (pacientes maiores de 13 anos). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_6_1_015_0.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2011.

profissionais envolvidos deverão ser continuamente sensibilizados em seu desempenho cotidiano quanto à oferta do teste anti-HIV, percebendo-o como um benefício e um direito para a melhoria da saúde do usuário do serviço.

6.2.2 Oferta do teste e o cuidado em saúde

A busca de cuidado é uma demanda de atenção à saúde pela população. Na atenção básica, a inclusão da oferta do teste anti-HIV tem se configurado, tanto para os usuários quanto para os profissionais, como uma técnica de cuidado. A conceituação da rede básica de saúde como porta de entrada do sistema nesta situação traz em si a possibilidade de integração do diagnóstico, da prevenção e do tratamento, desde que se considerem as dimensões biológicas, subjetivas e sociais da população que demanda a oferta do teste. Neste sentido, há consenso nas falas dos entrevistados:

Na medida [em] que a terapia progrediu de forma tão substancial em vários locais, você não tem mais uma distinção estatisticamente significativa entre pessoas com e sem Aids. Então, a grande questão hoje tem sido engajar as pessoas precocemente no tratamento, e, neste sentido, um dos desafios mais importantes é que as pessoas saibam seu status sorológico. Eu entendo o teste como um cuidado com saúde, desde que seja voluntário e acompanhado de aconselhamento. Toda pessoa tem o direito de saber das condições de saúde dela. [E13]

Acho que a idéia da saúde pública na atenção básica é exatamente essa: prevenção, cuidado e diagnóstico precoce. Entendo o teste como um cuidado à saúde. Todos os mecanismos e instrumentos que a gente utiliza com caráter de prevenção, ou então, de identificação precoce em qualquer doença, se transforma em um cuidado efetivo. [E21]

Entendo como um cuidado numa política pública, dada a gravidade da doença e dos reais impactos sobre a população. Eu sempre deixo aberta a possibilidade que a hora que ela quiser, que ela estiver preparada, que ela venha e realize o teste, sem pressionar, como se ela tivesse a obrigação de fazer, mas eu deixo a porta aberta porque, às vezes, a pessoa tem medo. [E22]

Além do acesso, a qualidade da assistência ao paciente com HIV/Aids refere-se também ao processo do cuidado em sua amplitude e complexidade, articulando os preceitos da integralidade aos da universalidade. Os depoimentos trazidos apontam para uma perspectiva de integralidade das ações de saúde, em que o acesso ao diagnóstico está associado à assistência e à prevenção como processos de cuidado, levando a refletir sobre a importância do cuidar em saúde e de como

este pode efetivamente afetar não apenas a sobrevida, mas, sobretudo a qualidade de vida dos pacientes com o vírus.

Para mim, a oferta do teste anti-HIV é importante devido a toda a história da epidemia... e nos 25 anos que a gente passa informação sobre este tipo de DST, que o maior índice de transmissão é pela relação sexual e a importância de estar oferecendo para as pessoas, através do teste, uma melhoria na qualidade de vida, tratamento desde o início. [E15]

Os avanços observados no tratamento da doença, marcadamente através dos medicamentos antirretrovirais, permitem que o diagnóstico precoce da infecção referencie, de maneira resolutiva, os indivíduos portadores de HIV aos serviços assistenciais, possibilitando o acesso ao tratamento, com significativo impacto na morbimortalidade resultante. Essa importância é francamente reconhecida por número expressivo de profissionais entrevistados:

O teste é muito importante para a saúde das pessoas sob suspeita de infecção pelo vírus HIV. O diagnóstico precoce ajuda com o cuidado e tem a ver com a facilidade do acesso aos medicamentos e ao tratamento adequado. [E2]

Eu entendo o teste como um cuidado de saúde na medida em que a terapia progrediu de uma forma tão substancial que, em vários locais, você não tem mais uma distinção estatisticamente significativa entre pessoas com e sem Aids. A grande questão hoje tem sido engajar as pessoas precocemente no tratamento e, neste sentido, um dos desafios mais relevantes é que as pessoas saibam seu status sorológico. Então, nesse sentido, desde que o teste seja voluntário e acompanhado de aconselhamento apropriado, ele é um cuidado de saúde. [E13]

O cuidado é para que a gente possa rastrear. Tentar, quando ele é positivo, iniciar um tratamento, alguma coisa em fase ainda bem inicial, para ter um controle, para que a doença não se desenvolva. [E18]

De acordo com estes pontos de vista, a busca pela melhoria de atenção à saúde apresenta mudanças nas concepções que a epidemia de Aids vem trazendo com a oferta universal de tratamento e medicamentos a todos os soropositivos para o HIV, o que implica em reconhecer os nexos entre a oferta do teste e o tratamento. Grande parte do sucesso do programa de AIDSpode ser atribuída à garantia de acesso universal aos medicamentos. A universalidade, conquistada na oferta de assistência e de medicamentos aos que vivem com HIV/AIDS, representa nesse sentido a efetivação de um dos mais caros princípios do SUS. Entretanto, os profissionais também mencionam que esse acesso nem sempre é tão fácil:

Nosso trabalho voltou-se para os excluídos, para a Zona do Mangue e, de certa forma, prevemos o caos. Ainda tem pessoas que não conseguem ter acesso porque o tratamento de Aids ainda é uma ilha. O governo não atende esta camada baixa da população, que é discriminada. A dificuldade para conseguir ajuda para o tratamento

integral é uma constante. Os valores dos excluídos são muito diferentes, o tempo deles é o agora, a vida tem valor no dia que se vive. [E23]

As ações voltadas para a oferta do teste, e a consequente assistência, apontam ainda para a dimensão ampliada da necessidade das pessoas portadoras ou não de doenças. A propósito, afirma Ruben Mattos (2003, p. 57) que “[...] uma dimensão específica desta ampliação é a que diz respeito aos direitos das pessoas. A questão não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde, refere-se ao conjunto de direito das pessoas”.

6.2.3 Teste anti-HIV: comportamento sexual, riscos e vulnerabilidades

A Aids, desde seu surgimento até a atualidade, traz à tona questões particulares do âmbito privado e da intimidade dos sujeitos, a despeito da liberdade de escolha individual de cada ser humano. Contempla, portanto, as relações entre as pessoas, as orientações sexuais, o estigma, a vulnerabilidade e os riscos de contaminação pelo vírus HIV.

Como resposta oficial à epidemia, a oferta do teste anti-HIV associada a comportamentos passa a ter uma posição fundamental a partir da demanda dos sujeitos em situações de risco, vulnerabilidade e/ou manifestações sintomáticas relacionadas a doenças.

Segundo relatos dos entrevistados, a oferta do teste na rede de serviços volta-se para a doença, beneficiando o usuário no que respeita ao acesso ao tratamento com maior efetividade, mas permanecendo ancorada em questões relacionadas ao modo de vida que envolvem sexualidade, vulnerabilidade dos sujeitos, medo, discriminação e estigma diante de um possível resultado soropositivo, com sérios prejuízos para a saúde do indivíduo acometido pela doença:

A Aids se mede pelo comportamento das pessoas e pode ser transmitida através de vários parceiros [...] pratica de tudo que é sexo e aí pega. A oferta do teste diagnóstica o contágio com o vírus HIV... as pessoas vivem com grande promiscuidade, falta respeito aos outros. O uso do preservativo é um respeito para com uma mulher. O sexo seguro é uma forma de respeito. [E7]

A organização para a oferta ocorre porque há o atendimento de pessoas com maior vulnerabilidade, risco acrescido dos que praticam sexo sem ser seguro e a oferta é um benefício de saúde com abordagem direcionada ao diálogo. [E13]

Estes depoimentos confirmam que a oferta do teste ainda tem como foco a noção de risco que, tentando minimizar o discurso moralizante e imbuído de valores que persiste no imaginário social, consiste na solicitação do exame pelo profissional ao perceber multiparcerias ou suspeitar de um comportamento de risco. Mesmo com o avanço dos tratamentos e medicamentos, das novas tecnologias diagnósticas, como o teste rápido, nem todos os profissionais abordam com isenção a escolha de viver de cada um.

A partir desta visão, calcada em opções e estilos de vida que podem implicar na transmissão do vírus HIV, o teste só é solicitado mediante relato de atitudes “perigosas” diante da vida e da complexidade das relações humanas, sendo desconsiderado como uma ação preventiva do ponto de vista da saúde pública.

Cabe, nesse sentido, ressaltar o ponto de vista de alguns profissionais acerca do teste, para justificar a sua realização ou não, e a percepção que tem do usuário e seu modo de viver:

Quando desconfio que o paciente teve algum risco, quando apresenta algum sintoma diferente do cotidiano, quando há sinais de DST, solicito o exame [E3]

Quando eles relatam vários parceiros sem proteção... neste caso, falo da importância de repetir o exame a cada seis meses, fazer sexo seguro usando preservativo. [E5]

Alguns dos entrevistados atribuíram o comportamento centrado nesse foco às rotinas de trabalhos e a grande demanda:

Não dá tempo de conversar com o usuário sobre percepção de riscos e vulnerabilidade por ter poucos profissionais e uma demanda grande. Temos os abandonos, os seguimentos dos faltosos da semana, os problemas sociais e psicológicos, remédios para conferir e distribuir, conferir os exames, verificar a adesão ao tratamento, ao uso do DOTS. [E1]

A lógica da vulnerabilidade que expõe o indivíduo à infecção pelo HIV ainda não prevalece totalmente no momento da indicação do teste, sendo valorizados os sinais clínicos de doença, os protocolos definidores da doença, os comportamentos associados a riscos (travestis, gays, bissexuais, usuários de droga, profissionais do sexo) e os vinculados a protocolos de saúde direcionados a gestantes, portadores de DST e pacientes com tuberculose, identificados pelos profissionais de saúde. Isso

é contraditório ao comportamento da infecção pelo HIV, em que a grande maioria dos infectados são assintomáticos, e também foge à lógica da disponibilização do teste na atenção básica, que seria fazê-lo chegar cada vez mais próximo da população em geral, sem obrigatoriedade, inclusive a de testar todas as pessoas que freqüentam os serviços de saúde.

Quando ocorre a oferta diagnóstica relacionada ao comportamento na atenção básica, esta é permeada pela visão da contaminação e risco através da representação social da doença vinculada a grupos específicos, tal qual no início da epidemia, como podemos observar nas falas abaixo:

Compreendo que a oferta do teste serve para tirar uma dúvida que muitos pacientes ficam na cabeça, uma dúvida cruel que a pessoa fica quando tem relação sem preservativo, ou então usa uma droga injetável que compartilhou com outra. Ou então, uma pessoa da área de saúde que sofre algum acidente. [E11]

As pessoas vêm de livre e espontânea vontade, se vivenciaram uma situação de risco, podem se identificar ou não. Todas as testagens necessitam de aconselhamento por conta dos riscos, por conta da vulnerabilidade. [E14]

Quando a paciente está grávida ou pretende engravidar, a gente pede o exame; quando ela tem uma vida levadinha, quando tem mais de um parceiro, dois ou três. E, às vezes, o próprio paciente solicita porque teve um relacionamento que preocupa. [E18]

Compreende-se que a oferta do teste é um momento único para conversar sobre a singularidade do sujeito e atuar na prevenção, refletir sobre riscos e vulnerabilidades e, desta maneira, estimular a capacidade das pessoas em relação ao autocuidado e à redução de riscos.

Assim como o processo de oferta do teste discute o caminho das vulnerabilidades humanas, também traz temores gerados pelo preconceito, devido aos riscos e resultado soropositivo. Este tipo de resultado revela-se ainda como discriminação e exclusão, sendo estas consideradas formas de manifestação de violência contra o ser humano. Tais dificuldades foram observadas por dois entrevistados:

Existe a demanda de excluídos, sem acesso aos postos de saúde devido à discriminação. [E12]

Trabalhamos com pessoas excluídas uma vida inteira, que não sabem que tem que usar o preservativo. São sem noção da realidade cruel em que vivem. O governo não atende esta camada baixa da população que é discriminada. Os valores dos excluídos são muito diferentes. O tempo deles é o agora. A vida tem o valor do dia em que se vive. [E23]

Entendendo a exclusão social como um conjunto de problemas sociais que levam ao isolamento e à discriminação, percebe-se, ao situá-la no âmbito da saúde, que a falta de acesso aos serviços de saúde é mais um fator importante para o não exercício da cidadania.

O exercício da cidadania, atualmente, inclui o direito de acesso aos serviços de saúde e as questões sociais têm maior relevância e são mais complexas no contexto da epidemia do HIV/Aids. Os atuais excluídos são pessoas sem acesso social e cultural, até mesmo pelas ONG, pois encontram-se com capacidade social de verbalização precária de seus direitos e necessidades.

Mediante o exposto, a questão da universalização do acesso aos serviços de saúde, oportunizando o cuidado para toda a população, é ainda um desafio para os serviços de saúde.

6.2.4 Benefícios e dificuldades diante da oferta do teste

Com base no fato de que a oferta do exame deverá ampliar-se na atenção básica que, no modelo de saúde, assume um papel de reordenação do sistema e das práticas de saúde, este tema vem se configurando em múltiplas dimensões analisadas ao longo deste estudo.

A ampliação da oferta do teste na atenção básica promove, através das ações de saúde, a integração e o cuidado que interferem positivamente na qualidade de vida do indivíduo. Todavia, há contradições na solicitação do teste anti-HIV, quando vivenciadas pelos profissionais de saúde, que se fazem presentes nos depoimentos já apresentados. Estas contradições (ou tensões) serão configuradas em dimensões de benefícios e dificuldades, subtraídas de respostas colhidas nas entrevistas realizadas.

A dimensão dos serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde, no contexto da ampliação da testagem, é oportuna e pressupõe a necessidade da oferta do exame, bem como de horizontalizar a atenção e procedimentos do diagnóstico - compromissos com alguns princípios do Sistema Único de Saúde, tal como a universalização do acesso aos serviços.

Com a mudança da epidemia, a oferta dos testes, a organização dos pólos e a expansão diagnóstica para a atenção primária em saúde implicam em reavaliar os processos de gestão de modelos assistenciais, a inovação tecnológica quanto à utilização de novos testes, o uso dos testes de triagem com maior resolutividade, a utilização ampliada do teste rápido por profissionais capacitados, a formação de redes de atenção à saúde e de diagnóstico, tendo como eixo estruturante para a ampliação de acesso ao teste, a equidade na atenção à saúde.

Neste sentido, percebe-se que as pessoas que recebem o diagnóstico anti-HIV, muitas vezes, apresentam outros agravos de saúde, como, por exemplo, o diabetes, a hipertensão, riscos cardiovasculares, a tuberculose, entre outros. Estes agravos, muitos dos quais são crônicos, são tratados basicamente em serviços da atenção primária e secundária de saúde, o que implica cada vez mais que o diagnóstico e o tratamento de um portador do vírus HIV sejam feitos por um médico generalista e por profissionais de diversas categorias.

A tecnologia diagnóstica do teste rápido vem sendo desenvolvida com base na gratuidade, agilidade e praticidade, permitindo que, em apenas meia hora, o paciente faça o exame, conheça o resultado e receba o aconselhamento necessário. A tecnologia para outros testes rápidos, tais quais Sífilis, Hepatites Virais B e C, vem sendo expandida para estas enfermidades.

A questão do teste rápido aparece representada, para a maioria dos participantes do estudo, como uma facilidade descrita como se vê a seguir:

Se a pessoa vem em situação de risco, ela pode fazer o exame, isto é uma facilidade ao acesso.. [E14]

Acho que há uma diferença grande entre o teste convencional e o teste rápido. O teste anti-HIV, a gente pode, dentro da história que a pessoa está nos revelando e talvez com um sintoma invisível para nós, mas com a nossa prática, a gente percebe pela experiência que pode fazer a seleção do teste rápido como uma forma de agilizar um possível tratamento para aquela pessoa, minimizar o sofrimento dela e poder passar informações para evitar riscos, fornecer informações de prevenção tanto nas relações sexuais quanto nas outras condições de risco. Então, a facilidade em relação ao teste rápido é poder oferecer à pessoa, dentro do risco relatado, um resultado mais rápido. [E15]

A atenção ao diagnóstico da Aids precisa acompanhar estas transformações e necessita de uma absorção pela rede de atenção à saúde, orientada pela atenção primária, deixando assim de ser um programa vertical e colaborando na construção de redes integradas de atenção à saúde.

Na atenção básica, detectamos outros agravos de saúde para além das pessoas que vivem com Aids. A dimensão do aconselhamento não apenas abrange as questões sexuais e sociais, que precisam ser incluídas na dinâmica em relação ao cuidado, mas também se caracteriza como uma técnica transversal a diversas doenças e passa a ter uma competência que envolve o trabalho de saúde de forma abrangente e não somente em relação à Aids.

Em contrapartida aos que advogam o benefício da oferta do teste através da abordagem e da conversa, com a possibilidade de trazer entendimento, alívio, cuidado com a saúde e ajudando na compreensão do tratamento, existem visões diferentes acerca desta oferta, em que a testagem rápida é identificada como dificuldades que permeiam os serviços de saúde na rede básica:

É um teste difícil de ser realizado, fica sempre um sentimento antecipado. Eles ficam assustados com a possibilidade de estar com Aids e fazem um montão de questionamentos [...] [E11]

A maioria das pessoas quer fazer [o teste anti-HIV], agora o que pode fazer alguma diferença é o fato de muitas pessoas jamais irem buscar o resultado. [E13]

Como ressaltado pelos sujeitos da pesquisa, o teste pode desorganizar estruturas psicológicas, diante da constatação de situações de risco vivenciadas e do próprio diagnóstico, culminando em conseqüências adversas como, por exemplo, a não aceitação da própria sorocondição, o estigma diante de um resultado positivo e a redefinição de posturas e prioridades.

Com estas transformações advindas de novas tecnologias no processo diagnóstico é preciso pensar e apontar novos aspectos na prática do aconselhamento, promovendo a importância da adesão ao tratamento, a redução de demandas psicossociais e a prevenção da transmissão do HIV e de outras doenças.

6.2.5 A oferta do teste e o papel do CTA

Uma situação frequentemente observada e reiterada durante a pesquisa de campo foram os encaminhamentos de profissionais de outras unidades de saúde feitos para o CTA/HESFA desta Área Programática.

O CTA citado, único na AP-1.0, tem sido referência para unidades de saúde desta e de outras áreas, e vem acompanhando as diretrizes e mudanças no cenário da epidemia, oferecendo novas e atuais tecnologias de cuidado que incluem: capacitação permanente, teste convencional e teste rápido, acolhimento, aconselhamento pré e pós-teste, além de encaminhamento para as unidades de saúde dos usuários infectados pelo vírus HIV que necessitam de tratamento. O serviço também oferece exames, sob agendamento, a pacientes com tuberculose — encaminhados pela AP-3.1 e por serviços de saúde da AP-1 — e gestantes, no intuito de minimizar a transmissão vertical do vírus HIV. Portanto, este Centro atua cotidianamente nas interfaces diagnóstico-prevenção-assistência, dispositivos indispensáveis no processo de saúde.

Esta visão geral está no bojo das falas a seguir, de entrevistados de unidades que referenciam usuários para este Centro, a fim de obter aconselhamento adequado e resultados do teste com maior agilidade e resolutividade:

Às vezes, encaminho para o CTA, que tem teste rápido e aconselhamento. Falo da importância do teste para o seu tratamento. É só atravessar a rua e lá tem o teste rápido, que é uma grande facilidade. Sai mais rápido, diagnostica o HIV e tem o aconselhamento pré e pós teste. O paciente já vem mais preparado. [E6]

Minha categoria profissional (assistente social) não pode pedir o exame, porém tem uma porta aberta para conversar com o usuário. Às vezes, encaminho para o CTA/HESFA porque tem teste rápido e aconselhamento e é uma facilidade de acesso. Geralmente, encaminho para o CTA porque é próximo e tem a porta aberta para conversar. A coleta é feita nesta unidade e o exame no POC [PAM Oswaldo Cruz]. Esta é uma dificuldade de acesso. Geralmente, encaminho para fazer o teste no CTA. [E8]

Geralmente, há oferta quando está ligado à DST. Aí, encaminho e converso. Nem sempre o paciente quer encarar que está com uma chance de ser HIV positivo. Mas nem todo mundo que tem uma doença DST tem o HIV positivo. Mando para o CTA. [E19]

A partir do exposto, pode-se concluir que os serviços que oferecem a testagem e o CTA — com sua missão e organização, seu histórico quanto à oferta do exame anti-HIV e sua contextualidade no cotidiano das demandas de saúde da população — facilitam o acesso e a resolutividade quanto às demandas espontâneas e/ou encaminhadas para o diagnóstico anti-HIV, funcionando como referências para a rede.

Nesta perspectiva, o CTA tem o reconhecimento das ações de saúde que desenvolve, através da rede de saúde e por ser centro de capacitação para

profissionais de saúde com embasamento teórico e técnico relacionados à execução atualizada dos testes ofertados incluindo o aconselhamento.

Não obstante, as ofertas para realização dos testes no CTA não devem ser naturalizadas, pois é previsto que sejam assumidas pela atenção básica as demandas de oferta de teste anti-HIV e do aconselhamento através dos diferentes saberes disciplinares.

6.3 Aconselhamento e Testagem para HIV: (ainda) um desafio na Rede Básica de Saúde

Como já visto, uma das principais estratégias de prevenção da infecção pelo vírus HIV foi o oferecimento gratuito da sorologia para a infecção do HIV acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste. Desde o início da epidemia, a oferta do teste foi compreendida como uma "porta de entrada" para a abordagem de questões biopsicossociais para os indivíduos que se percebem como mais vulneráveis à aquisição de DST/HIV e, por isso, buscam espontaneamente o exame, bem como para aqueles que necessitam de esclarecimento sorológico, a partir de encaminhamento médico por sintomatologias diversas.

Destaca-se que o aconselhamento é uma diretriz governamental associada ao exame anti-HIV de decisão voluntária do sujeito, que deseja dirimir suas dúvidas em relação ao diagnóstico da infecção, e deve ter como premissas, o sigilo profissional; a relação dialógica no processo do aconselhamento entre os pares; a reflexão sobre as informações atuais sobre o HIV e a Aids; a conversa sobre as possíveis repercussões frente a resultados, reativos ou não reativos à infecção viral; o apoio emocional aos portadores do vírus HIV, e a referência para assistência a serviços de saúde, seja para os soropositivos ou para os soronegativos que tenham outras demandas de saúde.

O aconselhamento condensa, assim, questões técnicas importantes de atenção à saúde, ações que atravessam a promoção, a prevenção, o respeito ao modo e /ou estilo de vida dos indivíduos, o respeito à pessoa humana, garantindo seus direitos sociais e civis. Para tal,

O aconselhamento entendido como um diálogo centrado no usuário, baseado numa relação dinâmica de “estar com” [...] Visa proporcionar à pessoa, através de um processo de escuta e reflexão, a capacidade de percepção e avaliação de seus próprios riscos e, neste processo, resgatar os recursos internos que lhe possibilitem reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e da sua transformação. Para tanto, torna-se importante que ela reflita sobre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados ao HIV/Aids. (SILVA, 2004, p. 31).

Ainda sobre o aconselhamento, este está embasado em teorias e técnicas da Psicologia, compreendendo-se que os indivíduos possuem capacidades e potencialidades possíveis de serem desenvolvidas mediante processo reflexivo e dialógico. Nesse sentido, o aconselhamento objetiva “oferecer assistência, na modificação de suas atitudes e comportamento sem uma relação de ajuda” (ROGERS, 1942 apud ARAÚJO, 2003, p. 74).

Nestas referências dos entrevistados, observa-se que o aconselhamento que é executado nas unidades pesquisadas contempla questões que envolvem orientações sobre tratamento, sobre a história individual de cada sujeito e problematizações quanto ao impacto de resultado diante do teste rápido:

O aconselhamento é feito tanto por mim quanto pela enfermeira. Existe toda uma orientação com relação à efetividade do tratamento que não é mais como antigamente, [em] que se associava à Aids como uma doença com risco de morte eminente. Além desse aconselhamento, este paciente é orientado a procurar a Infectologia aqui de São Cristóvão e ele é acompanhado tanto pela equipe técnica, que sou eu, a enfermagem, quanto pelos agentes comunitários em relação à frequência na unidade de referência, quanto ao tratamento, se está seguindo ou não está, se tem alguma dúvida. [E21]

Eu acho que o aconselhamento é sempre diferenciado, já que é focado na história da pessoa, no histórico que a pessoa traz. Quando é oferecido o teste rápido, as problematizações que vão ser feitas, elas vão ser aquele momento que pode ser pontual e o impacto do resultado, que pode ser positivo ou negativo, está sendo absorvido naquele dia e naquele momento. [E25]

Parece importante ainda ressaltar a declaração de um profissional sobre o aconselhamento, quando diz que este é permeado por situações de risco que indicam vulnerabilidade e prevenção da transmissão do HIV. Também é marcante quando refere que

O aconselhamento funciona para qualquer tipo de problema de saúde. Todas as testagens necessitam de aconselhamento, por conta dos riscos e da vulnerabilidade. Tudo isso necessita de aconselhamento, para que a gente não faça um bolo pronto de orientações, mas sim uma discussão de que o usuário perceba a situação de risco para poder realmente diminuir seus riscos, aumentar a prevenção e a aquisição de doenças. [E14].

Da mesma maneira, podemos perceber nestas falas, processos de diálogos que ecoam os objetivos do aconselhamento previstos no mesmo Programa, os quais incluem:

- a redução do nível de stress;
- a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras;
- adesão ao tratamento;
- a comunicação e o tratamento de parceria(s) sexuais(s) e de parceiros de usos de drogas injetáveis. (BRASIL, 1997a, p. 11).

Seguindo a diretriz da oferta do teste com aconselhamento para a atenção básica, verificamos que este

[...] desempenha um papel importante no contexto da epidemia no Brasil [...] e quando avaliamos o que diferencia o campo de prevenção das DST/HIV/Aids, da prevenção dos outros agravos, não podemos deixar de considerar a ação de aconselhamento (BRASIL, [20--], p. 7).

Considerando que os serviços de saúde devem atender os princípios de humanização, onde o aconselhador tem um papel importante em uma busca contínua de cuidado, na melhoria da atenção à saúde e na revisão de concepções sobre práticas cotidianas, é necessário apropriar-se do aconselhamento como desafio de um modelo de saúde em transformação. Para tal, ele deve ser compreendido e executado como uma relação de encontro, onde ocorrem relações interpessoais e intersubjetivas através de abordagem do sujeito e do estabelecimento de uma relação de troca, focada na demanda do usuário.

Deve-se contemplar, também nos momentos de encontro, o acolhimento através da escuta das emoções e angústias e harmonizar com informações adequadas, apoio e reflexão sobre a vida do usuário, pois desta forma,

[...] facilita a superação de bloqueios subjetivos, permitindo avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção por DST e HIV/Aids, refletir e decidir por medidas preventivas viáveis e buscar melhor qualidade de vida, independente de sua condição sorológica. (FILGUEIRAS et al., 1997 apud ARAUJO, 2003, p. 92).

Nesta linha de pensamento, indagamos se os profissionais, através de suas declarações explicitadas, têm em sua prática a apropriação real do conhecimento sobre o aconselhamento e se, também, estão preparados para colocá-lo em prática.

Isso fica mais evidente, com o depoimento abaixo, onde a “falta de tempo” prejudica a escuta e o acolhimento:

Não há tempo para conversa, atendo 18 pacientes por dia. Sinto-me pressionado pelo tempo. Prendo-me à clínica. Sinto-me atento às questões clínicas que podem significar HIV; se percebo algum sintoma clínico e a necessidade do exame, converso no sentido de aprofundar a importância do exame. Acho que solicito pouco exame. As dificuldades são de tempo e do quantitativo de pacientes. E quando peço o exame demora. [E3]

Ainda que pressões da demanda crescente e do tempo sejam reais e, conseqüentemente possam prejudicar o olhar integral dos profissionais sobre as necessidades humanas dos pacientes, estes profissionais valem-se da abordagem centrada no adoecimento e não na busca de cuidado integral. Considera-se que a relação biomédica vigente não produz a atenção que vai de encontro ao cuidado à saúde.

A frase acima do profissional ilustra e se resguarda, na produtividade e conseqüentemente na falta de tempo, colocando estas questões como barreira ao atendimento mais humanizado e integralizado. Estas questões observadas pelos profissionais trazem as condições efetivas do atendimento e levam a um descrédito por parte da população, que não se sente acolhida em suas necessidades.

Quando se pensa na pressão da demanda por atendimento e na falta de tempo que os profissionais dispõem para atendê-la, estamos diante de desafios de organização da gestão e da assistência, que precisam ser equacionadas.

6.3.1 Acolhimento sem escuta: é possível?

Como prática indissociável das ações de prevenção, cuidado e aconselhamento, há a necessidade da escuta, que perpassa por aspectos éticos e técnicos de respeito ao sujeito visto como ser humano que nos fala, desde o lugar das suas particularidades pessoais, culturais e morais, de relação de gênero, de discriminação e outras.

A escuta tem dimensão bilateral, relacional e comunicacional. Deve-se esclarecer que esta é uma preocupação constante à medida que este contato com a

realidade aproximadas dificuldades vivenciadas pelos profissionais, no exercício cotidiano das unidades de saúde.

Precisamos, ainda, reconhecer que o tempo de atendimento interfere na escuta, seja por pressão do usuário pela atenção ou da própria proposição de produção nas atividades de trabalho, como vimos na fala do entrevistado anterior.

A reflexão crítica, se possível, deve ser feita a partir da compreensão de que o outro — enquanto sujeito — traz a sua história de vida, suas dores, que se encontram com as emoções, sensibilidades, valores culturais e morais, com o ritmo instituído pelo movimento institucional, que desenham o fazer e agir dos profissionais.

Este exercício de refletir e da criticidade deveria nos colocar diante de inquietações, onde seria problematizada a contradição do que se faz de como deveria ser feito para escutar o sujeito.

O processo de escuta e diálogo, considerado potencialno aconselhamento, desafia a pensar na prática desenvolvida, a superar a dominante ação de apenas escutar a queixa biológica e prescrever, sem pensar na possibilidade de ouvir a história de cada um, com ética, e compreender, assim, o significado do sofrimento trazido.

Segundo Freire,

“[...] escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro”. (FREIRE, 1996 apud FONTENELLE, 2001, p. 38)

É como acolhimento que o usuário sente confiança para falar de si mesmo e adquire respeito pelo profissional e pelo serviço, gerando alicerce à relação entre estes. Assim, acolhimento e escuta como instrumentos de trabalho que se encontram na organização dos serviços de saúde, melhoram a qualidade das ações desenvolvidas, sinalizando e propondo modificações no tensionamento que uma consulta ou qualquer outro procedimento em saúde pode desencadear. Estes dispositivos podem fazer refletir e organizar o processo de trabalho, desde que alterem relações impessoais e promovam diálogos, através da oferta de novos modos de atender o usuário. Isso porque escuta e acolhimento

[...] pode tudo interligar, tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de

conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de “acolher” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas. Creditamos a uma dada técnica de conversa ou de relação [...] a competência em manter todos esses espaços interconectados, oferecendo aos usuários as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Nesse sentido, pode-se dizer que esse dispositivo faz com que as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações (TEIXEIRA, 2003, p.101).

Com esse panorama e continuando a explorar os depoimentos dos profissionais, destacamos das entrevistas alguns das frases que correspondem ao modo como escuta e ao acolhimento vem acontecendo nos processos de testagem dentro das unidades de saúde examinadas nesta tese:

O papel do aconselhador é do outro que escuta. Não tem como a gente não se envolver. Tanto no caso das pessoas que negligenciam a possibilidade do risco com HIV e da possibilidade do resultado positivo, como aquelas que absorvem demais estas duas questões. Porque tem algumas pessoas que vem apenas por encaminhamento médico, sem a condição de que eu possa realmente ter me colocado em risco. Porque meu parceiro me cobrou, me exigiu. Quando não vem com esta condição, a postura é de que jamais poderia ter acontecido comigo. Isso mexe com a gente. Eu acabo me envolvendo tanto com os sentimentos da pessoa como com a história dela. São seres humanos e nós também. [E15]

Tem que aprender [no aconselhamento e prevenção] a escutar e não julgar... respeitar o direito do próximo. Isso é bem difícil e complicado. Então você escuta e acolhe... e, baseado na escuta, oriento. Trabalho redução de risco oriento para que traga o parceiro ou a parceira para a testagem. Nós não somos os donos da verdade. Só temos que esclarecer. [E17]

Estes diferentes comentários colocam sentido e reforçam a temática supracitada, que inclui várias técnicas que substancializam a escuta, o acolhimento e o envolvimento dos profissionais com o sujeito no contínuo processo específico de questões e ações vinculadas às DST/HIV/Aids. De fato, ao examinarmos a escuta e o acolhimento no aconselhamento diante da oferta do teste anti-HIV nos deparamos com as dimensões de cada usuário, com uma relação centrada na história pessoal e da própria epidemia do HIV/Aids, a concepção e dimensão singulares do diagnóstico, que são expressivos e biográficos para os que vivem o processo de saúde e doença.

No fragmento de entrevista abaixo, percebe-se a intensidade da relação de aconselhamento, que não é somente uma oferta de exame, mas também um cuidado a mais para cada sujeito-cidadão.

Quando a gente faz um atendimento e o aconselhamento, a gente tá com a pessoa desde o telefone até o momento que ele sai daqui com o resultado na mão. Então, nesta parte, a gente discute mais e a forma como é desenvolvido o trabalho, a gente

discute individualmente. A gente não é só oferta de exame. Nós somos aconselhamento. Então, a gente tem um cuidado a mais para receber cada pessoa. [E15]

O resgate da importância do cuidado e saúde exige respostas tanto individuais quanto coletivas no campo da saúde, bem como revisitar o modelo tecnoassistencial vigente e buscar uma visão integral do sujeito na sua dimensão de cuidado e de “ser” no mundo. Para buscar essa visão, faz-se necessário refletir sobre aspectos relativos a risco, vulnerabilidade e comportamento, sobre os quais nos detemos abaixo.

6.3.2 Riscos, comportamentos e vulnerabilidades no contexto do aconselhamento

As mudanças da epidemia não são referentes apenas aos citados grupos de risco e, além da discussão da vulnerabilidade, coloca-se a necessidade de horizontalizar a atenção envolvendo as linhas de cuidado e os procedimentos diagnósticos.

As dimensões individuais, sociais, culturais e políticas conformam o entendimento de vulnerabilidades, quando este se aproxima da questão de direitos humanos e suas inter-relações, desde que compreendidas nos contextos intersubjetivos, aproximando saúde e doença do cuidado em saúde (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010).

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres, nos abre perspectivas mais abrangentes, advindas de diversas disciplinas e do diálogo entre elas.

A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção. (AYRES, 1996, p. 11)

Segundo este autor, a resposta do conceito de vulnerabilidade propõe ir além da tradicional abordagem comportamentalista, das estratégias de redução de risco

individuais, sendo mais bem entendida no âmbito das diferentes etapas históricas da epidemia.

O termo vulnerabilidade aplicada à saúde coletiva tem trazido contribuições para a mudança do conceito de risco e seus significados, no que se refere à transmissão do vírus HIV e as pessoas afetadas, que tornava mais difícil a aceitação e inclusão da pessoa no meio social, já que o risco, como era visto, desencadeava o estigma em torno de determinados grupos e comportamentos.

Retomando o enfoque sobre o risco, Castiel (2010, p. 16) sugere que “[...] a palavra risco pode ser entendida como a própria ideia de perigo e sua possibilidade de ocorrência”.

O qual, na dimensão da saúde pública, “[...] é referenciado nos domínios ambiental, ao abordar riscos provocados por exposições a radiativos, poluentes tóxicos, e outros subprodutos de atividades econômicas e sociais [...]” (CASTIEL, 2010, p. 11).

E no plano individual, “[...] ao lidar com riscos resultantes de “escolhas” comportamentais pessoais, reconhecida pela expressão “estilo de vida.” (CASTIEL, 2010, p. 11).

Frente à especificidade da epidemia do HIV/Aids, os fatores relacionados ao risco foram identificados, sugerindo elaboração de medidas preventivas de controle com a eclosão da epidemia nos anos 80.

O risco, como identidade social, a partir de grupos e, posteriormente, de comportamentos, traz consigo uma série de questões ligadas à prevenção, que prescrevia — e ainda prescreve — condutas tidas como aceitáveis e adequadas. No dizer de um dos profissionais entrevistados,

Aqui, nós fazemos o aconselhamento desde o pré-teste. Nós fazemos avaliação de risco, falamos de prevenção. Eu converso, explico sempre todos os riscos e vulnerabilidades. [E8]

Os entrevistados têm noção de que a prevenção é complexa e que as propostas deterministas e comportamentalistas de educação em saúde não são suficientes e satisfatórias, dizendo que,

Esta epidemia impõe que a gente lance mão de estratégias, até mesmo sabendo que tem um aspecto que pode ser ruim do ponto de vista da aceitação, do atendimento, do emocional. Então, pensar na fragilidade de quem se identifica e percebe uma situação de risco... no aconselhamento, vai ter uma oportunidade de refletir sobre risco. [E25]

Sendo assim, as atividades de prevenção para o enfrentamento da epidemia não deveriam ter uma estrutura vertical e sim deveriam ser integradas ao cotidiano das ações em saúde, havendo a necessidade de se implantar um programa abrangente de prevenção do HIV/Aids[com o] olhar para além das fronteiras da “intervenção comportamental” para ter real eficácia. (CAMARGO JR., 2003c).

Nas entrevistas, encontramos diversos outros depoimentos que envolvem o reconhecimento de vulnerabilidades e sua apropriação nas ações de aconselhamento na oferta do teste anti-HIV,

É uma conversa muito especial sobre parceria, sexo e gestação. Raramente, o parceiro vem à consulta. Às vezes, vem com alguém da família, fala sobre exames, riscos de DST... trabalho muito estas questões. Encaminho os parceiros delas para exames, através delas, especialmente quando tem VDRL positivo. [E4]

Eu explico para as pessoas o fato delas terem tido, na maior parte da vida, relações sexuais sob influência de uma substância. Obviamente, dificulta a adoção de qualquer medida consistente. Eu explico para eles que o fato de terem tido relação sem uso do preservativo colocou eles numa posição de vulnerabilidade. Eles tem que se testar para várias coisas. [E13]

O aconselhamento pode (ou poderia, através do encontro) oportunizar o diálogo no sentido de pensar a saúde, não somente focado na percepção e avaliação de riscos, mas refletindo como lidar com um conjunto de recursos pessoais dos sujeitos, incluindo os intersubjetivos, de modo a transformar a saúde de forma mais satisfatória e saudável. Como expressa um dos entrevistados,

Converso sobre riscos, vulnerabilidade de adolescentes, sobre o não uso do preservativo, parceiros múltiplos, descuidos com a saúde, de uma forma geral. O adolescente, então, envolve uma atenção especial. O atendimento ao adolescente tem um diferencial, é, portanto mais demorado. [E5]

Como diz Ayres (2003), os processos de promoção à saúde e prevenção de agravos não podem ficar presos às tendências modeladoras e receitas, o que nos remete à questão do aconselhamento focado tão somente em orientação e prevenção, necessários, mas insuficientes.

6.3.3 Aconselhamento focado na orientação e prevenção

Inicialmente, a epidemia da Aids, no modelo doença-saúde instituiu a primazia do biológico sobre o social, em uma abordagem reducionista, em detrimento do sujeito enquanto ser social, cultural, com sexualidade, relações humanas e afetos, provido então de subjetividade e suas relações sociais.

Contudo, as experiências no campo do HIV/Aids enfatizam que os investimentos em prevenção, para obterem resultados efetivos, necessitam envolver sentimentos humanos não revelados e não calculáveis, junto com todas as consequências sociais, independente das taxas de prevalência do HIV no país (UNAIDS, 2002).

Retomando o que foi dito ao final da última subcategoria analisada, é interessante citar Ricardo Ayres quando diz que

[...] devemos pensar muito mais no que podemos chamar de “contextos de intersubjetividade”, isto é, delimitar espaços (sociais, culturais etc.) de interação geradores de vulnerabilidades e, de modo articulado, os contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades; a efetiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipadora em nossas práticas educativas. (AYRES, 2002, p. 11).

Os indivíduos estão inseridos em culturas sócio-econômicas diversas e as mudanças de comportamento variam de acordo com suas diferentes vulnerabilidades de grupos e seguimentos sociais. Entretanto, nas estratégias de prevenção mencionadas verifica-se que, com o progresso da epidemia, a abordagem no conhecimento, na informação preventiva e normativa não é suficiente.

Assim, no contexto do aconselhamento, a preconização de atitudes e comportamentos deve ultrapassar o repasse de informações que são necessárias para a compreensão do sujeito, considerando suas experiências e vivências distintas, somadas à valorização de escolhas, sentimentos e modos de relacionamento.

Conforme já mencionado, a doença não é apenas vista como realidade biológica. Cada sociedade forma, a partir de suas crenças e valores, uma ideia de adoecer, a partir de como os indivíduos estabelecem suas formas de viver e interpretar suas realidades. Isto nos ajuda a compreender e repensar o discurso de

prevenção, pois a produção de conhecimentos não evitaria as situações de risco e vulnerabilidade.

O que se verificou nas entrevistas realizadas é que esse modelo, normativo e pouco eficiente, mas difícil de ser ultrapassado, ainda se faz presente na atenção prestada nas unidades examinadas. A fala reproduzida abaixo indica preocupação em reforçar a prevenção e, ao mesmo tempo, valoriza a importância do papel da capacitação dos profissionais:

Há uma preocupação da equipe em orientar o usuário/paciente. Reforço todo o tempo as medidas de prevenção e como evitar o contágio. O paciente sempre dá a pista a partir de sua história de vida. Preciso de capacitação para estar mais preparada para conversar sobre o vírus HIV e orientar o usuário. [E2]

Eu oriento, falo sobre transmissão, prevenção e tratamento. [E7]

As presentes frases, tendo em vista o quadro delineado, relevam a disseminação de informação e contribuem para um movimento precário de mudança comportamental, ao não contemplar as dimensões subjetivas dos sujeitos que demandam atenção à saúde.

Na história da doença, podemos observar, na fala do profissional, representações de que certos comportamentos e situações aumentam as chances das pessoas se infectarem pelo HIV, como disposto abaixo:

Durante a consulta, eu pergunto quantos parceiros ela tem, se a relação dela é estável ou não, se ela sabe o que são DST., porque ela não está imune a nenhum tipo de doença sexualmente transmissível. Fazemos orientação e ela tem opção ou não de fazer o teste, com todo o caráter benéfico, caso haja uma descoberta de soropositivo. [E21]

Fica assim evidente que o conceito de risco associado a aspecto moral, presente desde a origem da epidemia HIV/Aids, tal qual a doença ficou conhecida, persiste moldando a atenção e o aconselhamento associado.

Pode-se afirmar que a dificuldade em perceber somente as situações de risco é um obstáculo a ser superado no caminho da prevenção e proteção individual, já que consiste em julgamento e é alvo de preconceitos diversos, relacionados a comportamentos. A forma como cada um constrói subjetivamente as suas representações sobre risco contribui para os impedimentos e dificuldades de alcançar proteção em relação à contaminação. As noções de risco, de multiparcerias

e promiscuidade trazem sentimentos de práticas de risco e culpa, e ainda persistem no imaginário social.

Do ponto de vista da política da prevenção, as percepções e avaliações de risco, apesar de terem evoluído, estão muito aquém da superação. Na experiência do aconselhamento aparecem, constantemente, na fala dos profissionais, fatores de percepção e avaliação de risco:

Geralmente faço orientações gerais, validade do teste, importância da testagem, condições que ocasionam um risco maior, possível comportamento de risco, aumento de DST, a importância do tratamento e do fato do paciente ter a opção de realizar ou não o teste. Faço nova consulta com orientações. Aceito quando o paciente não quer realizar o teste. Tenho que aceitar as individualidades e decisões deles. [E21]

Na esfera da prevenção parece ser muito mais fácil lidar com as questões de risco e fazer orientações para garantir a prática de sexo seguro e protegido na diminuição/redução de riscos, sem implicar os sujeitos no que realmente é possível no exercício da sua sexualidade e afetos, confirmando a racionalidade onde se “escondem” os profissionais no discurso da prevenção. Trataremos um pouco destas questões a seguir.

6.3.4 A individualidade e a intimidade: transitando entre o constrangimento e o julgamento

A sexualidade, desde o início da epidemia de Aids, ocupa uma centralidade ímpar no diálogo proposto no aconselhamento. As práticas e orientações sexuais e o próprio exercício da sexualidade possuem um lugar privilegiado na conversa e no encontro entre profissional e usuário, quando o teste é ofertado, diante do resultado do exame e/ou quando se vive com HIV/Aids.

No universo da oferta do teste, está em jogo falar sobre conjugalidades, parcerias amorosas e/ou sexuais, estilos de vida que, por vezes, imbuídos de valores constitutivos colocam em cena, durante o aconselhamento, o modo de vivenciar a sexualidade, trazendo dificuldades de lidar com a questão no universo particular de condução desta prática no cotidiano.

Tal vivência relatada esbarra em valores pessoais do profissional, causando constrangimentos porque estão inseridos em uma simbologia moral e certamente cultural. Como um dos profissionais entrevistados refere,

A gente oferece sim mas não é pra qualquer situação. A pessoa chega aqui, passa pela triagem social primeiro, conversa comigo, eu pergunto o que a pessoa deseja. A gente conversa, mas muitos ficam com vergonha de contar e serem julgados porque [a Aids] pode estar relacionada à promiscuidade, a pessoas farristas. Então, ficam com vergonha de relatar o que aconteceu, que acham que estão com o vírus. Então, passa por mim, pela assistência social. Pergunto o que está havendo e, no decorrer da entrevista, ele se abre e conta o que ocorreu realmente. [E11]

A despeito dessas dificuldades e da Aids ter exposto situações que implicam em relações de gênero e em diferentes e novas formas de amar e de obter prazer, a negociação do uso do preservativo tem recocado em pauta e alçado como modelo de prevenção para o controle da epidemia. Tal negociação vem se constituindo em valores sociais, alicerçada por representações sócio-afetivas.

A origem da doença e seu percurso estão vinculados à sexualidade que é exercida com o “outro” e que pode sugerir que este “outro” não se “cuida”. As formas como as pessoas se relacionam constroem subjetivamente as situações de vulnerabilidade frente ao risco de infecção e os laços afetivos podem significar impedimentos para se alcançar a efetiva proteção individual.

A sociedade moderna propõe comportamentos considerados padrões da vida contemporânea, corpos saudáveis e sarados, beleza (LUZ, 2008) e, paradoxalmente, condutas que incentivam a constante interação entre pessoas, a busca do prazer com pares conhecidos ou não, e, na contramão deste movimento, a elaboração de medidas de controle para a manutenção da saúde, da vida e do sexo seguro, diante de possíveis configurações de risco.

Os profissionais de saúde também têm conhecimento destas informações circulantes no meio social, mas quando se trata de ouvi-las, elas significam ou simbolizam a intimidade de quem vive a correr riscos de contaminação de DST/HIV/Aids, e que são, muitas vezes considerados entraves no caminho modelador da prevenção e do aconselhamento.

Ao conversar sobre estas questões, que implicam a intimidade do outro, os profissionais sentem-se com um grande poder de gestão sobre a vida e a saúde, e estas situações trazidas até eles, às vezes, podem ser traduzidas como julgamento ou constrangimento.

Este parâmetro de normalidade compreende códigos de sociabilidade que podem ultrapassar os limites da compreensão dos profissionais quando se deparam com situações singulares de vulnerabilidade que vem de encontro às suas posturas e valores éticos. E, assim, recorrem ao discurso regulador da prevenção como defesa, orientando as questões de saúde.

Estes profissionais, atores da prevenção e dos atendimentos, têm representações sociais sobre a Aids e sobre as pessoas infectadas, que se localizam no registro imaginário e perduram em suas experiências profissionais, influenciadas por valores, hábitos e costumes.

Ajudar o usuário a perceber e avaliar riscos frente à vida, à infecção pelo HIV e outras DST, é, sem dúvida, uma situação delicada. Com isto, queremos salientar que há outras visões no modelo de aconselhamento que não podem deixar de considerar a vivência dos sujeitos e de exercitar para não julgar e entender o motivo real que os leva à vulnerabilidade:

A gente tem que aceitar as individualidades. Por mais que a gente batalhe, oriente, tente fazer todo o discurso para que o paciente faça o teste, a gente tem que aceitar a opção dele. [E21]

A ética, no sentido da vida, introduz no discurso multiprofissional razões e significados inexplicados. Caberia interrogar como, em um aconselhamento, estas questões de valores singulares podem interferir na percepção da história do usuário.

Na frase relatada a seguir, observa-se o quanto é importante a privacidade no atendimento, já que freqüentemente trata-se da intimidade do usuário, buscando evitar exposição e constrangimento de ambos.

Para fazer o aconselhamento, preciso de um lugar adequado, de uma possibilidade para que a gente faça um aconselhamento e haja a realização de uma coleta em curto espaço de tempo. É muito difícil a gente aconselhar na unidade com este tipo de parede. [A estrutura] me possibilita ouvir a conversa dos outros, tanto a gente escuta quanto eles nos ouvem... às vezes, é até constrangedor. O paciente sabe que está sendo ouvido. [E21]

A precariedade da estrutura dos serviços de saúde é importante em quaisquer momentos de atendimento aos usuários, independente da condição ou motivo que os levem a demandar cuidado. No caso do aconselhamento e cuidado a pacientes portadores de uma condição, já cercada de tanto preconceito e estigma, a precariedade da estrutura assume uma relevância crítica. Essa precariedade,

analisada com mais detalhes na seção relativa à estrutura das unidades que ofertam o teste, já havia sido assinalada por Granjeiro e colaboradores (2009) em estudo para caracterizar e analisar os perfis tecnológicos dos CTA no Brasil, quando observaram que a estrutura física era precária em cerca da metade dos serviços, que não possuíam sequer espaço mínimo para a recepção do usuário, realização de atividades de aconselhamento e coleta de material biológico. Isso se torna ainda mais importante quando pensamos nas unidades de saúde da família, que tem seu modelo orientado para um cuidado comunitário, onde o paciente do “lado” pode ser um vizinho de bairro.

Em síntese, no processo de aconselhamento, profissionais e usuários devem buscar compreender e transformar o enfoque da vulnerabilidade e seus possíveis rearranjos. O aconselhamento admite diferentes avaliações, dependendo de sua perspectiva técnico-ético-política. Se focarmos o aconselhamento como uma prática integrante do binômio saúde-doença, o aconselhador deve prover organização interna e suporte para garantir acesso e qualidade no cotidiano dos serviços.

No aconselhamento, podemos ter a concepção de cidadão-usuário nas ações de saúde e a aceitabilidade de trabalhar o processo de cuidado. A aproximação com esta abordagem estimula o foco na intersubjetividade que atravessa a vida cotidiana de cada um, estimulando espaços de reflexão quanto ao cuidado em geral.

Estas múltiplas dimensões de cuidado, inerentes ao aconselhamento, envolvem um compromisso de que há muito a fazer e aprimorar no âmbito da oferta do teste, garantindo direitos de cidadania e pela melhoria da qualidade de vida.

6.3.5A emergência do processo dialógico no aconselhamento

O fator da escuta é imprescindível no aconselhamento porque facilita a relação entre profissional e usuário e exige uma construção dialógica e dinâmica. Entretanto, isto nem sempre ocorre vem ocorrendo nas unidades examinadas, conforme se pode identificar através do abaixo:

Não há muito tempo para conversas, o que conta é o relatado pelo usuário e os sintomas. Quando percebo que há a demanda, solicito o exame.[E2]

A dificuldade dialógica por parte dos profissionais pode ser um obstáculo para a eficácia do aconselhamento. Parte dessa dificuldade pode advir do fato que os profissionais de saúde, em geral, não são preparados com capacitações, espaços de supervisão e apoio de outros profissionais para entrar em contato com questões explicitadas pela Aids. Em consequência,

A Aids é duplamente desconfortável para a maior parte dos médicos, em primeiro lugar porque os coloca em frente a questões-tabus, como a sexualidade tida como desviante ou uso de drogas ilícitas, questões para as quais não se encontram preparados, uma vez que até então elas não vinham sendo objeto de reflexão para o saber da medicina. Em segundo lugar, a informação sobre o modo de contágio depende única e exclusivamente da informação dos pacientes [...] o único referencial para possíveis contágios, desde o início da epidemia, é a palavra do paciente, no qual usualmente o médico não confia, por supor que o mesmo sempre mente, omite ou se equivoca. (CAMARGO Jr, 1994, p. 47).

A importância da relação de troca entre profissional e usuário, bem como a abordagem centrada no indivíduo é atravessada pela circunstância da vida da pessoa e seus desdobramentos. Apesar dessa afirmação, nem sempre isto ocorre devido a alguns fatores incluídos nos relatos dos profissionais entrevistados:

Encaminhamento para o CTA porque lá tem aconselhamento individual; geralmente, encaminhamento para o CTA porque é próximo e aí o CTA entra na história. [E8]

A maioria aceita [o teste], às vezes nem sabe, porque está dentro do cardápio de exames. Às vezes, eles já sabem que tem o HIV e fazem para confirmar e contam. Muitos fogem, desistem e aí temos que fazer busca ativa e o médico que conversa, até porque é ele quem dá o resultado e inicia o tratamento. [E1]

Estas declarações revelam a dificuldade de se estabelecer um vínculo maior e trazer benefícios reflexivos para a promoção da saúde. Os profissionais apresentam relutância quanto aos aspectos biopsicossociais relacionados à infecção pelo vírus HIV, e conversar sobre sexualidade, o uso de drogas, situações de exclusão e vulnerabilidade, durante o aconselhamento, acarreta sentimentos passíveis de ansiedade e angústia.

Além disso, paralelamente ao aconselhamento sem tempo para a escuta de relatos dos usuários, é notória a produção de atendimentos (em muitas das unidades visitadas, esta produção é mencionada como dezoito pacientes/turno) orientados pela direção dos serviços e por necessidades da população.

A produção de atendimentos ancora-se na fragilidade e carência de atenção à saúde por parte dos usuários. Sendo assim, faz-se necessário rever e reconstruir as práticas de trabalho tendo em vista que o profissional de saúde é um cuidador que também necessita de tempo para a escuta.

Visando a saúde dos profissionais que cuidam do outro, seria relevante promover a saúde emocional destes cuidadores, ampliando a reflexão sobre o seu fazer profissional, o autocuidado, a criatividade, a produtividade, melhorando os relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente, proporcionando a compreensão do sentido do cuidado em saúde relacionado ao papel do cuidador.

6.4 Dimensões dos resultados do teste anti-hiv no contexto da atenção básica: realidades e subjetividades

Do ponto de vista do diagnóstico, esta categoria abordará o aconselhamento pós-teste, com toda a complexidade que ocorre no encontro com o sujeito que realiza o exame anti-HIV e retorna à unidade para receber seu resultado.

O depoimento do profissional, a seguir, ilustra a importância do aconselhamento pré-teste e seus desdobramentos no momento do resultado diagnóstico:

Quando você agenda um resultado de sorologia, você ganha tempo para atentar para alguns elementos que são refletidos no pré-teste e identificar questões de vulnerabilidade [para que] no momento do pós-teste, ele tenha outra oportunidade de estar revendo estas situações e trazendo problematizações. [E25]

Sabe-se que a trajetória da epidemia provocou marcas indelévels no imaginário coletivo trazendo um repertório de questões para os que se descobriam portadores do HIV/Aids ou que se deparavam com a necessidade do diagnóstico anti-HIV com a realização do teste. O portador de HIV/AIDS — excluído, segregado e discriminado na sociedade, por contrariar as regras ditas “normais” — é visto como um transgressor e, esta exclusão, torna-se real e simbólica, por confundir-se com a sua própria subjetividade.

Com o avanço do conhecimento científico e das respostas públicas e sociais à epidemia para outros segmentos, a Aids passa a ser compreendida como uma doença sem preferências, mas mantendo, até os nossos dias, registros de preconceito no convívio social. Assim, o conhecimento do diagnóstico ainda aponta para o medo da morte civil, discriminação, sofrimento psicossocial, degradação do corpo e perdas imensuráveis referentes ao trabalho, à família e ao círculo social.

Em função das dificuldades e dos “fantasmas” que esta epidemia trouxe ao cenário mundial, o aconselhamento, realizado por profissionais capacitados, torna-se fundamental como método de ajuda, reflexão, suporte, apoio e cuidado quando adequado à singularidade de cada sujeito, auxiliando no entendimento sobre a oferta dos testes, a interpretação de seus resultados e implicações na vida, sejam os resultados soronegativos ou soropositivos.

Os profissionais, a seu tempo, diante dos resultados, devem agir com receptividade, escuta, refletir sobre dúvidas, esclarecer sobre a confiabilidade dos testes e, neste processo, compreender a dimensão emocional dos sujeitos, visando outras medidas de cuidado, prevenção e a recuperação de projetos de vida e auto-estima..

Na relação profissional e sujeito é desejável que sejam compartilhadas, reflexivamente, situações presentes nos relatos dos usuários, por vezes difíceis de manejar e que extrapolam a questão clínica, onde a delicadeza e a sensibilidade do profissional sejam elementos constitutivos para o desenvolvimento desta convivência.

Estes fios condutores do aconselhamento e do cuidado ganham relevo, especialmente, no momento da comunicação do resultado do teste HIV que, por vezes, trazem alívio ou sofrimento à pessoa diante do diagnóstico.

No cotidiano dos serviços de saúde, quanto perguntados sobre o diagnóstico do HIV, encontramos respostas dos profissionais que nos convidam à reflexão deste procedimento. Um dos profissionais manifesta, em sua fala, o significado da entrega de um resultado:

Pra mim, que estou aqui do outro lado da mesa, entregar um resultado não é difícil. O que mexe com a gente, eu não diria que é a dificuldade, porque há uma aceitação nossa em relação à história que aquele ser está contando. Então, tem casos que não é difícil dar o resultado... difícil é fazer o outro entender o resultado. [...] Outras pessoas tem dificuldade de aceitar a condição da sorologia e que isso é importante na adesão ao tratamento. [E15]

Nesta fala, percebemos claramente que a aceitação do diagnóstico passa por inúmeras circunstâncias, que inclui a aceitação do que foi relatado ao profissional pelo usuário. Porém, ela também remete para as dificuldades do outro no entendimento da própria sorologia e da necessidade de adesão ao acompanhamento e ao tratamento, quando for o caso, já que estes fatos nos revelam a complexidade desta aceitação específica do diagnóstico. No reconhecimento deste diagnóstico positivo, emergem dificuldades diversas — pessoais, familiares, econômicas, entre outras. Não sem razão, uma das saídas que os indivíduos adotam, após esta comunicação, é o acionamento de processos psíquicos que parecem promover uma cisão na qual os sujeitos tendem, muitas vezes, a ignorar o resultado em favor da tentativa de manter a integridade mental.

Neste contexto há o relato trazido a seguir em que outro profissional destaca sentimentos e emoções que interferem no aconselhamento pós-teste:

É muito difícil o aconselhamento no caso de resultado positivo. Porque devido ao estigma, a pessoa ainda tem a sensação de estar recebendo uma notícia com tendência de morte. Tem resultados que ainda te impossibilitam muito, que te emocionam muito, como no caso de uma criança, de uma gestante. [...] a gente fala de um tratamento simples, mas que, na verdade, pode ter falhas. [...] a gente passa o lado bom da coisa. A gente vai falando sobre as transformações, que hoje é uma doença crônica, e que o tratamento ainda é difícil [E17]

Este profissional, ao demonstrar seu envolvimento, lança a mão de repassar aspectos positivos em relação ao tratamento para lidar com os sentimentos advindos de um resultado anti-HIV reativo, mesmo reconhecendo que são possíveis — e até prováveis — dificuldades e intercorrências ao longo da evolução e do tratamento. A esse respeito, Moreno e Reis (2002, p. 22) referem que,

[...] o que o indivíduo que procura o atendimento espera é a existência de uma palavra que lhe prometa a cura. [...] apega-se à promessa do adiamento do aparecimento dos primeiros sintomas da doença que a nova terapêutica promete, recalçando o fato de que ela restringe e limita o dia-a-dia do indivíduo, em função das peculiaridades de sua administração.

Ocorrem ainda situações em que alguns profissionais relatam, nas entrevistas, o fato de nunca, ou raramente, terem dado um resultado de teste:

Nunca dei resultados [positivos], se tiver algum, falo o necessário, por falta de tempo. Atendo por turno 16 pacientes.[E7]

[...] raramente dou um resultado negativo ou positivo. Aqui não é um posto que tem um setor especializado nisso, nessa DST. Eu encaminho para o 15º andar, quando tem um exame positivo. [E19]

Abordando esta questão trazida pelos profissionais, um deles relata sua dificuldade por falta de tempo, à medida que o outro raramente o faz, sob quaisquer resultados, seja por razões de inexperiência, não capacitação ou falta de estabelecimento de vínculo ou mesmo de oferta do exame e do aconselhamento, entre outras.

Na sequência, trataremos do posicionamento de alguns profissionais no que concerne ao resultado soronegativo. É importante ter em mente que este resultado é tão relevante quanto o positivo para o aconselhamento. É evidente que as práticas em ambos os casos são diversas, mas o acompanhamento pós-teste deve ser realizado sempre.

Normalmente o que eu faço é tentar encaixar isso no esforço que as pessoas fazem para comporem suas vidas. Então, eu sempre falo para as pessoas que elas estão lidando com vários problemas e que esse [o resultado negativo] é apenas um a menos. O meu discurso é mais ou menos o mesmo para os negativos e para os positivos, no sentido de que é todo um esforço que ele está fazendo para recompor sua vida. [E13]

No caso do resultado negativo, além do apoio emocional que muitas vezes é requerido, as estratégias de prevenção tornam-se um dos principais objetivos. A escuta treinada do aconselhador e a capacidade de vincular-se ao relato do usuário são fundamentais para que esse processo obtenha frutos positivos. Essa prática é ressaltada em algumas falas:

Quando é soronegativo, há o reforço das formas de prevenção e de mudança de comportamento. Preservativos. Não há distribuição deste insumo com frequência [E2]

Falo que é negativo até o dia que colheu, oriento para cuidar-se, proteger-se. Olhai e vigiai. Também, às vezes, solicito ajuda à psicologia para os negativos, para mudança de comportamento. [E 6]

Nota-se, entretanto, que os profissionais tendem a ter um enfoque sobre as situações de risco relatadas e no tema da janela imunológica:

O resultado negativo, se tiver comportamento de risco, peço para retornar e repetir a cada seis meses. [E5]

Se o resultado é negativo, oriento, trabalho janela imunológica e espero três a seis meses para repetir o exame. Eles falam as vezes da suspeição do parceiro. Tem que conversar sobre DST, AIDS e elas pensam que a Aids mata[E4]

No caso de negativo, a gente avalia se o paciente está numa janela imunológica, se o teste precisa ser refeito ou não, reforço a necessidade de chamar o (a) parceiro (a) para se fazer a testagem, incentivo a prevenção.[E17]

Estes depoimentos suscitam questões que merecem reflexões acerca da necessidade de mudança de comportamento, continuamente associado a situações de risco, que demanda informações preventivas, incluindo o uso adequado de insumos de prevenção e adoção de práticas mais seguras.

Parece que esta forma de lidar com resultados soronegativos tem, por um lado, atitudes consideradas relevantes ao cuidado e, em contrapartida, há um protocolo de orientações sobre prevenção que, por vezes, pode impedir o compartilhamento da intersubjetividade entre os sujeitos envolvidos. Como referido por Leonardo Boff,

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas sim a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. (BOFF, 2000, apud LACERDA; VALLA, 2005, p. 111)

Na visão de Valla e Lacerda,

o cuidado requer uma atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o próximo, pois compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. (LACERDA; VALLA, 2005, p. 111)

O processo diagnóstico para o HIV exame pressupõe olhar a respeito do cuidado, viabilizando o encontro do sujeito com a sua história em um espaço privilegiado, onde este pode iniciar uma reflexão e uma discussão com o profissional e, sobretudo, consigo mesmo acerca do sentido do exame em sua vida pessoal e social.

Em uma abordagem divergente da descrita acima, observa-se a visão de outros profissionais, que minimizam e desqualificam o aconselhamento para os diagnósticos soronegativos:

Quando é negativo é negativo e acabou, Não tem toda aquela orientação que deu negativo, mas tenho que só alertar para a prevenção. Se deu negativo, que bom, graças a Deus! [E9]

Quando é negativo, não tem problema nenhum, a gente diz que é negativo, o paciente fica muito feliz e acabou a história. Falo sobre as formas de prevenção. Explico bem. Acho que as pessoas estão se conscientizando [E18]

Esta prática demonstra a simplificação dada a este tipo de resultado, em contrapartida às estratégias de cuidado à saúde, recomendadas por Boff, como observado acima.

Outros profissionais mencionam práticas, onde se pode notar um olhar mais abrangente para o resultado negativo. Muitos ressaltaram a importância desse resultado na vida das pessoas que vão se testar nas unidades de saúde e destacam o diálogo e a implicação do usuário em suas práticas diárias, no que tange à prevenção da infecção.

Quando o resultado é negativo, nós fazemos toda a avaliação de risco, avaliamos a janela imunológica. Então, o resultado negativo também é importante pra que essa pessoa não se torne positiva à frente. Então, reforço a questão da prevenção, dos riscos, aquela coisa toda. Questões de encaminhamentos para outros locais, de comum acordo com o usuário. Se for demanda de Psicologia, avaliação de DST, a gente envia para outros setores do próprio hospital aqui. [E14]

Também se buscou conhecer como o aconselhamento, em caso de resultado positivo, está sendo realizado, já que, em suas dimensões, deve ser manejado com delicadeza e cuidados técnicos específicos, pois, geralmente, traz impacto com fantasias e mitos que envolvem a epidemia e a singularidade do encontro entre o usuário e o aconselhador no contexto do diagnóstico.

Os atores entrevistados também se diferenciaram quanto às orientações realizadas no pós-teste quando o resultado é positivo. Há aqueles que nunca tiveram essa experiência, e, por isso, é possível que tenham pouca ou nenhuma prática tanto no aconselhamento quanto no encaminhamento posterior, como constata-se nas falas seguintes:

Nunca dei um resultado positivo no CMS. Teve uma história diferente. Um bebê sendo amamentado pela mãe e o pai era HIV descoberto. Ela fez o pré-natal e o exame foi negativo. Amamentou muito tempo. O marido ficou doente e foi internado no HSE. Ela fez o exame porque fizeram a checagem da família. [E5]

Aqui, graças a Deus, não tivemos nem um paciente que o resultado deu positivo; o que nós temos são pacientes que já estavam com o diagnóstico e nós estamos fazendo o seguimento. Esses pacientes que tem feito HIV são esses que o resultado não vai para eles, vem para mim, aí a gente agenda uma consulta, mesmo que o resultado seja negativo, ele é novamente orientado, que deve seguir as orientações sobre o uso do preservativo, outras orientações e fazer outro exame. Quando é positivo temos dificuldades de fazer o tratamento e encaminhamos para o CMS. [E22]

Sobre esta prática mencionada, percebe-se que está diretamente relacionada à oferta do exame. Alguns profissionais se fixam em seu discurso diretivo, disciplinar e específico em seus saberes, sem priorizar os aspectos pessoais que envolvem a sexualidade, crençases hábitos de vida de cada pessoa, relacionados a um diagnóstico soropositivo.

Outros profissionais que já entregaram resultados deste tipo observam que não é um diagnóstico de fácil abordagem:

Informo ao paciente o resultado positivo, falo do tratamento, oriento e o encaminhamento para a infectologista. Acredito que a infectologista faça o apoio. [E3]

Quando é positivo, é que é complicado. Se o resultado é positivo, é uma conversa difícil. Você tem que conversar sem tempo determinado, conversar sobre o medo do adoecimento, da morte, da culpa, da traição com o paciente. Normalmente, eu encaminhamento ele para o décimo quinto andar para a clínica oito [clínica de infectologia]. A gente conversa bastante com o paciente. [E4]

Além do encaminhamento de praxe para o tratamento, alguns profissionais mencionaram que aconselham para que os parceiros sexuais soronegativos sejam também levados ao serviço com o objetivo de desenvolver estratégias preventivas com vias a não transmissão do HIV.

No que diz respeito à vida do casal, um diagnóstico de HIV tende a produzir uma resignificação da relação em um contexto de dúvidas e incertezas que certamente atingirá esferas do vínculo sexual-afetivo, carregadas de subjetividade. Nesta situação, há um impacto de gradações de sentimentos que permeiam a conjugalidade, a partir do medo de ser infectado pelo “outro”.

Na sociedade contemporânea, aquilo que foge de uma vida saudável e sem riscos parece merecer hoje um certo repúdio, devendo, por conseguinte, ser evitado para cada indivíduo. Este contexto acentua a situação de sorodiscordância, que pode ser tomada como uma constante prática de risco. (AMORIM; SZAPIRO, 2008).

Ao que as autoras acrescentam que:

[...] buscar orientar suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a busca da saúde e para evitar riscos [...] é desta forma que a prevenção é tomada como vigilância de prováveis ocorrências (de doenças, anomalias etc.) que devem ser minimizadas e de comportamentos saudáveis a serem maximizados. Este discurso tem, no entanto um caráter essencialmente médico, biológico e racional... e são estas características que fazem que não consiga se sobrepor aos comportamentos fortemente marcados na subjetividade. (AMORIM; SZAPIRO, 2008, p.1.862).

O trabalho desenvolvido nestes momentos deveria ser um misto de acolhimento e orientações que perpassam pela subjetividade do sujeito, fundamentados em reflexões, informações e argumentação científicas, mas fornecidas em linguagem acessível e dialogada, possibilitando o sujeito à construção de um saber compartilhado e o enfrentamento conjunto desta nova realidade.

A importância do significado do resultado soropositivo para parceiros também soropositivos pode ser entendida sob diversos aspectos e a prevenção de reinfecções é um deles, entendendo reinfecção como a aquisição de nova infecção, com vírus de subtipos semelhantes ou distintos da infecção anterior.

Em uma relação, quando ambos são soropositivos, o uso do preservativo previne a reinfecção e evita, assim, a aceleração da deficiência imunológica que, por sua vez, facilita a ocorrência de doenças oportunistas.

Além disso, o aconselhamento do parceiro que, provavelmente, não tem conhecimento de seu status sorológico, pode influenciar na vida do casal, visto que receberão as informações e o acolhimento no momento ímpar do aconselhamento, com suporte de um profissional com escuta qualificada.

Resultado soropositivo para o vírus HIV é encaminhado para tratamento, colocando sobre sua importância, incentivando a trazer parceira, forneço preservativo. Se tem filhos pequenos e é positivo, testa-se a criança na pediatria [E2]

Tem casos que não é difícil dar o resultado, é difícil fazer o outro entender o resultado. Porque algumas pessoas têm o nível de compreensão pequeno. Então, a dificuldade que eu diria é de ter um retorno do outro, daquilo que ele entendeu do que a gente está passando. Outras pessoas têm a dificuldade de aceitar a condição da sorologia e que é importante a adesão ao tratamento. Outra dificuldade também quando se tem um teste positivo, é deles entenderem que devem trazer os seus parceiros. [E15]

Observou-se ainda das entrevistas que, por vezes, o aconselhamento é realizado apenas pelo médico:

No caso de soropositivo, a médica que aconselha. Ela que dá o resultado, tanto negativo quanto positivo. Faço encaminhamento, atendo os pacientes soropositivos depois que pegaram o resultado. Provavelmente, eles voltam para fazer solicitação de RIOCARD, Bolsa família, aposentadoria. Tem gente que quando pega o exame, sabe da notícia, nunca mais volta. [E11]

No entanto, este aconselhamento pode ser efetivado por qualquer profissional de saúde apto a acolher, entender este momento singular, conversar e orientar o usuário, criando, assim, condições de cuidado com a saúde, a partir de um vínculo

estabelecido entre o sujeito, serviço e os profissionais que o atendem, fazendo entender que o processo de cuidado deve ser contínuo e não compartimentado. Avança-se desse modo no esforço de superar centralismos e buscar mais simetrias nas relações entre usuários e profissionais de saúde em busca da integralidade.

Não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de saúde integral implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população. (ACIOLI, 2001, p.165).

É preconizado que as equipes que atuam em CTA devem possuir profissionais de saúde com diferentes perfis de formação, sendo a equipe de aconselhores profissionais de nível superior capacitados e aptos para realizar ações de aconselhamento individual e coletivamente. Desde 1999, segundo as diretrizes da Coordenação Nacional de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, sugere-se que a equipe mínima envolvida nos processos diagnósticos sejam compostas de aconselhores, profissionais responsáveis pela coleta de sangue (agentes de saúde, auxiliares ou técnicos de laboratório ou de enfermagem), pessoal de apoio administrativo (para atividades de recepção, auxílio na coleta de dados, relatórios de produção de serviços e arquivo) e pessoal de limpeza, vigilantes e serventes (BRASIL, 1999a, p. 12). Nas demais unidades básicas, contudo, a carência de pessoal, aliada a grande demanda por todo tipo de atendimento, dificulta a observância dessas diretrizes, havendo uma concentração na figura do médico, sobretudo nos aconselhamentos pós-teste.

Ficou evidente nas entrevistas, também que, em caso de resultado positivo, muitos dos entrevistados concentraram-se nas informações colhidas e na assistência que o paciente receberá no decorrer do seu tratamento. Referem-se também ao cuidado com as co-infecções e à importância da adesão ao tratamento de maneira integrada:

Para quem é positivo, eu sempre falo que vai ter que ser um cuidado integrado em todo plano dele de recuperação, porque muitas vezes eles tem Hepatite C, bebem álcool. Então, pra você encaminhar realmente para uma boa aderência ao tratamento anti-retroviral, especialmente no caso das hepatites, que é até mais complicado que o anti-retroviral. Normalmente, eu falo isso, que é todo um programa e que eles vão recompor a vida deles. O meu discurso é mais ou menos o mesmo para os negativos e para os positivos. [...] E, para quem é soropositivo, eu sempre falo isso, que o cuidado tem que ser integrado, porque senão não funciona. [E13]

A gente faz o trabalho aqui no sentido de informar a real situação do HIV no Brasil, do tratamento, da adesão, tudo isso é muito trabalhado com o usuário no momento

do resultado positivo. Somos nós que fazemos o pré e o pós-teste, tanto no caso de positivos quanto negativos, e damos os encaminhamentos necessários. [E14]

Geralmente, a gente conversa em cima do diagnóstico que a gente está vendo. Quando é positivo, eu encaminho aqui no posto mesmo. Aí, eu aconselho, converso, explico a importância [de se tratar]. Têm pacientes que nem me pedem opinião, mas tem uns que me perguntam se deviam tratar ou não, porque às vezes eles ficam na dúvida. [E20]

Uma das diretrizes do aconselhamento pós-teste, no caso de soropositivos, é a referência para a assistência integral que envolve o tratamento, serviço social, psicologia, nutrição e outros. Entretanto, uma importante barreira citada para a continuidade do tratamento pode ser representada quando o ator relata a prioridade dada aos pacientes que já têm prontuário na unidade, dificultando o acesso mais imediato à linha de cuidado em saúde dos demais:

A gente costuma encaminhar o positivo para o serviço social. [...] Quando é paciente nosso, ele é sempre absorvido. Os de fora que, às vezes tem uma barreira, devido ao número de pacientes que já existe [em acompanhamento no serviço]. Mas os nossos são sempre atendidos. [E18]

Com relação ao encaminhamento pós-resultado, podemos observar também diferentes ações tomadas pelos entrevistados. Observa-se que, algumas vezes, o encaminhamento é realizado de forma quase mecanizada, com pouca co-responsabilização do profissional, sem considerar todo o processo social e emocional que envolve tanto um resultado positivo quanto um negativo, como pode ser visto a seguir:

Passo informações sobre o tratamento, orientações, adesão ao tratamento, usar a camisinha, trazer o(a) parceiro(a). O resultado vem do PAM 13 de Maio direto para a TB [serviço de atendimento à tuberculose], que dependendo do resultado encaminha para o médico que vai tratar a co-infecção. O infectologista é quem dá o resultado. [E1]

É muito mais difícil fazer esse pós-teste do que o pré. Faço encaminhamento quando é positivo para o [a Maternidade] Fernando Magalhães ou para o Figueira [Hospital Fernandes Figueira]. Tem como começar um tratamento para que não ocorra a transmissão vertical. [E9]

Na construção das práticas de saúde, a integralidade tem se destacado na superação de sua concepção tradicional. Como recurso instrumental, o diagnóstico direciona para uma prática de cuidado que permite estabelecer uma concepção mais abrangente à visão integral do sujeito, na produção horizontal entre os diversos

saberes. Estas experiências incorporam novos atores em busca da melhoria de atenção à saúde e que implicam no processo de trabalho.

Um momento considerado recorrentemente como delicado pelos profissionais, quando do resultado positivo, é o atendimento das gestantes. Além da felicidade e angústia que fazem parte da gestação, um terceiro elemento — nesse caso, o resultado positivo para o HIV — incrementa e dificulta o aconselhamento pós-teste. Refere-se à crença, por exemplo, na possibilidade de não estar presente para criar o filho. É importante lembrar, no entanto, que há chances de a criança não nascer portadora do vírus HIV, desde que o diagnóstico e a profilaxia sejam realizados no pré-natal e peri-parto e a mãe receba aconselhamento, tendo como foco a saúde sexual, saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades, que facilitem a compreensão dos contextos de subjetividade e da qualidade de vida, contribuindo também assim para a promoção da saúde integral.

Esses aspectos podem ser evidenciados nos discursos dos entrevistados abaixo dispostas:

A situação veio até o Serviço Social... o pré-natal encaminhou. A gestante recebeu o resultado soropositivo, ela veio buscar e a médica disse pra ela voltar com o marido... foi difícil controlar... busquei ajuda e o Serviço Social intermediou a conversa, deu amparo, acolheu e fez o aconselhamento. [E8]

Se o resultado é positivo, é uma conversa difícil, se ela é gestante, é mais difícil ainda. Ela teme não poder cuidar do filho. [E4]

No caso das gestantes, esta medida extrapola o atendimento pré-natal, por envolver outros profissionais neste momento de suas vidas. O manejo dos testes das gestantes e seu encaminhamento parecem receber mais atenção por parte das unidades. Além de referenciá-las ao serviço apropriado, existe um acompanhamento das mesmas a fim de certificar-se de que o atendimento na unidade para a qual foram enviadas foi realizado. Isso pode estar ancorado a uma orientação mais detalhada, pelos órgãos superiores de saúde, quanto ao tratamento de gestantes soropositivas para o HIV, pois esse processo envolve a possibilidade de prevenir que um novo sujeito seja infectado, o bebê.

Discute-se sobre a referência e a contra-referência, sobre o encaminhamento da gestante HIV positiva, para onde ela será e foi encaminhada e, posteriormente ao encaminhamento, avisam a CAP [Coordenação de Área Programática] que vai avisar a Unidade de Saúde e a CAP verifica se a gestante chegou e foi atendida. [E10]

Em situações específicas, faz-se uso do teste rápido para a detecção de anticorpos: para diagnóstico em áreas de difícil acesso, para gestantes, pacientes com tuberculose, acidentes ocupacionais, vítimas de violência sexual, confirmação diagnóstica e situações específicas vividas pelos usuários (BRASIL, 2006). Estes testes de metodologia mais fácil e resultado mais pronto têm sido incentivados de serem operacionalizados por profissionais devidamente capacitados em toda a rede de saúde.

Da mesma forma que os demais testes, seus resultados também devem estar acompanhados de aconselhamento. Entretanto, como apontam já alguns trabalhos, muitas vezes isso não acontece:

Em 2005, mais da metade de homens e mulheres não receberam qualquer orientação pré ou pós-teste. Dos que receberam, a orientação foi dada em sessão individual. Entre 1% e 2,5% não sabiam que estavam sendo testados (FRANÇA JR.; CALAZANS; ZUCCHI, 2008, p. 91).

Esse aconselhamento reveste-se de igual relevância, porque estes testes rápidos, muitas vezes solicitados pelos próprios usuários devido a sua resolutividade e eficácia, podem trazer implicações no momento do diagnóstico. Em relação a este tipo de diagnóstico, ressalta-se a manifestação de um participante desta pesquisa:

Quando o teste é rápido, as problematizações serão feitas naquele momento, que, na maioria das vezes, pode ser pontual e o impacto do resultado, seja positivo ou negativo, está sendo absorvido naquele dia, naquele mesmo momento. Quando é negativo, lógico que ele vai ser mais facilmente diluído. As reflexões que porventura ocorram vão ser envolvidas no conhecimento do resultado negativo, ao passo que o positivo passa pelo impacto de perceber e refletir suas situações de risco. Por um lado, é benéfico... o sujeito que vai poder, naquele mesmo dia, ter um encaminhamento para as questões que julga importante, vai ser sensibilizado da importância dos cuidados com a saúde e a busca do acompanhamento clínico. Por outro lado, tem o aspecto que é mais rápido em razão de ter tudo ao mesmo tempo. Tem prós e contras. Agora esta epidemia impõe que a gente lance mão de estratégias, até mesmo sabendo que tem um aspecto que pode ser ruim do ponto de vista da aceitação do atendimento e do emocional... do ponto de vista epidemiológico, não há dúvidas que só há benefícios, mas tem o lado do resultado negativo ... que se a gente pensar no sujeito, na sua fragilidade, que percebe situações de risco, ele vai ter oportunidade de refletir. O positivo sai dali com aquele pacote e é claro que a gente vai lançar mão de outras ferramentas como suporte assistencial, atendimento subsequente. [E25]

No que concerne à realização deste teste, ele ainda é pouco utilizado nas unidades básicas de saúde, sendo mais frequentemente realizado nos CTA e, por

este motivo, os usuários são encaminhados para este serviço de saúde visando à realização deste procedimento.

A lógica do diagnóstico apresentada nesta categoria de estudo sugere reflexões acerca deste universo especial, que contempla o diagnóstico anti-HIV, sublinhando a relevância do encontro entre profissional e usuário e suas nuances diferenciadas. O processo de diagnóstico, tanto para serviços quanto para os profissionais, ainda é uma prática em construção e um permanente desafio enfrentado pelos profissionais, particularmente, para os que buscam entender o cuidado efetivo das pessoas, a partir da oferta do teste e do diagnóstico subsequente.

5.5 Dimensões estrutural e organizacional e a gestão no processo de testagem

A aplicabilidade da tecnologia do cuidado em foco, incluindo recursos, equipamentos e a dimensão inter-humana, deve levar em conta as contribuições científicas e tecnológicas dos testes e o conjunto de procedimentos que tem, por finalidade, o diagnóstico anti-HIV. Diferentes fatores relacionados à estrutura, organização e funcionamento da oferta do teste podem impactar — e dificultar — esse processo de ampliação pretendida.

No que tange às características desta organização, estas compreendem: gerenciamento técnico e político das atividades de testagem e assistência; área física adequada (salas de aconselhamento individual e coletivo, de espera e de coleta de sangue), presença de recursos humanos qualificados e envolvidos com esse cuidado; modo de processo de trabalho (oferta do teste com aconselhamento pré e pós teste); recursos organizacionais de ajuste e planejamento para coleta de sangue, armazenamento e transporte para realização dos exames; disponibilidade de insumos laboratoriais indispensáveis e de insumos para a prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes); intervalo de tempo razoável entre coleta e resultado dos exames; preparação contínua da equipe para fornecer o diagnóstico; existência de referências para assistência e monitoramento do portador

do HIV e outras referências relevantes para atendimento às demandas de saúde dos usuários.

A dimensão organizacional dos processos produtivos de cuidado espelham o exame anti-HIV, no que se refere aos arranjos instituídos para os modos de operar as tecnologias de cuidado e gerenciar os processos de trabalho que circunscrevem a transição entre a oferta do teste e o diagnóstico (MERHY, 2007a).

Para o autor citado, as tecnologias de cuidado compreendidas como relações inter-humanas, saberes tecnológicos e suas diversas etapas de processos produtivos de trabalho, expressam o “trabalho vivo em ato” centrado nos atos de cuidar em saúde.

Refletindo sobre as tecnologias em saúde, Merhy (2007a) as classifica em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os insumos e equipamentos para exames e a organização de informação; a tecnologia leve-dura relaciona-se aos saberes profissionais bem estruturados, e a tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em atos de saúde, em um processo de relações entre o trabalhador de saúde e usuário. Todos estes diversos tipos de tecnologias de saúde adquirem relevo na organização da ampliação do teste anti-HIV, se considerarmos as etapas de organização elencadas neste processo.

Um dos fatores determinantes para a organização da oferta é o conceito de acesso, que Donabedian emprega com o termo de acessibilidade e define como

A acessibilidade corresponde às características do serviço que assumem significado quando analisados à luz do impacto que exerce na capacidade da população de usá-los. (DONABEDIAN, 1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. S191).

Ainda citando Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.S191), “[...] caráter ou qualidade do que é acessível [...] um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população”.

Na compreensão do direito à saúde dos indivíduos, acesso relaciona-se a organização de um fluxograma de oferta do teste, que considere a proximidade entre local de residência do usuário e o serviço de saúde, sendo este um dos aspectos relevantes à expansão da testagem para a rede básica.

Por outro lado, é importante reafirmar-se que a acessibilidade expressa, ainda, as características da oferta do exame que incluem rotinas do cotidiano dos serviços e a adequação deste fluxo às necessidades de saúde dos usuários. Inclui, ademais, a possibilidade de atendimento anônimo, aconselhamento pré- e pós-teste e uma ampla disponibilidade de horários de atendimento.

Reconhecendo a importância das etapas de organização, registramos a exposição de um dos entrevistados, que aponta a organicidade e funcionalidade da oferta do exame:

Todos os dias da semana são feitas as coletas, de sete às oito da manhã. Os resultados têm vindo rápido, na semana seguinte tá chegando. Eu não tenho do que reclamar quanto à entrega dos resultados. Muitas vezes, o paciente não comparece ao dia da coleta. Isto se dá muitas vezes pela distância entre a data da consulta e a da coleta. Tem girado em torno de um mês e meio [E21]

Nem sempre o exame colhido será processado na unidade de saúde onde a coleta foi feita, dado que sua realização implica em estrutura e competências específicas que exige certa escala e podem não ser razoáveis de serem pulverizadas por todo o espectro de serviços de atenção básica dentro de um município. Desse modo, outro importante fator para o acesso efetivo é a presença de laboratórios de referência.

Uma rede de laboratórios com essa finalidade foi estruturada pela gestão do Programa com vistas à realização do teste anti-HIV nas áreas programáticas no município do Rio de Janeiro, encontrando-se disposto no quadro 4. Pode-se observar, contudo, que existem no atendimento a certas áreas, a necessidade de envio da coleta de sangue para unidades mais distantes, com possível repercussão no retardo dos resultados.

CAP	Laboratório de referência	Bairro
1.0, 2.1, 2.2, 4.0	Policlínica Hélio Pellegrino	Praça da Bandeira
3.1	Policlínica Newton Alves Cardoso	Ilha do Governador
3.2	Hospital da Piedade	Piedade
3.3	Hospital Ronaldo Luiz Gazolla	Acari
5.1, 5.2, 5.3	Laboratório de Cosmos	Campo Grande

Quadro 4 - Laboratórios de referência para a Oferta de Testes Anti-HIV no município do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração a partir de informações fornecidas pela Coordenação DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é, segundo Amélia Cohn, função do Estado e das políticas formuladas para viabilizá-lo. Para tal, esta autora refere que “As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais/locais de ampliação de serviço existentes”. (COHN et al, 1991, p. 67).

As diferentes formulações de políticas para garantir o direito à saúde redefinem o acesso não apenas como disponibilidade de serviços, mas consideram outros fatores relevantes, tais como a procura e a demanda, a cultura e valores, viabilidade de locomoção e informações sobre os serviços que interferem no fluxo da assistência.

A organização e características básicas dos serviços são maneiras de compreender o funcionamento organizacional envolvidos no processo de atenção ao paciente. Um dos modos de entender esta organização é poder visualizar as *portas de entrada* nas unidades de saúde, identificando-as como etapas de estruturação. Nesse sentido, a definição dos fluxos e da capacidade básica de absorção da demanda, no nível de recursos organizacionais, deve cumprir o objetivo de ajustar as necessidades da população à resolutividade dos serviços. Assim, preparar os serviços de saúde para se adequar à capacidade planejada de assegurar o atendimento, em suas diferentes etapas, requer a identificação e adequação dos processos de trabalho e dos profissionais envolvidos no agir em saúde.

Desta forma, a relevância para a construção do cuidado em saúde perpassa por dimensões estruturais, onde se estabelecem a distribuição de recursos, instrumentos técnicos, bem como o planejamento de ações e monitoramento dos procedimentos.

Por exemplo, há necessidade dos serviços possuírem espaços físicos exclusivos para a realização de suas atividades, como salas para recepção, atendimento coletivo e individual, e coleta de sangue, além de local para arquivos. Considerando a ampliação do número de atendimentos e acesso aos diferentes segmentos populacionais, os turnos de funcionamento podem precisar ser ajustados, cobrindo horários mais tardios (atendimento estendido) ou atendimentos

em final de semana, para facilitar o acesso tanto das populações mais vulneráveis como da população em geral, com dificuldade em comparecer aos serviços de saúde no horário de funcionamento habitual em razão do trabalho, por exemplo.

Além do diagnóstico em si, o desenvolvimento de estratégias de prevenção, o aconselhamento e as ações de educação em saúde exigem não apenas espaço apropriado para tal, mas tempo e profissionais capacitados e motivados.

Estas estratégias de prevenção passam também pela disponibilidade de insumos (preservativos femininos e masculinos e complementos) e pela disponibilidade de materiais para uso educativo (folders e cartilhas, modelo pélvico, pênis de borracha, material audiovisual, etc.).

No processo de produção da oferta do teste anti-HIV foram mapeados a estrutura dos serviços de saúde estudados na AP 1.0, que retratam a estrutura local, como se observa no quadro 5a seguir:

Unidade de Saúde	Espaço Físico	Profissionais Envolvidos	Coleta e Processamento do Exame	Tipo de Teste Ofertado	Horário de Atendimento	Referência assistencial
CTA (*)	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de equipe, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta	1 coordenador 5 aconselhadores 2 feblotomistas 4 auxiliares administrativos	Coleta diária. Processamento na própria Unidade	Elisa, IFI, Teste rápido	8-18h30	SAE, CMS, PAM
Pólo de Testagem(*)			Coleta de teste rápido às 3ª, 4ª e 5ª, para gestantes e pacientes com tuberculose	Teste rápido		
CMS Zeferino TimbauJR.	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta,	Diversas categorias e especialidades clínicas	Coleta diária Processamento no PAM 13 de Maio	Elisa, IFI, W. Blot	8-17h	Para a própria unidade de saúde e para outras unidades próximas à moradia e/ou trabalho dos usuários
CMS Marcolino Candau	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de coordenação, consultórios	Diversas categorias e especialidades clínicas	Não realiza coleta. Indica locais onde os usuários podem fazer o teste (CTA/Hesfa ou PAM Oswaldo Cruz)	Elisa, IFI, W. Blot	8-17h	Para a própria unidade de saúde e para outras unidades próximas à moradia e/ou trabalho dos usuários
CMS Hélio Pelegrino	Recepção, sala de espera, sala de coordenação, sala de coleta	Técnica de Laboratório	Coleta diária Processamento na própria Unidade	Elisa, IFI, W. Blot, Teste Rápido para acidentes ocupacionais	8-17h	Para a própria unidade de saúde e para outras unidades próximas à moradia e/ou trabalho dos usuários
PSF Mangueira	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta	Diversas categorias e especialidades clínicas	Apenas coleta. Processamento no PAM 13 de maio	Elisa, IFI, W. Blot	8-17h	Para a própria unidade de saúde e para outras unidades próximas à moradia e/ou trabalho dos usuários
PSF Caju	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta	Diversas categorias e especialidades clínicas	Apenas coleta. Processamento no CMS Hélio Pelegrino	Elisa, IFI, W. Blot	8-17h	Para a própria unidade de saúde e para outras unidades próximas à moradia e/ou trabalho dos usuários
Ambulatório da Providência	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta	Diversas categorias e especialidades clínicas	Apenas coleta. Processamento no laboratório Noel Nutels e Laboratório de Imunologia da FIOCRUZ	Elisa, IFI, W. Blot	8-12h	Para a própria unidade e para locais próximos à moradia/trabalho dos usuários
PAM Antonio Ribeiro Neto (antigo PAM 13 de Maio)	Recepção, sala de espera, sala de arquivo, sala de equipe, sala de coordenação, consultórios, sala de coleta	Diversas categorias e especialidades clínicas	Apenas coleta, por agendamento. Processamento no PAM Oswaldo Cruz	Elisa, IFI, W. Blot	8-17h	Para a própria unidade e para locais próximos à moradia/trabalho dos usuários

Quadro 5- Características estruturais e organizacionais relacionadas à Testagem anti-HIV nos serviços de saúde estudados

Legenda: ELISA — EnzymeLinkedImmunosorbentAssay; IFI — Imunofluorescência Indireta; W. Blot — *Western Blot*; SAE — Serviço de Assistência Especializada; FIOCRUZ — Fundação Oswaldo Cruz; PAM — Posto de Assistência Médica; HESFA — Hospital Escola São Francisco de Assis.

Nota: O Polo de testagem compartilha o espaço e os recursos humanos do CTA.

O conjunto de etapas descritas para a execução do teste anti-HIV constitui um mapeamento de processos, relacionados às atividades desenvolvidas, ressaltadas as peculiaridades de cada unidade de saúde. É importante identificar estes processos porque significam o percurso dos atendimentos.

Considera-se na figura 3 apresentada abaixo, o desenho dos fluxos de rotinas que compõem a dinâmica onde ocorre a oferta de exames, o qual é relativamente constante em todas as unidades estudadas, guardadas as variações já apontadas acima em relação à coleta, processamento e referência assistencial, para quem o necessite:

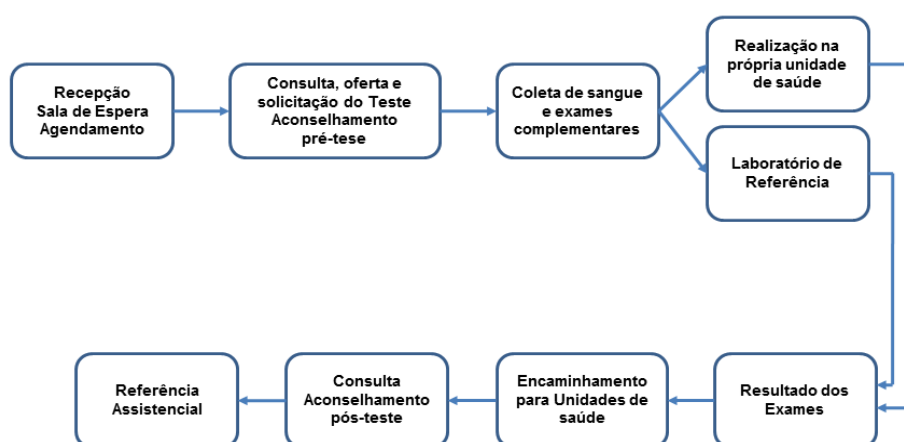


Figura 3 - Fluxograma de Atendimento nos Serviços de Saúde

Fonte: Elaboração própria

Estas diferentes etapas do processo guardam algumas singularidades segundo o tipo de unidade de saúde, na dependência se o local apenas coleta material para o teste ou se funciona como laboratório de referência. O depoimento de uma profissional responsável por uma unidade que funciona como centro de referência detalha todo o fluxo acima mencionado:

A gente usa o teste Elisa, o Abbot e Bloot.. Às vezes, os postos têm dias marcados para enviar o material. Eu não sei precisar estas datas porque depende de cada um, mas aqui a coleta é de segunda a sexta para o Elisa, de sete às nove horas. O VDRL e a hepatite também têm coleta diária. O CD4 tem dia marcado: segunda feira somente. O resultado... eu vou colocar o prazo de entrega, juntando se o caso é positivo, então o prazo de resultado é de sete a quinze dias. Geralmente, usamos para o confirmatório a Imunofluorescência. Para casos indeterminados, a gente utiliza o Bloot. Somente a entrega de resultados da Policlínica é realizado aqui. O restante vai para os postos de origem. A coleta é feita aqui, mas é enviado para os CMS. Às

vezes, eles não têm motorista pra vir buscar, mas mesmo assim tem um prazo do material que entra no setor para liberação em sete a quinze dias, não passa disso. Eu faço mensalmente em torno de 2.400 exames mensais. As pessoas recebem seu resultado com um número ou por nome. O resultado vem com a densidade da mostra, no caso do [resultado] positivo é realizada uma segunda coleta e aí são dois Elisás e depois passa para a Imunoflorescência. Na primeira mostra, quando é positivo, a gente faz o Bloot. Na segunda amostra, a gente realiza o Elisa e, por questões de segurança, a gente repete e a Imunoflorescência. Não deveria, teria que ser só dois Elisás, mas a gente repete. A gente, quando é positivo, lacra em envelope, mas quando são negativos são liberados com o montante. Vão junto com mapas, em pastas para os locais. Os positivos também vão em pastas mas em envelopes lacrados. A gente não faz teste rápido de rotina, só para acidente biológico. [E24]

Como visto, a definição de organização do centro de referência para testagem expõe datas e horários para coleta, definição dos testes, métodos utilizados, quantitativos dos testes mensais, formas de encaminhamento e resultados para as unidades de saúde. Por outro lado, também fica aparente na fala acima algumas dificuldades — problemas de transporte para o encaminhamento, seja de amostras coletadas, seja de resultados, o que pode levar a retardo destes últimos — bem como cuidados e precauções, seja em relação à confirmação de um diagnóstico HIV positivo, com toda a carga e implicações que este possui, bem como aspectos relativos ao anonimato e confidencialidade do resultado do exame.

Os depoimentos dos sujeitos entrevistados nas unidades de saúde são relevantes para elucidar a questão do processo de coleta de sangue, realização dos testes e diagnóstico anti-HIV. Quanto à coleta para o exame nos Centros Municipais de Saúde, temos as seguintes declarações:

A Coleta acontece às quartas-feiras, segue na quinta para o PAM 13 de Maio. São realizados os testes Elisa e confirmatório. Já tivemos ganhos, que é ter um dia certo para colher o sangue no local, no CMS, mas se tivesse mais dias agendados para colher e fazer o exame, diminuía a falta de oferta e o resultado vinha mais rápido O tempo médio para o resultado é trinta dias..[E1]

Geralmente, o dermatologista solicita o exame ao laboratório do CMS, [que] colhe, centrifuga e encaminha para o PAM 13 de Maio. Não faz o teste rápido, só o teste Elisa e a segunda coleta para confirmação do resultado do exame. Só há teste rápido para acidente perfurocortante e lá na Epidemiologia. [E2]

[...] eu acho que o HIV é feito aqui mesmo. Nós aqui temos um laboratório, porque nós fazemos outros exames como glicose, colesterol. Estamos estruturados. Por exemplo, o paciente passando hoje na médica, vem no dia seguinte, tem um horário para coleta. Chegam aqui, passam na recepção, fazem a coleta e depois são liberados. Eles ligam para cá à tarde, falam com a enfermagem, perguntando se o exame que foi feito está pronto. [E11]

A gente pede... quando o paciente aceita, a coleta é realizada. A coleta é feita aqui e o material vai para outra unidade, onde é realizado o exame. [...] Tem um formulário próprio para o [teste] HIV que a gente preenche. Hoje, não temos mais dificuldades, antes tínhamos, agora não. [E18]

Observa-se, nestes casos, que as coletas para a realização dos exames anti-HIV são realizadas nas próprias unidades e o material colhido é enviado para os locais de referência. Entendemos que este procedimento facilita a realização dos exames, pois os usuários não precisam custear o deslocamento e as etapas da oferta dos testes se integram no próprio serviço de saúde.

Certamente, esta ação em saúde está relacionada à eficácia do acesso e à organização do fluxograma de atendimento para a testagem, nestas unidades. As etapas destas atividades são instrumento básico de acessibilidade que se traduz em resultados benéficos, resolutivos, visando o atendimento necessário para a população.

Analisando esta situação, percebe-se uma articulação entre a consulta e o encaminhamento para a coleta do material para o exame anti-HIV na própria unidade, o que nos faz supor que há uma organização mínima para os procedimentos diagnósticos com recursos disponibilizados e ordenados para este fim. Um dos entrevistados registrou a atividade a que se refere o tema abordado:

Coleta no CMS Zeferino Timbau, realização do exame no POC. A coleta é feita aqui e enviada para o CMS. A gente usa o teste Elisa e Abbot, mas às vezes nos postos e CMS tem dias marcados. Há organização para fazer o teste aqui e receberem o resultado aqui no serviço, e ir realizar o exame no Posto Oswaldo Cruz. A sugestão é diminuir o tempo de resultado, que ainda é grande. [E3]

É nítido, neste e nos casos acima relatados, a importância da integralidade nos serviços de apoio diagnóstico na rede de atenção básica, conforme afirma Mattos:

[...] quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas às tais necessidades". (Mattos, 2001, p. 62),

Por outro lado, persistem ações diferenciadas onde as coletas são encaminhadas e a realização dos exames é feita em outras unidades de saúde referidas como, por exemplo, PAM Oswaldo Cruz (POC) e Laboratório Central (LACEN), ambos na AP 1.0 conforme se identifica nas frases a seguir:

Existe uma referência para a coleta de sangue e exames. É no POC. O paciente vai lá sem marcar, agenda e colhe lá. O problema é a demora do resultado que demora de dois a três meses. [E6]

Acho que não tem laboratório no CMS. Eles vão tirar sangue em outro lugar, na Rua do Resende. Os resultados demoram cerca de três meses. [E7]

A gente dá o pedido e elas marcam na farmácia e é realizado no POC. O pedido é meu, eu é que carimbo. Então, elas agendam na farmácia e é realizado no Henrique Valadares, que é o Oswaldo Cruz. Tem época que demora, agora parece que tá bem tranqüilo. Elas parecem que tem agendado tipo assim, eu atendo na terça e elas estão indo fazer já na quarta. Mas isso aí é variado. Tem época que eles tem o funcionamento prejudicado. [E9]

A equipe é treinada para atender com possibilidade para o HIV. A coleta vai para o LACEN e, às vezes, para a Fiocruz. São preenchidos instrumentos para solicitação de testes dentro dos padrões nacionais que preenchem todas as necessidades internacionais. As pessoas vêm de outro lugar para testar aqui. Em 1985, nosso laboratório foi o primeiro a coletar o exame para o Ministério da Saúde. [E23]

Ao examinar estes contextos, percebem-se diversos processos que envolvem o usuário, desde a oferta do teste até a sua realização. Os depoimentos dos profissionais transcritos acima demonstram formas descontínuas na organização no processo de trabalho que envolve a testagem. Em contraste com a experiência anteriormente relatada, verifica-se que a resolutividade do diagnóstico consiste em desmembrar o processo da oferta do teste, realizando primeiro a consulta, onde é ofertado o exame e, posteriormente, o encaminhamento para outro serviço de saúde para a execução da coleta de sangue e a realização do exame.

É importante considerar que a realização do exame passa por procedimentos que não se conectam em direção ao mesmo objetivo. A execução das etapas do diagnóstico não é compartilhada por um único serviço indicam fases dicotomizadas que, sem dúvida, oneram o usuário, seja em nível de custo econômico, quebra da acolhida ou a nível psíquico, com a descontinuidade entre oferta, coleta de sangue, realização do exame e diagnóstico. Nesse processo “partido”, o usuário pode não chegar a realizar o exame pretendido, perdendo-se não apenas a oportunidade do diagnóstico oportuno e mais precoce, que pode ser vital ao tratamento, mas também da utilização do aconselhamento, no momento de um resultado negativo, como mais um espaço para identificação de vulnerabilidades e reforço de orientação para manter os cuidados necessários à prevenção das DST/Aids, além de, em alguns casos, obterem preservativos.

Trata-se, sobretudo de procedimentos burocratizados (talvez ainda necessários), onde se tornam explícitas a ausência de integralidade e de estrutura mais resolutiva para atender a demanda.

Dentro deste mesmo panorama, existem casos abordados em que ocorre o encaminhamento para a realização do teste para o Centro de Testagem e

Aconselhamento (CTA). Entre os entrevistados, dois profissionais fizeram referência a esta prática:

Indico locais onde podem fazer o teste, no CTA/HESFA ou no POC. No Marcolino Candau, não há coleta específica. Não se colhe mais exame aqui, não tem mais laboratório. As crianças, mando para o Hospital Salles Neto. O resultado vem para mim. Quando fazem o [exame] no CTA, passam por aconselhamento e aí o resultado não vem para ela. E tem a desvantagem de perder um pouco o paciente que foi encaminhado. [E5]

[O teste] aqui está inserido no Planejamento Familiar... faz parte da rotina, junto da discussão sobre o preservativo feminino, masculino, conversa sobre DST/HIV/Aids, os sintomas que ainda aterrorizam muito. No Planejamento Familiar, a maioria são mulheres, esta maioria fez o teste anti-HIV na gestação. Quem não fez, quem responde que não fez, é encaminhada para o CTA. Geralmente, encaminha-se [para a realização do] HIV ao CTA/HESFA porque é próximo. As demandas daqui são para puerpério, projeto Mãe-bebê. A coleta e a marcação são feitas no POC. [E8]

O CTA em questão é centro de referência, sendo reconhecido historicamente como um serviço de saúde apto, capacitado e atualizado tecnicamente, através da oferta de novos testes de HIV e outros exames assim como no aconselhamento. Vale ressaltar ainda a credibilidade e a conveniência da proximidade do CTA com alguns CMS da área programática, bem como a facilidade de acesso via transporte, como estações de metrô, ônibus municipais e intermunicipais e rede ferroviária da Central do Brasil.

Quanto à facilidade do acesso, o CTA em questão oferece uma estrutura integrada onde o acolhimento, o pré-teste, a coleta de sangue e o pós-teste podem ser executados no mesmo espaço, sem haver a quebra de vínculo entre o usuário, os profissionais e as etapas que conformam o teste anti-HIV.

Sobre o exposto, destacam-se as frases abaixo:

O local onde é coletado o sangue é no próprio CTA, na nossa sala de coleta, por nossos flebotomistas. E a análise é feita no próprio laboratório do HESFA. Nós temos a sorologia para o HIV e oferecemos o teste rápido com critérios. [E14]

[...] A gente tem um espaço favorável, onde temos sala de espera, salas individuais de aconselhamento e sala individual de coleta. No nível técnico nós temos um número considerável de aconselhadore, nos três turnos, que a gente oferta o exame. [E15]

O local é aqui mesmo no CTA, na sala de coleta, a gente faz exame anti-HIV, o VDRL, Hepatites B e C e a realização é no laboratório do HESFA no teste convencional. Nós temos também o teste rápido, que é feito na própria sala de coleta. [E17]

A organização do espaço físico e os recursos disponíveis são, sem dúvida, fatores determinantes para a ação de saúde. No caso exposto, podemos citar a boa

adequação de números de profissionais e sua habilitação permanente para o atendimento, os recursos tecnológicos disponíveis, como o teste convencional e rápido, teste para sífilis e Hepatites B e C. Esta oferta de exames, disponibilizada em diferentes turnos (inclusive até 18h30min), em diferentes turnos favorece o usuário quanto à adequação de seus horários e também nas escolhas dos testes oferecidos e, conseqüentemente, no cuidado com a saúde.

Entretanto, com todas estas condições favoráveis de atendimento, são constantes as insatisfações de usuários pelo tempo excessivo entre a acolhida inicial e o diagnóstico, devido a vários procedimentos e a grande procura pelos exames.

Em contrapartida ao quesito tempo, pode-se elencar outras situações vivenciadas em que o teste rápido é um facilitador do diagnóstico, ainda que não seja extensivo a toda a população e obedeça a critérios para seu uso, discutidos entre aconselhador e usuário:

[...] O teste rápido tem sido sempre oferecido no contexto da pesquisa [...]. Aí, o fluxo ganha uma rapidez, multiplica a nossa capacidade de atendimento mil vezes. Porque os testes convencionais são muito lentos, demoram mais de um mês. [...] Então, toda vez que tem pesquisa, a gente aposta no teste rápido. [E13]

As gestantes fazem o teste rápido para o HIV. Elas recebem encaminhamento formal, escrito, solicitando o teste rápido. Na maioria das vezes, elas não sabem que receberão o aconselhamento... elas vem agendadas. [E25]

No contexto atual, ressaltam-se novas tecnologias, como a utilização do teste rápido, que tem provocado mudanças ao nível do diagnóstico e, desta forma, facilitado com estes novos arranjos tecnológicos, novos atos de cuidar, possibilitando o acesso mais precoce ao tratamento, quando necessário. O uso destes testes para detecção do vírus HIV é indicado para casos específicos, conforme mencionado em outras partes deste estudo e pelos profissionais acima entrevistados.

Este método traz mudança no período de tempo entre a coleta e o resultado, que usualmente repousa em intervalos inferiores a uma hora, e requer dos profissionais habilidades para o manuseio do impacto das reações emocionais dos usuários frente à comunicação do diagnóstico, como discutido na seção dos resultados. A pessoa com resultado positivo necessita contar com um primeiro apoio emocional, esclarecimento de dúvidas e orientações, acesso a preservativos e

deve encaminhada para acompanhamento na rede de saúde, seja na própria unidade, seja em outra, referenciada.

É imprescindível considerar as declarações vistas nas frases quando o teste é utilizado em situações de pesquisa e gestação. Isto nos leva a refletir que nem todos os profissionais têm qualificação e preparação para entrega de resultados mais rápidos. Parece, também, que não é fator comum a auto-legitimação e a própria autorização do profissional para executá-lo, partindo do princípio de que houve a capacitação adequada.

Ainda sobre os relatos colhidos, pode-se identificar a incorporação da oferta do teste rápido na rotina do atendimento, quando destinado a protocolos estabelecidos tais como pacientes com TB, situações de exposição ocupacional, gestantes, puérperas sem sorologia prévia para HIV, vítimas de violência sexual, linhas de pesquisa e em outros casos específicos.

Para além do teste rápido, existem situações em que há facilidades para o atendimento que inclui o resultado do teste anti-HIV, como pode ser constatado a seguir:

Chegam aqui, passam pela consulta, coleta de sangue, depois ligam para saber se o exame está pronto. Ela [a recepcionista] vai dizer se está pronto e retorna na próxima consulta pra poder pegar o resultado também. Aqui nada é marcado nem agendado. Era, mas não estava funcionando, porque as pessoas estavam faltando. Então, passou a ser por ordem de chegada, a pessoa é atendida no dia que veio. [E11]

A gestante vem fazer o teste quando a unidade básica da área programática não consegue realizar nas primeiras semanas. Então, ela é encaminhada para o centro de testagem na 28ª semana de gestação, o que já é considerada uma testagem tardia. Algumas vezes, a CAP também encaminha, quando identifica situações consideradas de alto risco de vulnerabilidade e com alto risco de transmissão vertical de mãe para filho. Quando é adolescente, é considerado de maior vulnerabilidade... multiparcerias sexuais, independente da idade, são consideradas situações de risco excessivo ou de vulnerabilidade maior. Isto dentro do programa de pré natal. [E25]

A possibilidade de um resultado mais breve pode significar um salto na qualidade do processo de testagem para ambas as partes, profissional e usuário. Em linhas gerais, as considerações sobre o conteúdo destas falas acima manifestam características de organização do trabalho em parâmetro de otimização em relação ao diagnóstico.

No âmbito das dificuldades encontradas em relação à obtenção do diagnóstico, alguns participantes do estudo ressaltaram ainda:

Colhe aqui no laboratório. Pra marcar, leva um tempão. É enviado para o [CMS] Hélio Pelegrino. O resultado, o paciente vai lá e pega e marca uma consulta, o que demora mais ainda, e traz pra mim. Isto aí leva de três a quatro meses brincando. [E20]

A coleta é feita no ambulatório. A rotina [de processamento do exame anti-HIV] é lá no Noel Nutels. A terapia anti-retroviral é no laboratório de Imunologia aqui da Fiocruz. Agora, só tá sendo feito um teste. Tem um grande problema: o teste demora pra voltar e a população usuária é extremamente impaciente. [E13]

Os testes são colhidos aqui às segundas, quartas e sextas, na parte da manhã, e são encaminhados. Os resultados demoram em média quinze dias. Há pouco tempo aqui iniciou a coleta de sangue e eles tem agilizado bastante os resultados, mas às vezes chega com exame de sangue comum, como hemograma ou bioquímico. Estes, às vezes chegam em uma semana.[E22]

A capacidade do laboratório não dá conta. Só tem dois coletadores para tudo, de segunda a quinta pela manhã. Um veículo vem buscar e vai com o sangue para o PAM Henrique Valadares ou para o [PAM] 13 de Maio. A demora do resultado é de trinta dias, não adianta colocar urgência. É um horror quando a gestante tem oito meses. Então, enviar para o CTA, o que é feito especialmente quando é adolescente e querem logo o exame; no CTA, vem com rapidez e elas aconselhadas. O acolhimento nas unidades de saúde é a última coisa que se dá valor. Valoriza-se a doença e não o que levou a doença. A autonomia do profissional é mínima. Os profissionais percebem que teriam que intervir mais, mas tem um “faça” que impera. O nível de relação de compromissos melhoraria muito se houvesse mais ferramentas para fazer o acolhimento, o aconselhamento, se tivesse mais recursos humanos e mais tempo. [E4]

O tempo para obtenção do resultado do teste é extremamente variável, na percepção e no cotidiano dos profissionais, o que significa que não há uma padronização e faz supor que existem escassos recursos humanos habilitados para a realização dos exames.

Na cadeia de diagnóstico existe um sujeito em questão que está em produção subjetiva, no aguardo do resultado do seu exame. É claro que, entre a oferta do exame e o diagnóstico, há etapas de cuidado, com diversas interfaces e interseções de ações de saúde que agregam as dimensões não só de organização da rede de saúde, mas também que opera subjetividades

Percebe-se na oferta do teste que a lógica é dada pela razão, pelos procedimentos e pelos saberes técnicos, porém, quando se trata de um diagnóstico como o do HIV, pautado por uma subjetividade social e historicamente construída, esta ação é fundamentalmente traduzida pelos sentimentos, afetos e anseios das pessoas.

O tempo de obtenção do resultado, com o conseqüente diagnóstico, foi unanimamente citado como inadequado e prolongado. O prazo para obtenção do diagnóstico é estabelecido formalmente pelos entes governamentais (ao invés do

prazo de quinze dias, informalmente considerado — e raramente cumprido), mas pelo visto e dito acima esta não é a realidade comum.

Conforme os profissionais, o tempo torna-se desgastante, se consideramos prazos de três a quatro meses para a entrega de um resultado; outros revelam que a demora do retorno do resultado para a unidade de origem causa impaciência na população usuária. O atraso é, sobretudo, agravante, se pensarmos no grau de tensão gerado nas relações sociais e individuais diante de um problema de saúde. Outra dificuldade recorrentemente citada, que atravança a resolutividade do diagnóstico, é o fato de que alguns laboratórios não absorvem a grande quantidade de exames a serem realizados, por falta de recursos humanos ou técnicos capacitados. Todos estes aspectos resultam em insuficiência para a ampliação da testagem em um modo de produzir o cuidado.

Outro problema mencionado é a dificuldade, em algumas unidades, na organização do transporte para encaminhar o material para exame e buscar o diagnóstico. Também é referido que o resultado, ao chegar à unidade, nem sempre segue para o profissional responsável pelo atendimento, o que gera mais burocracia e demora até ser entregue ao usuário, como se identifica a seguir:

Às vezes, eles não têm motorista pra buscar [o resultado], mas mesmo assim tem um prazo do material que entra no setor para liberação, de sete a quinze dias. [E24]

A gente faz o teste convencional, o resultado chega primeiro na farmácia, a farmácia separa entre as clínicas e, depois da separação da farmácia, passa pela mão das coordenações dos programas, antes de chegar ao nosso setor. [E9]

O que chama a atenção é a questão de como desenvolver a orientação de um programa de ampliação da testagem para aqueles que demandam e necessitam de um cuidado singular diante destas barreiras. Nesse sentido, Grangeiro e Ferraz (2008, p. 68) já referiam que o baixo retorno está associado

[...] ao tempo de entrega dos resultados das sorologias, demonstrando ser esse o aspecto que mais deve ser investido para melhorar a resolubilidade dos serviços na realização dos diagnósticos. Além de serem necessários investimentos substantivos na organização e funcionamento dos serviços da rede laboratorial, há que se destacar o potencial da contribuição das tecnologias diagnósticas mais recentes que prescindem de estruturas laboratoriais complexas e reduzem, consideravelmente, o tempo de espera para resultados.

A constatação da precariedade quanto ao processo do diagnóstico pode significar a não defesa da vida e do direito à saúde. Segundo Merhy (2007b, p. 131), cremos que um modelo em defesa da vida deve

[...] estar atento aos processos organizacionais [...] que possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para os processos de avaliações coletivas.

Para trazer à discussão questões relacionadas ao planejamento e à gestão, os problemas e acertos vivenciados no cotidiano dos serviços, deve-se entender que são dilemas técnicos e políticos que, no campo da produção do saber e da prática, remetem à reflexão, à construção e à ordenação no que tange as interfaces entre o processo de trabalho de saúde e a gestão. Desse modo, na compreensão das etapas acima descritas sobre produção de cuidados, é importante registrar e discutir algumas colocações dos gestores entrevistados, no sentido de manejar os problemas cotidianos e seu enfrentamento.

Do ponto de vista da gestão, a ampliação da oferta deve ser compreendida como uma produção de cuidado e assistência que contempla ações complementares integradas e de interface entre os processos de trabalho. Desse modo, ao refletir sobre as linhas de cuidado que envolvem o teste anti-HIV, o desenvolvimento de idéias e reflexões dos gestores e dos profissionais devem levar em conta a realidade do território onde se desenvolvem ações de saúde e basear-se na produção dos meios tecnológicos e específicos deste cuidado para que sejam instrumentalizados e viabilizem a organização efetiva do diagnóstico anti-HIV e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade do atendimento.

Sendo assim, a gestão de organização dos serviços de saúde deve compreender a relação entre o saber tecnológico e a realidade das práticas de saúde, gerando processos de planejamento que, segundo Merhy (1995, p. 120), devem

[...] operar instrumentalmente sobre dimensões da realidade social de modo sistêmico-funcional, produzindo possibilidades de benefícios coletivos, desde que submetidos a uma lógica ético-prática e a um controle público que pode colocar a ação humana como aderente radicalmente a uma ética da vida individual e coletiva.

Sobre a organização e planejamento da ampliação da testagem anti-HIV para os serviços de saúde da Atenção Básica realizada pela gestão, são elencadas as afirmações seguintes:

Primeiro, ampliar o acesso e qualificar os profissionais de saúde, para ter habilidade, para trabalhar no contexto da vulnerabilidade e lidar com o diagnóstico, qualquer que seja o resultado. O acesso implica na ampliação e na organização da assistência. Quem tem risco, deve ter um olhar especial. O acesso aos insumos é fundamental. Ampliar este acesso é uma questão. Temos os usuários de drogas, os prisioneiros, temos a redução de danos, o acesso ao preservativo, e tudo isto é redução de danos. [E10]

As diretrizes para oferta de testagem anti-HIV são compreendidas como proposta de ordenamento da atenção, tendo por base os princípios e objetivos que a compõem. [E25]

De acordo com a palavra dos gestores, a diretriz para a testagem neste nível de atenção é entendida e organizada de modo a qualificar os profissionais quanto ao cuidado com o usuário em qualquer contexto sorológico e ampliar o acesso tanto à assistência quanto aos insumos necessários à redução de vulnerabilidades.

Quando indagados sobre as possibilidades e limites para a implementação do teste na Atenção Básica, os entrevistados responderam:

As UBS estão assoberbadas de trabalho, por conta das necessidades e da demanda dos usuários. Na Atenção Básica, ficarão com os Polos de Testagem... o planejamento primeiro, é treinar as equipes de Saúde da Família, de modo que eles saibam desta ferramenta que é o aconselhamento e, segundo, implantar, nas maternidades Leila Diniz, Herculano Pinheiro e Carmela Dutra, o aconselhamento para a oferta do teste anti-HIV, ou seja, o diagnóstico com aconselhamento. Esta é uma meta atual e a idéia é ampliar para outras maternidades municipais, como Alexandre Fleming na AP-3.3, Fernando Magalhães na AP-1, Osvaldo Nazaré, antiga Praça XV, na AP1. 0. Os Polos de Testagem tem melhor estrutura, organização e qualidade. A Coordenação de DST/Aids capacitou todos os Pólos e eles só foram abertos após a capacitação para o aconselhamento e teste anti-HIV. Teremos agora mais um CTA no CMS Valdir Franco, para ampliar para a população geral com livre demanda [demanda espontânea]. Nos Pólos, a demanda é referenciada, sempre com agendamento. [E10]

[...] As possibilidades e limites de implementação da oferta de teste anti-HIV, na maioria das vezes vão estar relacionadas ao quantitativo de RH alocados no serviço, disponibilidade rápida e regular de insumos para garantir a resolutividade. [E25]

A respeito das dificuldades para a ampliação da testagem na atenção básica, os gestores apontaram a grande demanda desses serviços por outras ações em saúde. É recorrentemente divulgada a existência de uma “crise” no modo de organização do sistema de saúde, especialmente quando se refere à sobrecarga das unidades e dos recursos humanos que nelas atuam.

Em relação ao planejamento e metas para maior acessibilidade à oferta do teste anti-HIV nos Serviços de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, tem-se também os depoimentos abaixo:

O planejamento deve considerar a necessidade efetiva da oferta de aconselhamento e testagem anti-HIV nos PS e CMS, de forma a agregar o usuário que já recorre a esses com queixas de ordem diversa e, muitas vezes, sem percepção de risco. [E25]

Os gestores referiram também como sendo absolutamente necessário o treinamento das equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família, com vistas a preparar os profissionais para solicitação da testagem anti-HIV com base na escuta das necessidades e vivências dos usuários, privilegiando o entendimento do processo de cuidado em saúde e produzindo um modelo de saúde mais abrangente, aproximando-o das questões do sujeito e à interatividade dos saberes.

Em análise sobre a construção dos processos de trabalho que envolve a estrutura e a organização destes serviços, os gestores comentaram:

Visita ao local, avaliação do espaço físico, insumos, equipe, geladeira, bancada, treinamento para aconselhamento e para realizar o teste, treinamento dos serviços dos que vão utilizar o teste, dos aconselhadores e quem vai coletar o sangue, provendo normas técnicas para coleta, preparação e remessa das amostras de sangue e o entendimento do fluxo e o encaminhamento. [E10]

A construção dos processos de trabalho devem seguir as diretrizes de organização e funcionamento dos CTA, tendo por base a realidade institucional, sem, contudo, desconsiderar seus princípios e objetivos. [E25]

Desse modo, a construção dos processos de trabalho nos serviços significa, para os entrevistados, a implantação de condições de infraestrutura, tanto em relação ao espaço físico e como aos instrumentos necessários para a efetiva ampliação da testagem, bem como a capacitação dos trabalhadores para manuseio dos insumos e fluxos de atendimento. Além disso, nesse processo, devem servir de norte as diretrizes de organização e funcionamento dos CTA (BRASIL, 2010d), já que estes serviços, historicamente, têm condutas instituídas nas diversas esferas do Governo, adaptadas à realidade local onde são postas em prática.

Para além dessas perspectivas, precisa-se examinar também, com um nível maior de profundidade, as práticas preventivas em DST/Aids, melhorando a relação profissional-usuário e aprofundando o aconselhamento, sem que o usuário se sinta invadido em sua privacidade. Só assim será possível o desenvolvimento de uma

perspectiva mais integrada, não apenas do sujeito, mas do fluxo de organização da testagem.

Sobre a comunicação da gestão quanto às orientações para a ampliação dos testes anti-HIV à direção da unidade básica de saúde, para que esta possa efetivá-las nas diversas clínicas que compõem o serviço, foi destacado:

Não trabalhamos muito com os coordenadores, trabalhamos mais com quem vai fazer o serviço, como se marca o agendamento, porque fazer o aconselhamento, com os profissionais envolvidos na gestão para discutir junto, como se organiza o fluxo de trabalho, a rotina, para ofertar o teste anti-HIV. Trabalhamos com as CAP, que organizam os treinamentos... a SMSDC instrui a CAP e banca a infraestrutura, e a CAP indica os serviços de saúde e, estes, os profissionais que vão participar. [E10]

Fica-se com a impressão que o diálogo relativo a essa temática acontece mais centrado nos trabalhadores diretamente ligados ao serviço e às atividades de testagem prestadas. A CAP também foi mencionada como um interlocutor frequente, pelos treinamentos que organizam.

Considerando o processo de pactuação, monitoramento e avaliação da implantação e implementação da oferta no modelo assistencial da Atenção Básica, foi indagado especificamente dos gestores sobre os seguintes aspectos: processo de trabalho, capacitação de recursos humanos, dimensão clínica (cuidados à saúde, referência e contra-referência, parâmetros epidemiológicos), tendo obtido algumas respostas que são interessantes de serem reproduzidas:

Há cada 6 meses, reunimos os Pólos com as CAP.... Há a devolução do que foi feito, discutem-se novos passos, as barreiras e as possibilidades para melhorar o atendimento. Às vezes, há o absenteísmo entre a oferta e a procura [perfil de utilização]... às vezes chegam tardiamente nos Pólos, as gestantes, os adolescentes, os com tuberculose. Discute-se sobre a referência e a contra-referência, sobre o encaminhamento da gestante HIV positiva, para onde ela será ou foi encaminhada e, posteriormente ao encaminhamento, avisam a CAP, que vai avisar a Unidade de saúde... A CAP verifica se a gestante chegou e se foi atendida. Esta discussão visa o monitoramento e a melhoria do atendimento no serviço de saúde, no caso do pré-natal e da tuberculose. Cada Pólo tem sua referência organizada e avisa à CAP, que checa a contra-referência. Geralmente, os usuários colhem no CMS e o sangue é encaminhado para o PAM Matoso [agora CMS Hélio Pelegrino], que é um laboratório de referência, para testagem convencional. Cada CAP tem um laboratório de referencia. [E10]

Novamente aqui, a interlocução e cooperação com a CAP parecem ser instrumentos importantes nos modos de gerir e pactuar acertos pertinentes, motivadores de mudanças e decisórios para a gestão, entre os quais cita-se

discussão de projetos futuros, a pactuação sobre os processos de referência e contra-referência, a resolutividade das ações de saúde e os recursos assistenciais e tecnológicos necessários.

Para um dos entrevistados, esse acompanhamento é parte do processo de trabalho do gestor, incluindo tanto ações informais, como conversas com a equipe, como formais, como a avaliação do cotidiano dos serviços, reuniões de equipes e com as direções das unidades de saúde, planejamento de treinamentos e atualizações, todos os quais são ferramentas de gestão indispensáveis a um melhor cuidado em saúde e, posteriormente, ao desenvolvimento de redes de saúde locais.

São processos inerentes ao cotidiano de trabalho do gestor do serviço que se vale desde a conversa informal com os membros da equipe, passando pelas reuniões regulares, treinamentos e atualizações, reuniões das coordenações dos demais serviços. Quanto aos parâmetros epidemiológicos, o SI-CTA [Sistema de Informações dos CTA], quando atualizado, pode fornecer alguns indicadores a cerca do recorte populacional [de] que [m] recorre ao serviço e, tais informações, quando interpretadas, valem para orientar a intervenção no sentido de instrumentalizar a escuta ativa e seus desdobramentos. [E25]

Sabe-se, contudo, que há limites quanto ao processo de aproximação constante com as unidades de saúde, o que dificulta o diálogo e, conseqüentemente, a melhoria das ações de saúde. Também há impasses em relação à notificação dos dados, que não traduzem a realidade vigente.

Como sugestões no que concerne ao tema central do estudo, os gestores ressaltaram a manutenção e estreitamento da relação entre o Programa de Tuberculose e a Coordenação de DST/AIDS e a ampliação dos Pólos de Testagem.

Do ponto de vista da organização e do funcionamento para a melhoria da ampliação da testagem, faz-se importante considerar a pactuação com as unidades produtoras de cuidado de saúde, tendo a visão de dispositivos e instrumentos que favoreçam o acesso, à equidade, e uma rede de saúde mais otimizada e integrada.

Certamente, criar espaços e formas de integração no trabalho cotidiano representa, na esfera pública, um desafio. Não resta dúvida de que o planejamento deve renovar ações de saúde coletivas, reestruturando o já existente rumo às dinâmicas interativas e dando visibilidade às necessidades dos usuários.

No tocante ao tema estudado verificou-se que nas unidades de saúde estudadas na AP1.0 não há a estruturação de uma rede de atenção que envolva

tanto os serviços quanto as tecnologias que conformam a atenção ao diagnóstico anti-HIV.

Parece importante destacar, nesse sentido, a importância da ampliação do diagnóstico tendo como porta de entrada as unidades que compõem a atenção primária em saúde, bem como a inclusão da Estratégia de Saúde da Família, a qual, embora possibilite maior proximidade com o território e seus habitantes, incluindo as famílias, pode envolver desafios no que se refere à privacidade e confidencialidade.

6.6 A (necessária) capacitação para os processos de trabalho dos profissionais no Diagnóstico do HIV

Os serviços que disponibilizam as sorologias para o diagnóstico anti-HIV propõem o acolhimento, a humanização e a atenção integral na relação que se estabelece entre profissionais de saúde e a população usuária.

Capacitar profissionais nesta perspectiva significa um conjunto de ações de saúde que envolve ação e reflexão sobre a prática desenvolvida. A capacitação deve buscar promover competências e a valorização do profissional, habilitando-o a desenvolver técnicas a serem vivenciadas na prática do serviço, distanciadas de um modelo hegemônico curativo vigente e direcionadas à qualidade do atendimento à saúde.

Para desenvolver formas de capacitação que atuem nesse sentido é importante ter uma visão crítica das ações em saúde, viabilizando a horizontalização da atenção integral, observando-se a realidade social e as demandas de saúde dos usuários.

Além de trabalho sensível de escuta e produção de cuidado, as experiências de capacitação necessitariam suscitar questões relacionadas à interação entre profissional e usuário e levantar reflexões sobre o processo de trabalho centrado nas necessidades e satisfação da demanda.

A singularidade da Aids remete a um isolamento físico e social, de modo que o profissional tem que conviver com a circunscrição social do sujeito, o que lhe exige desenvolver novos saberes e agir em saúde, onde o exercício de técnicas não deveria estar dissociado das necessidades sociais.

Ao refletir sobre o processo de formação, lembramos Ceccin e Feuerwerker,

A formação não deveria apenas ensinar tecnologias diagnósticas, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas desenvolver condições de atendimento relacionadas às necessidades de saúde da população atendida. Ceccin e Feuerwerker (2004, p. 43)

Especificamente em relação à testagem para o HIV, essas ações devem incluir não apenas informações sobre os testes em si, mas também a capacitação no aconselhamento, para a atuação dos profissionais na avaliação de situações de risco e na educação para saúde, independente dos resultados dos exames anti-HIV. Desse modo, a formação oferecida aos profissionais deve (ou deveria) procurar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, buscando uma reflexão crítica das condições de vida e envolvendo subjetividades dos atores envolvidos e a doença em pauta.

Por conseguinte, uma das questões abordadas nas entrevistas dedicou-se a investigar se os profissionais tinham vivenciado atividades de capacitação, fosse em relação aos testes HIV ofertados na rede, fosse para as ações de aconselhamento que devem envolver esses processos.

Todos os três gestores entrevistados espontaneamente referiram ter sido capacitados em ambos os aspectos. Essa, contudo, não foi a realidade predominante entre os vinte e dois profissionais diretamente envolvidos no processo de cuidado e de oferta do exame. Apenas dez informavam terem recebido algum tipo de capacitação; muitos referiam ainda terem sido capacitados para a testagem convencional, mas não para o trabalho com o teste rápido, de introdução mais recente na rede de serviços e cujo resultado sai em menos de 30 minutos, com o usuário aguardando e devendo receber suporte e aconselhamento de forma quase imediata.

Dentre os vinte e dois profissionais, doze não passaram por nenhum tipo de atividade de capacitação. Esses números — praticamente metade dos entrevistados informando não terem recebido capacitação — são em si bastante preocupantes, ainda mais se considerarmos estes momentos de formação profissional como espaços e canais concretos de diálogo permanente sobre o trabalho realizado, de modo a instrumentalizar os agentes em seu agir profissional. Como consequência da ausência de capacitação, nota-se que tais profissionais atuam em CMS, Postos de

Atendimento Médico e Ambulatório Especializado embasados, quase que exclusivamente, na própria prática diária.

A testagem encerra em si, independente de seus resultados, um espaço privilegiado para abertura e criação de vínculos que permita oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas dúvidas, identificar riscos e vulnerabilidades, orientar sobre práticas preventivas e promover, em última instância, a autonomia dos sujeitos. Todo profissional de saúde é sempre um operador do cuidado (MERHY, 2007b), devendo ser capacitado para atuar nos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos. Assim, o envolvimento nas atividades de testagem não pode prescindir de uma formação específica e direcionada que habilite estes profissionais a executar estas tarefas e outras com capacidade de diálogo para a identificação destas vulnerabilidades, visando à redução de posturas de julgamento e abordagens prescritivas e incentivo efetivo da autonomia dos sujeitos. Sem uma capacitação específica que possibilite ampliar e qualificar o trabalho cabe ser perguntado se a descentralização pretendida pode ser obtida com qualidade.

Cabe dar destaque ao fato preocupante que, entre os treze capacitados, três são gestores responsáveis pelo planejamento, organização e estrutura dos serviços e somente dez dos vinte e dois profissionais envolvidos no processo de testagem foram efetivamente capacitados. Sob tal perspectiva, esta preocupação nos remete à questão norteadora do estudo que pretende refletir a respeito da oferta do diagnóstico anti HIV, acompanhada de aconselhamento pré e pró teste, nos diversos serviços de saúde da rede básica do município do Rio de Janeiro, focalizados no estudo em relação a AP1. 0.

Algumas das respostas abaixo deixam clara a existência de alguns processos de capacitação dos entrevistados, voltados para a oferta do teste anti-HIV e do aconselhamento, segundo protocolos e mudanças de fluxogramas para a testagem, visando a atuação na rede básica de saúde:

Eu fui capacitada para teste convencional e para teste rápido, segundo as novas portarias. [E16]

Sim, fui capacitada para a Imunoflorescência e Bloot. Fui treinada em Manguinhos pelo fornecedor, segundo as portarias, para aplicarmos a testagem nos casos de acidentes biológicos. [E25]

Fez parte da formação do profissional do Programa da Mulher, através da SMSDC. Formação em transmissão vertical, na terapia antiretroviral. [E4]

As diversas mudanças em relação ao processo de diagnóstico ao longo do evoluir da epidemia, com a expansão e mudanças nos testes ofertados e a ampliação das populações alvo da oferta desta testagem, ajudam em parte a entender estas falas. Tem-se a impressão que ocorreram diversas “ondas” de capacitação formal, à medida que as portarias governamentais iam incluindo estes novos testes e protocolos, novos espaços para a realização do diagnóstico, a ponto de um dos sujeitos declarar:

Fui capacitada, sim. Tive mais de uma capacitação. Tive capacitação permanente. Eu tenho tido capacitação na evolução de todos os testes. A capacitação foi contínua e o profissional sempre está se atualizando. [E17]

A ótica da educação permanente galgou “status” na política pública, tendo em vista apoiar a consolidação e implementação da construção de conhecimentos, como veremos a seguir:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007, houve um reforço da estratégia de descentralização e regionalização do Sistema, alinhando a PNEPS com as diretrizes do Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2007a).

Seguindo estes parâmetros, é possível afirmar que

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação de práticas e isto pode ser feito em curso/ em ato da gestão setorial ou de serviços, mas a definição de educação permanente em saúde da *Política* proposta foi carregada pelo núcleo de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos ao mesmo tempo porque o colocava sob problematização, isto é, em auto-análise e autogestão. (CECCIM, 2005, p. 982).

O autor acima citado, de forma consensual ao que se defende neste trabalho, refere ainda que o foco central da qualificação das práticas não se resume à atualização técnico-científica, porque a formação engloba aspectos de produção de subjetividade e de habilidades técnicas e de pensamento, além de um adequado conhecimento do SUS, o que significa, dentre outros, os aspectos relativos à sua organização mas também às suas políticas de atenção.

Como o arsenal diagnóstico e de tratamento relacionado à AIDS sofreu significativas mudanças ao longo de seus quase trinta anos, a cada introdução de novas tecnologias ou mudanças de fluxos devido a alterações de portarias, disparam-se novos ciclos de treinamento e retreinamento. Foi assim quando surgiu a Portaria 59 (de 28 de janeiro de 2003), que dispunha os fluxogramas para realização de testes sorológicos a serem ofertados na rede de serviços de saúde e, posteriormente, com a Portaria 34 (de 28 de julho de 2005), que regulamentou o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Nestas situações, contudo, a capacitação recebida parece ter focado (talvez até se limitado) em procedimentos mais técnicos como o teste ou o protocolo e de exame:

Sim, através de um curso da SMSDC-RJ, oferecido pela coordenadora de DST em 2002; o curso abarcou o aconselhamento. Foi uma proposta do THRIO.¹⁴[E6]

Fui capacitada em treinamento pelo THRIO, para TB. Teve treinamento sobre aconselhamento, oficinas e conversas. [E8]

Alguns entrevistados trouxeram, nas suas respostas, a noção de que a capacitação envolve mais do que um conjunto de informações técnicas, permitindo-lhes utilizar das informações e reflexões advindas destes processos para um melhor cuidado:

[...] a capacitação foi especialmente segundo protocolos de transmissão vertical e TB... são benefícios que levam à identificação precoce das doenças, à atenção, à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao cuidado... [E21]

[...] a capacitação sobre testes sorológicos, teste rápido e aconselhamento problematiza e reflete sobre os testes e os seus resultados, que envolvem aspectos inesperados e impactos que colocam em pauta as fragilidades dos sujeitos... [E22]

Consideramos que a capacitação traz um protagonismo para os profissionais que são preparados para desenvolver habilidades quanto à oferta do teste, a qual implica em ouvir o outro com atenção e respeito, compreendendo os testes, seus

¹⁴O estudo THRIO, que significa "TB / HIV no Rio", é um estudo de implementação do teste tuberculínico e da terapia preventiva com isoniazida (TPI) em 29 clínicas de HIV no Rio de Janeiro, Brasil, com os objetivos de (1) comparar a incidência de tuberculose pulmonar ativa entre clínicas que implementaram e não implementaram a terapia profilática entre os pacientes HIV atendidos; e (2) avaliar o impacto comparativo da TPI e terapia antiretroviral na incidência da micobacteriose. Iniciado em 2005, os primeiros resultados do estudo, publicados em 2010, apontam que o uso expandido de TPI em pacientes HIV é possível de ser conseguido com elevada adesão e baixos eventos adversos, mas que isso requer treinamento reorganização dos serviços (DUROVNI et al., 2010)

significados e impasses para os sujeitos, e considerando as crenças e percepções dos usuários relacionadas ao diagnóstico, que geralmente é temido e que pode trazer sofrimentos e/ou alívio, quando negativo.

Parece interessante também destacar uma das respostas dadas, em que o entrevistado respondeu de forma afirmativa, se considerando capacitado, mesmo alegando não ter tido acesso a qualquer ação mais formal nesse sentido:

Eu me sinto capacitado. Como médico, eu me sinto capacitado para fazer diagnóstico. Não tenho nenhuma dificuldade com isso. Aqui, eu aprendi com a prática, com a experiência. [E20]

Ainda no tocante à capacitação, algumas respostas permitem visualizar que muitas dessas ações têm por alvo auxiliar os profissionais no atendimento e cuidado a subpopulações específicas, que possuem risco diferenciado para a aquisição da doença e/ou potencial de adesão diferente, seja aos esquemas de prevenção, seja de acompanhamento e tratamento:

Quando entrei aqui, em 2006, recebi orientação do serviço de como lidar com os pacientes. Então, tive orientação de como lidar com pacientes soropositivos para HIV, com população de rua, prostitutas. Então, não foi nem uma capacitação, foi uma orientação. [E11]

A capacitação foi interna, baseada em protocolos e no aconselhamento, para os usuários de drogas, trabalhadores do sexo, população de rua, gestantes e pacientes com tuberculose. [E12]

Sobre essas falas, é pertinente refletir que a capacitação, às vezes, ocorre internamente, estabelecendo rotinas de serviços referentes às especificidades da população atendida.

Quando refletimos sobre o tema capacitação, nos remetemos à construção dialógica entre assistência e formação; sendo assim, a observação abaixo afirma que o processo de capacitação está em constante rediscussão:

A relação entre profissional e usuário ou entre equipe de saúde e usuário, vem sendo discutida no sentido de possibilitar que esses “encontros” aconteçam dentro de uma lógica de relação entre sujeitos. Onde cada um é possuidor de valores e significados que orientam suas escolhas e comportamentos (KOIFMAN; FERNANDEZ; RIBEIRO, 2010, p.165).

Por outro lado, alguns dos profissionais que negavam ter recebido capacitação, diziam (ou pareciam) não sentir falta da mesma, a partir da crença que

a leitura dos manuais, protocolos e a experiência advinda com o tempo de prática lhes permitia atuar junto ao atendimento do diagnóstico:

Não fui capacitada, mas aprendi na prática, com a experiência e baseio-me na legislação e nos protocolos. [E1]

[...] Mas o importante mesmo é esclarecer quando se identifica um sintoma e a conversa sobre o cuidado, sobre questões de vida do paciente, sociais e pessoais... [E2]

[...] Não fui capacitado. Trabalho com protocolos. Eu sempre trabalhei em projetos e nunca trabalhei como aconselhador, e com pacientes que chegam sintomáticos, com diagnóstico soropositivo e são usuários de droga, vinculados ao tráfico... [E 13]

Não. Eu li os manuais de aconselhamento pré-teste, mas capacitada com algum curso, não. Não sei se foi no manual de DST. Alguma coisa caiu nas minhas mãos e eu li. [E9]

A capacitação baseada em protocolos, manuais e portarias, às vezes, inclui as diretrizes do aconselhamento. Nesta perspectiva, o uso destes instrumentos orienta para o desenvolvimento de ações de saúde sob forma de material teórico que ancoram referenciais e problemas de saúde com a visão biomédica ainda hegemônica. Este tipo de capacitação aponta para definições e regras, na concepção do que se propõe para embasar roteiros de ações de saúde.

Outros, a despeito da falta de capacitação, afirmavam:

Não. Apesar de não ter sido capacitado, sinto-me atento às questões clínicas que podem significar HIV. [E 3]

Interessante notar ainda que a capacitação sempre foi identificada pelos entrevistados como uma atividade a parte, formal e organizada, usualmente na forma de um treinamento específico. Reuniões de equipe, de discussão de casos ou supervisões, que podem servir como espaços de troca, reflexão e aprendizado, favorecendo a interação entre os profissionais e possibilitando a discussão sobre a dinâmica cotidiana do trabalho, não foram citadas como tal por nenhum dos indivíduos entrevistados.

As capacitações deveriam levar em conta que profissionais e usuários são sujeitos de ações de saúde, onde estão colocadas, para além das tecnologias e inovações do teste, o modo de vida de cada um dos implicados e que pressupõem um encontro reflexivo e dialógico, que vem acompanhado de valores éticos e sociais.

Analogamente, penso que o modo de capacitar deveria colocar em cena estratégias de pensar e aprender a trabalhar nos serviços com as demandas do cotidiano. A formação do agir em saúde inclui a percepção crítica do que se faz e está voltada a produzir saberes a partir da prática de atenção á saúde, compreendendo que o processo de trabalho inclui os profissionais e os usuários em busca de formas de produção de cuidados, ressignificando saberes e fazeres.

Considerando que, em suas diretrizes, o aconselhamento deve ser incorporado à oferta do teste e realizado por um conjunto de categorias profissionais, buscando a integralidade nos serviços de saúde, cabem algumas perguntas: Que mudança nos profissionais esperamos diante de uma doença como a Aids, que demanda sofrimento relacionado ao diagnóstico, ao preconceito e incentiva mudanças comportamentais e redução de vulnerabilidades e riscos? A situação de testagem que envolve o diagnóstico abrange mais do que a expedição de um laudo clínico; no caso da epidemia HIV/Aids, como já citado, este diagnóstico desencadeia um processo de trabalho com foco na dimensão do cuidado e da atenção integral ao sujeito.

A decisão de fazer ou não o teste ainda é bastante difícil para os indivíduos, em função da representação social da doença e em consequência de aspectos psicossociais e éticos que o resultado desencadeia. Em função destas dificuldades, a capacitação de profissionais em aconselhamento auxilia a compreensão de um possível benefício do teste, com reflexão e apoio na interpretação dos resultados e na implicação dos mesmos na vida de cada um.

O processo de capacitação, assim, necessita extrapolar o conteúdo técnico-científico da profissão e ir de encontro a questões estruturantes das práticas de saúde e de como estas contribuem ou podem contribuir com a qualidade das ações de saúde no processo de estruturação do cuidado.

A problematização da qualidade do trabalho indica as necessidades de capacitação e garante a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas no processo de trabalho. As capacitações deveriam desafiar os profissionais de saúde para uma postura de mudança, para o desenvolvimento de suas práticas e uma constante atualização de conhecimentos e saberes.

Então, capacitar profissionais, aproximando o saber à prática do cotidiano, implicando o profissional em vivências práticas que envolvem a dimensão da atenção individual, através do diálogo, potencializa o encontro do saber-técnica, na

complexidade da vida cotidiana, e do processo de trabalho. E mais: a motivação sobre a reflexão do que ocorre em uma capacitação pode promover a construção de novo aprendizado no processo de valorização profissional, aproximando-se de um mundo de trabalho com maior qualidade técnica nas dimensões sociais, afetivas, orgânicas e éticas.

A não implementação dos processos de capacitação sob estes diversos focos dificulta a qualificação do modelo vigente de saúde, que ainda preserva aspectos conservadores centrados em manuais, protocolos e portarias; tal modelo tem comprometido a qualidade dos atendimentos preconizados pelo SUS ao não considerar o encontro e o vínculo nas relações profissionais-usuários e ao afastar-se dos caminhos da integralidade.

Entretanto, quando se capacita gestores, profissionais e demais atores, se ganha a oportunidade de chamar a foco a possibilidade de transformação das práticas, da organização do trabalho e da estruturação do processo de cuidado em várias dimensões das necessidades coletivas de saúde.

A importância de identificar se o ator social-profissional foi capacitado e como conduziu o procedimento técnico para a oferta do teste anti-HIV, as novas tecnologias diagnósticas e aconselhamento provocam uma reavaliação de sua prática, reconfigurando seu agir e uma nova dimensão de cuidado em saúde.

O processo de capacitação deve vincular a aprendizagem à experiência prática, pois desta forma articula as necessidades de saúde do outro e o diálogo com o profissional, onde a presença do outro é importante para a formação profissional.

No âmbito da formação profissional, considerando o conhecimento da prática desenvolvida nos serviços, esta, passa a ser valorizada e reconhecida como construção de saberes, enquanto expressão de saberes, possibilitando a reflexão entre os ensinamentos técnicos não dissociada da prática profissional de saúde.

Tais aspectos mencionados nos levam a defender que o processo de capacitação deva ser contínuo, no sentido de desenvolvimento de estratégias e ações pedagógicas que favoreçam o diálogo para a abertura do profissional para a oferta do teste e para que seu desempenho tenha melhor qualidade no processo de cuidado em saúde.

Assim, o conhecimento e a prática fazem a aproximação entre profissional de saúde e usuário a partir das questões que surgem, o conhecimento será construído, ressignificado e consolidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama da Aids, apesar (ou talvez exatamente por conta) da constante transformação da epidemia nestes últimos trinta anos, tem determinado como uma de suas estratégias de enfrentamento a descentralização das ações de testagem, via a expansão da oferta pública do teste anti-HIV para as unidades básicas de saúde.

Essa testagem ofertada tem, entre outras características, não ser compulsória e ter o anonimato, quando solicitado pelo usuário. Expandir a oferta, contudo, não é apenas realizar mais testes. Importa, pois, investigar como esses processos diagnósticos vêm acontecendo efetivamente na rede de serviços de saúde e esta foi a preocupação norteadora deste estudo. Essa compreensão se reveste ainda de maior relevância se for considerado que o diagnóstico do HIV, como visto nas falas dos atores entrevistados nessa pesquisa, persiste revestido de temores e vivido como uma ameaça, do ponto de vista da coletividade, percepção esta que inclui, além da população usuária, também os profissionais de saúde, que ainda mantêm a representação social do vírus como um reflexo de exclusão, estigma e discriminação, e o medo de adoecer de Aids.

Constatou-se no estudo que a vulnerabilidade e a infecção pelo HIV estão presentes no dia a dia das pessoas, sendo necessárias a elaboração de planos, programas e qualificação dos recursos humanos na redefinição de políticas públicas pertinentes ao cuidado, prevenção e promoção de saúde, situando a oferta do diagnóstico anti-HIV como uma ação de saúde que desencadeia maior qualidade de vida para a população.

Para os profissionais de saúde, o diagnóstico da infecção pelo HIV ainda é um tema complexo e sua solicitação é permeada por diversos sentimentos. A comunicação do resultado do exame, se reativo para o HIV, envolve significativas dificuldades para esses profissionais, por conta de seus impactos para o viver dos usuários, ainda que seja fundamental para se conseguir os potenciais benefícios relacionados à adesão dos pacientes às diversas medidas terapêuticas e preventivas. Por outro lado, informar sobre um resultado não reativo implica também na mobilização e necessidade de se trabalhar o despertar da prevenção do cuidado

de si e o acesso a questões biopsicossociais assim como a outros atendimentos na rede de atenção.

Nesse sentido, o aconselhamento dos usuários, independente do resultado positivo ou negativo do exame, transcende o âmbito da testagem, na medida em que contribui para a qualidade das ações educativas em saúde, fundamenta-se em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST/Aids, e orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na plena utilização dos seus direitos. Sua importância foi recorrentemente referida pelos entrevistados, ao mesmo tempo em que reconheceram dificuldades na sua realização e deficiências na capacitação para promovê-lo dentro da visão acima citada.

A oferta do exame circunscreve, na relação profissional de saúde-usuários, aspectos intersubjetivos do processo saúde-doença, ainda ausentes ou tênues na realidade dos serviços de saúde estudados, ainda que alguns autores, como Favoreto, assinalem para a presença de mudanças em curso que podem vir a modificar positivamente esta realidade. Nesse sentido, se pode comemorar que

Mudanças no modelo assistencial e em suas práticas tem levado à estruturação de novos serviços e espaços de intervenção na atenção à saúde, sobretudo com a implementação da estratégia Saúde da Família. As transformações propostas e implementadas incorporam, em sua retórica, o apelo de dar lugar e novos significados à figura do sujeito e da intersubjetividade nas ações preventivas e/ou curativas realizadas pelos membros das equipes de PSF. Contudo, a incorporação deste sujeito ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção de suas necessidades de saúde. (FAVORETO, 2002 p. 207)

Nas entrevistas realizadas ao longo dessa tese, se pode observar que a solicitação do exame anti-HIV e as ações de saúde relacionadas ao processo de diagnóstico ainda estão realçadas pelo modelo biomédico hegemônico nos serviços de saúde, trazendo a dicotomia entre sintoma e subjetividade, com ênfase nos aspectos biológicos, em uma perspectiva fragmentada e fragmentadora do cuidado e com uma hierarquização implícita de saberes.

O modo como o diagnóstico do HIV é conduzido coloca, na prática, a necessidade de rever a relação profissional de saúde-usuário, pretendendo assim que as práticas de saúde incluam dimensões biopsicossociais em seus arranjos, construindo novos modos de interagir, possibilitando a inclusão do tema

subjetividade no contexto da oferta e diagnóstico anti-HIV que requer novos saberes e novos modos de agir em saúde.

A diretriz da integralidade aponta para uma visão holística dos sujeitos, propondo a inclusão da intersubjetividade que permeia a prática e a incorporação de ações de saúde, como o aconselhamento, que concebe a reflexão sobre os comportamentos individuais e a compreensão sobre possíveis transformações na vida de cada um, diante da infecção pelo HIV/Aids.

Sabe-se que sujeitos com necessidades de saúde trazem, além do sintoma, a busca pelo cuidado e o sofrimento vinculado ao adoecimento, que tem amplos significados, entre eles a vivência individual e também coletiva, diante da fragilidade que é o adoecer e que propicia possíveis mudanças em seu viver.

Esta questão tem ainda maior significado em algumas doenças, entre elas, a Aids. O diagnóstico anti-HIV, se reativo/positivo, inclui este significado, pois acarreta um simbolismo de que levará à Aids e, conseqüentemente, à morte. Logo, o processo de diagnóstico deve basear-se na compreensão biopsicossocial e na singularidade de cada sujeito e contemplar aspectos múltiplos do resultado diante da possibilidade da doença.

O processo diagnóstico deveria incitar o profissional a uma dimensão técnica de escuta, acolhimento, encontro, reflexão e apoio, possibilitando, através do aconselhamento, atribuir sentidos e significados à oferta do diagnóstico, respeitando as orientações e experiências de vida dos sujeitos.

Percebe-se, como um dos resultados do estudo, que há uma necessidade de maior construção dialógica no aconselhamento por parte dos profissionais, dotada de escuta qualificada que possa correlacionar as queixas trazidas com aspectos de vida do usuário.

Entretanto, nem sempre isto ocorre, seja pelo fato da formação ainda não realçar a inclusão de aspectos subjetivos e de reflexão sobre as vivências dos usuários, o que, caso venha a ocorrer, poderá se constituir em uma assistência mais integralizada e voltada para o cuidado em saúde.

Considerando o diagnóstico anti-HIV na rede de atenção básica, percebe-se que a oferta do teste com essas características ainda é difícil de ser contemplada pelos profissionais de saúde da ponta, por dificuldades em lidar com questões subjetivas, de intimidade, de sexualidade, do uso de drogas, conjugalidade entre outras. Sendo assim, ancorar-se em sintomas físicos, solicitar o teste a

partirdassomatizações,com parâmetros biológicos distanciados dos aspectos subjetivos, fragmenta a abordagem sem correlacionar a queixa biológica ao sofrimento psíquicoe/ou social.

Outra dificuldade ao processo dialógico no aconselhamento que veio à tona nas entrevistas refere-se à falta de tempo dos profissionais, com a exigência de produção de números de atendimentos (aproximadamente em torno de quinze pacientes/dia), o que se constitui em importante barreira para o desenvolvimento da linha de cuidado em saúde. Esta forma de executar o trabalho é fruto, entre outros, da escassez de recursos humanos, que desconfigura o projeto de atenção e traz, no cotidiano, a imposição de um quantitativo excessivo de atendimentos, que desencadeia ou contribui para uma atenção precária.

Cabe à gestão dos programas locais, na estruturação do cuidado, apropriar-se do processo de testagem, que precisa sofrer alguns ajustes. Nesse sentido, identificam-se desafios e dificuldades estruturais e organizacionais que carecem de investimentos, para que os processos de diagnósticos atendam os direitos e necessidades das pessoas.

Uma das questões a destacar é que nem sempre existe integração entre a oferta do exame e sua realização, acarretando custos financeiros e desgaste de tempo para o usuário, que precisa locomover-se para outro local, diferente daquele do seu atendimento, para fazer o teste. Observamos que o apoio ao diagnóstico não tem, em diversas situações, uma infraestrutura que permita a atenção preconizada, que orienta que o usuário seja atendido o mais próximo possível, de forma mais descentralizada, humanizada e com menor custo e que a coleta seja feita na própria unidade de saúde de solicitação do exame. A organização dos Polos de Testagem pretende resolver esta questão, disponibilizando o teste, com agendamentos nos CMS e/ou nos CTA.

Sobre o tempode demora do resultado, este é, muitas vezes, desumano e instável, pois tem variação de 15 a 45 dias e segue percursos burocráticos que dificultam mais o acesso ao diagnóstico. Há uma indicação de que o exame de triagem não ultrapasse quinze dias para ser realizado e liberado, mas vimos que os poucos recursos humanos, a falta de capacitação, dificuldades de transporte e carência de técnicos administrativos, como motoristas, arquivistas, recepcionistas, são fatores que dificultam a comunicação do diagnóstico e a referência dos pacientes para a rede de atenção. Estes fatores são incompatíveis com a ampliação

do teste centrado em uma oferta mais resolutiva e no diagnóstico com qualidade, e soluções devem ser buscadas o mais rápido possível.

Para além da falta de laboratório local, percebe-se também a ausência de privacidade no espaço físico e a irregularidade no fornecimento de insumos (kits de exames, material educativo e preservativos), que, se aliadas a uma prevenção prescritiva e à excessiva produção exigida diariamente interferem no processo de diagnóstico e geram uma atenção descontínua, desconsiderando a premissa da rede básica de ser porta de entrada para os usuários na testagem anti-HIV.

A política na reorganização do diagnóstico necessita de maior racionalidade técnica e investimento nos mecanismos de gestão, que envolvem os coordenadores dos serviços, a equipe técnica, as CAP, e a gestão municipal do Programa.

Para melhorar este quadro, sugere-se a revisão da capacidade física, dos equipamentos e demais insumos necessários, como financiamento dos Kits e o investimento em capacitação permanente, elevando o quantitativo e a qualificação dos recursos humanos, readequação dos processos de trabalho, entre outras questões relatadas neste estudo. As análises e reflexões dessas questões apontadas, agregadas ao processo de discussão contínua, poderão, assim, construir novas bases de ações de saúde relacionadas à extensão da oferta do exame.

Desse modo, a reestruturação do diagnóstico do HIV e o fortalecimento das ações de aconselhamento, na rotina dos serviços da rede básica de saúde, implicam em um planejamento que requer atenção para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, novas tecnologias de cuidado e de testagem, em função da reconstrução da oferta de atividades individuais e coletivas.

Em adição a estes aspectos e retomando a questão do processo de testagem na visão do diagnóstico, repensar o aconselhamento diante dos usuários é compreendido como ouvir e refletir com o sujeito suas múltiplas dimensões de vida, pensando o cuidado em saúde na perspectiva de construir o *projeto de felicidade* de cada um.

O presente trabalho apontou ainda para a dificuldade de acolhida e escuta por parte dos profissionais, despreparados para lidar com questões por vezes vistas como comportamentos “desviantes”. Estas carregam significativa complexidade, pois implicam no modo de vida do outro e envolvem constrangimentos, sendo difícil o não julgamento, mesmo que seja no imaginário dos profissionais. Por isso mesmo e pelo caráter ainda incipiente que esta problemática ocupa nos processos formativos dos

profissionais, cresce em importância a necessidade de estratégias variadas e abrangentes de capacitação dos profissionais envolvidos nas atividades de oferta do diagnóstico.

O que fica aparente ao longo do trabalho é que as capacitações profissionais relacionadas à Aids concentram-se fortemente em informações sobre a transmissão do HIV, sobre prevenção prescritiva do sexo seguro, tratamento e adesão, sem uma perspectiva de compreensão quanto à escuta e ao direito que o usuário tem sobre o modo de vida.

As informações sobre a transmissão e prevenção do vírus HIV/Aids, apesar de conhecidas da população e pelos profissionais, estão centradas ainda em concepções de risco e devem ser repensadas com base em novas e abrangentes estratégias de prevenção e aconselhamento.

Neste sentido, os processos de capacitação devem ser revistos e vinculados às questões de vulnerabilidades do indivíduo buscando propiciar o diálogo contínuo com o profissional, acerca de suas práticas cotidianas e necessidades de saúde. Para que isto ocorra é importante tecer ações pedagógicas e de saúde favoráveis à abertura para a oferta do teste, compreendido como um cuidado em saúde.

Os encontros entre profissionais de saúde e usuários necessitam evocar a sensibilidade e a implicação como momento de cuidado, em interface com os diversos saberes e poderes, através de novas texturas que dão sentido ao ato de aconselhar. Com isso, os trabalhadores em saúde, ao abrir espaços de fala e escuta, podem construir espaços relacionais mediadores dos processos de trabalho.

Para as equipes de saúde, é importante, pois, rever as situações vivenciadas no cotidiano, discutindo os casos atendidos sob supervisões que ajudem a refletir sobre as dificuldades e limitações que interferem no aconselhamento e nas estratégias de prevenção. Esta questão parece ser idealizada para a rede de atenção, mas creio que, se emanadas da gestão, podem e devem ser vivenciadas, tornando o trabalho mais compartilhado, com diversos olhares.

Não é possível deixar de lembrar que profissionais lançam mão de ações de saúde complementares, basicamente com atuação de psicólogos para aliviar e compartilhar casos, vividos como mobilizadores e difíceis. Esta é, sem dúvida, expressão da necessidade de compartilhar e de buscar cooperação para lidar com os casos. Entretanto, muito se pode avançar se estes processos se estenderem aos diversos tipos de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e

psicólogos, entre outros), que colaborem com suas experiências e conhecimentos diversos para efetivamente produzir uma atenção multidisciplinar.

Em consideração à mudança contínua de fluxogramas para a testagem anti-HIV, disponibiliza-se o teste rápido como instrumento para a resolutividade do resultado do exame, em contraposição à demora de sua obtenção quando realizado de maneira convencional. Evidenciou-se, no estudo, que este tipo de oferta de exame é feito basicamente pelo CTA e pelos polos de testagem, sob critérios. Há dificuldades nos serviços de atenção básica de oferecer este tipo de teste e estendê-lo à população em geral. Além disso, aplicam-se as observações feitas em relação aos impactos e dificuldades referentes aos recursos financeiros para uma disseminação mais ampla deste tipo de teste, por um lado, e, de outro, a comunicação por profissionais do diagnóstico quase que imediato.

Não podemos deixar de mencionar as estratégias de inclusão de tecnologia inovadoras, no caso os inúmeros testes rápidos para diagnóstico de outras doenças como Sífilis e Hepatites B e C, que podem trazer impactos nos padrões de saúde, tal como o benefício de um diagnóstico mais rápido e do tratamento de co-infecções, que podem melhorar os resultados em saúde dos pacientes com HIV e Aids.

A esse respeito, merece destaque a iniciativa, por parte da gestão municipal, de criar pólos de testagem nos serviços de atenção básica e, também, o estreitamento da relação com os programas de Tuberculose, Hepatites e da Mulher, que favoreçam o acesso ao teste anti-HIV.

Ficou aparente que alguns serviços encaminham frequentemente os usuários para a testagem nos CTA, devido a sua referência e consolidada experiência com capacitações e aconselhamentos. Nesta linha de pensamento, entende-se que esta questão vai de encontro às dificuldades já citadas e este encaminhamento se dá como desvio de foco do diagnóstico, suas repercussões e, conseqüentemente, a quebra de cuidado.

Convém ressaltar que a maioria dos usuários que procura estes serviços tem demanda espontânea, porque se sentiram expostos a situações vivenciadas como “de risco”, ou advém de encaminhamentos feitos pelo Polos de Testagem, por médicos ou profissionais que conhecem o serviço, no caso da área programática estudada.

Entende-se que a ampliação da testagem anti-HIV é uma fase estruturante para a universalização das ações preconizadas pelo SUS, mas a atenção básica ainda faz um tênue caminho rumo ao acesso e à universalização.

Para o sistema de saúde, no que se refere ao diagnóstico do HIV, a atenção básica só se constituirá como porta de entrada dos usuários a partir de mudanças calcadas na universalidade e equidade, com reformulações das estratégias para a oferta de exames anti-HIV baseadas nas necessidades da população, com cuidado resolutivo e de qualidade.

Reconhece-se que esta ampliação demanda planejamentos e metas que espelhem a dimensão de atenção integral à saúde, mesmo cientes da tensão existente entre profissionais de saúde e os próprios usuários no momento da testagem e do diagnóstico. A construção de um novo caminho exige o comprometimento das várias instâncias, fomentando o desenvolvimento de ações de saúde, no caso o diagnóstico, fundados na afirmação do direito e o cuidado à saúde como elementos de cidadania.

Como desafios prementes no processo de oferta do diagnóstico, destaca-se que o aconselhamento deve ser uma ferramenta utilizada no contexto dos serviços de saúde e aprofundada na questão dos serviços que atendem DST/Aids. Fica claro que os profissionais devem ter um olhar mais abrangente sobre o sujeito e maior interação entre seus pares e coordenadores. Assim, estaremos desenvolvendo — efetivamente e na prática — um processo de integralidade, a partir da interlocução mediando informações e saberes.

Outro desafio, além da capacitação qualificada dos recursos humanos, é o processo de permanente avaliação da oferta de testes anti-HIV nos serviços da rede básica, nos CTA e nos polos de testagem, já que verificamos a necessidade de repensar as atividades de prevenção, o processo de acolhimento, escuta e o compartilhamento de idéias entre profissionais e os gestores locais que atuam no cotidiano.

Com vistas a contribuir nesse processo, planeja-se desde já, após a finalização deste doutorado, um retorno sistematizado dos principais aspectos observados para a gestão do Programa, coordenadores e profissionais dos serviços estudados, assim como outros interessados, como o objetivo não só de compartilhar e devolver o que foi identificado, mas de pensar coletivamente em etapas para

alcançar com maior qualidade, uma efetiva ampliação dessa oferta no nível primário de atenção.

Pensando no cuidado, concluo citando Boff (1999)

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999. p. 90).

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença*. Maneiras de fazer grupos da sociedade civil. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001. p. 157-165.
- ALVES, D. S. et al. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 221-240.
- AMARGO JR., K.R. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 70-80, ago. 2003.
- AMORIM, C. M.; SZAPIRO, A. M. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1.859-1.868, nov./dez. 2008.
- ARAÚJO. C. L. F. *Aconselhores, acolhedores... a prática de aconselhamento em DST/Aids em um CTA do Estado do Rio de Janeiro*. 2003. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- ARAÚJO, C. L. F.; CAMARGO JR., K. R. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 2-4, dez. 1997.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11, ago. 2002.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS; UERJ, ABRASCO, 2007. p. 127, 144.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009. Supl. 2.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2009, p.14

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. *Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos*. São Paulo: NEPAIDS, 2010. p. 8. Mimeografado. Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 6, p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a. p. 375-418.

AYRES, J. R. C. M. et al. *Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana*. São Paulo: Fapesp, 2006b. p. 28 (Projeto de Pesquisa - FAPESP - 2006/51688-9).

BAPTISTA, T. W. F. et al. Responsabilidade do estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, jan. 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARREIRA, D. Os desafios para o controle da co-infecção TB/HIV no Brasil. *Revista Saber Viver/Profissional de Saúde*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 14, jul. 2009.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000, p. 196-209.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 83, 6 maio 1985. Disponível em:

<sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/GM_P236_85aids.doc>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 191-A, 5 out. 1988a.

BRASIL. Senado Federal. *Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988*. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF, 1988b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=131929>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, n. 10, 1988c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a obrigatoriedade do Estado de fornecer os medicamentos anti-Aids. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 23.725, 14 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 488, de 17 de junho de 1998. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 3-4, 18 jun. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 488, de 17 de junho de 1998. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 3-4, 18 jun. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília, DF, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Avaliação de aconselhamento em DST/Aids*. Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *A resposta brasileira ao HIV/Aids: experiências exemplares*. Brasília, DF, 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 59, de 28 de janeiro de 2003. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 22, 30 jan. 2003a. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, DF, ano 5, n. 21, p. 6, nov. 2003b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 2003c. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/index.htm>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. CN - DST/Aids. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília, DF, 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, Brasília, DF, ano 1, n. 1, jan./jun. 2004. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 146, p. 77, 29 jul. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids: plano estratégico*. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, Brasília, DF, ano 2, n. 1, jan./jun. 2005c. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *HIV, Aids, Hepatites Virais e outras DST*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente*. 2007a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral*. Brasília, DF, 2007b. (Série Manuais, n. 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Nota técnica nº 62/07 GAB/UIV/PN/DST/Aids - SVS/MS*, de 4 de julho de 2007, sobre vigilância epidemiológica das crianças expostas ao HIV. Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, ano 5, n. 1, jan./jun. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *United Nations General Assembly Special Session (UNGASS)*. Relatório 2008. Respostas Brasileiras 2005-2007. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico: Aids e DST*, ano 6, n. 1, 2008/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDS*. Brasília, DF, [2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29970>. Acesso em: 14 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde propõe mudanças para ampliar e agilizar diagnóstico do vírus da Aids*. 22 jun. 2009a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-propoe-mudancas-para-ampliar-e-agilizar-diagnostico-do-virus-da-aids>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Cria alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 198, 16 out. 2009b. Seção 1, p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico: Aids e DST*, Brasília, DF, ano 7, n. 1, 2009/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Tabulações de dados de AIDS (TABNET-AIDS)*. 2010b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/dados-aids.asp>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico AIDS 2010*, ano 7, jul./dez. 2009 a jan./jun. 2010c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas*. Brasília, DF, 2010e. Disponível

em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/acesso-universal_Brasil>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. [Taxa de incidência de Aids ...]. 2010f. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010>>. Acesso em: 30 jul.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Cartilha sobre o aconselhamento para a Atenção Básica]. [20--]. Fique sabendo. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ms000304.pdf>>. Acesso em: 30 jul.2011.

BREILH, J. La sociedad, el debate de lamodernidad y lanuevaepidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 207-33, jan. 1998.

BRITO, A. M. A evolução e a distribuição social da doença no Brasil. *Revista Com Ciência*– SBPC: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, São Paulo, n. 76, 10 maio 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 8 dez. 2010.

BRITO, A. M.; AYRES, C. E.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [serial on the Internet], v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 8 dez. 2010.

BRITO, A. M. et al. Aids e a Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar;/abr. 2000.

BRITO, A. M. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 18-22, 2006. Suplemento.

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003a.

CAMARGO JR., K.R. A Aids: questões preliminares. In: BASTOS, C. *As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, UERJ: RelumeDumará, 1994. p.43-48.

CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (In) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2003b. p. 35-44.

CAMARGO JR., K.R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *A construção social dademanda*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ-CEPESC: ABRASCO, 2005. p.91-101.

CAMARGO JR., K.R. Prevenção de HIV/Aids: desafios múltiplos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.27, p.70, ago. 2003c.

CAMPOS, C.E.A. A Organização dos Serviços de Atenção Primária no Brasil. *Revista Brasileira Médica, Farmacêutica e Comunitária*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.50-51.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 2, p.7-14, abr./jun. 2003.

CASTEL, R. *A insegurança social: O que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTIEL, L.D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas, SP: Papyrus, 1994. p.155-156.

CASTIEL, L. D. et al. *Correndo o risco: o risco, uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R.G. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar: ABIA, 1997.

CECCIM, R. B. *Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.v10n4/a20v10n4>>. Acesso em: 8 dez. 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, jan./jun. 2004.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

CUNHA, G.T. *Atenção básica: a construção da clínica ampliada*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DOMINGUES, R.C. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Testagem e

Aconselhamento. *Integrando prevenção e assistência*. Brasília, DF, 2004. (Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8).

DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUROVNI, B. et al. The implementation of isoniazid preventive therapy in HIV clinics: the experience from the TB/HIV in Rio (THRio) study. *AIDS*, London, v. 24, p.S49-S56, Nov.2010. Supplement. 5.

FAVORETO, C.A. O.A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2002. p.207.

FERREIRA JR., O. C. et al. *Avaliação de testes rápidos para detecção anti-HIV no Brasil*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/HIVtesterapidoBrasil-avaliacao_0.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2011.

FIGUEIREDO, A.M.; SOUZA, R.R.G. *Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final*. Rio de Janeiro: Lúmen-Juris, 2005.

FILGUEIRAS, S. L.; FERNANDES, N. M.; GONÇALVES, J. E. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. [S.l.: s.n.], 1997.

FONSECA, A.F. *Avaliação da Atenção em HIV/Aids em Centros Municipais de Saúde*. 1994. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

FONTENELLE, D.S. *Vivendo com HIV/ Aids: cuidado, tratamento e adesão – uma experiência do grupo COM VIDA*. 2001. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E.M. Grupo de estudos em população, sexualidade e Aids. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, p. 84-97, jun. 2008. Suplemento 1.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. E. 1999. O acolhimento e OS processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, jan./jun. 1999.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. (Coleção Educação e Comunicação, v. 1).

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação- uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1980.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Educação na cidade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA: Ed. 34, 2000.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D. (Org.). *Centros de testagem e aconselhamento do Brasil*. Desafios para a equidade e o acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, SVS/PN-DST/AIDS, 2008. (Série Estudos Pesquisas e Avaliação, n. 11).

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 427-436, jun. 2009.

GRINSZTEJN, B.; VELOSO, V. Prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Saúde em Foco*, Rio de Janeiro, ano 7, n. 17, p. 41-43, dez. 1998.

KOIFFMAN, L.; FERNANDEZ, V.S.; RIBEIRO, C.D.M. A construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.; MACEDO, M.C. (Org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Cepesc: IMS, UERJ: ABRASCO, nov. 2009.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 91-102

Luiz, O.C. & Cohn, A., Sociedade de risco e risco epidemiológico. - Cadernos de Saúde Pública - v.22 n.11 Rio de Janeiro nov. 2006

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 9-20.

MACHADO, C.V. *Direito universal política nacional*. O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MARQUES, M.C.C. *A história de uma epidemia moderna. A emergência política da Aids/HIV no Brasil.* São Paulo: Ed. Rima: EDUEM, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. Acerca dos valores que merecem ser defendidos In:PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. (Org.).*Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.*Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: ABRASCO, 2003. p. 45-58.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.* São Paulo: Ed. USP, 1998.

MERRY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: CECILIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo:Hucitec, 1994.

MERRY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.).*Razão e planejamento.* Reflexões sobre política, estratégia e liberdade.São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.117-194.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda.* Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p.195-206.

MERHY, E. E.Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 71-111.

MERHY, E.E. *A cartografia do trabalho vivo: ato de cuidar: alma dos serviços de saúde.* São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINAYO, M.C. S. (Org.). *Pesquisa social.* Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 61-77.

MIRANDA, K.C.L.; BARROSO, M.G.T. Aconselhamento em HIV/AIDS:análise baseada em Paulo Freire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.

15, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 7 jul. 2011.

MORENO, D.M.F.C.; REIS, A.O.A. O momento da comunicação do resultado sorológico para o HIV sob a ótica winnicottiana. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano 15, n. 156, p.20-25, 2002.

MORIMURA, M. C. R. et al. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, p. s69-76, 2006. Suplemento 1.

OLIVEIRA, T. F. *Testagem do HIV: a universalização da oferta na Rede Básica de Saúde em Recife*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Los Juntos lo Conseguiremos*. Genebre, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, set. 1978. cap. 6.

PARKER, R. (Org.). *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.

PARKER, R. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PARKER, R. Construindo os alicerces para resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro n. 27, p. 8-49, 2003.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PIMENTA, C.; SOUTO, K. (Org.). Vulnerabilidades. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília, DF, 2003. cap.2, p. 25.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Ed. IMS, UERJ: CEPESC-ABRASCO, 2005.

PIRES, D. A implantação das políticas de Aids no Estado do Rio de Janeiro. In: PASSARELLI, C.A. et al. (Org.). *Assistência e prevenção à epidemia de Aids no SUS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 30-35.

- RACHID, M.; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/Aids*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, 2003.
- ROCHA, F.M.G. *Política de prevenção ao HIV/Aids no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*.1999. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- ROGERS, C.R. *Counseling and Psychotherapy*. Boston: HoughtonMifflin, 1942.
- ROSE, G. *Estratégias da medicina preventiva*. São Paulo: Artmed, 2010.
- RIO DE JANEIRO. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS*. 2009.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. *Boletim Epidemiológico*. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 7 jul. 2011.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. *Boletim Epidemiológico*. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 7 jul. 2011.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. Gerência de DST/AIDS. *Relatório de avaliação dos Pólos de Testagem Regional: período 2006-2007*. Rio de Janeiro, [2008].
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. Gerência de DST/AIDS. *Relatório de avaliação dos Pólos de Testagem Regional: período 2007-2008*. Rio de Janeiro, [2009].
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de DST/AIDS. Rio de Janeiro, 2007.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de DST/AIDS. Rio de Janeiro, 2010.
- SCHEEFFER, R. *Teorias de aconselhamento*. São Paulo: Atlas, 1986.
- SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.P.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). *Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. Mimeografado.
- SILVA, S. *Centro de testagem e aconselhamento: caminhos e trilhas*.2004. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Política Públicas) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SILVAJR., A.G.; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p. 80.

SOUZA JR., P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004.*Boletim Epidemiológico: AIDS e DST*, ano 3, n. 1, jan./jul. 2006. 1ª à 26ª semanas epidemiológicas.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TÁVORA, E.S.F. *A política de TB no Brasil: uma perspectiva da sociedade civil*:Public Health Watch (EUA). [S.l.]: Open SocietyInstitute, 2006.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. G. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.).*Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS,UERJ: ABRASCO, 2003. p.89-111.

TIBÚRCIO, A.S.; SALLES, R.S.; PASSOS, F.D.L. Superinfecção pelo HIV-1: uma breve revisão da literatura. *DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói,v. 22, n. 1, p. 16-21, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p.190-198, 2004. Suplemento 2.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

UNAIDS. *Where prevention and care meet: voluntary counselling and testing, and preventing mother: to child transmission*.Reportonthe Global HIV/Aids. Geneve, 2002.

VELOSO,V.; VASCONCELLOS, A.L.; GRINSZTEIN, B.Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. *Boletim Epidemiológico de Aids*, Brasília, DF, ano 12, v.12, n.3, jun./ago. 1999.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL – IMS

Prezado(a) Sr.(a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo título é “O diagnóstico anti-HIV no Município do Rio de Janeiro: Processos de Cuidado em Saúde” em serviços da rede pública de saúde, cujo objetivo é avaliar a oferta de testes nestes serviços e o desenvolvimento das ações de saúde do diagnóstico da infecção pelo HIV, acompanhados de aconselhamento pré e pós-teste, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela pesquisadora Sonia Maria Batista da Silva. Fui informado ainda de que a pesquisa é orientada por Rosângela Caetano, a qual poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio dos telefones (21) 2334-0472 e (21) 2334-0235.

Sua participação é muito importante. Os resultados do estudo serão úteis para a saúde da população com a melhoria da atenção ao diagnóstico anti-HIV e a formulação de políticas públicas de saúde, contribuindo para ampliar o acesso do usuário a estes exames.

Considerando a Resolução CNS 196/96, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sua participação será inteiramente voluntária, consistindo em participar de uma entrevista semiestruturada, de caráter anônimo, com duração média de quarenta e cinco minutos, que poderá ser gravada em fita magnética ou MP3 com a sua anuência, para posterior transcrição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e sigilosas. Sua identidade será preservada mediante código alfa-numérico, inviabilizando que suas respostas sejam identificadas. Você não é obrigado a participar e deve ficar claro que tem o direito de se recusar a fazê-lo, assim como desistir a qualquer momento, bastando retirar o seu consentimento.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou se me sentir prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável ou seu orientador, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), situado à Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 715 – Cidade Nova, Rio de Janeiro (RJ), telefone (21) 3971-1590.

Você receberá uma cópia deste Termo onde constam telefone e o endereço do pesquisador para quaisquer esclarecimentos adicionais julgados necessários.

Desde já agradeço a sua participação,

Sonia Maria Batista da Silva (Doutoranda IMS/UERJ)
Av. Pres. Vargas, 2863, Cidade Nova, RJ
Tel. (21) 3184-4425 / 9817-0034

Prof^aDr^a Rosângela Caetano
Orientadora
Instituto de Medicina Social / UERJ
Tel. (21) 2334-0235 / 2334-0354

Declaro estar ciente do teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e de que concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Rio de Janeiro, de de 2010

Assinatura do Entrevistado: _____

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista com Gestores

- 1- Que critérios, na sua opinião, o diagnóstico anti-HIV nos serviços de Atenção Básica precisariam preencher para ser efetivamente um processo de cuidado em saúde?
- 2- Como a diretriz da testagem anti-HIV para os serviços de saúde da Atenção Básica é entendida e organizada por esta Coordenação?
- 3- Quais as possibilidades e limites para a implementação do teste anti-HIV nos serviços de saúde da Atenção Básica?
- 4- Qual o planejamento e quais as metas para maior acessibilidade à oferta do teste anti-HIV nos Serviços de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro?
- 5- Como se dá a construção dos processos de trabalho que envolvem a estrutura e a organização destes serviços par a oferta dos testes anti-HIV?
- 6- Como são transmitidas as orientações para a ampliação dos testes anti-HIV ao (a) diretora do serviço de saúde para que possa efetivá-las nas diversas clínicas que compõem o serviço? 7- Como você pactua, monitora e avalia a implantação e implementação desta oferta no modelo assistencial da Atenção Básica? Considere, por favor, na sua resposta os seguintes aspectos: processo de trabalho, capacitação de recursos humanos, dimensão clínica(cuidados á saúde, referência e contra-referencia parâmetros epidemiológicos .
- 8- você gostaria de sugerir, opinar ou acrescentar algo a cerca do tema da entrevista?

APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista com Profissionais de Saúde

Nº da entrevista:

Código alfa-numérico:

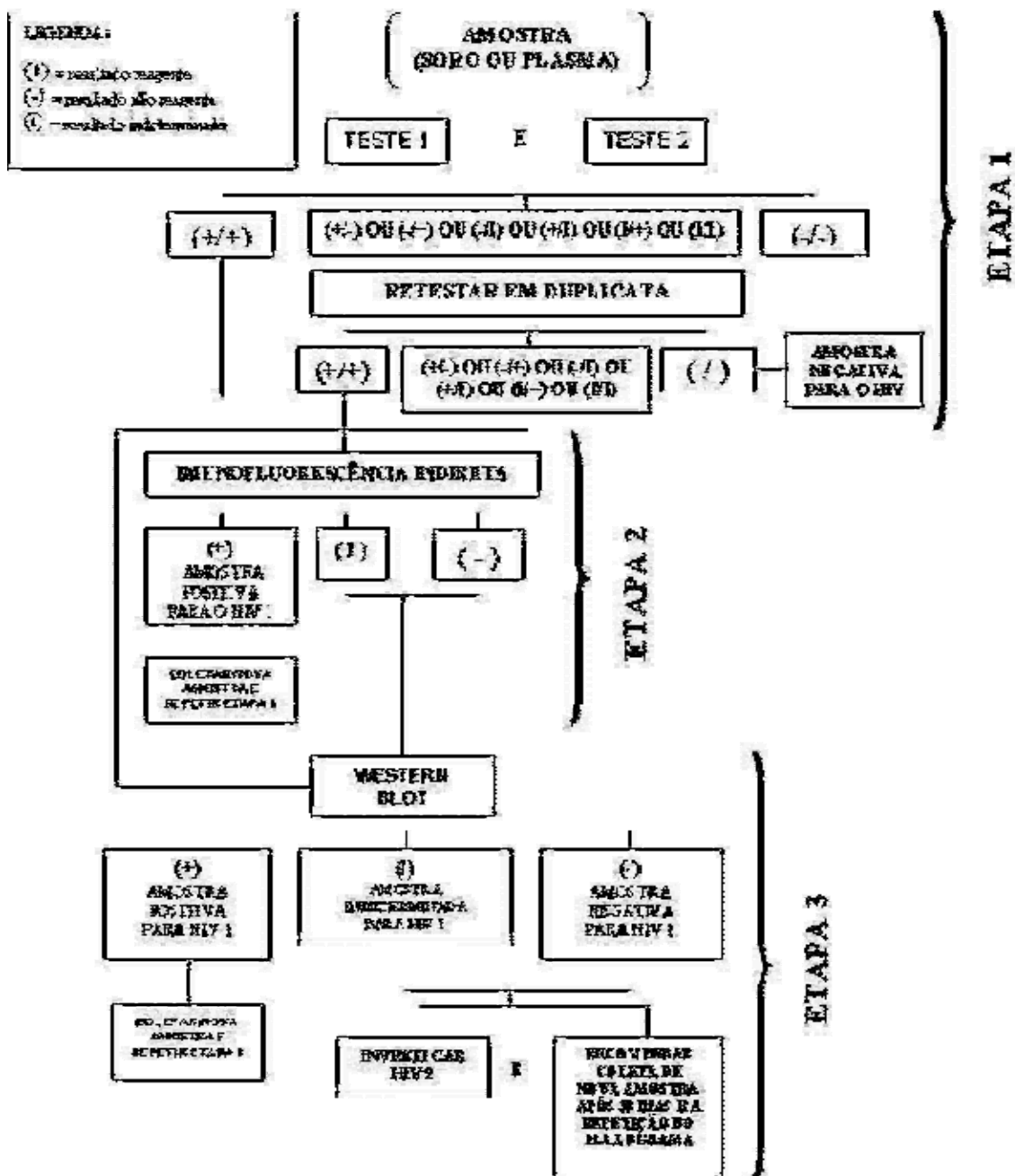
Data .../.../...

Categoria profissional:

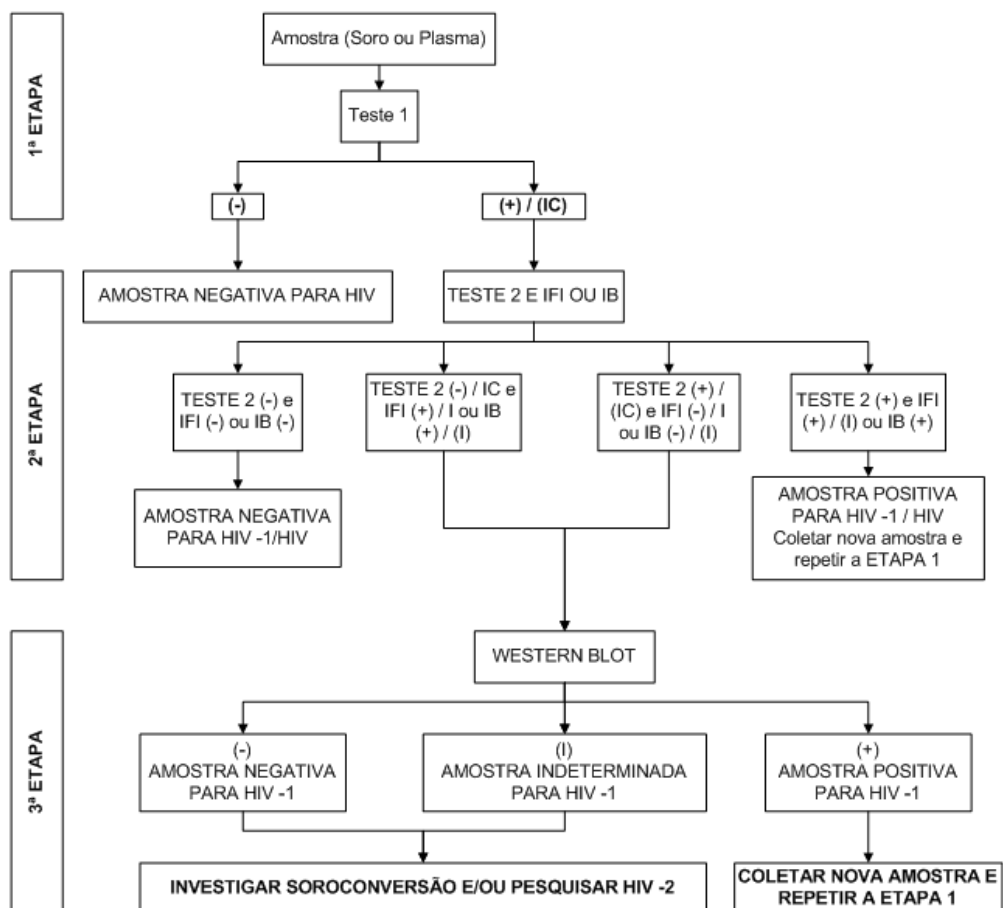
Unidade de Saúde:

- 1) Você foi capacitado para a oferta do teste anti-HIV e do aconselhamento para atuar na rede básica de saúde? () sim () não.
- 2) Quantas horas de capacitação?
- 3) Como a equipe de saúde incorporou a oferta do teste anti-HIV e se organizou para responder a esta demanda?
- 4) Descreva um atendimento típico em que é utilizado o aconselhamento na oferta do teste anti-HIV.
- 5) A solicitação para realizar o exame anti-HIV resulta da conversa com o usuário sobre percepção de riscos e vulnerabilidades frente à DST / HIV?
() sim () não
- 6) O que ocorre se o usuário não quiser fazer o teste?
- 7) Fale sobre as facilidades e dificuldades diante da oferta do teste para o usuário.
- 8) Na sua opinião, os aspectos organizacionais, técnicos e estruturais do seu serviço atendem as necessidades do usuário em relação à oferta do exame anti-HIV? Justifique sua resposta.
- 9) O que é preciso ser feito para melhorar o atendimento?
- 10) Em relação à coleta de sangue, informe: local da coleta e da realização do exame, tipo de teste utilizado (convencional ou rápido) e tempo médio de espera para o resultado.
- 11) No caso de resultado soropositivo para HIV, quem aconselha o usuário? Quem o encaminha para tratamento?
- 12) No caso de resultado negativo para HIV, qual o procedimento adotado?
- 13) Existem reuniões de cada equipe e também entre as equipes clínicas que ofertam o teste visando melhorar e qualificar a atenção à saúde do usuário?
- 14) Você gostaria de sugerir e/ou comentar algo mais a respeito do assunto?

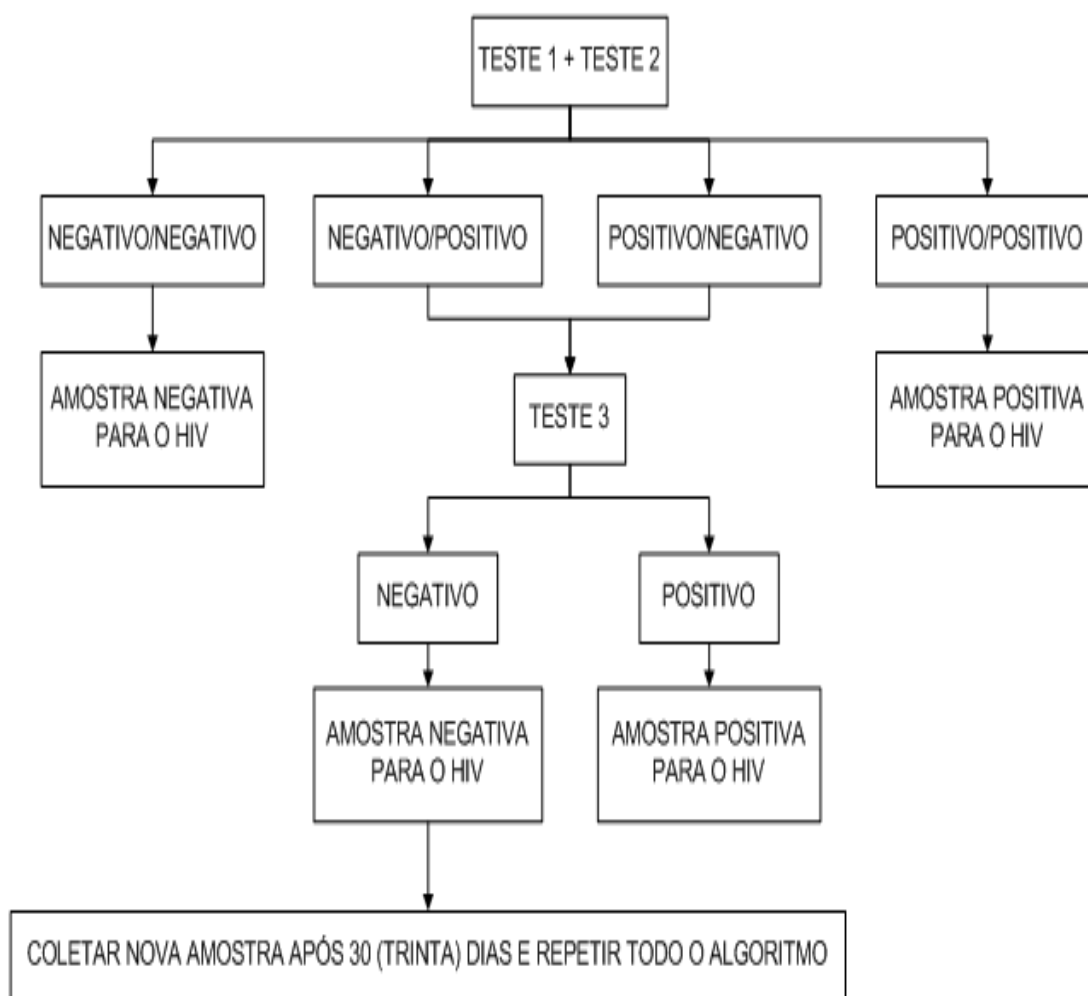
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE TESTAGEM (PORTARIA 488 MS/SVS)



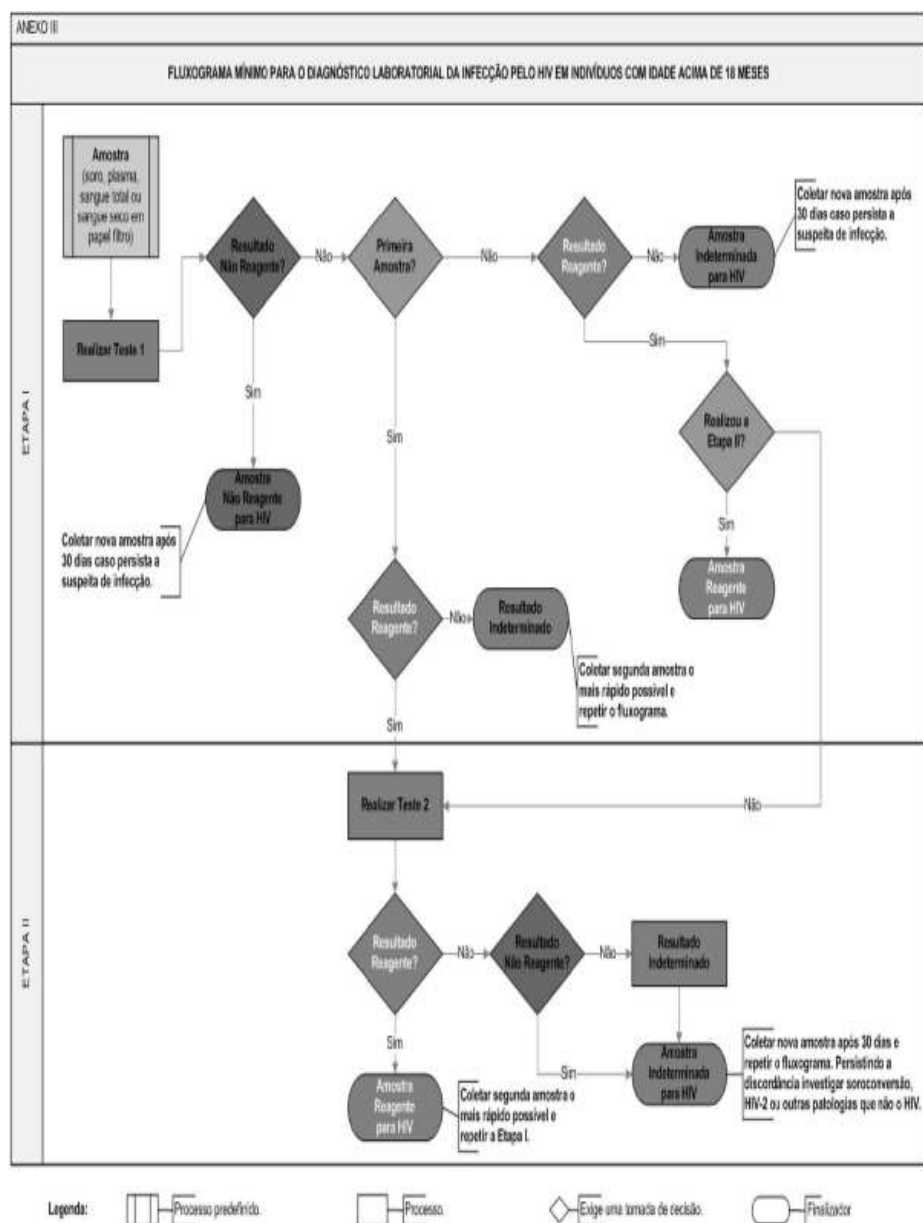
ANEXO B – FLUXOGRAMA DE TESTAGEM (PORTARIA 59 GM/MS)



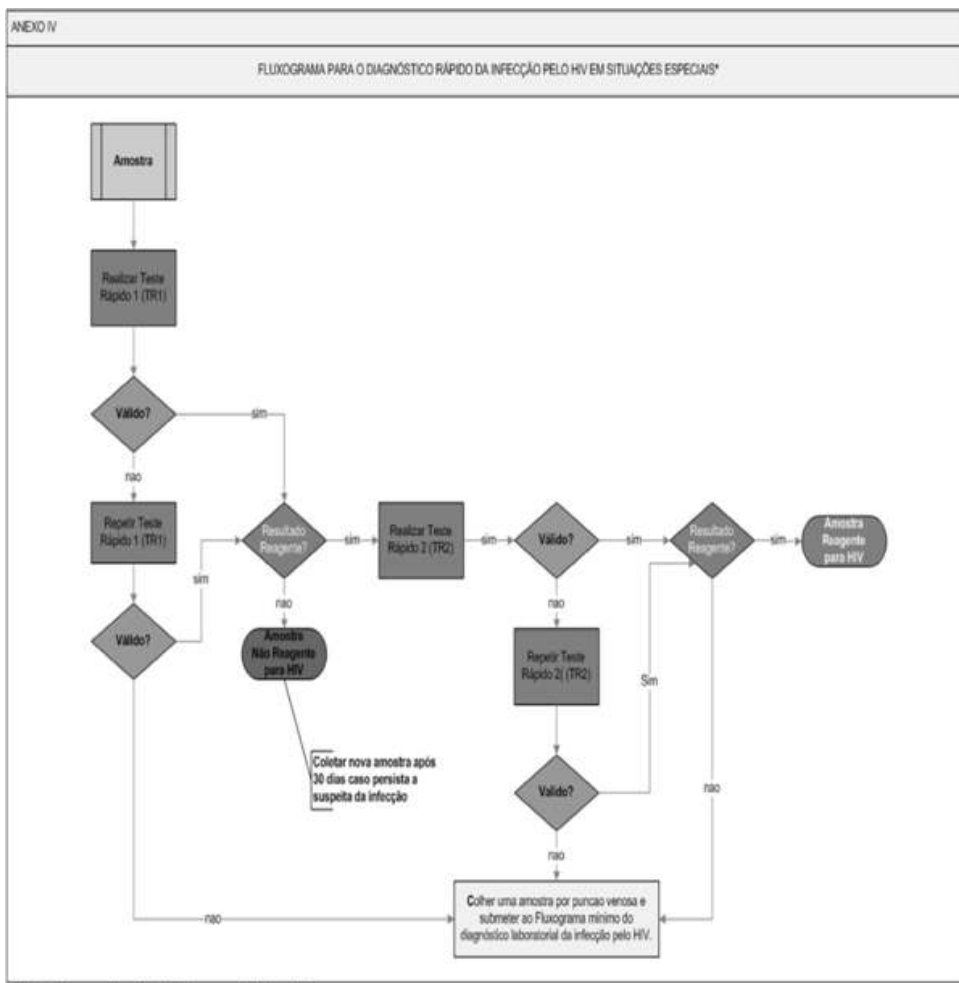
**ANEXO C – FLUXOGRAMA DE TESTAGEM (PORTARIA 34 SVS/MS)
ALGORITMO I**



ANEXO D- FLUXOGRAMA DE TESTAGEM (PORTARIA 151 SVS/ MS)



ANEXO E – FLUXOGRAMA DE TESTAGEM (PORTARIA 151 SVS/ MS)



* As situações especiais estão descritas no anexo II desta portaria

Legenda: Processo preferido. Processo. Exige uma tomada de decisão. Finalizador.

**ANEXO F – PARECER Nº 12 A/2010
(COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSDC-RJ)**