

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO

CRISTINA BEATRIZ HAAG

**Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de
Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadores**

SÃO LEOPOLDO

2012

CRISTINA BEATRIZ HAAG

**Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de
Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadores**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS - como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves

Coorientadora: Prof^a Dr^a Nêmora Tregnago Barcellos

SÃO LEOPOLDO

2012

Ficha catalográfica

H111a Haag, Cristina Beatriz

Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadore / por Cristina Beatriz Haag. – 2012.
146 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Tonantzin Ribeiro Gonçalves ;
Coorientação: Nêmore Tregnano Barcellos.

1. HIV - AIDS - Aconselhamento. 2. Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. 3. Avaliação em saúde.
I. Título.

CDU 616.9AIDS

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

AGRADECIMENTOS

Agradeço às professoras Tonantzin Ribeiro Gonçalves e Nêmora Tregnago Barcellos pelo empenho, dedicação e apoio na minha trajetória, bem como à professora Luciana S. Grzybowski, por ter feito parte desta “equipe”,

À minha família, e ao Arno L. kayser pela companhia e presença em todos os momentos,

Aos colegas de turma do mestrado, pela parceria, pelos estudos conjuntos, pelos jantares e piqueniques...

À UNISINOS e a CAPES, por facilitarem esta conquista, e pelo fomento à pesquisa de qualidade no nosso país,

Às aconseladoras dos CTA de Porto Alegre, pela disposição e doação em participar desta pesquisa,

Às professoras Luciana Castoldi e Rosângela Barbiani, por aceitarem contribuir nesta caminhada, desde a Qualificação até a Defesa da Dissertação.

APRESENTAÇÃO

Com vistas a atender as exigências normativas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), a presente dissertação está distribuída da seguinte forma:

- Projeto de Pesquisa: apresentado e aprovado na Defesa de Qualificação do projeto intitulado “**Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadores**”;
- Relatório de Campo: o qual descreve a experiência da pesquisadora durante a trajetória de execução do projeto e o processo de análise dos dados;
- Artigo Científico: formatado conforme as instruções para autores do Periódico PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva, disponível em:
<http://submission.scielo.br/index.php/physis/index>.

SUMÁRIO

I - PROJETO DE PESQUISA.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE DST/aids E OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	12
3.2 A EPIDEMIA DE aids	16
3.3 DETERMINANTES SOCIAIS E VULNERABILIDADE AO HIV/aids	20
3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA EM HIV/aids	25
3.5 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
4 OBJETIVOS.....	30
4.1 OBJETIVO GERAL	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5 METODOLOGIA	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO	31
5.2 PARTICIPANTES.....	31
5.3 COLETA DE DADOS	32
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	33
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
7 CRONOGRAMA	36
8 RECURSOS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	44
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	45
II -RELATÓRIO DE CAMPO	46
1 INTRODUÇÃO.....	47
2 OBJETIVOS.....	49
3 METODOLOGIA	50
3.1 CARACTERIZAÇÃO	50
3.2 PARTICIPANTES.....	50

3.3 COLETA DE DADOS	50
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	54
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6 CONCLUSÕES.....	99
7 CRONOGRAMA	100
8 RECURSOS.....	101
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A -	106
APÊNDICE B -	107
III – ARTIGO CIENTÍFICO.....	113

I – PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Os dados de 2009 do Resumo Global da Epidemia de aids mostram que existiam 33,3 milhões de pessoas vivendo com o vírus HIV, correspondendo a uma prevalência de 0,8% da infecção no mundo. No referido ano, 2,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus HIV, representando uma incidência de 60 casos novos por 100.000 habitantes. A África subsaariana concentra o maior número de pessoas vivendo com HIV no mundo, 22,4 milhões, perfazendo uma prevalência de 5,2% de adultos HIV positivos na sua população. A América Latina possui 2 milhões de HIV positivos, com uma prevalência de 0,6% na população adulta e 170.000 novos casos em 2009 (UNAids, 2009).

Os números de HIV/aids no Brasil, atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980, com uma prevalência de 0,6% da infecção na população adulta. Em 2009, foram notificados 38.538 casos novos da doença, demonstrando uma incidência de 20,1 a cada 100 mil habitantes. Analisando estes números por região, nos últimos dez anos a taxa de incidência caiu no sudeste de 24,9 casos para 20,4 casos por 100 mil habitantes e aumentou na região sul, de 22,6 para 32,4 casos por 100 mil habitantes. Estratificando os dados da região sul, compreendida pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, verifica-se que o Rio Grande do Sul contribui com a maior fatia na incidência, com 47,5 novos casos de aids a cada 100 mil habitantes. A taxa de incidência no Paraná foi de 16,5 casos por 100 mil e em Santa Catarina, de 33,1 casos novos no mesmo período. As taxas de incidência encontradas no Rio Grande do Sul são as maiores entre todos os estados do país desde 2002 (BRASIL, 2011b).

Porto Alegre apresenta o preocupante primeiro lugar na incidência de aids entre todas as capitais da federação e entre todas as cidades com mais de 50 mil habitantes e maior número de casos de aids notificados. Em 2009, a cidade apresentou 172,1 novos casos de aids em cada 100 mil habitantes, segundo dados do Ministério da Saúde. Desde 2007 as taxas de Porto Alegre são as mais altas do país e vem superando a casa da centena. Na listagem de 2009, dos 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes, Porto Alegre figurou em primeiro lugar, tendo ainda a companhia de São Leopoldo, Cruz Alta e Rio Grande encabeçando as dez cidades com maiores taxas de detecção (BRASIL, 2011a).

Cabe salientar que as altas taxas de incidência no estado e na capital não se justificam por uma maior notificação dos casos. Mesmo realizando uma limpeza nos dados e retirando duplas entradas, os números no Rio Grande do Sul e Porto Alegre continuam em primeiro lugar nas listagens. As causas para esta situação provavelmente são multifatoriais. Pode-se supor algumas, como a diminuição de veiculação na mídia de espaços para a discussão da doença, seus agravos e possibilidades de proteção, a banalização da aids ao receber “status” de doença crônica com tratamento, a pauperização da epidemia e a descontinuidade dos programas estaduais e municipal por mudanças no cenário político.

Como uma das respostas à epidemia de doenças sexualmente transmissíveis e, em especial, ao HIV/aids, apareceram no cenário nacional, em 1988, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), reproduzindo serviços norte-americanos e franceses, os *CRIPS - Centre Regionale d'Information et de Prévention sur Le VIH/Sida*, a partir de uma estratégia posteriormente internacionalizada. No Brasil, inicialmente denominados Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os CTA sempre primaram por oferecer a testagem gratuita, confidencial e anônima para HIV, sífilis e hepatites B e C, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagens para redução do risco e vulnerabilidade. (MINAYO et al., 1999; BRASIL, 2010).

No CTA, os usuários passam por uma sessão de aconselhamento que pode ser individual ou coletiva. Dentro da perspectiva da educação em saúde, os aconselhadores atuam informando e esclarecendo dúvidas sobre DST, HIV/aids, e hepatites virais. Os profissionais fornecem apoio na avaliação dos riscos de exposição de cada pessoa e as alternativas para prevenção. Aqueles que realizam o teste são acompanhados por uma equipe de profissionais de saúde e recebem orientações no resultado do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, mostrando uma contaminação com algum agente patogênico, os aconselhadores oferecem suporte emocional e encaminham as pessoas para acompanhamento nos serviços de referência, já com a realização dos primeiros exames de avaliação. A equipe do CTA é formada por profissionais da área da saúde de nível superior como enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos; profissionais de nível médio devidamente capacitados para a função de aconselhamento; e técnicos de enfermagem que executam a coleta de sangue, além

dos profissionais da área administrativa (BRASIL, 2010; MONDINI; ESCOBAR, 2008).

A capacitação dos profissionais para tornarem-se aconselhadores é semelhante nos diferentes espaços e compreende as seguintes etapas: assistir palestras, aulas e seminários atualizados sobre o tema HIV/aids; acompanhar todas as atividades de um aconselhador como o pré-teste (palestras explicativas sobre a doença para os usuários que vão realizar o teste de HIV) e o pós-teste (entrega do resultado ao usuário que foi testado); ser acompanhado por um aconselhador realizando estas atividades e, por fim, ser avaliado para verificar se o candidato tem condições de exercer a função.

Além dos aconselhamentos, os profissionais do CTA realizam palestras e atividades intra e extramuros (em escolas e empresas), e disponibilizam equipamentos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2011c).

Pensando na relevância desta estratégia no cenário do HIV/aids, apresenta-se este projeto, que pretende avaliar os Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids de Porto Alegre/RS inseridos nas políticas públicas envolvidas no enfrentamento da epidemia, através da perspectiva de seus aconselhadores. Este projeto vai avaliar os CTA na perspectiva de seus trabalhadores em saúde, pois são estes os profissionais que recebem e atendem os cidadãos que buscam o serviço e sua atuação está diretamente envolvida com as políticas referentes à epidemia de HIV/aids.

2 JUSTIFICATIVA

A preocupação em avaliar e aprimorar os serviços e a Política de HIV/aids no Sul do Brasil deve-se ao fato do alarmante aumento da incidência da doença nos últimos dez anos, no Estado do Rio Grande do Sul, e em especial, na capital, Porto Alegre (BRASIL, 2011b).

Observa-se a falta de ações de educação e prevenção em geral e, em especial, da falta de divulgação dos locais e estímulo para testagem, ocasionando a chegada cada vez mais tardia dos pacientes aos serviços, principalmente daqueles

mais vulneráveis, com conseqüências graves nas taxas de morbidade, mortalidade e de internações. Quanto antes o usuário chegar ao serviço, mais benefícios serão possíveis devido ao tratamento e/ou acompanhamento precoce. Por exemplo, destaca-se o impacto positivo do tratamento atuando na prevenção da contaminação entre casais sorodiscordantes (GIRARDI; SABIN; MONFORTE, 2007).

Portanto, a epidemia de HIV/aids é um problema de saúde pública que deve ser combatido tanto pelo impacto do diagnóstico no indivíduo e sua família quanto pela possibilidade de incapacidade, desconforto, morbidades associadas, mortalidade e custo do tratamento para a sociedade.

Tanaka e Melo (2008) definem a avaliação de serviços de saúde como um processo técnico-administrativo e político de julgamento de valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão, significando produzir conhecimento capaz de apoiar uma intervenção de forma oportuna. A avaliação pode ser realizada pela perspectiva do usuário, do trabalhador, do gestor ou do órgão financiador.

Para a presente pesquisa, escolheu-se a ótica do trabalhador em saúde. Este projeto vai dar “voz” ao trabalhador em saúde, ao técnico que atende o usuário diariamente e conhece o serviço de saúde, suas dificuldades e qualidades, da mesma forma que conhece seu paciente, com suas vicissitudes, vulnerabilidades, dificuldades e superações. Ouvir este profissional é muito importante, pela proximidade com o usuário, com todas as etapas do processo e valoriza, empodera e engaja este no aprimoramento dos serviços. Neste sentido, o presente projeto se justifica, pois se propõe a buscar dados consistentes e pertinentes nos serviços de saúde, no caso específico, nos CTA.

Os CTA são peças importantes dentro da Política Nacional de DST/aids e no município de Porto Alegre, pois são colocados como referência e porta principal de acesso a testagem, por terem uma equipe devidamente capacitada para receber o usuário, acolhê-lo em suas diferentes demandas, responder suas questões e realizar os encaminhamentos que se fizerem necessários.

O meu interesse e aproximação com o campo de estudo ocorreu da seguinte maneira: enquanto psicóloga, fiz parte da equipe multiprofissional de residentes do Ambulatório de Dermatologia Sanitária de Porto Alegre/RS e uma das atividades previstas era ser aconselhador do CTA do local. Gostei muito da função e da seriedade e empenho encontrada nos aconselhadores. Ao ingressar no mestrado em Saúde Coletiva na UNISINOS, resolvi continuar inserida neste universo

explorando e estudando a temática da avaliação em saúde, área relevante e necessária para que tenhamos serviços de saúde cada vez mais efetivos e de melhor qualidade.

Espera-se que os dados advindos desta pesquisa sirvam de subsídio para aprimorar as políticas públicas relacionadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/aids, especialmente no Sul do Brasil. Os resultados serão apresentados aos gestores e trabalhadores dos serviços onde os CTA estão inseridos, aos gestores das políticas públicas do estado do Rio Grande do Sul, em congressos e seminários da área de saúde pública e em forma de artigos em revistas científicas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE DST/aids E OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Políticas Públicas podem ser definidas como o conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais seguidos pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou demanda que a sociedade lhe apresenta. As Políticas Públicas são a resposta do Estado às questões que emergem de demandas e tensões no bojo da sociedade. Questões estas com relevância, magnitude e poder de barganha suficiente para serem colocadas como prioridade pelos órgãos fomentadores de políticas (BRASIL, 1999; SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006).

As Políticas Públicas são históricas e comprometidas no escopo de determinados contextos, com o intuito de modificá-los ou perpetuá-los, sofrendo a pressão da sociedade, que tensiona por um caráter mais democrático da gestão pública (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006).

O Brasil passou por um amplo processo de redemocratização, de Reforma Sanitária, de fortalecimento dos seus movimentos sociais que culminou com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, estabelecendo um novo paradigma à saúde no país, que deixou de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como um direito de todo o cidadão e dever do Estado de provê-la. Dentro deste contexto histórico temos o aparecimento da epidemia de HIV/aids, com o primeiro caso da doença diagnosticado, no Brasil, em 1982. Para fazer frente a esta situação, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 236, em 1985, que estabeleceu diretrizes para o Programa de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. A gravidade dos casos, a morte de pessoas famosas, o surgimento das primeiras organizações não governamentais de combate à aids, o aumento do número de casos pressionaram por mais respostas do Estado. Em 1988 foi criado, então, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (MONTEIRO; VILLELA, 2009; MALTA; BASTOS, 2008).

Desde seus primórdios as Políticas Públicas nacionais referentes ao HIV/aids tem sido palco de diferentes atores com demandas diversas. O movimento social e político precisou convergir estas demandas envolvendo diversos segmentos da

sociedade, como intelectuais, acadêmicos, profissionais da área da saúde, ativistas sociais, e grupos marginalizados para um fim comum, para que ações concretas e efetivas fossem possíveis dentro do Programa Nacional de DST/aids (MONTEIRO; VILLELA, 2009; SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006).

Com relação ao financiamento do Programa Nacional de DST/aids, o Banco Mundial efetuou a negociação do primeiro acordo com o governo brasileiro em 1993, o chamado Projeto aids I. Este acordo aumentou os recursos financeiros disponíveis para as atividades do Programa Nacional, com o empréstimo de U\$ 160 milhões do Banco Mundial e trouxe visibilidade para as ações brasileiras, inclusive internacionalmente. O Projeto aids II, novo acordo com o Banco Mundial, vigorou de 1998 a 2002 e teve um montante investido da ordem de 300 milhões de dólares, sendo 165 milhões provenientes do Banco e 135 contrapartida nacional. Os Projetos aids I e II proporcionaram a melhoria na qualidade e expansão dos serviços de diagnóstico, tratamento e assistência em DST/HIV/aids e o acesso aos grupos marginalizados (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

O Projeto aids III foi aprovado em 2003 e estendeu-se até 2006. Possuía um montante de U\$ 200 milhões, sendo U\$ 100 milhões capital do Banco Mundial e U\$ 100 milhões contrapartida brasileira. O aids III teve como metas reduzir a incidência de HIV/aids e outras DST, e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Sem negar a importância da parceria com o Banco Mundial no fortalecimento das ações do Programa Nacional de DST/aids, é importante colocar que as decisões brasileiras sempre se pautaram considerando dois eixos fundamentais: a participação dos movimentos sociais organizados e o compromisso com um sistema de saúde universal, mesmo quando estes eixos fundamentais iam na contramão da política expressa pelo Banco Mundial como, por exemplo, na questão do acesso gratuito dos medicamentos antiretrovirais pela rede do SUS à todos os cidadãos (MALTA; BASTOS, 2008; MONTEIRO; VILLELA, 2009).

A Política Nacional de DST/aids possui princípios e diretrizes que foram sistematizadas e publicados pelo Ministério da Saúde em 1999. O documento refere que as ações da Política Nacional de DST/aids tem como base os fundamentos do SUS: **a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social**. Ainda, tem como princípio a relação entre estado e sociedade buscando promover a saúde da população.

A Política Nacional de DST/aids apresenta três grandes metas:

- Reduzir a incidência de HIV/aids e outras DST;
- Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência ao HIV/aids , melhorando sua qualidade;
- Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTe aids.

Tendo em vista estes objetivos, as ações são orientadas no sentido da promoção da saúde da população; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência aos portadores de DST/HIV/aids; e, por fim, no sentido do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores de programas e projetos na área (BRASIL, 1999).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), locais de realização do presente projeto de pesquisa, são referidos como de fundamental importância nas diretrizes da Política Nacional de DST/aids. Os CTA possibilitam o diagnóstico precoce, o acesso a pessoas em vulnerabilidade e risco e a testagem é realizada por equipe altamente capacitada e acompanhada por ações de educação e aconselhamento (BRASIL, 1999).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento foram concebidos, no Brasil, no final da década de 1980. O primeiro CTA em HIV/aids do país foi implantado em Porto Alegre em 1988, nas dependências do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Diante do sucesso da iniciativa, o Programa Nacional de DST/aids passou a estimular a implantação de serviços pelo país. Em 1994, aconteceu o I Encontro Nacional, em Campinas, com o objetivo de definir e uniformizar procedimentos em nível nacional. Em 1997, ocorreu a alteração da nomenclatura de COAS (Centros de Orientação e Apoio Sorológico) para CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento). Em 2002, a proposta do Sistema Informatizado Padronizado, o SI-CTA, foi implantado nacionalmente. A rede expandiu-se e, atualmente, existem três CTA no município de Porto Alegre, 20 CTA no estado do Rio Grande do Sul e aproximadamente 400 em todo território nacional (MONDINI; ESCOBAR, 2008; BRASIL, 2010).

Desde a inauguração deste primeiro CTA, algumas modificações ocorreram no perfil da epidemia de HIV/aids e no quadro de morbidades infecciosas mais prevalentes no país, com conseqüentes mudanças na estruturação dos CTA. Surgiu

a necessidade de testagem também para as hepatites, com o crescimento dos diagnósticos destas na população, agregando novas atribuições ao serviço. Além disso, a feminização, interiorização e pauperização da epidemia acarretaram a necessidade de acesso ao diagnóstico também na rede básica de saúde, processo atualmente em fase de implantação com o oferecimento do teste rápido nas UBS (Unidades Básicas de Saúde). O aumento do conhecimento da doença pela população em geral fez com que os CTA necessitassem de informações sempre atualizadas e cientificamente embasadas. Ademais, a descentralização da gestão em saúde propiciou a abertura de novos CTA, implantados por estados e municípios (BRASIL, 2010; GRANGEIRO et al., 2009; MONDINI; ESCOBAR, 2008).

Atualmente, os CTA traçam estratégias para atender a população em geral e os segmentos considerados de maior vulnerabilidade, que passaram a ser prioritários. Estas questões são expostas na missão dos CTA retirada do Manual das Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil, citada abaixo:

Missão dos CTA: Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B, C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais (BRASIL, 2011b).

A busca pela integralidade das ações mostra-se presente no funcionamento dos CTA. Estes são responsáveis pelo encaminhamento resolutivo dos diagnósticos realizados: ou seja, pessoas com sorologia positiva para o HIV deverão ser encaminhadas aos serviços de referência para acompanhamento e tratamento; pessoas com diagnóstico reagente para as hepatites B e C, aos serviços de referência; segmentos populacionais prioritários, para vacinação contra hepatite B e pessoas portadoras ou com queixas de sinais/sintomas de DST, os CTA deverão realizar o tratamento necessário no próprio local, se tiverem equipe médica para tal finalidade, ou serem encaminhadas aos serviços de referência, onde receberão tratamento adequado. Importante salientar o suporte emocional e informativo fornecido nos CTA aos usuários, que auxilia na aderência aos encaminhamentos, tratamentos e aceitação da condição de saúde (MINAYO et al., 1999; BRASIL, [2011b]; MONDINI; ESCOBAR, 2008).

3.2 A EPIDEMIA DE aids

A prevalência de infecção pelo HIV no Brasil na população entre 15 e 49 anos está em 0,6%, sendo 0,4 % nas mulheres e 0,8% nos homens. Nas populações vulneráveis, as prevalências aumentam: 10,5% dos homens que fazem sexo com homens apresentam HIV positivo, bem como 5,9% dos usuários de drogas ilícitas e 5,1% das profissionais do sexo (BRASIL, [2011a]).

Os homens ainda são maioria entre os doentes de aids. Porém, a razão entre os sexos, que era de 6 casos de aids entre homens para cada caso entre as mulheres em 1989, vem decaindo. Em 2009, a razão entre os sexos mostrou 1,6 homens com a doença para cada mulher (BRASIL, [2011a]). As Tabelas 1 e 2 apresentam dados do perfil da epidemia no Brasil, no decorrer do tempo, em homens e mulheres.

Em relação aos homens, a contaminação por relações homossexuais e uso de drogas injetáveis despontaram como responsáveis pelo maior número de casos de aids, entre 1980 a 1997. Como se pode ver na Tabela 1, a partir de 1998, o cenário sofreu algumas alterações. A contaminação por relação sexual heterossexual aparece como a exposição mais frequente (30,3%), aumentando ainda sua participação em 2009, com 43,5% dos casos. A exposição por relação homossexual diminuiu sua participação após 1997, e desde então tem se mantido relativamente estável no decorrer do período, com cerca de 20% dos casos. Já a contaminação por uso de drogas injetáveis (UDI) diminuiu consideravelmente sua incidência, passando de 26,3% dos casos no período 1980-1997 para 5,8% em 2009 (ver Tabela 1). Importante salientar a elevada frequência de exposição ignorada no sexo masculino, 22,6% em 2009, quiçá mascarando relações homossexuais ou bissexuais não assumidas (BRASIL, [2011a]).

Nas mulheres, a relação heterossexual desprotegida tem se mantido como a forma de contaminação mais usual, responsável por 79,9% dos casos no período de 1980-1997 e alcançando 96,8% dos casos em 2009 (ver Tabela 2). A contaminação por uso de drogas injetáveis diminuiu, passando de 17,3% dos casos no período de 1980-1997 para 8,5% dos casos em 1998 e 2% em 2009 (BRASIL, [2011a]).

O uso de drogas injetáveis tem diminuído consideravelmente sua participação enquanto forma de transmissão de HIV, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul a partir de 2001 e, nos estados do Sudeste, alguns anos antes. Entende-se que esta

mudança ocorreu principalmente pela pior qualidade da cocaína encontrada para consumo. O acréscimo de várias substâncias na sua composição, como pó de mármore, aspirinas e o resíduo interno das lâmpadas fluorescentes, dificulta e torna muito perigoso o uso intravenoso da cocaína. Além disso, o medo do HIV/aids e a chegada do *crack*, uma droga mais “limpa”, de uso mais facilitado e relativamente barata, acarretou a mudança no padrão de uso de drogas, de injetável para inalada. Atualmente, o uso do *crack* na população é muito preocupante, chegando a padrões epidêmicos (INCIARDI et al., 2006).

Tabela 1. Casos de aids notificados no Sinan (Sistema de informação de agravos de notificação) em número absoluto e percentual, em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009.

Categoria de Exposição	1980-1997		1998		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual						
Homossexual	29239	24,2	3719	19,1	2569	19,9
Bissexual	17137	14,2	2324	12,0	1022	7,9
Heterossexual	21013	17,4	5887	30,3	5617	43,5
Sanguínea						
UDI	31776	26,3	3932	20,2	754	5,8
Hemofílico	979	0,8	46	0,2	4	0,0
Transfusão	1136	0,9	11	0,1	4	0,0
Transmissão vertical	3	0	3	0	25	0,2
Ignorado	19520	16,2	3507	18,1	2911	22,6
Total	120803	100,0	19429	100,0	12906	100,0

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST.aids e Hepatites virais

Tabela 2. Casos de aids notificados no Sinan (Sistema de informação de agravos de notificação) em número absoluto e percentual, em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009.

Categoria de Exposição	1980-1997		1998		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual						
Heterossexual	29297	79,9	90,41	91,,2	7224	96,8
Sanguínea						
UDI	6336	17,3	841	8,5	151	2
Transfusão	924	2,5	16	0,2	3	0,0
Acidente trabalh	1	0	0	0,0	0	0,0
Transmissão vertical	2	0	1	0,0	26	0,3
Ignorado	107	0,3	11	0,1	61	0,8
Total	36667	100,0	9910	100,0	7465	100,0

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST.aids e Hepatites virais

Os dados mais atualizados disponíveis sobre a epidemiologia da aids em Porto Alegre são referentes a 2009 e estão disponíveis no *site* do DATASUS. Foram notificados 1654 casos novos de aids na cidade. Destes 1654 casos, 933 foram em homens e 721 em mulheres, demonstrando uma relação homem/mulher de 1,29: 1. Na análise da frequência por raça, 66,7% eram da raça branca e 31% eram da raça negra. Quanto à idade, escolaridade e categoria de exposição, as maiores incidências foram encontradas entre 30 e 39 anos de idade (34,6%), de 8 a 11 anos de estudo (44,3%) e por exposição via sexual (65,2%). Observou-se 2% de transmissão vertical (BRASIL, [2011c]).

A Tabela 3 apresenta a estratificação das categorias de exposição por gênero na cidade de Porto Alegre. A contaminação por relação heterossexual foi responsável por 28,4% dos casos nos homens e 93,2% nas mulheres. A transmissão homossexual esteve presente somente nos homens e em 15,2% dos casos. Novamente, observa-se alta incidência de exposição ignorada no sexo masculino (40,7%) (BRASIL, [2011c]).

Tabela 3. Casos de aids notificados em Porto Alegre, em número absoluto e percentual, segundo categoria de exposição hierarquizada e sexo. Período: 2009

Categoria de Exposição	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexual 65,2						
Homossexual	142	15,2	0	-	142	8,6
Bissexual	38	4	0	-	38	2,3
Heterossexual	265	28,4	672	93,2	937	56,6
Sanguínea						
UDI	94	10	22	3	116	7
Hemofílico	1	-	0	-	1	0
Transfusão	-	-	-	-	-	-
Transmissão vertical						
	13	1,4	22	3	35	2
Ignorado						
	380	40,7	5	0,7	385	23,3
Total	933	100,0	721	100,0	1654	100,0

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST.aids e Hepatites virais

Em Porto Alegre/RS foi realizado um estudo transversal por Barcellos, Fuchs e Fuchs (2003) com o objetivo de descrever a prevalência e os fatores de risco para o HIV entre pessoas que procuraram CTA da cidade para testagem sorológica. Participaram da pesquisa 3045 sujeitos, com uma prevalência positiva para HIV de 11,9%. Os fatores de risco associados com o desfecho HIV positivo foram: gênero masculino; idade igual ou superior a 20 anos; baixa escolaridade; homossexualidade ou bissexualidade masculina; exame positivo para sífilis; relações sexuais com homens profissionais do sexo e/ou com pessoas HIV positivas, com usuários de drogas; uso de cocaína (inalada ou injetada); compartilhar seringas e agulhas e ter tido algum tipo de detenção prisional.

Estudo semelhante foi realizado por Pechanski et al., (2005a) nos CTA da cidade de Porto Alegre/RS. Os resultados mostraram que 15,5% dos participantes apresentaram resultado HIV positivo. Esteve estatisticamente associado com a soropositividade: gênero masculino, renda familiar mensal inferior a 3 salários mínimos, idade acima de 25 anos, ter tido relação sexual com possível indivíduo soropositivo e/ou usuário de droga injetável nos últimos seis meses e ter

frequentado lugar específico para uso de drogas nos últimos seis meses. O uso de drogas injetáveis ao longo da vida foi pouco referido (10,3% dos participantes) porém, a metade dos usuários era HIV positivo. Os autores concluíram que a causa principal da contaminação estava na relação sexual sem proteção e que o uso de substâncias psicoativas diminuía o juízo crítico do usuário facilitando relações sexuais desprotegidas.

Os dados da epidemia de HIV/aids descritos neste capítulo mostram a necessidade de ações de prevenção específicas para homens e mulheres. Entre as mulheres, é relevante a alta incidência de transmissão por relações heterossexuais, ainda desprotegidas, mostrando a grande dificuldade de poder negociar formas de prevenção nas relações sexuais. Com relação aos homens, são necessários dados mais precisos, para diminuir a alta prevalência de transmissão ignorada e aprofundar estudos e ações específicas que possam protegê-los com maior efetividade da contaminação.

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS E VULNERABILIDADE AO HIV/aids

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) podem ser definidos como a relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos populacionais e sua situação de saúde. Neste contexto, para a Organização Mundial de Saúde, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) amplia mais o conceito, definindo DSS como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead procura esquematizar a relação entre os diferentes determinantes sociais e a saúde. Este modelo dispõe os DSS em estratos, desde uma camada mais proximal ao indivíduo, até uma camada mais distal, onde se situam os macrodeterminantes da saúde. Neste modelo, os indivíduos estão na base, com suas características individuais de idade, sexo, e fatores genéticos, que exercem uma influência direta sobre seu potencial de saúde. Na segunda camada, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais,

fatores estes situados no limiar entre o indivíduo e suas escolhas e a sociedade onde ele está inserido, com as possibilidades que esta oferece como acesso a alimentos saudáveis; informações e propagandas sobre saúde; pressão positiva dos pares e disponibilidade de espaços para lazer e atividades físicas (ROCHA, 2011; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na terceira camada, temos as redes sociais e comunitárias de apoio ao indivíduo. As relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, o chamado “capital social” tem mostrado relação com a situação de saúde. Não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas sim aquelas mais igualitárias e com alta coesão social entre seus membros. No nível seguinte estão representados os determinantes relacionados às condições de vida e trabalho, como a disponibilidade de alimentos e o acesso a serviços essenciais como educação, saúde e água de qualidade. Por fim, no último nível temos as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais do contexto onde o indivíduo está inserido influenciando suas condições de saúde (ROCHA, 2011; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007

Vulnerabilidade pode ser definida como um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação. O conceito recebeu importância a partir de 1990, quando pesquisadores da área da saúde buscavam estratégias para enfrentar de forma mais efetiva a epidemia de HIV/aids (GARCIA; SOUZA, 2010).

Neste sentido, os conceitos foram alterando-se, de grupos de risco, para comportamentos de risco e, atualmente, vulnerabilidade (AYRES et al., 2006). Os dois primeiros conceitos eram limitadores. Os grupos de risco traziam estigma, preconceito e isolamento social e oferecia, ao restante da população, a falsa impressão de segurança. A noção de comportamento de risco, por sua vez, reforçava a culpabilização individual do doente pela infecção e não explicava situações como, por exemplo, RN (recém nascidos) de mães portadoras do HIV (qual comportamento de risco teriam eles?). O conceito de vulnerabilidade tenta ser mais amplo, explicitando que fatores sociais, culturais e políticos estão na base da predisposição de grupos e indivíduos à infecção pelo HIV, independentemente de “grupos” populacionais ou de comportamentos específicos (BRASIL, 2010).

Neste sentido, Jonathan Mann (1996) abordou as raízes sociais da falta de saúde. Ao estudar a evolução da epidemia de HIV ao redor do mundo, constatou que as pessoas pertencentes a populações marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas tinham sua vulnerabilidade à infecção aumentada. Nos Estados Unidos da América, observou que a epidemia estava alastrando entre as populações afro-americanas e latinas, cidades do interior e entre as mulheres.

Aprofundando a questão de gênero, Mann (1996) refere que a negligência e a violação dos direitos e da dignidade das mulheres aumentam o risco de infecção. Cita o aumento da contaminação em mulheres casadas e monogâmicas na África Oriental, devidamente informadas sobre a aids e onde existem preservativos disponíveis no mercado. Estas mulheres estariam contaminando-se através de seus maridos, mesmo cientes que estes são HIV positivos. Elas mantêm relações sexuais sem proteção com os maridos, pois, se não o fizerem, correm o risco de agressão física ou de divórcio, o que significa morte social e econômica. Em face disto, estão surgindo algumas iniciativas para alterar as leis do divórcio, casamento e heranças, nestas regiões, como medidas de prevenção à aids. O autor enfatiza a necessidade de esforços concretos no apoio aos direitos humanos e no respeito à dignidade das

populações marginais para o sucesso da prevenção do HIV e para ações de saúde pública em geral.

O Brasil também mostra diferença e desigualdade entre os gêneros. Não é a mulher que “veste camisinha” e, se solicitar seu uso, necessita negociação com o parceiro, normalmente avesso ao uso e com uma justificativa para tal. A justificativa aceitável seria para evitar uma gravidez. Já a justificativa embasada na prevenção de DST/HIV traz à tona situações difíceis de abordar, especialmente em relacionamentos estáveis e monogâmicos, como a infidelidade e relações extraconjugais. A mulher que tenta negociar sua prevenção tem o risco de discriminação, perda do parceiro e perda do status econômico e social (GALO, 2008; PECHANOSKI et al., [2005b]).

Preocupado com o aumento dos casos de HIV/aids entre homens heterossexuais, Guerriero, Ayres e Hearst (2002) realizaram pesquisa qualitativa em São Paulo com o objetivo de identificar aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção. Os achados relacionados à vulnerabilidade masculina foram divididos nos aspectos **sexualidade, infidelidade, preservativo, e DST/aids**. Em relação ao tema **sexualidade**, os homens entrevistados citaram o caráter indomável da sexualidade masculina, concebida como uma necessidade que requer satisfação imediata. Além disso, um homem nunca deve recusar uma mulher que se coloque disponível sexualmente, pois deve manter sua virilidade. No tema **infidelidade**, para os entrevistados, os relacionamentos extraconjugais são considerados “naturais” no sexo masculino. Já as mulheres, para este grupo de homens pesquisados, só traem quando falta algo no relacionamento com o parceiro. Quanto ao uso do **preservativo**, ele não era freqüente, pois diminuía a sensibilidade e o prazer, era considerado caro, e dificultava a ereção. Seu uso só era considerado para evitar uma gravidez indesejada, e não deveria ser solicitado pela esposa, pois esta deveria confiar no marido. Os homens mostraram pouco conhecimento sobre **DST/aids** e não se sentiam vulneráveis à infecção, apesar das relações sexuais desprotegidas. A aids foi referida como uma doença dos “outros”, associada a grupos de risco como homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e mulheres promíscuas (não foram referidos em risco homens promíscuos, apenas os homens que andam com “este tipo de mulher”).

Os homens heterossexuais pesquisados por Guerriero, Ayres e Hearst (2002) citaram como valores positivos masculinos a importância de sentirem-se

responsáveis e poderem sustentar sua família. Como estratégia emergencial de ação para diminuir o risco de contaminação por HIV nesta população e suas parceiras, os autores colocam a possibilidade de enfatizar com os homens o uso de preservativo nas relações extraconjugais para proteger a esposa de possíveis contaminações e evitar gestações indesejadas fora do casamento que possam acarretar pensões alimentícias.

Paralelo a isto, pensando na prevenção de forma mais efetiva e duradoura, seria necessário trabalhar com estratégias que possibilitassem a reflexão sobre o casamento, relacionamentos estáveis e relações sexuais com homens e mulheres. Seria necessário aprofundar o tema e clarear as vulnerabilidades à infecção por cada gênero, buscando o bem comum, relacionamentos mais sinceros e maior proteção em relação ao HIV e outras DST, por ambos os sexos (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; PECHANOSKI et al., [2005b]).

Vulnerabilidades específicas ao HIV/aids no contexto brasileiro foram estudadas por Garcia e Souza (2010) através de uma pesquisa qualitativa utilizando entrevistas em profundidade com adultos da cidade de São Paulo e Recife. Os dados obtidos mostraram menor conhecimento sobre DST/aids entre os indivíduos menos escolarizados, do sexo masculino, com idade acima de 45 anos e moradores de Recife. Todos os entrevistados estavam cientes da possibilidade de proteção pelo uso de preservativo, porém sua utilização foi considerada baixa e restrita à prática de sexo eventual ou no início de relacionamento, quando ainda não havia laços de intimidade e confiança com o (a) parceiro (a). Os resultados do estudo apontam para a necessidade de ações e campanhas de divulgação e informação sobre DST/aids (formas de transmissão, locais para testagem, etc.), de forma contínua e não somente em datas específicas como o período de Carnaval. O estudo faz referência, também, ao aumento de casos de aids entre as mulheres, especialmente aquelas em união estável, onde aspectos socioeconômicos e culturais colocam o sexo feminino em situação de vulnerabilidade crescente e estrutural, pontuando que as questões de gênero devem ser incluídas nos programas e políticas de saúde no Brasil.

3.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA EM HIV/aids

Avaliar tem o significado de fazer julgamento, apreciar, determinar. No processo de avaliação, determina-se o valor ou quantidade de algo, e pode-se comparar os resultados com normas, outros valores ou quantidades consideradas como parâmetros ou verificadas em um grupo-controle (PEREIRA, 2005).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde teve como marco precursor o Relatório Flexner, do início do século XX, nos Estados Unidos. Neste estudo, sob o patrocínio da Fundação Carnegie, Dr. Flexner avaliou as escolas de medicina americanas e canadenses e denunciou a precariedade do ensino e da prática médica em muitas instituições. Na corrente iniciada por Flexner, teve relevância o trabalho da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, a partir de 1951 e, desde 1983, o trabalho desenvolvido pela a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations*. No Brasil, a partir de 1990, iniciativas no sentido de buscar a qualidade nos serviços de saúde tem ganhado espaço, tanto em instituições privadas, quanto públicas (D'INNOCENZO, ADAMI; CUNHA, 2006; FLEXNER, 1940; MALIK; SCHIESARI, 1998; REIS et al., 1990).

A avaliação dos serviços de saúde está intimamente relacionada com a questão da qualidade do atendimento oferecido, e pode ter diferentes visões – do usuário do sistema, do profissional de saúde, do gestor, ou do órgão financiador (PEREIRA, 2005).

A abordagem apresentada por Avedis Donabedian, na década de 60, relacionada à avaliação da qualidade de serviços de saúde é uma referência fundamental. Ele separa três categorias básicas para a avaliação: estrutura, processos e resultado. No item estrutura, estão compreendidos os recursos humanos, materiais e financeiros. Na questão dos processos, temos as atividades ou procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde que transformam os recursos em resultados, como os exames diagnósticos e os tratamentos indicados. Por fim, a avaliação por resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; DONABEDIAN, 2003; DONABEDIAN, 1966; PEREIRA, 2005; REIS et al., 1990).

Donabedian estabeleceu os sete pilares que definem a qualidade em saúde, listados a seguir: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização de recursos,

aceitabilidade, legitimidade e equidade. Alguns autores também citam a acessibilidade, a adequação e a qualidade técnico-científica do tratamento, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional de saúde e o usuário como atributos da qualidade em saúde (ACURCIO, CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; DONABEDIAN, 2003; DONABEDIAN, 1990).

Para proceder à avaliação da qualidade em saúde, é relevante escolher adequadamente o sistema de avaliação e os indicadores que serão utilizados. Os indicadores são sensores que verificam se os objetivos propostos foram alcançados. Eles indicam uma medida e permitem o monitoramento e a identificação de melhorias no sentido de buscar um serviço cada vez mais próximo do ideal (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Como exemplos de indicadores largamente utilizados em saúde temos o coeficiente de mortalidade infantil e o coeficiente de mortalidade materna.

Novaes (2000) detalha três tipos de avaliação de serviços de saúde segundo critérios que especificam cada um deles. As três possibilidades de avaliação de serviços de saúde são: pesquisa de avaliação, avaliação para decisão e avaliação para gestão. Os critérios utilizados para caracterizar e diferenciar cada possibilidade avaliativa são: **o objetivo da avaliação**, se para aumentar o conhecimento existente sobre o assunto, se para subsidiar tomada de decisões, se para aprimoramento da gestão do serviço; **a posição do avaliador**, se interno ou externo ao objeto avaliado; **o enfoque priorizado**, se é a compreensão do serviço ou se é a avaliação do impacto de alguma intervenção; **a metodologia empregada**, se qualitativa, quantitativa, experimental ou situacional; **o contexto avaliativo**, se controlado ou natural; **o destino da informação produzida**, se para aumento do conhecimento adquirido sobre o assunto ou se for utilizada como instrumento para gestão; **o tipo de juízo formulado**, se for comprovar ou negar hipótese, ou determinar recomendações e normas a serem seguidas pelo serviço; e **a temporalidade da avaliação**, se pontual ou contínua.

A pesquisa de avaliação, geralmente, é executada por instituições acadêmicas, por iniciativas delas próprias ou por solicitação de órgãos públicos vinculados a implementação e reorientação de macropolíticas do setor saúde. Seu objetivo primordial é a produção de um conhecimento reconhecido pela comunidade científica, determinado o impacto obtido pelas ações avaliadas. O avaliador é

externo ao serviço, e a avaliação pretende ser extremamente objetiva com as generalizações dos resultados. A metodologia predominante empregada é quantitativa, porém com crescente participação qualitativa, mas sempre primando pela objetividade, neutralidade e busca de generalização dos achados. A avaliação para decisão é pontual e tem como premissa um questionamento/problema do serviço de saúde no qual ele necessita de auxílio e subsídio que o orientem na resolução desta questão. A metodologia empregada pode ser qualitativa ou quantitativa, com desenhos específicos que possam contribuir em cada situação; e a presença de um avaliador interno na equipe de avaliação é relevante para ter uma real proximidade com o contexto. Por último, a avaliação para gestão tem como foco principal o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores do serviço de saúde, buscando critérios e normas na utilização constante destes indicadores, garantindo um bom funcionamento do estabelecimento. A metodologia em maior evidência nesta abordagem é a quantitativa, podendo contar com a presença de instrumentos qualitativos, desde que passíveis de padronização (NOVAES, 2000).

O perfil tecnológico dos CTA brasileiros foi avaliado por Grangeiro et al (2009). Os autores classificaram os CTA em quatro perfis. O perfil “**assistência**” foi encontrado entre os primeiros CTAS implantados no país, antes de 1993, sendo referência para a comunidade e apresentando alta incidência de testes positivos para HIV. O perfil “**prevenção**” foi o prevalente entre aqueles CTAS implantados entre 1994 e 1998 e é o que mais se aproxima às normas pretendidas pelo Ministério da Saúde, com os melhores indicadores de resolubilidade e produtividade. O perfil “**assistência e prevenção**” desenvolve o maior número de atividades, incluindo o tratamento de DSTs, e foi prevalente nos serviços implantados entre 1999 e 2002. Por último, temos o perfil “**oferta de diagnóstico**”, serviços mais recentes, porém específicos para testagem somente de HIV, com poucas ações de prevenção e localizados em áreas onde a epidemia surgiu há menos tempo.

Grangeiro et al (2009) citam algumas dificuldades encontradas para a realização efetiva dos trabalhos nos CTA: a precariedade da infra-estrutura apresentada por muitos serviços, sem um espaço mínimo para atividades de diagnóstico, aconselhamento e prevenção; falta de materiais e insumos para atividades de prevenção, especialmente para populações vulneráveis; muitos serviços com pouco leque de exames ofertados e longo tempo para obtenção de resultados (mais de 15 dias); e critérios restritivos de acesso pelos usuários, com

atendimentos predominantemente diurnos, obrigatoriedade de identificação e de aconselhamento pré-teste.

3.5 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na literatura encontrada em relação à avaliação específica dos CTA, em nível internacional, os serviços de testagem e aconselhamento em HIV do Egito foram avaliados por Kabbash et al. (2008) na perspectiva dos seus trabalhadores. O estudo buscou identificar forças e fraquezas do serviço e determinar o nível de satisfação dos empregados. Foram realizados dois grupos focais com os 16 aconselhadores dos serviços e a avaliação mostrou a necessidade de: definir mais detalhadamente quais as atribuições e funções dos aconselhadores; de capacitações mais frequentes e com temas mais próximos aos vividos no dia a dia dos atendimentos; de aprimorar o conhecimento e conscientização da população em geral sobre HIV/aids; de melhores locações com maior privacidade e confidencialidade para os usuários; e de critérios mais claros para avaliar o trabalho, pois os únicos critérios disponíveis eram o número de usuários que visitaram o serviço e a percepção do aconselhador sobre o resultado do trabalho. Por outro lado, o treinamento recebido antes de iniciar na função foi considerado satisfatório, e os usuários elogiaram o bom atendimento, a confidencialidade e a gratuidade do serviço oferecido.

No Brasil, os CTA da Região Nordeste do Brasil foram avaliados por Minayo et al. (1999) através da triangulação de métodos quali-quantitativos proposta pela autora. Na abordagem qualitativa, os aconselhadores foram entrevistados sobre a **história, condições, processos e dificuldades no trabalho no CTA**; sobre o **relacionamento com os usuários, com os Programas de DST/aids e com a rede de saúde local**. Com relação ao processo histórico de implantação dos CTA, os aconselhadores destacaram a dificuldade de encontrar um local para o CTA que fosse de fácil acesso, com transporte público disponível e com salas adequadas para os atendimentos. Foi referido também o temor da população da região de entrar em contato com pessoas portadoras de HIV. Sobre o trabalho atual nos serviços, os aconselhadores comentaram que o relacionamento com a rede de referência e contra-referência aos portadores de HIV é insatisfatória, seja pela

reduzida oferta de leitos hospitalares ou pela precariedade dos serviços ambulatoriais com enfoque multidisciplinar.

Após este estudo, Minayo e colaboradores (1999) definiram critérios de excelência para um bom funcionamento de um CTA. Os critérios definidos foram: acesso facilitado e anonimato do usuário, atividades realizadas pela equipe devidamente registradas; oferecer testagem rápida e confiável; oferecer aconselhamento individual e coletivo no pré-teste e pós-teste; possuir equipe multidisciplinar; ter respaldo gerencial e administrativo para o trabalho; CTA com coordenação específica; compromisso com princípios do SUS; ter boa articulação com os programas municipais, estaduais e federais de DST/aids, com os laboratórios e rede de referência e contra-referência para HIV/aids e manter consistente divulgação do serviço proporcionado.

Uma avaliação em saúde eminentemente qualitativa foi realizada por Barbosa (2006). Ela avaliou o Programa de Assistência à saúde de gestantes HIV positivas de um hospital público do Rio de Janeiro, sob o enfoque metodológico hermenêutico-dialético, através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante com as usuárias e os profissionais de saúde vinculados ao serviço. Como resultado, a autora cita a importância da abordagem qualitativa, ao proporcionar voz e espaço para a reflexão crítica do trabalho aos profissionais de saúde, pilares do processo, acolhendo e valorizando suas propostas para melhorar a assistência à saúde da população, principalmente nos aspectos da equidade, da integralidade e da humanização desta assistência.

As avaliações dos serviços de saúde já realizadas mostram a necessidade de aprimorar cada vez mais esta área de conhecimento. Estas avaliações buscam clarear quais são os “nós” críticos de cada área específica e buscam possibilidades de melhorar estas questões. Em relação aos CTA, observa-se a importância do serviço prestado e a premência de aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à população, com **melhora da infra-estrutura e acesso aos insumos necessários**, com **estudos e ações de prevenção específicas para cada grupo vulnerável**, melhor **adequação dos serviços à realidade dos usuários**, como **horários flexíveis** para testagem, maior **rapidez na entrega dos diagnósticos** e manter **consistente divulgação do serviço** proporcionado para que a atenção da população com as ações de prevenção esteja sempre presente.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) inseridos nas políticas públicas referentes ao enfrentamento da epidemia de HIV na perspectiva de seus aconselhadorees.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Propiciar a avaliação da estrutura, dos processos e do resultado do trabalho nos CTA na perspectiva de seus aconselhadorees;
2. Investigar e descrever as qualidades (características positivas) e as dificuldades observadas na execução do trabalho nos CTA;
3. Verificar quais são as sugestões para aprimoramento nos CTA sugeridas pelos entrevistados
4. Conhecer e estudar as modificações no funcionamento dos serviços ocorridas ao longo do tempo e perspectivas para o futuro;
5. Analisar sugestões de medidas que poderiam/deveriam ser adotadas pelo poder público para um melhor enfrentamento da epidemia de HIV/aids na cidade de Porto Alegre/RS.

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERIZAÇÃO

O presente projeto é uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo sobre as impressões dos aconselhadores dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) do município de Porto Alegre/RS em relação ao seu trabalho, envolvidos nas políticas públicas referentes à epidemia de HIV/aids.

A matriz teórica que embasará a pesquisa é a Hermenêutica–Dialética proposta por Minayo (2002). A hermenêutica é considerada uma arte, arte que se preocupa em entender textos. Textos referidos num sentido amplo como entrevistas, documentos e narrativas, por exemplo. Propõe a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, partindo da linguagem como base para a expressão da intersubjetividade e do entendimento. Busca compreender um autor na sua profundidade, tentando desvendar questões que possam estar inconscientes para este.

Enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a dialética traz uma postura crítica, de estar atento a relações dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre grupos, classes e culturas. Entende a linguagem como comunicação, expressando e escondendo conflitos, desigualdades, dominação e resistência ou conformidade. A análise hermenêutica-dialética busca então, compreender e dar sentido a linguagem e a realidade dos indivíduos em seu movimento contraditório, contextualizado no momento histórico em que ocorrem (MINAYO, 2002).

5.2 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo serão os aconselhadores dos CTA de Porto Alegre. Serão convidados a participar do estudo os 18 aconselhadores dos CTA, listados abaixo:

- CTA Caio Fernando Abreu do Hospital Sanatório Partenon;
- CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária ;
- CTA Paulo César Bom Fim do Centro de Saúde da Vila dos Comercíarios.

A escolha dos CTA deu-se por conveniência, por serem os CTA da capital do Estado do RS, após ter se definido e limitado o estudo à cidade de Porto Alegre. Já em relação aos aconselhadores, por ser um número reduzido, todos serão convidados a participar da pesquisa e dos grupos focais e a participação dar-se-á de forma voluntária.

5.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados será utilizada a técnica de grupo focal com questões norteadoras (roteiro) sobre a avaliação do serviço de saúde (Apêndice A). Grupo focal pode ser definido como uma discussão em grupo onde o pesquisador esteja atento ativamente e encorajando as interações grupais. É uma técnica de pesquisa qualitativa que propicia ampla e profunda discussão em grupo de um determinado tema proposto e focalizado. O grupo focal é aplicado quando são considerados relevantes para futura análise identificar opiniões, sentimentos, formas de pensar, entender e interpretar a realidade expressas pelos pesquisandos. Importante salientar que os componentes do grupo focal devem ter uma forte identificação entre si, para facilitar o processo de interação e discussão, como no caso da presente pesquisa, onde todos os participantes são aconselhadores de CTA (BARBOUR, 2009; ROMERO, 2008).

Um grupo focal tem os seguintes passos: organização do espaço; apresentação do moderador; contratação ética (propósito, anonimato das falas, confidencialidade no grupo, termo de consentimento informado); funcionamento do grupo (tempo de discussão, liberdade de expressão, gravação em áudio, o papel do moderador); apresentação dos membros; do guia de tópicos; aquecimento; discussão e finalização (BARBOUR, 2009; ROMERO, 2008).

Serão propostos seis grupos focais, dois para cada Centro de Testagem e Aconselhamento, com o objetivo de poder aprofundar as questões. Espera-se a participação de, no mínimo, cinco aconselhadores em cada grupo. Os encontros acontecerão nos próprios CTA, na sala de reuniões dos mesmos, para não ser necessário o deslocamento dos profissionais; e no turno destinado à reunião de equipe, para não interferir nos atendimentos aos usuários. Cada encontro terá a duração aproximada de duas horas. Os grupos serão gravados em áudio para posterior transcrição.

O grupo focal contará com um roteiro prévio para a sua realização. Este roteiro contém temas norteadores em relação à estrutura, processo e resultados do trabalho no CTA; características positivas e dificuldades encontradas no serviço; sugestões para aprimoramento das tarefas realizadas, modificações vivenciadas pelos aconselhadores, ao longo do tempo, no trabalho e, por último, opinião dos aconselhadores sobre medidas que poderiam ser tomadas pelo poder público para um melhor enfrentamento da epidemia de HIV/aids no RS (Apêndice A).

Serão combinados previamente com a equipe do CTA as datas dos grupos focais e seu horário, para que os aconselhadores possam se organizar em relação à reunião de equipe, ou realizando esta antes do grupo, mais enxuta, ou em outro momento.

Os grupos focais contarão com um pesquisador moderador, que coordenará a atividade, e um pesquisador observador, que fará anotações pertinentes sobre o processo. O papel do pesquisador moderador no grupo compreende manter o foco, guiar a discussão e estar atento às diferenças de perspectivas e ênfase dos participantes no tema, e explorá-las, além de observar as interações grupais: a dinâmica do grupo e atividades na qual se engaja – seja formando um consenso, seja desenvolvendo uma explicação, seja pesando prioridades ou tendo atitudes de competição. Algumas situações “difíceis” para alguns autores, como discussões entre participantes, podem ser transformadas em vantagem e serem utilizadas na análise. Neste caso, o pesquisador explora o assunto e convida os participantes a teorizarem o “por que” das opiniões diversas e os lados opostos entenderem o outro ponto de vista (BARBOUR, 2009; ROMERO, 2008).

O moderador deve estar sempre pensando comparativamente e antecipando a análise, mesmo quando os dados estiverem sendo gerados, para tentar obter todas as percepções e opiniões relevantes (BARBOUR, 2009).

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os grupos gravados serão, posteriormente, transcritos. Anotações do trabalho em campo e do transcorrer do grupo focal serão realizadas, para auxiliar e complementar a análise dos dados (BARBOUR, 2009; ROMERO, 2008).

Os dados coletados serão categorizados e interpretados através da análise de conteúdo proposta por Olabuenága (1996). A análise de conteúdo, na

perspectiva deste autor se distingue da análise documental, pois o último limita-se ao conteúdo do texto, e o primeiro elabora, a partir do texto, inferências sobre o mesmo. Pode-se perceber um texto manifesto, óbvio, direto, representação e expressão do que o autor pretende comunicar. Ao mesmo tempo, percebe-se um texto, oculto, indireto, que expressa o sentido latente que o autor pretende transmitir.

O processo compreende três fases:

1. O Campo: o investigador vai ao campo em busca de informações. O que é e como é o campo? Como é a realidade social? Como pode ser lida, entendida, interpretada esta realidade?

2. O Texto: o texto é subdividido em três partes: O texto de campo, que consiste em um primeiro documento ou conjunto de documentos sobre a visita ao campo.

O texto de investigação é um segundo texto, com uma primeira sistematização e categorização. Por último, o texto interpretativo provisório é o texto que o pesquisador cria a partir do texto de investigação e cujo conteúdo central é a interpretação do que foi captado e compreendido da realidade. Representa a experiência pessoal do pesquisador frente à experiência social, é a sua versão científica da realidade social.

3. O Informe final: é o texto interpretativo provisório depois de apresentado e discutido com os pares e sujeitos da pesquisa. São assimiladas críticas e realizados ajustes. Após, o informe final ou científico é tornando público.

A análise de conteúdo qualitativa acontece de forma cíclica e circular e não de forma linear e seqüencial. O texto é submetido a múltiplas leituras e manipulações e não são suficientes uma leitura e categorizações iniciais, por mais detalhadas que sejam.

A construção do **texto de campo**: escolhido o texto e o problema, prossegue-se com a seleção de dados relevantes. Os dados são unidades de registro e serão conservados, analisados e selecionados como tal.

No **texto de investigação** se efetua a primeira codificação das unidades de registro em categorias. A categorização consiste em diminuir o número de unidades de registro a determinadas classes ou categorias, que possam agrupar registros a partir de uma característica em comum. A categorização é um processo de sistematização usado para captar melhor o conteúdo de um texto de campo.

Consiste em sistematizar uma série de categorias e classificar cada unidade de registro em uma destas categorias.

A seguir, detalha-se um breve esquema do processo de análise de conteúdo:

1. Determinar o objetivo e tema de análise, bem como o marco teórico, amostra e unidade de registro (palavra, sentido, frase,...) que se utilizará;
2. Determinar o sistema de categorias;
3. Codificação prévia;
4. Revisar o código e regras de codificação: precisão, consistência, estabilidade, reprodutibilidade, validade aparente e convergente;
5. Rever a codificação;
6. Codificar o texto completo;
7. Comprovar a confiabilidade definitiva

Depois de finalizada a etapa de codificação/categorização dos dados, chega o momento de sua análise. Os dados não falam por si mesmos, é necessário fazê-los falar, extrair seu significado, realizar inferências do texto ao contexto, para chegar ao texto provisório e, posteriormente, ao texto definitivo (OLABUENÁGA, 1996).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Será fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as informações sobre a pesquisa e forma de contato com a pesquisadora, para os aconselhadores que aceitarem participar do estudo (Apêndice B). O TCLE será lido e assinado antes do início do primeiro grupo focal ou em reunião preparatória de apresentação do projeto nos CTA. O material coletado será utilizado somente pela pesquisadora e, após a banca de defesa da dissertação e submissão de artigo científico, será eliminado. O telefone e endereço eletrônico da pesquisadora ficarão disponíveis aos pesquisandos para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Redação da Dissertação																		X	X	X		
Defesa da Dissertação																					X	
Submissão do Artigo																						X

8 RECURSOS

Item	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Gravador digital	1	300,00	300,00
Material escritório: folhas A4, canetas, lápiz, borracha.	1	50,00	50,00
Lanche grupos focais: água, café, bolacha	06	20,00	120,00
Cartucho impressora	2	50,00	100,00
Notebook Intel I5	1	2000,00	2000,00
Deslocamentos/gasolina	60	10,00	600,00
Total	-	-	3170,00

As despesas do orçamento serão custeadas pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco A.; CHERCHIGLIA, Mariângela L.; SANTOS, Max A. Avaliação da qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**. V.33, p 50-53, dez. 1991.

AYRES, José Ricardo; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. *et al* (Ed.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARBOSA, Regina H. Avaliação qualitativa de um programa de assistência à saúde de gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologias médica e de gênero. In: BOSI, Maria Lúcia; MERCADO, Francisco J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde - Enfoques emergentes**. Petrópolis: Editora Vozes, p.313-346, 2006.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARCELLOS, Nêmora T; FUCHS, Sandra; FUCHS, Flávio. Prevalence of and risk factors for HIV infection in individuals testing for HIV at counseling centers in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v.30, n.2, p.166-173, feb. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - aids e DST**. Ano VII, n 1, jul. 2009 a jul. 2010. Brasília, [2011a]. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/boletim epidemiologico](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/boletim_epidemiologico)>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Dados e pesquisas:** aids no Brasil. Brasília, [2011b]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações de Saúde.** Epidemiológicas e Morbidade. Brasília, [2011c]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n 1, p77-93, 2007.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce P.; CUNHA, Isabel C. K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v.59, n 1, p 84-88, jan. /fev. 2006.

DONABEDIAN, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** New York: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Arch Phatol Lab Med**, v14, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund Q, New York**, v. 44, n. 3, Suppl.p.166-206, Jul 1966.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for Advancement of Teaching**. New York: The Carnegie Foundation, Bull 4, 1910. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/elibrary/docs/flexner_report.pdf.. Acesso em: 10 abr. 2011

GALO, Déa S. Transmissão Vertical do HIV. In: LOUREIRO, Regina Pimentel et al (Org.). **A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da aids no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2008. p. 19 – 25.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc**, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GIRARDI, Enrico; SABIN, Caroline A.; MONFORTE, Antonella A. Late diagnosis of infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 46, n.1(supl), p. 3-8, 2007.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 427-436, 2009.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo C.M.; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 36, n. 4 (supl), p. 50-60, 2002.

INCIARDI, James et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 38, n.3, p. 305-310, Sept 2006.

KABBASH, Ibrahim A. et al. Evaluation of HIV voluntary counselling and testing services in Egypt. Part 2: service providers' satisfaction. **East Mediterr Health J**, Alexandria, v. 16, n. 5, p. 491-7, May 2010.

MANN, Jonathan. Saude Pública e Direitos Humanos. **PHYSIS: Rev. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6(1/2),p.135-145,1996.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura M. C. **Qualidade na gestao local de saude e ações de saúde**. Série Saude e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saude Publica da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo>. Acesso em: 10 abr. 2011.

MALTA, Mônica; BASTOS, Francisco Inácio. aids: Prevenção e Assistência. In: GIOVANELLA, Ligia; et al (Org.).**Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 1057-1087.

MINAYO, Maria Cecília S.; SOUZA, Edinilsa; ASSIS, Simone; CRUZ NETO, Otavio; DESLANDES, Sueli F.; SILVA, Cosme M.F.P. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico /CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p.355-367,1999.

MINAYO, Maria Cecília S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília S.; DESLANDES, Sueli Ferreira (Org.). **Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 83-108.

MONDINI, Ludia Goulart; ESCOBAR, Lucia Ramos. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): da Implantação à Conquista do Espaço como Serviço de Referência em Acolhimento.In: LOUREIRO, Regina Pimentel et al (Org.). **A maioridade da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da aids no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2008. p. 37-42.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A Criação do Programa Nacional de DST e aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, v.9, n. 17, p. 25-45, jan./jun. 2009.

NOVAES, Hillegonda M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde: revisão. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2011.

OLABUÉNAGA, José Ignacio Ruiz. **Metodología de la Investigación cualitativa.**, Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

PECHANSKI, Flávio et al. Uso de substâncias, situações de risco e soroprevalência em indivíduos que buscam testagem gratuita para HIV em Porto Alegre, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 18, n. 4/5 p. 249-255, [2005a].

PECHANSKI, Flávio et al. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 266-274-61, jan./fev. [2005b].

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REIS, Eduardo J. F. B.; et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar.1990. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ROCHA, Juan S. Y. Os determinantes sociais da saúde. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. (Org.) **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. P.219-241.

ROMERO, Sônia Mara. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: SCARPARO, H. (Org.). **Psicologia e Pesquisa – Perspectivas Metodológicas.** Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 84-104.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids. **Rev. Bras.Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.3, p. 335-346, jul./set. 2006.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C.L.G (Org.) . **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-131.

UNAIDS. **The global aids epidemic 2009**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate/>. Acesso em 20 ago. 2011.

APÊNDICE A – QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL

1. Avaliação da estrutura do serviço

Perguntas abertas ao grupo sobre como este avalia as questões de estrutura: recursos humanos, materiais e financeiros do trabalho. A estrutura física é suficiente e adequada (salas para atendimento individual, sala para palestra, banheiros, sala de espera para atendimento, sala para a equipe)? Os recursos humanos são suficientes e adequadamente capacitados? Os recursos materiais necessários estão disponíveis e são adequados, como computadores, telefone, material didático para palestras, preservativos, etc?

2. Avaliação do processo

Perguntas abertas sobre a visão dos aconselhadores em relação aos processos de trabalho, como o acesso do usuário ao serviço, os turnos e horários das palestras e aconselhamentos; a demanda atendida, as tarefas realizadas e a distribuição destas entre a equipe; a disponibilidade de exames necessários e de locais para encaminhamento dos casos de HIV/aids, hepatite e DSTs; o relacionamento entre a equipe, com a chefia, com o usuário, com os demais CTA; os serviços de referência e contra-referência.

3. Avaliação dos resultados

Espaço para falas em relação aos resultados do trabalho no CTA: são observados comportamentos mais saudáveis nos usuários? A promoção de saúde acontece? O trabalho oferecido é útil? Valorizado? O que o aconselhador pensa sobre o serviço oferecido e sobre os CTA?

4. Avaliação dos Pontos fortes e Dificuldades

Pergunta aberta sobre quais são os pontos fortes - qualidades - do trabalho no CTA? O que está funcionando bem? Em contrapartida, quais são os entraves, dificuldades no serviço? O que pode ser melhorado e como?

5. Modificações ocorridas no serviço

Espaço para relatos e avaliação das modificações e adaptações que ocorreram ao longo do tempo, como a inserção da testagem para hepatites e, mais atualmente, do teste rápido nos CTA e UBS. Perspectivas para o futuro dos CTA: o que os aconselhadores acreditam que será o futuro dos serviços e o que acham que deveria ser o futuro dos serviços.

6. Sugestões para o poder público

Sugestões de medidas que o poder público poderia/deveria tomar para um melhor enfrentamento da epidemia de HIV/aids no RS.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada: **Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadores** está sendo realizada por Cristina Beatriz Haag, mestranda em saúde coletiva (UNISINOS), sob orientação da Prof^a Dr^a Nêmera Tregnago Barcellos e coorientação da Prof^a Dr^a Luciana Suarez Grzybowski. A pesquisa propõe a avaliação do trabalho nos CTA na perspectiva de seus aconselhadores. Neste projeto, os trabalhadores poderão avaliar seus locais de trabalho, contribuir com sugestões ao aprimoramento dos serviços, e com sugestões para melhor enfrentar a epidemia de HIV/aids no estado do Rio Grande do Sul. Serão convidados a participar todos os aconselhadores dos CTA de Porto Alegre/RS.

Você está sendo convidado a fazer parte desta pesquisa enquanto aconselhador de CTA, de forma voluntária. Sua contribuição se dará através da participação em dois grupos focais junto com demais colegas aconselhadores do seu local de trabalho. Nos grupos, serão trazidos temas norteadores sobre o trabalho para que os aconselhadores possam discutir livremente sobre suas impressões, avaliações, sugestões e opiniões. Os grupos terão a duração aproximada de duas horas e serão gravados em áudio. Você participa livremente do grupo, dando sua opinião, quando quiser, sobre os temas propostos. Você pode interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer consequência.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados apenas para fins científicos e como subsídios para o aprimoramento de serviços de saúde, em especial aqueles relacionados com a epidemia de HIV/aids, sempre mantendo o anonimato dos participantes. Solicita-se também, aos pesquisandos, o sigilo dos assuntos tratados quando fora do grupo e preservação do anonimato dos colegas participantes. O material coletado será utilizado somente pela pesquisadora e, após a finalização do estudo e apresentação dos resultados, será eliminado.

Fico à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, sobre o andamento da pesquisa e seus resultados através do telefone: 51-93098414 e e-mail: cbhaag@gmail.com

Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Após os esclarecimentos acima, eu, _____, aceito participar desta pesquisa.

Assinatura do/a Aconselhador/a Assinatura da Pesquisadora

Porto Alegre, ____/____/____.

II - RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Após o Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa, em dezembro de 2011, realizei as modificações e acréscimos sugeridos pela Banca Examinadora. Foram realizadas leituras adicionais e referências específicas no Projeto de Pesquisa quanto aos Determinantes Sociais em Saúde e sobre as Políticas Públicas referentes à HIV/aids no Brasil. Além disso, ainda conforme apontamentos da Banca Examinadora, explicitarei minha trajetória no contexto do trabalho nos CTA e pontuei questões sobre a transmissão vertical e sobre o treinamento exigido para a realização do aconselhamento que seria debatido em campo.

A partir do momento em que enviei o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, também entrei em contato com as coordenadoras dos três CTA de Porto Alegre para saber de sua disponibilidade e interesse em participar do estudo. Foi importante ter entrado em contato com os CTA com antecedência, pois todas as coordenadoras solicitaram levar o convite à reunião de suas equipes para ter uma posição do grupo de aconseladoras sobre o assunto. O CTA do ADS (Ambulatório de Dermatologia Sanitária) também solicitou passar o projeto pela Comissão Local de Ensino e Pesquisa – CLEP.

Após esses procedimentos iniciais, todos os três CTA aceitaram participar do estudo. Depois da aprovação do projeto na Banca de Qualificação, estava disponível para marcar as datas dos Grupos Focais. Entrei novamente em contato com as coordenadoras dos CTA e resolvemos marcar a realização dos grupos para março e abril, pois nos meses de janeiro e fevereiro as equipes se revezam para gozar férias. Na Banca de Qualificação, houve a sugestão de fazer os grupos focais integrando os três CTA, para ter um número suficiente de aconseladores. Quando sugeri esta possibilidade aos CTA, eles preferiram ter cada um o seu espaço próprio, os seus Grupos Focais, para poder conversar sobre as particularidades de cada serviço. Fiquei um pouco apreensiva quanto à possibilidade de contar com poucos participantes, já que a presença era voluntária e um CTA estava com somente três aconseladoras. Porém, para minha feliz surpresa, a presença e participação ativa nos Grupos Focais foram maciças e o CTA que contava com

somente três profissionais, recebeu mais um colaborador um dia antes da coleta de dados (os outros dois CTA contavam com cinco aconseladoras cada um). Assim, das 14 aconseladoras de CTA do município de Porto Alegre, 13 participaram da pesquisa. A única aconseladora não participante não pode estar presente, pois estava em licença-saúde na época.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) inseridos nas políticas públicas referentes ao enfrentamento da epidemia de HIV na perspectiva de seus aconselhadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar a avaliação da estrutura, dos processos e do resultado do trabalho nos CTA na perspectiva de seus aconselhadores;
- Investigar e descrever as qualidades (características positivas) e as dificuldades observadas na execução do trabalho nos CTA;
- Verificar quais são as sugestões para aprimoramento nos CTA sugeridas pelos entrevistados;
- Conhecer e estudar as modificações no funcionamento dos serviços ocorridas ao longo do tempo e perspectivas para o futuro;
- Analisar sugestões de medidas que poderiam/deveriam ser adotadas pelo poder público para um melhor enfrentamento da epidemia de HIV/aids na cidade de Porto Alegre/RS.

Os objetivos geral e específicos não sofreram alterações durante a etapa de coleta de dados, com a ressalva que foi dada maior ênfase aos processos de trabalho das profissionais dos CTA.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO

O presente estudo se constitui em uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo sobre as impressões dos aconselhadores dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) do município de Porto Alegre/RS em relação ao seu trabalho, ao funcionamento dos CTA e o envolvimento desses serviços nas políticas públicas referentes à epidemia de HIV/aids.

3.2 PARTICIPANTES

Participantes desse estudo foram as aconselhadoras dos CTA de Porto Alegre. Foram convidadas a participar do estudo as 14 aconselhadoras dos CTA listados abaixo:

- CTA Caio Fernando Abreu do Hospital Sanatório Partenon;
- CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária ;
- CTA Paulo César Bom Fim do Centro de Saúde da Vila dos Comerciários.

Conforme citado anteriormente, das 14 aconselhadoras, 13 participaram do estudo. Uma aconselhadora não pode participar, pois estava em licença-saúde.

3.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal com questões norteadoras (conforme Roteiro descrito a seguir) sobre a avaliação do serviço de saúde; um Questionário Sociodemográfico preenchido por todas as aconselhadoras e um Questionário sobre o funcionamento dos CTA preenchido pelas coordenadoras do CTA.

Foram realizados seis grupos focais, dois em cada Centro de Testagem e Aconselhamento. Os grupos tiveram entre quatro e cinco participantes além do pesquisador moderador (Cristina Haag). Não houve a presença de pesquisador observador. Os encontros tiveram a duração aproximada de duas horas e as datas e horários dos grupos foram definidos pelas coordenadoras dos CTA. Todos os grupos foram gravados em áudio para posterior transcrição. Os grupos focais aconteceram em locais reservados disponíveis nos próprios serviços como, sala de reuniões ou coordenação, anfiteatro e sala de atendimento. Em uma mesa próxima, foi colocado alguns chocolates, água, café ou chimarrão para os participantes servirem-se durante a discussão. Na seqüência serão descritos os procedimentos e instrumentos utilizados na condução de cada um dos dois encontros propostos aos CTA:

Sistemática do Primeiro Encontro

No primeiro encontro com cada equipe de CTA foram apresentados, de maneira sucinta, a pesquisadora, sua caminhada profissional, o projeto de pesquisa e seus objetivos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido na presença de todas as aconseladoras e assinado por aquelas que desejaram participar. Logo após, foi acertada a contratação ética (anonimato das falas, confidencialidade), o modo de funcionamento do grupo (tempo de discussão em torno de 1h30m/2 horas, liberdade de expressão, gravação em áudio) e uma breve apresentação dos membros para a pesquisadora.

Na seqüência, foi solicitado às aconseladoras e às coordenadoras dos CTA que respondessem o Questionário Sociodemográfico e o Questionário semiestruturado sobre o funcionamento dos CTA. Esses instrumentos foram elaborados para utilização no presente estudo e descritos em detalhes a seguir:

Questionário Sociodemográfico: constituía em um breve instrumento que foi preenchido por todas as aconseladoras. Teve o objetivo de mapear quem eram estas profissionais exercendo a função no Município de Porto Alegre com relação a características gerais como gênero, idade, formação profissional e tempo de atuação na área (Apêndice A).

Questionário semi-estruturado sobre o funcionamento dos CTA: Esse instrumento teve as questões elaboradas a partir do manual Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil, recentemente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Este questionário foi preenchido somente pelas coordenadoras dos CTA e teve o objetivo de avaliar aspectos como a estrutura, os processos e resultados do trabalho nos CTA na perspectiva do referido Manual (Apêndice B).

Logo após o preenchimento dos questionários teve início as atividades do grupo focal. Este primeiro grupo realizado com cada CTA teve a proposta de conversar sobre “*O Trabalho no CTA*”. O roteiro do grupo focal era enxuto, para estimular as participantes a falarem espontaneamente, sem muitas questões prévias que pudessem engessar o processo de discussão grupal em função de que necessitariam ser respondidas (BARBOUR, 2009). Destaca-se que, para a condução dos grupos focais, a pesquisadora buscou subsídios na literatura como, por exemplo, nos aportes consagrados sobre a avaliação dos serviços de saúde quanto à estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 2003), em estudos empíricos de avaliação qualitativa em saúde, além do roteiro do projeto de pesquisa. Contudo, ressalta-se que o mais importante era deixar os participantes dos grupos falarem livremente, sendo que a pesquisadora solicitava esclarecimentos e aprofundamentos de aspectos relevantes para entender de maneira mais precisa seus pontos de vista.

O Roteiro de questões disparadoras do primeiro encontro incluiu os seguintes tópicos:

1. Como é trabalhar no CTA? Como está sendo, neste momento, trabalhar no CTA?
2. Quais as dificuldades encontradas na execução do trabalho?
3. Quais os pontos positivos de trabalhar no CTA?

Como atividade de aquecimento do grupo e para estimular o início das discussões sobre o processo de trabalho nos CTA, cada membro recebia uma cópia de uma charge cômica, era solicitado a ler e comentar algo, se assim o quisesse.

A charge foi distribuída no início dos grupos focais, após a apresentação da pesquisa, dos contratos éticos, do preenchimento dos questionários e de

compartilhar com as aconselhadoras qual seria o tema de discussão daquele encontro. Uma cópia da charge utilizada encontra-se exposta a seguir:



Fonte: www.google.com.br/ImagenscomEgito/professorempanico.blogspot.com (Acesso em 20fev2012).

A charge trouxe descontração e serviu ao propósito de “quebrar o gelo” do início do grupo. Todas as aconselhadoras foram manifestando suas posições e este primeiro grupo transcorreu muito bem em todos os três CTA.

Sistemática do Segundo Encontro

O segundo grupo focal realizado com cada CTA teve por objetivo discutir especificamente o perfil da epidemia de HIV/aids no Estado do Rio Grande do Sul e, em partícula, na Capital Porto Alegre. O Roteiro de questões disparadoras do segundo encontro envolveu os seguintes tópicos: O Estado do Rio Grande do Sul e a Capital Porto Alegre figuram em primeiro lugar nas tabelas de incidência de aids no Brasil. O que, na opinião de vocês, pode estar por trás desta situação? Como poderíamos reverter/melhorar este quadro?

Como atividade de aquecimento do segundo encontro com os grupos e para fomentar o início das discussões, foram distribuídas as tabelas do Boletim Epidemiológico de 2011 (BRASIL, 2011b) com as taxas de incidência de aids em ordem decrescente por unidade federativa, por capital e a listagem das 50 cidades com mais de 50 mil habitantes e maiores taxas de incidência. As tabelas suscitaram muitas discussões, pois o RS, Porto Alegre e outras

idades do Estado têm despontado em primeiro lugar nos últimos anos, apresentando números alarmantes.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As análises contemplaram o material coletado por meio da aplicação do Questionário Sociodemográfico, do Questionário sobre o Funcionamento dos CTA, das transcrições dos grupos focais, bem como utilizou-se as impressões da pesquisadora durante toda a pesquisa de campo. As respostas das aconseladoras ao questionário Sociodemográfico foram analisadas por meio de uma descrição de frequências simples buscando traçar um perfil geral das mesmas. Já as respostas das coordenadoras dos CTA ao Questionário sobre o Funcionamento dos CTA foram tabuladas de modo a fornecer um quadro geral sobre a situação desses serviços no que concerne a estrutura, os processos e resultados do trabalho, conforme diretrizes estipuladas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Além das respostas das coordenadoras, dados recentes sobre as novas políticas de matriciamento e sobre a sistemática de encaminhamentos dos CTA no município de Porto Alegre foram utilizadas para a caracterização do funcionamento desses serviços.

Para as análises dos grupos focais, os áudios foram transcritos pela própria pesquisadora. Posteriormente, os relatos dos grupos foram categorizados e interpretados através de uma análise de conteúdo qualitativa (BARDIN, 1977; OLABUENÁGA, 1996) visando a compreender a avaliação do funcionamento dos CTA na perspectiva de seus aconseladores. Durante as análises buscou-se identificar particularidades e semelhanças na perspectiva das aconseladoras dos diferentes CTA. Além disso, para contemplar os objetivos específicos, a análise procurou ainda investigar a visão das profissionais sobre: aspectos estruturais, dos processos e do resultado do trabalho nos CTA; qualidades e dificuldades do trabalho; modificações no funcionamento dos serviços ocorridas ao longo do tempo; perspectivas para o futuro; e sugestões para aprimoramento dos CTA e para um melhor enfrentamento da epidemia de HIV/aids na cidade de Porto Alegre.

Após diversas leituras do material e com base na literatura identificou-se categorias temáticas que foram então utilizadas em uma leitura final para a

categorização dos relatos. Salienta-se que, durante as análises, foram privilegiados os conteúdos manifestos e implícitos relativos à avaliação do funcionamento dos CTA, de modo geral, em detrimento da análise dos processos grupais específicos ao funcionamento de cada equipe. Para fins de validação dos conteúdos identificados pela pesquisadora, o texto interpretativo provisório foi enviado para avaliação pelos sujeitos da pesquisa. Buscou-se contemplar as sugestões dos pesquisandos e, a partir disso, elaborado o texto final.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale Rio dos Sinos (UNISINOS). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as informações sobre a pesquisa e forma de contato com a pesquisadora, foi assinado pelas aconselhadoras que participaram do estudo. O material em áudio e as fichas preenchidas serão utilizadas somente pela pesquisadora e, após a análise dos dados, a realização da banca de defesa da dissertação e a submissão do artigo científico, será destruído em um prazo de até dois anos. O telefone e endereço eletrônico da pesquisadora ficaram disponíveis aos participantes para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Salienta-se que os nomes e/ou iniciais e localização dos CTA serão omitidos nas publicações pós-coleta de dados para evitar possível identificação dos entrevistados, conforme combinação com os participantes durante a coleta de dados.

4 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na banca pública de defesa do mestrado, em congressos e seminários da área e em dois artigos científicos que serão enviados para publicação em revistas relevantes de saúde pública. O primeiro artigo já está escrito, constando no final desta dissertação e versa sobre a avaliação do trabalho nos CTA na perspectiva das aconselhadoras. O segundo artigo utilizará outros dados coletados e versará sobre a perspectiva das aconselhadoras sobre a epidemia de HIV/aids no Rio Grande do Sul, nos aspectos de causalidade do fenômeno de ações para melhora do quadro.

Os aconselhadores participantes receberão uma cópia do estudo por e-mail após a aprovação da versão final. Serão oferecidas apresentações dos resultados da pesquisa aos aconselhadores dos CTA e profissionais de saúde interessados, nos seus locais de trabalho. Os dados ficarão disponíveis às aconselhadoras para subsidiar reuniões com os gestores do Programa de DST/aids em nível municipal e estadual com o intuito de aprimorar os serviços.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão descritos os resultados referentes:

- 5.1) Caracterização socioeconômica e o perfil profissional das aconselhadoras dos CTA de Porto Alegre** (por meio da análise do Questionário Sociodemográfico);
- 5.2) Caracterização dos indicadores de estrutura, organização e funcionamento dos CTA de Porto Alegre/RS** (por meio da análise do Questionário sobre o Funcionamento dos CTA);
- 5.3) Avaliação dos CTA na perspectiva de suas aconselhadoras.** Na descrição dos achados dos grupos focais, as categorias de análise serão ilustradas com relatos das profissionais. Para contemplar o anonimato das aconselhadoras, elas foram divididas nos três grupos, G1, G2 e G3 e são referidas pela letra P para Participante e o número que correspondia a cada uma no seu grupo, indo de P1G1 até P13G3.

5.1 Caracterização Socioeconômica e o perfil profissional das aconselhadoras dos CTA de Porto Alegre

O Questionário de Dados Socioeconômicos foi respondido por todas as 13 aconselhadoras que participaram da pesquisa. A questão nº 11 perguntava sobre a renda familiar aproximada da aconselhadora e, por ser uma questão pessoal, duas aconselhadoras preferiram não responder, o que foi respeitado pela pesquisadora,

Todos os profissionais exercendo a função de aconselhador de CTA em Porto Alegre eram mulheres, a maioria era branca (11/13), com idades entre 32 e 69 anos, sendo a idade média de 46,8 anos. A maior parte delas era

casada ou estavam em relacionamento estável (9/13) e todas possuíam filhos. O nº de filhos variou de um a seis, sendo a média de 2,1 crianças por aconselhadora.

A totalidade das profissionais possuía curso superior, e quase todas tinham pós-graduação (12/13). O tempo do término do nível superior variou entre sete e 31 anos, sendo a média 21 anos desde a formatura. A maior parte delas era graduada em Psicologia (6/13), Serviço Social (5/13), Enfermagem (2/13) e Nutrição (1/13). Uma das aconselhadoras possuía duas graduações: em Serviço Social e Nutrição. Os cursos de pós-graduação referidos pelas aconselhadoras foram: Especialização (9/13), principalmente em Saúde Pública, Enfermagem e Psicologia; Mestrado (2/13) em Sociologia e Psicologia e Doutorado em Psicologia (1/13).

Quando questionadas há quanto tempo trabalhavam como aconselhadoras, as respostas variaram entre 01 dia (de uma aconselhadora recém-chegada, transferida a seu pedido para o CTA, mas com experiência prévia na função quando residente) e 18 anos. A média foi de 8,6 anos exercendo a função. Quando questionadas há quanto tempo estavam lotadas naquele CTA, as respostas também variaram entre 01 dia e 18 anos, com uma média de 7,8 anos trabalhando no mesmo local. A maior parte das profissionais era estável na função e no local de trabalho, sempre trabalharam no mesmo CTA (12/13) e somente uma aconselhadora mudou de CTA para assumir o cargo de coordenação no outro serviço. Por fim, a renda familiar *per capita* variou entre 2,4 e 21,5 salários mínimos, sendo a média de 7,5 salários mínimos e a mediana de 5 salários mínimos por pessoa.

5.2 Caracterização dos indicadores de estrutura, organização e funcionamento dos CTA de Porto Alegre/RS

De modo geral, os CTA participantes da pesquisa já funcionavam há bastante tempo, sendo que o primeiro da cidade de Porto Alegre (e também do Brasil) completou, em 2012, 24 anos desde a inauguração. Os demais CTA funcionavam há 17 anos e 12 anos. Todos os serviços atendiam de segundas às sextas-feiras, inclusive no horário do meio-dia. Dois serviços atendiam das 8 horas e 30 minutos às 17 horas e o outro das 8 às 17 horas.

Com relação ao espaço físico, as coordenadoras consideravam que os CTA estavam adequados, pois garantiam a privacidade e confidencialidade para o usuário e estavam devidamente identificados para facilitar sua localização. Todos os serviços possuíam espaço de recepção, sala de coleta, sala de atendimento individual e para a realização de atividades coletivas. Dois CTA ainda contavam com salas de espera, espaço de arquivamento e sala de gerência ou apoio. Nenhum local contava com pias nas salas de atendimento para a realização do teste rápido.

Quanto ao tamanho e composição da equipe de trabalho, todos os CTA possuíam um coordenador, aconselhadores exclusivos e concursados, recepcionistas e profissionais para realizar a coleta de sangue. Esses últimos trabalhadores eram compartilhados com outros serviços. Além dos aconselhadores exclusivos, um dos CTA contava com mais dois profissionais para esta função que eram compartilhados com outros serviços públicos de saúde. Equipes de limpeza e segurança estavam presentes em todos os serviços, por meio de empresas terceirizadas. As coordenadoras de todos os CTA declararam atuar na perspectiva da educação na saúde, contemplando o trabalho com estagiários de nível médio e superior e/ou residentes da área da saúde oriundos de Residência Multiprofissional.

Sobre o tamanho e a composição da equipe, as coordenadoras de dois CTA consideravam esses itens suficientemente contemplados. Entretanto, uma coordenadora julgava que faltavam aconselhadores, pessoal para o apoio administrativo e para a recepção para uma composição mais adequada da equipe do CTA. Quando necessário, o suporte na área de informática era possível para dois CTA. Nenhum CTA contava com agentes de prevenção para redução de danos atuando nas equipes.

No que tange aos diagnósticos sorológicos oferecidos, todos os CTA realizavam testagem para HIV e Sífilis. A testagem para Hepatite B e C era oferecida por dois dos serviços e somente um CTA oferecia testagem rápida para o HIV, estando o mesmo disponível para gestantes ou caso o aconselhador avaliasse necessário. Os resultados de todos os exames realizados pelos CTA estavam disponíveis para o usuário num tempo menor que 15 dias corridos, respeitando o tempo máximo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Atividades internas de prevenção como aconselhamento e disponibilização de insumos estavam presentes em todos os serviços. Com relação às modalidades de aconselhamento realizadas, as coordenadoras de todos os CTA referiram oferecer o aconselhamento de forma individual e para casais, caso fosse solicitado. Um CTA também realizava sessões grupais de aconselhamento pré-teste. Somente um CTA assinalou a realização de atividades internas para grupos de segmentos populacionais específicos e também descreveu outras atividades preventivas realizadas como psicoterapia breve e grupo de autocuidado. Atividades de orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva de redução de danos e a disponibilidade de material informativo e educativo estavam disponíveis em dois CTA.

Conforme as coordenadoras, os preservativos masculinos estavam disponíveis e em quantidade necessária em todos os serviços, estando em locais de livre e fácil acesso sendo entregues nos atendimentos e quando solicitados aos funcionários. O *kit* para redução de danos também estava disponível e em quantidade necessária em todos os serviços. Já gel lubrificante era encontrado em dois locais e preservativos femininos apenas em um.

No que tange às atividades extramuros de prevenção, todas as coordenadoras relataram que os CTA realizavam atividades educativas em instituições como escolas, empresas e associações comunitárias. Um CTA também realizava atividades externas de aconselhamento, enquanto outro serviço distribuía material informativo e insumos de prevenção em locais ou eventos públicos. Nenhum CTA estava realizando, naquele momento, ações de divulgações do serviço ou ações em campo de prevenção para segmentos mais vulneráveis e de redução de danos. Quanto ao funcionamento volante/itinerante dos CTA, as coordenadoras não tinham conhecimento de nenhuma unidade de atendimento como essa, supondo que tal prática não existia na cidade de Porto Alegre.

O encaminhamento resolutivo dos usuários atendidos no CTA aos serviços de referência é uma prerrogativa importante para a atenção integral aos mesmos. Todos os CTA pontuaram possuir serviços de referência para o encaminhamento de pessoas com sorologia positiva para HIV e DST. Com relação às hepatites B e C, somente dois serviços possuíam serviço de

referência, enquanto o outro CTA pontuou não ter fluxo formal para esse atendimento. A impossibilidade de agendar consultas médicas nos SAE municipais para pessoas vivendo com HIV moradoras de Porto Alegre foi citada como uma dificuldade por todas as coordenações. Isto ocorria porque os CTA não estavam incluídos no recém-instalado serviço informatizado municipal de marcação de consulta. Outra dificuldade citada por todos os serviços no encaminhamento dos usuários foi o esgotamento da capacidade de atendimento dos SAE.

No que se refere à formação e capacitação de novos aconselhadores, as coordenadoras mencionaram que não existia um protocolo padrão para tornar-se um aconselhador de CTA. Dois CTA consideravam não estar recebendo capacitações suficientes sobre sua prática, sendo que as últimas participações em eventos desta natureza enfocaram os temas do teste rápido e tuberculose, em novembro de 2011, e da saúde da mulher, em março de 2012. Por outro lado, todas as coordenadoras salientaram que seus CTA tinham realizado capacitações em aconselhamento para aconselhadores do interior do Estado, profissionais das UBS e/ou residentes, compartilhando suas experiências e conhecimentos na área.

O Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) tem o propósito de oferecer suporte às atividades realizadas no serviço, além de compor o sistema de vigilância epidemiológica. Sobre esse item, todos os CTA mencionaram alimentar o banco de dados do SI-CTA e exemplificaram dados importantes que podiam obter neste sistema, tais como o número de pessoas testadas, a quantidade de testes positivos, a origem da clientela, os exames pendentes e o perfil da população atendida.

5.3 Avaliação dos CTA na perspectiva de suas aconseladoras

Para melhor compreensão dos temas abordados pelas aconseladoras nos grupos focais, cabem algumas explicações sobre o fluxo e rede de referência e contrarreferência e do organograma da Política de HIV/aids.

No Governo Federal, responsável pelo assunto, tem-se o Departamento de DST/aids e Hepatites Virais. No Governo Estadual, tem-se o DAS (Departamento de Ações em Saúde) que possui uma Seção de Controle das DSTs e aids. No município de Porto Alegre, tem-se a Secretaria Municipal de Saúde e, inserida nela, a Política Municipal de aids. Porto Alegre possui três Centros de Testagem e Aconselhamento, sendo dois estaduais e um municipal. São serviços abertos à comunidade e que realizam o aconselhamento e a testagem anti-HIV para todos que assim desejarem independente de local de moradia.

Caso o resultado do exame for positivo para HIV, o profissional que realiza o aconselhamento pós-teste já deve encaminhar o usuário para um serviço de referência com consulta médica agendada e pedidos de exames de contagem de células TCD4 e de carga viral para serem apresentados ao médico clínico no momento da consulta e, assim, agilizar o tratamento adequado.

Se o usuário for morador de Porto Alegre, deverá ser encaminhado para um dos dois Serviços de Atenção Especializada (SAE) municipais. Já se o usuário for proveniente de cidade do interior, será encaminhado para o Serviço de Atenção Especializada (SAE) de sua cidade. Caso sua cidade de moradia não conte com nenhum SAE, deve ser encaminhado aos serviços especializados estaduais (que funcionam de modo adjunto aos CTA estaduais). Adicionalmente, um dos SAE estaduais recebia também usuários moradores da região de Porto Alegre a qual o serviço pertencia.

A seguir, apresenta-se um índice demonstrativo da estrutura de categorias centrais de análise dos dados com suas subcategorias. Logo em seguida cada categoria será descrita em detalhes, ilustrando-as com relatos das próprias participantes e promovendo algumas discussões pontuais.

Índice de categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo

1. Entendendo a epidemia de HIV/aids no Rio Grande do Sul

1.1 Possíveis causas relacionadas aos números de HIV/aids no Estado do RS

- 1.1.1 Dificuldade de lidar com o HIV por profissionais da saúde
- 1.1.2 Dificuldade de adotar medidas preventivas pela população
- 1.1.3 Características peculiares da infecção, da vigilância e da atenção de saúde em HIV/aids no RS
- 1.1.4 Falta de Políticas Públicas consistentes e de investimento efetivo em prevenção

1.2 Soluções propostas para melhorar as taxas de incidência do HIV/aids no RS

- 1.2.1 Investimento em Prevenção
- 1.2.2 Investimento em Políticas Públicas
- 1.2.3 Programas conjuntos com Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS)
- 1.2.4 Investimento em Educação em Saúde e campanhas

1.3 Sucesso e comprometimento na prevenção da transmissão vertical

2. Conjugações entre gestão e processos de trabalho nos CTA¹

- 2.1 Desafios do matriciamento e do teste rápido na Atenção Básica
- 2.2 Crise do papel dos CTA no cenário atual e possibilidades para o futuro
- 2.3 Entraves da rede de encaminhamentos
- 2.4 Cenários político-administrativos e o trabalho nos CTA
- 2.5 Reconhecimento do trabalho nos CTA pela gestão

3. A relação com a equipe e com os usuários como promotores do trabalho no CTA

¹ Os Resultados e Discussão das Categorias 2. Conjugações entre gestão e processos de trabalho nos CTA e 3. A relação com a equipe e com os usuários como promotores do trabalho no CTA foram utilizados na elaboração do artigo científico, encontrado na parte final desta dissertação.

1. Entendendo a epidemia de HIV/aids no Rio Grande do Sul

As altas taxas de incidência de aids nas cidades do Estado do Rio Grande do Sul (RS), com a Capital Porto Alegre despontando em primeiro lugar em incidência no Brasil no último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2011b), foi a proposta de tema norteador para a discussão no segundo grupo focal com as aconseladoras do CTA. O tema gerou inúmeras questões entre as aconseladoras que buscaram refletir sobre a situação, trazendo suas opiniões sobre esses dados em termos de fatores agravantes ou causas e possíveis soluções com o objetivo de diminuir estes números. Ao fazerem isso, as aconseladoras também situavam aspectos de seu próprio processo de trabalho e pontuaram aspectos positivos relacionados a atenção às gestantes vivendo com HIV/aids e crianças expostas ao vírus. Assim, para a apresentação desses resultados, essa temática foi organizada nas seguintes categorias: 1) Possíveis causas relacionadas aos números de HIV/aids no Estado do RS; 2) Soluções propostas para melhorar as taxas de incidência do HIV/aids no RS; 3) Sucesso e comprometimento na prevenção da transmissão vertical.

1.1 Possíveis causas relacionadas aos números de HIV/aids no Estado do RS

As aconseladoras dos três CTA discutiram uma série de possíveis motivos por trás das altas taxas de infecção pelo HIV/aids no Estado do RS os quais contemplavam: 1.1.1) Dificuldades de lidar com o HIV/aids por profissionais da saúde; 1.1.2) Dificuldade de adotar medidas preventivas pela população; 1.1.3) Características peculiares da infecção, da vigilância e da atenção de saúde em HIV/aids no RS; 1.1.4) Falta de Políticas Públicas consistentes e de investimento efetivo em prevenção. A seguir cada uma dessas subcategorias será descrita em detalhes.

1.1.1 Dificuldade de lidar com o HIV/aids por profissionais da saúde

As aconseladoras dos três grupos aventaram a hipótese de que as pessoas na região Sul são mais reservadas em relação ao tema sexualidade do que em outras regiões do país. Esta situação faria com que os profissionais precisassem

“romper” esta barreira de constrangimento em abordar o tema em consultas, palestras, e ações na comunidade. Por exemplo, entre a classe médica, as aconselhadoras perceberam dificuldades de alguns profissionais em lidar com a infecção pelo HIV/aids e com o tema sexualidade. Segundo elas, ainda existiria constrangimento em solicitar o exame anti-HIV e também o temor de ter de fornecer um resultado positivo não apenas no contexto de atendimentos generalistas (atenção básica, por exemplo), mas também no âmbito de serviços especializados, como atendimentos em DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e Ginecologia. De modo geral, as aconselhadoras acreditavam que permanece a noção de grupos de risco e, alguns profissionais, solicitam o exame mais freqüentemente para homens homossexuais extrovertidos em seus comportamentos e vestimentas e para mulheres que referem vários parceiros e/ou profissionais do sexo. Para as mulheres casadas e homens heterossexuais, a testagem anti-HIV seria oferecida com menor freqüência. Para elas, a dificuldade em solicitar a testagem pode também ser responsável pela proporção de infecção homens/mulheres estar tão próxima, uma vez que, no pré-natal, quase todas as mulheres fazem o teste enquanto que apenas alguns homens, com comportamentos considerados de risco, costumam ser recomendados para o exame. Assim, a concepção dos grupos de risco estaria pautando de modo implícito, a rotina de solicitação de exames pelos profissionais de saúde. As aconselhadoras entendiam que essa conduta podia ser uma defesa em relação ao despreparo destes profissionais para lidar com a situação de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, em especial quando o resultado é positivo, o que pode fazer com que o profissional médico evite solicitar o exame, pois não saberia como agir nesse contexto, como fica claro nos trechos abaixo:

P4G1: Se tu vais para um atendimento médico, uma dor, te perguntam qual tua história pregressa e nunca vi oferecerem o teste de HIV. O profissional não pergunta da vida sexual nem das doenças que advêm desta exposição. E é superimportante.

P1G1: Será que é diferente nos outros estados? Ficamos aqui com ranço dos grupos de risco do início da epidemia. Mesmo aqui, um serviço especializado, os médicos que trabalham com DST e seria protocolo pedir exame de HIV, eles não pedem para todos os pacientes. Pedem para aqueles do grupo de risco, homossexual, prostituta. Se é mulher casada com DST, não pedem.

P3G1: Os VDRL vêm uma pilha aqui todos os dias de pedidos e HIV é pouco, de pedidos dos médicos. Os médicos não pedem o HIV por medo do resultado, se der um positivo eles não tem condições de fornecer este resultado.

P5G2: Deve-se oferecer o teste HIV para desmistificar. Quando o ginecologista fala sobre o teste de HIV? Só quando a mulher engravida e porque tá no protocolo.

P9G2: Os médicos de DST não pedem.

Com relação às dificuldades dos próprios CTA, uma das aconseladoras relatou ter realizado uma capacitação com profissionais de outros estados em que percebeu que alguns colegas de outras regiões do país pareciam estar mais próximos das populações em vulnerabilidade, executando mais ações que iam ao encontro dos usuários. Por exemplo, ela observou que outras equipes do país relatavam uma busca mais ativa dos usuários com vulnerabilidades específicas à infecção do que no Rio Grande do Sul, como a abordagem direta aos caminhoneiros e profissionais do sexo nos postos de gasolina nas rodovias. Como se pode ver no trecho da discussão de um dos grupos a seguir, era como se no Estado do RS, para falar de sexualidade, infecção pelo HIV/aids e uso da camisinha se precisasse estar protegido por um ambiente mais reservado e que oferecesse maior estrutura e tempo para o aconselhamento, como os CTA, o que dificultaria a realização de ações diretamente nos contextos de vida dos usuários.

P4G1: Eu senti uma diferença, nos outros estados fazem plantão nos postos de gasolina, é mais direto. Aqui trabalhamos mais dentro do Posto de saúde, nos outros estados vão onde necessita, no local, vão o encontro das meninas que fazem sexo com caminhoneiros. Vão atrás, isto no Mato Grosso. São mais diretas as aconseladoras lá. Buscam as profissionais do sexo “in loco”. Aqui é mais dentro do nosso local.

P2G1: Nossa cultura é diferente.

P1G1: Somos acusados pelo Ministério da Saúde pelo teste rápido, pois somos o Estado que menos faz teste rápido. Nos outros Estados faz mais, no carnaval, etc. E aqui isto nos arrepiou. Como fazem teste rápido no carnaval da Bahia? Na campanha “fique sabendo” é preconizado.

P2G1: Pois é, mas temos as tabelas que mostram que estamos mal. Quem sabe temos que rever nossas posturas. O teste rápido nas UBS (Unidades Básicas de

Saúde), como vai ser este aconselhamento? Achamos que nosso jeito é o melhor.

P1G1: Pode ser que aqui temos uma dificuldade maior de trabalhar a sexualidade nas escolas, na comunidade.

1.1.2 Dificuldade de adotar medidas preventivas pela população

As aconseladoras dos três CTA citaram dificuldades na adoção de medidas preventivas e protetivas pela população como uma das causas da alta incidência do vírus no RS. Assim, elas identificaram uma série de barreiras para incorporar o uso do preservativo no cotidiano de modo consistente entre os usuários que atendem no CTA, destacando o quanto a prevenção do HIV/aids e o autocuidado de saúde, de modo geral, permanece um campo complexo e desafiador:

P6G2: Meu raciocínio é: ‘Existe uma cultura de exposição’. As pessoas se expõem. Cultura arraigada que começa usando o preservativo e depois para. Nossa educação, uma cultura de não usar.

P5G2: É a cultura da fidelidade. Temos que ver outras doenças. O perfil dos doentes crônicos para outras patologias, como será que são? Nosso número em HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), diabetes. Não é só como adquire, mas como as pessoas se relacionam com sua saúde como um todo. Independente de ter HIV. Como será o problema de adesão em outras patologias?

Na visão das aconseladoras, as mulheres não exigiriam o uso do preservativo pelos parceiros por questões de dependência econômica e emocional, porque não querem ser consideradas promíscuas, ou porque querem fortalecer a proximidade, confiança, fidelidade e seriedade no relacionamento com o companheiro. Ainda sobre as mulheres, outra barreira identificada pelas profissionais foi a falta de preservativo feminino disponível para fornecimento nos CTA que, aliada a desresponsabilização e a baixa autoestima das mulheres dificultaria ainda mais a prevenção do HIV: *“Ah, quando a mulher diz que ele não usa, até onde vai esta negociação? Vai a culpa nele, é mais fácil dizer que ele não quer usar. A responsabilidade é dele. E só temos preservativo masculino aqui”* (P5G2). Ou nestes outros relatos: *“Tu tens que estar muito segura para usar preservativo. Segura de propor, pois o outro vai perguntar: ahh, mas tu estás doente/tu tens algum risco? E tu dizer: não, mas quero me cuidar. Tem que estar segura para dizer eu quero me*

cuidar. E se o outro não quer usar, o se cuidar poder estar acima desta relação. Parece simples o uso de preservativo, mas não é” (P2G1).P3G1: Tem outras situações que dificultam o uso do preservativo, como o medo de ficar só, da pessoa desconfiar de ti, da pessoa não achar que tu estás desconfiando dela... e, às vezes, tu precisas daquela pessoa, até para ter alimento, para te sustentar. Muitas mulheres dependem do companheiro para se sustentar. O companheiro é agressivo, mas continuam juntos, pois precisam.

Conforme a experiência das aconseladoras, os homens, por sua vez, não usariam porque consideram o preservativo desconfortável e porque confiam na fidelidade das parceiras fixas: *“Tem questão inconsciente do pensamento masculino e o uso do preservativo impede o macho de ser o reprodutor. O homem transa também para reproduzir e este ímpeto genético do homem que fez com a humanidade se perpetuasse, pois tem variação genética. É o macho alfa. Construção da sexualidade do ponto de vista do masculino, onde se observa a questão do homem se arriscar. E estas questões vão se confirmando no discurso” (P5G2). “Tem pessoas que não usam porque alegam ser desconfortável” (P4G1).*

De modo geral, em dois CTA as profissionais percebiam que a maioria dos casais deseja que seu relacionamento seja baseado na exclusividade sexual, havendo uma idealização do parceiro e a negação de sinais de infidelidade e de risco sexual enquanto permanecem naquela relação, como exemplifica o seguinte relato: *“A culpa é do amor romântico, da monogamia, e isto se reproduz com os casais homossexuais também. Acham que o outro só transa com ele. Problema do casamento monogâmico. Passou dez anos casado e depois vem aqui se testar: ‘Ah porque ele me traia’. Quando sai da relação, passa a ver os riscos que correu e se cuidar. Até se apaixonar de novo” (P9G2).* Segundo elas, muitos relacionamentos são pautados pela instabilidade, sendo que as noções de parceria fixa e a decisão pelo uso ou interrupção do preservativo refletem a forte transitoriedade das relações: *“O principal problema no uso do preservativo é com o parceiro fixo. Tem o parceiro um mês e já é fixo e não usa” (P5G2).*

Ainda, o moralismo e o machismo foram citados em dois grupos como barreiras a adoção de comportamentos de prevenção, sublinhando-se, novamente, a dificuldade da população gaúcha de tratar de assuntos relacionados a sexualidade. Outro aspecto apontado por dois serviços residia nas dificuldades específicas em

adotar medidas preventivas na população empobrecida, que estaria mais preocupada com questões básicas de sobrevivência (ou seja, alimentação, vestuário e condições de moradia), do que com uma possível contaminação que representaria um mal muito menos concreto. De igual maneira, entre pessoas de camadas pobres da população, um resultado positivo no exame anti-HIV tenderia a ser visto como algo que faz parte de seu cotidiano, como que naturalizado, pois o diagnóstico é comum entre outros parentes, conhecidos e vizinhos como se percebe no seguinte relato das aconseladoras:

P12G3: Aqui temos o preconceito, o povo gaúcho é machista, onipotente. O homem pensa: comigo não vai acontecer nada, meu organismo é forte, sou macho, superpoderoso, e não se cuida. E a mulher é submissa ao marido. Quem sabe aqui (no RS) estas questões culturais sejam mais fortes. Maior dificuldade dos homens aqui usarem camisinha e maior submissão da mulher, principalmente em níveis sócio econômicos mais baixos.

P8G2: E hoje tem banalização do HIV, principalmente nas classes mais baixas. Só vou ter mais isto. Ah, meu avô e avó morreram disso, minha mãe tem e agora eu.

P9G2: As pessoas têm outras necessidades que não é só a medicação. Fatores de risco, de morte, por outras coisas além do HIV. E o HIV não dói naquela hora.

P7G2: A pauperização da epidemia.

Por fim, outras questões foram mencionadas como dificultando a adoção de medidas protetivas pelas aconseladoras de um CTA como a baixa qualidade do preservativo masculino oferecido à população e o igualmente alto índice de uso de substâncias psicoativas no RS, as quais diminuem o juízo crítico e o autocuidado durante sua utilização:

P7G2: A qualidade do preservativo distribuído é ruim.

P5G2: E tem nossa tradição em uso de drogas. Que alavancou a transmissão sanguínea no início da epidemia.

P5G2: E agora vemos a questão do uso de drogas e álcool cada vez mais cedo, o crack como risco indireto, o frio, ficam mais em casa. Uma questão cultural do machismo.

P7G2: Vemos o uso do álcool, como interfere. Mostra que os gaúchos têm altos índices de HIV e não tem consciência sobre o uso do álcool. Embriagado, não usa preservativo. O quanto interfere na prevenção.

1.1.3 Características peculiares da infecção, da vigilância e da atenção de saúde em HIV/aids no RS

As aconseladoras dos três grupos focais citaram a alta prevalência do subtipo C do vírus HIV no Estado como uma possível causa para as altas taxas de HIV/aids no Rio Grande do Sul, uma vez que seria o subtipo mais contaminante. Outra questão levantada pelas profissionais em um grupo focal foi a de que, possivelmente, há uma maior notificação² dos casos, especialmente ao comparar RS com outros estados como a Bahia. Segundo essas aconseladoras, a incidência de aids também seria mais elevada na Bahia e em outros estados do Nordeste do país, mas a melhor estrutura dos serviços de saúde no RS resultaria em maior número de notificações. Como ilustra o trecho a seguir, as aconseladoras deste CTA apontaram o Estado de São Paulo como tendo uma intervenção positiva e efetiva do sistema de saúde, pois o Boletim Epidemiológico (2011b) mostrou que lá houve uma diminuição considerável dos casos de aids na última década.

P12G3: Pois é, São Paulo foi baixando a incidência desde 2002 e nós não. Bom, mas a Bahia não pode ter tão pouco caso assim, aí é problema de notificação. Acho que os números da Bahia são baixos, pois é muita diferença.

P12G3: E não podemos separar a questão da vulnerabilidade social e aids. Ou seja, será que na Bahia se protegem? Não se protegem de tantas outras maneiras. Fui lá agora e fiquei chocada com a pobreza, com o primitivismo.

P11G3: O nordeste todo, né?

P11G3: Nossa taxa de incidência em 37,6 casos por 100.000 e a Bahia 12, o Acre 9,5. Não se justifica. Nestes casos extremos deve ter um problema de notificação.

P12G3: Já São Paulo parece ser um reflexo de intervenção, pois já foi alto e baixou.

² A aids é uma doença de notificação compulsória, ou seja, quando o usuário do sistema de saúde preenche os critérios para o quadro de aids, o prof. de saúde que está acompanhando seu caso deve, obrigatoriamente, notificá-lo ao Ministério da Saúde. Conseqüentemente, os novos casos notificados são divulgados no Boletim Epidemiológico lançado semestralmente.

As aconselhadoras de dois CTA também citaram que o RS seria uma referência em termos de bons atendimentos na área da saúde em geral e que pessoas vivendo com HIV provenientes de estados vizinhos, como Santa Catarina, preferiam realizar seu tratamento aqui, o que elevaria nossas taxas de incidência como evidencia essa verbalização: *“Tem outra coisa, os soropositivos de outros estados escolhiam morar aqui, pois aqui o tratamento é melhor. Conheço pessoas de Santa Catarina que vem se consultar com os médicos de Porto Alegre, aqueles que conseguem pagar. Somos referência para tratamento de queimados, no Hospital de Pronto-Socorro. Em aids também somos referência. Nosso COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) foi referência no Brasil”* (P13G3). Processo análogo aconteceria, para as aconselhadoras, com a Capital do Estado. Para elas, Porto Alegre é referência de bom atendimento para as cidades do interior, fazendo com que usuários vivendo com HIV de outras cidades gaúchas sejam notificados e tratados pelos serviços de saúde da Capital: *“E eu acho que o interior tá sub-notificado e muito dos números da Capital são do interior, pois aqui temos o serviço. Porto Alegre recebe pessoas de outras cidades”* (P6G2). Percebeu-se que as aconselhadoras pareciam reiterar o próprio trabalho como sendo de alta qualidade, o que estaria por trás das altas notificações no RS. Por último, em um dos grupos focais se discutiu a hipótese de que uma maior vulnerabilidade genética da ascendência europeia no RS, oriunda da influência marcante da colonização principalmente açoriana, alemã e italiana, estivesse associada aos altos índices de infecção pelo HIV/aids: *“Aqui no Rio Grande do Sul tem a questão da prevalência do vírus C que é o mais prevalente no sul e é o mais contaminante. É um dado importante. Quem sabe também temos questões que nos escapam como a vulnerabilidade genética de algumas descendências raciais. Quem sabe descendentes de europeus mais vulneráveis”* (P11G3).

1.1.4 Falta de Políticas Públicas consistentes e de investimento efetivo em prevenção

As aconselhadoras de todos os CTA salientaram a descontinuidade de Políticas Públicas consistentes e de investimentos em prevenção como um dos fatores relacionados às altas taxas de incidência de aids no Estado. Mudanças

políticas e administrativas no Estado e na Capital, na última década, acarretaram a descontinuidade de programas e iniciativas de prevenção. Algumas profissionais acreditavam não ser possível encobrir a realidade dos óbitos por aids sob o argumento de que existe maior notificação no RS, localizando na falta de iniciativas do poder público a principal causa para os números alarmantes da doença no Estado.

P11G3: São Paulo está mais na mídia, mais campanha, serviços... Anos atrás estava melhor por aqui...

P3G1: É falta de investimento dos governos federal, estadual e municipal. É a prática da política que piora a situação. No caso do HIV, deveriam ter mantido e manter o que estava/está indo bem, mas chegam e desmancham tudo, se troca o governo para começar tudo de novo.

P2G1: E isto termina com aquele discurso que: Ah, aqui notificamos mais, tá mais organizado, por isso os números são maiores. Não, com os óbitos não tem este argumento. Não estamos dando conta.

P5G2: Por que os números estão tão gritantes? Porque nos RS tem falta de política de prevenção.

O CTA municipal, por exemplo, sofreu com o enfraquecimento do serviço pela desvalorização do trabalho das aconselhadoras e pela falta de Recursos Humanos, pois funcionários foram realocados e não foram substituídos. Ao comentar todos esses aspectos, ficou evidente um tom de desânimo e até de certa desesperança por parte das aconselhadoras frente ao poder público, e ao enfrentamento da epidemia, como se pode ver nesses trechos:

P3G1: Fico com vergonha de ver que estamos tão mal, destruindo o ser humano por uma peste que tem prevenção.

P4G1: A epidemia anda de carro de corrida e nós de carroça.

P13G3: Diziam-nos que nosso trabalho qualquer um pode fazer, de fazer um teste e dar um resultado. A X. [aconselhadora] foi mandada para outro grupo. Achavam que tinha psicóloga demais aqui. Não tinha uma política que valorizava, conhecia o trabalho. O trabalho foi desmobilizado [com a troca de administração] e todo o resto. Sem ter questão mais ampla - como campanhas, propagandas, sem ter mais nada, e as pessoas não chegavam mais ao serviço como antes.

P6G2: Nos frustra, pois a população quer um espaço para dividir, e se informar sobre suas dúvidas, mas não existe investimento para fazer a prevenção. Apagamos incêndio: o que é a onda agora? Dar antirretroviral para todo mundo. Fazer o diagnóstico e tratamento. E prevenção? As pessoas são seletivas no uso de preservativos. A falta de investimento atrapalha muito esta coisa. É triste quando tu vêes um diagnóstico que seria facilmente evitável.

Ainda, a elaboração de campanhas e atividades na mídia, por parte dos governos, nas três esferas, estariam muito limitadas conforme as trabalhadoras. Essas insuficiências poderiam estar fazendo com que o trabalho do CTA ficasse mais restrito na realização de diagnósticos ao invés de atuar também prevenindo novas infecções:

P13G3: O nosso furo é as pessoas não chegarem ao serviço, os serviços devem estar preparados. Este tempo todo que ficamos sem uma Política de aids foi sério, pois as pessoas adoeceram e morreram. Falta de campanhas. Hoje em dia quando falo que trabalho com isto as pessoas me dizem: que interessante, né? Há uns anos atrás tinha tanta gente com HIV, agora parece que não existe mais. As campanhas diminuíram.

P13G3: Ontem o pessoal do laboratório queria material, cartazes, e não tem. Só temos do rapaz de costas dizendo: 'Não trate o HIV desta forma'.

P2G1: Estava estudando estratégias de saúde, o movimento das vacinas, que tem estratégias pontuais e curativas. Reclamamos que ações só curativas não são o caminho. Estudamos o Canadá, e teve um ministro da saúde lá que descobriu que tava gastando 70% em cura, 30% no resto e em prevenção, promoção da saúde era 2%, e não era efetivo. Ele passou a investir em centros e profissionais para trabalhar hábitos de saúde da população e reduziu os gastos com assistência. Iniciamos no Brasil com este trabalho de prevenção, contra os tabus, preconceitos e agora estamos retrocedendo, para um diagnóstico de massa.

Em um dos grupos comentou-se a falta de políticas nacionais de saúde e prevenção do HIV/aids voltadas especificamente para os homens que são muito menos presentes nos serviços de saúde: *“As campanhas estão direcionadas para as mulheres, para a maternidade, pois elas freqüentam mais as unidades de saúde.*

Mas os homens ainda são maioria nos contaminados. Eu acho que as campanhas tinham que estar centradas mais nos homens, pois me parece uma maior resistência neles também em usar o preservativo. O problema são os homens. Os homens que geram violência, que agredem os travestis, que estupram. Eles que não vêm aos serviços de saúde, que não querem usar preservativos, que tem mais parceiras sexuais” (P9G2).

1.2 Soluções propostas para melhorar as taxas de incidência do HIV/aids no RS

Para as aconseladoras dos três CTA existiriam soluções possíveis e concretas para reverter o quadro da alta incidência de infecção pelo HIV/aids no Estado do RS. Essas soluções incluíam a ampliação de estratégias de prevenção realizadas pelo CTA, a capacitação e o trabalho conjunto com a rede básica de atenção em saúde, o maior investimento em políticas públicas comprometidas com o aumento dos recursos humanos e na realização de campanhas e ações educativas atuantes em diversos setores da sociedade. As próximas subcategorias detalham as reflexões das aconseladoras sobre as possibilidades de enfrentamento da epidemia com relação ao: 1.2.1) Investimento em Prevenção; 1.2.2) Investimento em Políticas Públicas; 1.2.3) Programas conjunto com ESF e UBS; 1.2.4) e Investimento em Educação em Saúde e campanhas.

1.2.1 Investimento em Prevenção

As trabalhadoras foram unânimes em referir a necessidade de investimentos maciços em ações de prevenção e aconselhamento com aconselhores devidamente capacitados para a função. Sobre isso, as participantes do presente estudo enfatizaram que o aconselhamento bem feito é uma importante ferramenta de prevenção, independente do resultado do exame do usuário. Assim, se o resultado for negativo, o aconselhador deveria trabalhar com a avaliação dos riscos e auxiliar a pessoa a pensar estratégias para não se infectar pelo HIV. Já se o resultado for positivo, o aconselhador deveria trabalhar junto com o usuário para que este tenha um tratamento e acompanhamento efetivos, fortalecendo a necessidade do uso do preservativo e de outras atitudes de autocuidado com sua saúde.

Conforme as aconselhadoras deveria haver um maior número de CTA na Capital e no Estado do RS, inclusive CTA volantes, para dar conta deste trabalho, além de aconselhadores capacitados para a função em todas as UBS, visando a ampliar as ações de prevenção em todos os níveis da atenção: *“É também a questão do CTA volante para poder ir aos locais. Trabalho não falta. Falta gente. Esta equipe desde 1994 perdeu uma aconselhadora e dois funcionários e não recebeu ninguém”* (P12G3). As participantes citaram ainda a necessidade de um maior número de profissionais capacitados para o aconselhamento para viabilizar também ações preventivas e informativas *“extramuros”* como em escolas, por exemplo: *“Devemos disponibilizar serviços de qualidade à população em HIV. Na prevenção pode ser uma questão geral de saúde pública. Quanto mais pessoas envolvidas melhor. Tínhamos os extramuros, de demanda livre, as escolas faziam contato e íamos. Só que para fazer isto precisa de gente. Como a nossa equipe pequena vai trabalhar em toda Porto Alegre?”* (P13G3).

As aconselhadoras ponderaram que o custo do investimento em prevenção seria muito mais barato do que o custo do tratamento, mesmo se fosse contabilizado somente o custo dos ARVs como evidencia o seguinte relato: *“Prevenir é mais barato, o tratamento é dez vezes mais caro. Ironicamente, já me perguntaram por que testar? Respondi: diagnóstico tardio, mais custos, ficam doentes, morte”* (P4G1). Ao analisarem os dados do último Boletim Epidemiológico (2011b), as participantes de todos os CTA também observaram que o Estado de São Paulo conseguiu diminuir significativamente suas taxas de incidência e atribuíram isto ao investimento maciço deste Estado em prevenção. Quanto a isso, sugeriram que os gestores do RS fizessem uma parceria com SP, em que fosse possível conhecer a experiência desse Estado para traçar soluções semelhantes no RS.

Em um dos grupos, as aconselhadoras destacaram que auxiliaria muito na efetividade das ações preventivas se o preservativo masculino, disponibilizado gratuitamente para os usuários, fosse de melhor qualidade, pois possibilitaria uma melhor aceitabilidade da população: *“Investir em campanhas do uso do preservativo, mas explicando porque usar, da onde o vírus vem, por onde ele entra, melhorar a qualidade dos preservativos. Trabalhamos com o tipo mais ‘xulo’ [grosseiro] para distribuir. Tem aqueles mais fininhos”* (P7G2). Também referiram a possibilidade de adesão da população ao uso de géis lubrificantes como forma de proteção à contaminação, insumos atualmente em estudo; *“Podemos testar nossa hipótese*

quando forem para o mercado os géis que protegem da infecção pelo HIV. Uns vão proteger para gravidez, e outros vão reduzir riscos de infecção e vão preservar o espermatozóide. Tem mais de 15 sendo estudados. Aí vamos ter uma idéia do que esta barreira mecânica representa na construção da sexualidade. O gel tá mais dentro da agenda erótica. O preservativo não entra no repertorio do sexo bom, proibido, sensual, transgressor. Foi muito medicalizado” (P5G2). Finalmente, para driblar a dificuldade da adesão ao preservativo pelos homens, as aconselhadoras deste CTA referiram o uso de uma estratégia específica. Elas costumam orientar as mulheres a solicitar o uso evitar uma gravidez alegando “fertilidade” elevada na sua família: “Eu oriento as mulheres que atendo: ‘Usa pílula para não engravidar e dá a desculpa de ter que usar o preservativo na relação porque tu és muito fértil, porque tua família é muito fértil’. Para que o parceiro use a camisinha” (P9G2).

1.2.2 Investimento em Políticas Públicas

As aconselhadoras de todos os CTA referiram a necessidade de elaborar Políticas Públicas de Saúde mais consistentes, com perspectivas de continuidade e compromissos em longo prazo. Ainda, ficou patente a necessidade de todos os CTA e SAE contarem com mais Recursos Humanos, seja de médicos, aconselhadores e/ou de suporte administrativo para melhorar a qualidade do atendimento, com o número de consultas médicas necessário, e alavancar ações preventivas mais amplas que articulem outros níveis de atenção e de atuação intersetorial. As participantes apontaram que alguns técnicos foram remanejados, realocados ou se aposentaram sem que tenham sido contratados novos servidores, gerando sobrecarga para os demais, como fica claro no trecho abaixo: “A solução é: ‘Estamos com números altos de contaminação, então precisamos colocar gente para trabalhar nisto’. É muito significativo que é a mesma equipe de 20 anos atrás, e só diminuiu a equipe. RH [Recursos Humanos] e vontade política para ter concurso, abrir áreas de trabalho, crias as vagas, os serviços na área de HIV. O gestor, no início do movimento, criou o COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico). É um processo, uma vontade, uma vontade política. Agora querem que os profissionais restantes, poucos, dêem conta de todas as tarefas” (P12G3).

Segundo as aconselhadoras, o maior investimento em políticas públicas também deveria abarcar a necessidade de capacitação dos médicos para trabalhar

com as questões relativas à sexualidade e ao HIV, desmistificando a solicitação do exame anti-HIV e para que preencham os formulários de notificação de forma mais detalhada. Em particular, em um dos grupos foi lembrado o fato de que 40% das contaminações pelo HIV entre homens na cidade de Porto Alegre são notificadas com a categoria de exposição ignorada. Pode-se pensar que a supressão de dados como esses nos formulários de notificação dificulta o planejamento de ações em saúde calcadas na realidade local da epidemia. Além dessas questões, no grupo focal de um dos CTA sugeriu-se que fosse realizada uma ampla discussão com vários segmentos da sociedade, abrangendo temas de saúde sexual e reprodutiva para definir metas e ações de modo mais participativo: *“Uma política de Estado que passasse os governos e tivesse compromissos em longo prazo, fosse algo construído pela sociedade, numa grande discussão, a saúde sexual e reprodutiva como um todo. As DST. Questões anteriores até ao HIV. Uma consulta de ginecologia com qualidade. Uma construção de uma política que trabalhasse com vários setores e de longo prazo. Espaço na mídia”* (P5G2). Na fala das profissionais de outro CTA entendia-se que a realização de pesquisas que estratificassem os dados de infecção pelo HIV/aids possibilitaria verificar quem eram as populações mais vulneráveis e propor ações específicas para este público.

1.2.3 Programas conjuntos com Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS)

As aconseladoras de todos os CTA frisaram a importância de trabalhar as questões relacionadas ao HIV/aids nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que os profissionais sejam devidamente capacitados para tanto. Em especial, uma das aconseladoras pontuou que os temas Sexualidade, HIV, DSTs e Testagem poderiam ser abordados nos grupos já existentes nas UBS, como aqueles voltados para os idosos, gestantes, adolescentes e hipertensos, por exemplo. Outra aconseladora sugeriu inserir o tema HIV/aids no trabalho da ESF. Os agentes comunitários de saúde poderiam ser capacitados em um *“pacotão”*, contemplando várias situações de vulnerabilidade como HIV/aids, drogadição, alcoolismo e violência doméstica. Nesta perspectiva, os agentes de saúde não fariam o aconselhamento para a testagem anti-HIV nas visitas domiciliares, por exemplo, mas

saberiam conversar sobre o assunto e encaminhar sua população de referência para os locais de testagem:

P2G1: Não é o agente de saúde que precisa fazer ele o teste. A idéia do teste é que seja feito num CTA, UBS, agora o agente pode escutar a pessoa e encaminhar para cá. A pessoa precisa ser sensibilizada, acessar a pessoa no local dela e vai onde faz o teste. E não o contrário, com um kit no bolso sair testando todo mundo.

P1G1: Tirar a questão de necessitar de serviço especializado, precisa ser gente e ouvir gente para fazer o teste e aconselhar. E não é todo mundo que está disposto. E nas UBS as pessoas já vêm. E os grupos nas UBS, os grupos de idosos trabalham a questão do HIV, sexualidade? Não, mas deveriam. No grupo de gestantes, de adolescentes, falar sobre o assunto e sugerir, vamos fazer o teste? Aquilo deve fazer sentido para as pessoas.

1.2.4 Investimento em Educação em Saúde e campanhas

Em todos os CTA foi discutido o tema da educação em HIV/aids, em diferentes níveis, seja nas escolas, nos serviços de saúde ou em campanhas específicas durante o Carnaval, por exemplo, e também na mídia em geral. Em particular, as profissionais destacaram a importância do investimento e do engajamento do Estado, dos Municípios e das comunidades em campanhas, como a campanha de prevenção de HIV no Carnaval, no Dia dos Namorados, no Dia Mundial de Combate a aids, dentre outras: *“Campanhas do carnaval, do dia dos namorados, do dia mundial de combate à aids, propagandas. Mas eu acho que precisamos mais pessoal envolvido. E o gasto, sai caro. A idéia de termos profissionais capacitados nos PSF. Pessoas que pudessem só fazer isto. Se o PSF tem pessoas para investir na aids pode contemplar a prevenção”* (P13G3). Foi salientada também a necessidade de aproveitar mais alguns espaços na mídia para informar e trabalhar em prevenção com a população. O efeito desse tipo de inserção na mídia foi lembrado por um dos grupos (G1) em função de que, após a veiculação da matéria do Dr. Dráuzio Varela sobre HIV no programa Fantástico da Rede Globo, várias pessoas procuraram os CTA para se testarem.

Além desses aspectos, as aconselhadoras de dois CTA sugeriram que os gestores deveriam implantar um Programa de Educação em Saúde nas escolas,

abarcando assuntos como higiene e cuidados pessoais, sobre o corpo humano, a sexualidade, as DSTs e HIV/aids. Tal programa deveria ser desenvolvido em todas as escolas e para todos os alunos, desde o ensino fundamental até o ensino médio. Elas salientaram que educando e informando os alunos, se poderia atingir também os pais e a comunidade. As estratégias aventadas incluíram a confecção e distribuição de uma Cartilha sobre Saúde, a ser impressa e distribuída aos alunos e professores, que serviria de base para encontros de um Programa de Educação em Saúde. Como se percebe nos exemplos abaixo, na perspectiva das aconseladoras, a escola é um local privilegiado para formar hábitos de vida mais saudáveis nas crianças e este trabalho deveria ser conduzido por profissionais capacitados, descentralizando o trabalho dos CTA.

P3G1: E as adolescentes grávidas fazendo aborto com 13 anos. O que falta é educação, de aprender a cuidar de si, não só os dentes, o cabelo, cuidar a o sexo, a vulva, faz parte. A menina aprende a se cuidar do cabelo e não cuida da parte ginecológica. Também faz parte.

P12G3: O trabalho nas escolas, em todas as escolas seria muito bom. E atinge as crianças e os pais juntos. Passar por todas as escolas de Porto Alegre. E que este trabalho tenha continuidade. Ou seja, precisa do profissional qualificado na ponta.

A necessidade da Educação na Saúde também foi referenciada em todos os CTA, pois entendia-se que os profissionais do SUS lidam com o HIV/aids e precisam estar constantemente atualizados e confortáveis para conversar sobre o assunto com os usuários. A Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) já pensa esta necessidade e podemos observar esta preocupação das aconseladoras nas falas a seguir:

P4G1: Quem sabe trabalhar com o conceito de educação continuada com os profissionais de saúde. Ter capacitações mais freqüentes, desmanchar a noção grupos de risco. Poder capacitar mais pessoas para serem aconselhores nos postos, se disporem a conversar.

P6G2: Coordenei a UBS, tem que trabalhar o trabalhador em saúde, fizemos um acolhimento. Tu vens da faculdade com especialização na cabeça. Tem que ter acolhimento, escuta diferenciada para as pessoas. Aqui se trabalha com a formação de generalistas.

1.3 Sucesso e comprometimento na prevenção da transmissão vertical

Em todos os CTA, as aconseladoras referiram ter conhecimento do bom trabalho de prevenção da transmissão vertical em Porto Alegre e no RS, com atendimento qualificado à gestante, teste rápido na maternidade e uso de medicação profilático durante a gravidez, parto e puerpério. Sobre os dados epidemiológicos, foi pontuado que os dados fornecidos pela tabela do Boletim Epidemiológico são referentes a casos de aids em crianças menores de cinco anos. Portanto, tais dados poderiam estar se referindo a contaminações mais antigas e não a situação atual do Estado do RS. Desse modo, elas acreditavam que, atualmente, as taxas de transmissão vertical estivessem ainda menores o que refletia também seu esforço nesse processo, como uma participante enfatizou: *“Acho que atualmente nossos casos de transmissão vertical não estão tão mal. Porque estes dados da tabela são de crianças menores de 05 anos, então estamos pegando casos ainda antigos, passados. Os testes rápidos na maternidade colocaram a transmissão vertical lá em baixo. Nossa ação junto à gestante e a profilaxia têm feito cair a taxa de transmissão vertical”* (P2G1). As aconseladoras percebiam um maior comprometimento dos serviços em atender bem as gestantes, pois a possibilidade de ter um bebê contaminado tende a sensibilizar e mobilizar toda a rede para evitar esta situação e tentar proteger a criança inocente e indefesa, diferentemente do que tende a ocorrer em outros casos: *“Estamos abordando bem gestantes e protegendo bem uma criança. Ficamos em cima, porque tem uma criança inocente e o serviço se articula. Eu faço o raciocínio que não é a mesma atenção quando é um homossexual, um travesti e entra o preconceito, as crenças individuais. Motiva mais trabalhar para que uma criança na barriga não pegue HIV”* (P1G1).

2. Conjugações entre gestão e processos de trabalho nos CTA

As aconseladoras dos três CTA destacaram espontaneamente, durante as discussões dos grupos focais, diversos aspectos que associavam a gestão dos serviços de saúde no Estado e das políticas públicas locais e nacionais aos processos de trabalho nos CTA. Esses aspectos referiram-se, principalmente, ao redirecionamento das ações de testagem anti-HIV em nível nacional, as mudanças

no cenário político-administrativo estadual e municipal, as dificuldades de realizar a referência e a contrarreferência na rede de saúde e o sentimento de incerteza quanto ao futuro do trabalho realizado nos CTA. Ao debater essas questões, os relatos de um dos CTA assumiram conotações mais negativas com manifestações de desconfiança, descrédito, insatisfação e desesperança, além de ensejar que as relações entre o âmbito da gestão e os seus processos de trabalho era conflituosa e sentida como essencialmente verticalizada, mesmo que partilhassem as mesmas preocupações e idéias com as esferas hierarquicamente superiores. Nos outros dois serviços, apesar das dificuldades, os profissionais sentiam que suas opiniões eram mais consideradas durante os processos de mudanças, pois participavam de reuniões com os gestores. De qualquer modo, as trabalhadoras de todos os CTA pareciam compartilhar uma sensação de falta de controle quanto a alguns aspectos do seu trabalho. Por outro lado, evidenciou-se ainda que as aconseladoras buscaram, em diversos momentos, reafirmar a importância do próprio trabalho e pontuar as potencialidades do CTA no cenário atual. Para maior clareza, a presente categoria foi subdividida em cinco subcategorias que serão especificadas a seguir: *Desafios do matriciamento e do teste rápido na Atenção Básica; Crise do papel dos CTA no cenário atual e possibilidades para o futuro; Entraves da rede de encaminhamentos; Cenários político-administrativos e o trabalho nos CTA; Reconhecimento do trabalho nos CTA pela gestão.*

2.1 Desafios do matriciamento e do teste rápido na Atenção Básica

Conforme o relato dos aconselhores durante os grupos, os CTA de Porto Alegre estão vivenciando o processo de descentralização da testagem anti-HIV que passaria a ser ofertado nas UBS, por meio de um processo de matriciamento e capacitação dos trabalhadores da rede básica. A ampliação do diagnóstico de HIV/aids para a rede básica está sendo proposta nacionalmente em virtude do aumento do número de casos da doença na população e a necessidade de diagnósticos mais precoces para melhor cuidado e hígidez dos usuários. Esta ampliação do diagnóstico para a rede básica é uma das metas do Departamento de DST/aids e hepatites virais desde o Plano Estratégico de 2005 (BRASIL, 2005).

Tendo em vista o avanço da epidemia de HIV/aids, as participantes dos três CTA concordaram que a testagem também deve ser oferecida nas UBS e que os

pacientes em boas condições de saúde, se assim desejarem, sejam acompanhados por estes serviços. Todavia, as aconselhadoras fizeram várias ponderações sobre a efetivação do processo de matriciamento. Em primeiro lugar, elas avaliaram que nem todos os profissionais teriam o perfil de aconselhador e que seria importante cada UBS identificar pelo menos dois profissionais que tenham tais características e que desejem desempenhar esta atividade. Em segundo lugar, argumentaram que as UBS já teriam muito trabalho e que se deveria ter um cuidado especial para que a testagem anti-HIV e o aconselhamento necessário não tenha um efeito de sobrecarregar estas equipes e/ou que seja tomada de modo mecânico como mais uma tarefa a ser cumprida: *“Para ser aconselhador tem que ter perfil e não pode ter sobrecarga de trabalho como em algumas UBS. Eles não vão dar conta. É mais uma demanda”* (P12G3). Em alguns relatos, a incorporação da testagem anti-HIV parece ser uma imposição aos profissionais da rede básica, que deverão atender em 20 minutos, ou seja, numa perspectiva mais de transmitir informações do que de aconselhamento com o usuário: *“Eu escutei: ‘O aconselhamento na rede básica é para ser rapidinho, 20 minutos’. Não pode ser assim. E se tu pegas uma gestante adolescente, que já tá assoberbada com gestação e vem HIV+? Aqui se resgata a rede, entrega em mão para o médico, a enfermeira. Se trabalha o parceiro. Como a UBS vai dar conta disso? Já ficamos uma tarde com um paciente. (...) A preocupação é ter quantidade, mas o importante é qualidade. Se tu dá 20 resultados positivos, e o que tu faz com isto? (...) Precisa sim de um fortalecimento da atenção básica”* (P10G3). No geral, a impressão das aconselhadoras era de que a rede básica de saúde não tinha condições logísticas e de capacitação para absorver a realização da testagem anti-HIV e o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids: *“Por mais que matricie, não terá na UBS a qualidade do atendimento que temos aqui. Ajudamos a pessoa a ter perspectiva, a ter mudança de comportamento. (...) Fico ofendida quando uma profissional como eu é referência para matriciamento, para ensinar o aconselhamento, mas para fazer uma intervenção em 20 minutos, tendo só este tempo para dar um resultado que pode mudar a vida do paciente”* (P11G3).

As aconselhadoras também salientaram que a aids tem suas especificidades e que a adesão ao tratamento, com a tomada crônica da medicação, não é algo fácil de ser trabalhado com o usuário como se percebe no relato a seguir: *“Manter a medicação pelo resto da vida não é fácil de manter. Ter um serviço de saúde que*

tenha um suporte para estas questões é fundamental. Será que a rede básica vai ter qualificação para isto, pernas para isto? Não basta só dar um resultado positivo. Só gera uma angústia e não faz nada? E como o resultado é fornecido, isto influencia na adesão ao tratamento. Tem que ter um bom aconselhamento para aderir ao tratamento. O diagnóstico precoce também é para não contaminar outros e não adoecer” (P13G3).

Foi destacado entre as aconselhadoras, que os CTA e os SAE deveriam continuar ofertando seus serviços, formando uma retaguarda para casos mais complexos, para servirem como o apoio matricial à rede e para atender os pacientes que preferirem seu acompanhamento no local por questões de sigilo, por exemplo: *“Outra questão importante no HIV é o sigilo. As pessoas não querem que na sua comunidade saibam que ela tem HIV. Acompanhando o PSF, vimos um caso. Tinha um paciente e o agente comunitário sabia que ele tinha HIV e encaminhou para cá. Ai, fomos ver ela já tinha prontuário há horas. E ela não queria que no seu postinho soubessem” (P8G2).* Por fim, um dos serviços pontuou o papel dos gestores, de exigir resultados pautados unicamente na lógica da quantidade e da produtividade em detrimento da lógica da qualidade do atendimento buscado pela equipe de CTA: *“O gestor não responde pela demanda de mais profissionais: ‘Ah, Porto Alegre tem o maior número de casos, então vamos diagnosticar todo mundo’. E aí vão fazer o que com esta gente?” (P12G3).*

As preocupações das aconselhadoras do presente estudo quanto à possibilidade de realizar o aconselhamento com qualidade nas UBS também foram abordadas no trabalho de Silva (2011) por profissionais de saúde da rede básica de São Paulo que relataram falta de tempo para uma escuta de qualidade em função da exigência de grande número de atendimentos (em torno de 15 pacientes ao dia). Entende-se que esta demanda provém da escassez de recursos humanos, dentre outros aspectos, o que desconfigura o projeto de atenção e impõe um quantitativo excessivo de atendimentos levando a precarização da atenção em saúde. O processo diagnóstico de HIV deveria colocar o profissional de saúde na posição de escuta, apoio, reflexão e encontro com a pessoa à sua frente. Porém, ao investigar a realização da testagem anti-HIV na rede básica, Silva (2011) percebeu dificuldades em lidar com questões subjetivas, de intimidade, de sexualidade, de uso de drogas, conjugalidade pelos profissionais. Assim, o foco no aconselhamento tende a enfatizar os parâmetros biológicos, como sintomas físicos, e a solicitação de exame por

queixas somáticas, fragmentando a abordagem na sua dimensão subjetiva, preventiva e distanciando-se do sofrimento psíquico e social.

O apoio matricial em saúde, que está sendo recomendado nacionalmente para o atendimento em HIV, é definido como uma retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Nessa perspectiva, o apoio matricial oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, sendo que os apoiadores devem possuir conhecimento e perfil para agregar recursos e para contribuir em intervenções mais resolutivas frente as questões de saúde identificadas pelas equipes de referência. De acordo com Campos e Domitti (2007), o apoio na perspectiva de matriciamento teria como um de seus objetivos promover encontros, discussões e desacomodações entre os profissionais de referência, possibilitando a composição de projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo. Diante disso, as preocupações das aconseladoras com a qualidade do aconselhamento na rede básica são pertinentes e que o apoio matricial tem, de fato, o papel de problematizar essas questões, tanto nos aspectos técnicos quanto subjetivos do tema aconselhamento. Entende-se ser necessário um espaço que amplie o diálogo entre a equipe de aconselhores dos CTA envolvidos no matriciamento, os trabalhadores das UBS e os gestores. Tal espaço propiciaria a discussão conjunta de soluções para que o aconselhamento se dê de modo mais efetivo nas UBS e menos sofrido para profissionais e usuários, respeitando a qualidade dos atendimentos, ou seja, o tempo de escuta, o cuidado com o usuário e com suas escolhas de vida.

Os relatos das aconseladoras da presente pesquisa também revelaram uma grande preocupação quanto ao perfil do profissional de saúde que terá a função de aconselhador nas UBS. Os requisitos técnicos para assumir esta função estão definidos pelo Ministério da Saúde e são seguidos pelos CTA do país. Esse profissional deve ter curso superior ou técnico e estar devidamente capacitado para a realização da atividade por meio de formação específica e adequada (BRASIL, 2010; MONDINI; ESCOBAR, 2008; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009). Contudo, as preocupações das aconseladoras iam além dos atributos técnicos de formação e envolviam a viabilidade de uma escuta adequada e livre de preconceitos dos usuários. Assim, pensa-se que os profissionais de saúde que ofereçam o aconselhamento devem estar dispostos a esse um encontro com o outro

desprovido de preconceitos e estigmas, estando preparados para lidarem com desenvoltura com diferentes interfaces da sexualidade, da conjugalidade e do uso de drogas, dentre outras questões.

2.2 Crise do papel dos CTA no cenário atual e possibilidades para o futuro

No presente estudo, as aconselhadoras de todos os CTA referiram viver uma crise quanto ao seu papel como serviços de porta de entrada no sistema de saúde que realizam diagnóstico, aconselhamento, prevenção e encaminhamento ao tratamento, principalmente para HIV e sífilis. Uma das causas dessa crise, segundo elas, seria o processo de descentralização da testagem que passaria a ser ofertado nas UBS. Neste contexto, as aconselhadoras tentavam reafirmar a missão dos CTA, enquanto serviços que promovem a prevenção, o diagnóstico e o aconselhamento de boa qualidade, preocupando-se com o atendimento integral do usuário. Ao longo dos grupos focais ficou patente a preocupação das profissionais quanto ao rumo que a descentralização e o matriciamento poderiam tomar na prática. Além disso, foi destacado o fato de que apenas o diagnóstico não era suficiente e que os CTA poderiam reforçar sua atuação em prevenção e aconselhamento. Era como se a articulação com outros níveis de atenção e o deslocamento do processo de trabalho para um funcionamento como equipe especializada de apoio matricial fosse visto, ora como uma ameaça à vocação dos CTA, ora como uma desacomodação frente ao novo papel do CTA. De fato, espera-se que os CTA continuem exercendo este papel de apoio matricial, na capacitação e assistência a casos mais complexos. Porém, as profissionais mencionaram não estarem tendo retorno dos gestores e da Política Nacional sobre seu futuro, o que criava angústia e incerteza como se vê nos relatos: *“Em todos os CTA o seu papel está em crise. A epidemia mudou e o papel do CTA também mudou. Precisa ainda do CTA? Eu acho que sim, como uma retaguarda”* (P1G1); *“Somos um serviço dentro do programa do Ministério da Saúde e não temos notícias há um ano e meio sobre CTA”* (P8G2); *“E o futuro do CTA? Olha, depende, pode chegar alguém e dizer: ‘Desinfeta o CTA não precisa mais. Vai acabar.’ Ficamos a mercê. Já teve outras estruturas boas que acabaram”* (P5G2).

Outra dificuldade referida pelos CTA estaduais era o “fantasma” da municipalização. Isto acontecia porque os CTA são um serviço que atende diretamente o usuário, executando ações e serviços de saúde, o que é preconizado

como função do município pela Lei 8080/90 do SUS. A função do Estado está vinculada a coordenação de ações e serviços, e execução somente em caráter complementar. Então, cada vez que muda o cenário político estadual, a possibilidade de municipalização dos CTA retorna, trazendo preocupação e desgaste entre as equipes. Em particular, as profissionais de um dos CTA estaduais manifestavam intensa preocupação com o destino dos milhares de usuários cadastrados e em acompanhamento no serviço que é caracterizado por ter portas abertas para o aconselhamento e a testagem anti-HIV, além de oferecer atendimentos clínicos diariamente de dermatologia e em DST. Elas perguntavam-se para onde eles seriam transferidos e se haveria agenda disponível para absorver a todos em outro local. As negociações envolvendo Estado e Município terminaram pela não municipalização, na gestão 2011-2014, e as aconselhadoras perceberam que foram ouvidas pelos gestores: *“Houve negociação forte no fim do ano passado. Aí decidiram entre os gestores que não municipalizaria mais, no momento. O Estado está fazendo contratação emergencial para suprir esta falta de profissionais. [...] E depois vão fazer concurso público para viabilizar a continuidade do atendimento destes pacientes”* (P5G2). Todavia, permaneceu um mal estar entre os funcionários de nível superior e de nível médio, pois os últimos eram favoráveis à municipalização dos serviços em função da vantagem financeira.

Mesmo que o CTA municipal não passasse pela mesma instabilidade quanto à manutenção ou extinção de seus serviços, as suas aconselhadoras também relataram a necessidade de melhor esclarecimento quanto ao seu papel e suas funções dentro da rede de serviços de saúde. Desse modo, foi uma unanimidade que a reestruturação da rede do SUS como um todo e dos serviços especializados em HIV/aids estivesse causando forte questionamento quanto ao novo lugar e função dos CTA nesse cenário, após 30 anos da epidemia no país e somadas as periódicas mudanças político-administrativas. Contudo, essa demanda por reestruturação era basicamente imposta por gestores, externos aos serviços, e sentida como uma ameaça frente a qual buscavam reagir reafirmando a qualificação de seu trabalho na acolhida do usuário e apontando as falhas da rede mais ampla em atender as demandas específicas desses usuários para além do diagnóstico, como exemplifica o relato a seguir: *“Somos uma anomalia no sistema do SUS, somos estrutura intermediária entre nível básico e intermediário. Estamos num momento de reafirmar nosso lugar. O CTA foi criado num momento em que não*

tinha lugar para acolher estas pessoas que precisavam fazer o exame. Conforme o SUS foi se estruturando, agora, ora gostam, ora acham que não precisa mais, pois pode ser absorvido pela rede básica. Nós que sabemos a delicadeza destas intervenções, focamos do lado do usuário e ficamos pensando será que o usuário vai ter acolhida na sua problemática, para seu tempo, para sua escuta? O problema maior é a rede, o tempo que a rede funciona. O resultado sai em dois dias. A bandeira do diagnóstico rápido. O resto da rede não é rápido; o sujeito precisa ser cuidado” (P6G2). Porém, essa tentativa de reafirmação do papel do CTA e, porque não do próprio trabalho, parecia ser desafiada diante da possibilidade de decisões arbitrárias das quais os serviços podiam ser vítimas a qualquer momento, o que era trazido com um tom de desesperança. Por exemplo, ficou evidente a desarticulação e esvaziamento de atividades realizadas com o Programa de Redução de Danos (PRD), programa este que também foi absorvido pela rede básica: “Por exemplo: trabalhávamos com os meninos de rua, tínhamos um acordo com o pessoal que traziam grupos de adolescentes meninos de rua. Os meninos iam jogar futebol e antes vinham aqui para testar. Este tipo de acordos com outras instituições também é importante. Agora faz tempo que parou. Era uma ação do PRD, que agora também tá como atribuição da UBS” (P10G3).

Outra via de enfrentamento debatida pelas profissionais dos três CTA diante do inevitável redirecionamento de seus processos de trabalho era pensar em como absorver essas novas exigências e, ainda assim, manter atendimentos à população, como se tentassem subverter a lógica das decisões verticalizadas. Assim, as aconseladoras dos CTA estaduais sugeriram que seus serviços permanecessem como via alternativa de diagnóstico e acesso ao sistema de saúde municipal e estadual pelo usuário, constituindo-se em uma referência para casos mais complexos e como pólo formador de recursos humanos especializados: “Os centros especializados podem ficar com os casos mais complicados. A pessoa está sendo acompanhada na sua UBS. Se ela transforma num caso mais complicado, com coinfeção e se precisa de um centro especializado, daí é encaminhado. O CTA pode ser um centro formador e de pesquisa e atender alguns pacientes, mas de repente tem casos atendidos aqui que podiam ser atendidos na rede. E tem casos que precisariam estar aqui e não estão. Isto é equidade: atender aqui quem precisa” (P2G1). De fato, os CTA já vêm assumindo essa última tarefa por meio da tutoria a estagiários de curso superior e de residentes de um curso de residência

multiprofissional em Saúde, além da capacitação de profissionais da rede básica e também de serviços do interior do Estado do RS. Ao mesmo tempo, assumir a função de pólo formador de recursos humanos, principalmente da atenção básica para o matriciamento, era vista como um desafio, pois o trabalho realizado pelo CTA exigia uma capacitação mais complexa, como esclarece esse relato: *“Chegaram para mim e disseram: ‘Quero que a testagem seja descentralizada, que o profissional na UBS seja capaz de fazer tudo o que vocês fazem. Toda esta tecnologia que vocês desenvolveram em 17 anos deve ser passada em um curso de 20 horas’”* (P12G3).

O relato das aconseladoras nos provoca a pensar em uma possível resistência a mudanças, uma vez que assumir o papel de apoio matricial implicava em reposicionar-se quanto ao próprio trabalho, à função dos CTA e ao reconhecimento como serviço de qualidade, que arduamente conquistaram, ao longo de anos. Nesse sentido, Campos (2007) pontua que podemos distinguir entre um grupo que demonstra o “efeito casca” ou “efeito membrana”. A verdadeira resistência à mudança, o “efeito casca”, refletiria coletivos de trabalho que se encontram mais fechados e cristalizados em seus próprios processos e idéias. Já no grupo de “efeito membrana”, temos uma seletividade e este conseguiria processar, dialogar e deliberar acerca de seu papel em movimentos de inflexão e protecionismo. Nesse processo, o grupo pode questionar diretrizes, chefias, ordenamentos e até mesmo a gestão não necessariamente configurando resistências “casca”, mas sim, o processo de amadurecimento e reorganização frente ao novo.

Campos (2007) sinaliza que a mudança é *doída* (e, algumas vezes, também *doida*). Podemos concordar com uma mudança necessária, mas devemos ter cuidado com a maneira e o tempo de implementá-las, como parece ser o caso das mudanças do CTA no cenário atual da epidemia de HIV/aids. A crise deve ser entendida como um lugar de passagem para reconstruir outro espaço e cabe ao gestor ter conhecimento especializado e saber lidar com a angústia dos trabalhadores envolvidos para exercer seu papel de modo mais efetivo. Para tanto, o gestor deveria atuar em co-gestão com os trabalhadores desde a formulação de novas diretrizes, levando em conta as opiniões e críticas das equipes.

Nos relatos das aconseladoras, observou-se o sofrimento e a angústia pelas mudanças que se pautava na completa incerteza quanto ao futuro, na falta de

respaldo de instituições superiores e dos gestores que indicassem as novas direções estratégicas dos serviços. A resistência, nesse sentido, parecia estar mais vinculada a esta incerteza e fazia com que as trabalhadoras se apoiassem arduamente no que faziam e na qualidade do seu serviço, como uma defesa frente à impotência e ameaça de extinção dos CTA.

A falta de diálogo e direcionamentos claros parece ter criado esta situação que poderia ser encaminhada de modo mais tranquilo e efetivo, por exemplo, incluindo-se os profissionais no planejamento das ações em saúde. Possivelmente os CTA vão continuar existindo, mas num novo lugar. Este novo lugar parece estar se configurando com o CTA assumindo a posição de apoio matricial para a rede básica que prevê o apoio técnico às equipes, a retaguarda assistencial, contemplando o atendimento aos casos mais complexos, aspectos já vislumbrados pelas aconseladoras. Outras atividades como grupos de autocuidado, de adesão ao tratamento e psicoterapia breve também devem continuar a ser oferecidas à população pelos CTA, além da atuação em Educação na Saúde que consolidaria os serviços como pólos formadores de recursos humanos na área do HIV/aids. Ao contemplar esses aspectos, os CTA realizam ações importantes na rede do SUS e estão prestes a formalizar seu novo papel: de apoio matricial para a rede básica, retaguarda assistencial para casos mais complexos e de formação de recursos humanos. Por isso, é essencial que os gestores de todas as instâncias formalizem esse novo papel, auxiliem e incluam as equipes dos CTA ao longo desse processo.

2.3 Entraves da rede de encaminhamentos

As profissionais de todos os CTA apontaram dificuldades de encaminhar os usuários para atendimento na rede de saúde. Os entraves diziam respeito, principalmente a recente implantação de um novo sistema de marcação de consultas para todos os serviços de saúde do município, aos quais os CTA estaduais não tinham acesso até o momento. Assim, embora os dois SAE municipais tivessem médicos e consultas disponíveis, os CTA estaduais não conseguiam encaminhar usuários moradores de Porto Alegre por inacessibilidade do sistema, que centraliza a marcação de consultas. Por causa disso, os CTA estaduais só conseguiam marcar consultas para os usuários recém-diagnosticados nos dois SAE estaduais. Contudo, esses dois serviços vinham sofrendo, ao longo dos anos,

com a restrição de seus quadros clínicos e funcionavam, naquele momento, muito além de sua capacidade como mostra esses relatos: *“A função da Secretaria Estadual da Saúde seria atender interior e outros municípios da região metropolitana e não os de Porto Alegre mesmo. Podemos testar e devolver para um local, mas desde que lance na rede com consulta”* (P1G1); *“Os maiores gargalos são para atendimento para hepatite, tuberculose e até para HIV. (...) Temos só dois clínicos que atendem HIV e eles tem 10 a 12 consultas agendadas (no turno). As agendas tão estranguladas”* (P3G1).

Já o CTA municipal, que deveria ter o encaminhamento dos pacientes facilitado por esse sistema informatizado, ainda não fora cadastrado e também não conseguia marcar as consultas para seus usuários. Apesar da frustração e das dificuldades diante da urgência de alguns atendimentos, havia a percepção que este era um momento de transição e que se o sistema funcionasse, no futuro, conforme planejado, poderia trazer benefícios e mais humanização no atendimento dos usuários, como referiu uma das aconseladoras: *“Na medida em que fazemos uma queixa que os caminhos [para encaminhar os usuários] são informais/ pessoais, queremos um fluxo, um caminho formal. Se o paciente caiu para mim, ele não deu sorte. Isto não é legal. Mas agora tem um movimento de fazer este caminho formal. É um sistema informatizado para encaminhar estes pacientes. É uma tentativa de construir esta referência e contrarreferências. Mas é demorado e no momento estamos fora deste sistema informatizado. É um momento de transição”* (P2G1).

Além dos problemas com o atendimento especializado em HIV/aids, nem todos os CTA tinham referência para o encaminhamento de casos de hepatite, tuberculose, para avaliação e atendimento psiquiátrico, para tratamento de dependência de álcool e outras drogas, além de outras especialidades médicas como gastroenterologista e pneumologista. Por outro lado, todos os CTA citaram ter locais para encaminhamento para DST.

Diante das insuficiências da rede de serviços, algumas aconseladoras relataram recorrer ao seu círculo de relações para encaminhar os usuários para atendimentos específicos ou urgentes: *“Tu consegues algo que necessitas e têm dentro do serviço, como serviço social e psicologia, mas não consegue atendimento para hepatite e tuberculose. Tu tens um serviço que diagnostica e atende a clínica do HIV, mas não tem medicação para coinfeção. Não tem onde encaminhar oficialmente alguém com hepatite. (...) A rede não tá montada. Não tem referência*

para encaminhar, só informalmente por amizades pessoais. Nisso o paciente tem várias portas fechadas. Depende em quem o paciente cai, se liga para um amigo ou manda para a UBS do bairro” (P3G1).

Esta angústia e preocupação legítima das aconseladoras com o atendimento dos pacientes que chegavam ao CTA em estado grave e precisavam de uma consulta com urgência esbarravam em questões burocráticas do sistema: *“Tivemos um caso que a pessoa chegou super mal, tava na emergência, e tentamos agendar por aqui, uma consulta. Fomos direto ao gestor e dissemos a pessoa vai morrer se não tiver atendimento e fomos direto ao SAE. E disseram: ‘A gente vai marcar se formos liberados’. Tinha consulta sobrando, mas nós não podíamos marcar e eles (SAE) perdendo consultas” (P10G3); “Quantos [pacientes] vão parar na emergência? Demora, mas serão atendidos. Com a central de marcação, a demanda fica oculta. Estes 120 pacientes estão em casa, sofrendo, esperando passivamente para serem atendidos. E neste meio tempo, as pacientes mudam de endereço, e quando chega a consulta, nem conseguem acessar. Nós vemos o sofrimento da pessoa, e o sistema é cego, surdo e mudo. Quem tá mal, não é ouvido. Só na emergência que, conforme, são atendidos” (P5G2).*

Outra questão trazida pelas aconseladoras foi o encaminhamento de usuários oriundos do interior do Estado. Se o resultado for positivo e a cidade da pessoa possui SAE, o CTA deve encaminhá-lo para lá. Todavia, alguns usuários preferem fazer seu atendimento no anonimato da capital e não se expor na sua cidade de origem: *“O CTA faz diagnóstico para qualquer pessoa. Se tem HIV, hepatite e DST – para onde encaminha? O mais complicado é quando tem SAE no município da pessoa e ela não quer ficar” (P8G2).*

As aconseladoras dos três CTA ressaltaram a complexidade da situação clínica de alguns usuários vivendo com HIV/aids na atualidade e as novas necessidades com que estavam tendo que lidar. Segundo elas, muitos estavam desenvolvendo efeitos colaterais depois de décadas de uso dos ARVs o que exige a mudança de esquemas medicamentosos, o desenvolvimento de novos tratamentos, para não falar das demandas reprodutivas e por procedimentos estéticos para amenizar a lipodistrofia causada pelos ARVs: *“E o que aconteceu? Lá atrás, os pacientes vinham a óbitos. Hoje não. E começou a surgir outras coisas, lipodistrofia, resistências à medicação” (P9G2).* Por outro lado, as aconseladoras referiram

facilidade em encaminhar as gestantes, para as quais já teriam fluxos e locais já pré-definidos.

Merhy e Franco (2003) já sinalizaram o “nó crítico” em que tem se constituído a atenção secundária em saúde. O equipamento hospitalar e a rede básica têm recebido atenção na discussão da organização da assistência à saúde por estarem um em contraponto ao outro. Já a atenção secundária não tem tido o mesmo pólo de discussão, enfatizando-se as questões da oferta e demanda de cuidados e consultas sem avançar na construção de um modelo mais interativo com os demais equipamentos. As participantes do presente estudo também sublinharam tal aspecto ao comentar a superlotação das agendas e a falta de algumas redes formalizadas de encaminhamento. Corroborando esses achados, Melchior et al. (2006) realizaram um estudo com todos os serviços públicos de saúde (336) que acompanhavam pacientes em terapia antirretroviral de sete estados brasileiros, representando diferentes situações epidemiológicas e institucionais (Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo). Os resultados apontaram uma quantidade exagerada de consultas por médico: quase 20% agendavam 16 ou mais consultas por turno. É possível que o número insuficiente de médicos para atender a demanda obrigue a uma redução do tempo de consultas ao mínimo. A sobrecarga de atendimentos de pessoas vivendo com HIV/aids dos médicos foi uma preocupação constante em todos os grupos focais, pois os pacientes ficavam sem atendimento, esperando meses pela consulta e, quando eram atendidos, o profissional de saúde costuma ter pouco tempo e tende a focar apenas em como os resultados de exames de carga viral e TCD4, sem tempo hábil para abordar aspectos importantes como a adesão aos ARVs, o ajustamento emocional à doença, parceiros sexuais, prevenção de novas infecções ou para realizar encaminhamentos necessários para nutricionistas e psicólogos, por exemplo.

Assim, parece que a integralidade e o “caminhar na rede” têm sido dificultados por gargalos na atenção secundária e na reduzida integração desta com outros recursos assistenciais. Então, como se pode promover esta integração? O fundamental para que as “linhas de cuidado” sejam constituídas e o “caminhar na rede” e a integralidade sejam possíveis, consistiria na necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos para o cuidado dos usuários (MERHY e FRANCO, 2003). Ainda, para que sejam possíveis fluxos entre

unidades produtivas nos diferentes níveis de atenção, é necessário um esforço e vontade política.

A integração e a pactuação de fluxos formais na rede para todos os CTA era almejada pelas aconseladoras do estudo que pensavam na promoção de saúde entre seus usuários. Nesse sentido, entende-se ser urgente a elaboração de fluxos formais no atendimento clínico de pessoas vivendo com HIV/aids, no atendimento em tuberculose e hepatite para todos os CTA de Porto Alegre, além da contratação de mais médicos nos SAE estaduais.

Por fim, a implantação do sistema informatizado de encaminhamentos na rede municipal de Porto Alegre parece estar causado vários transtornos, inclusive colocando em risco a vida dos usuários do SUS. Isto é uma falha grave na gestão pública municipal, seja pela lentidão do processo de implantação, seja porque os CTA ainda estavam impossibilitados de marcar consulta aos seus pacientes através do novo sistema.

2.4 Cenários político-administrativos e o trabalho nos CTA

As aconseladoras dos CTA estaduais levantaram o desejo de estarem vinculadas ao Departamento de Ações em Saúde (DAS) e à Seção de Controle das DST/aids, ambos entes da Secretaria Estadual da Saúde. Porém, os CTA estaduais estavam lotados dentro de estruturas hospitalares e ficam administrativamente ligados ao Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE). Para as aconseladoras, esta situação era difícil, uma vez que sentiam pouco respaldo para planejar e efetivar suas ações, não conseguindo dialogar com sua instância superior de mesma área de atuação como ilustra essa fala: *“Uma confusão. O CTA administrativamente está vinculado ao DCHE. Mas quem pode trabalhar junto, parceiro, é a Seção Estadual de DST/aids, para discutir a política de aids. Mas não somos vinculados a esta seção. Nosso local está subordinado à coordenação dos hospitais [...]. Não é um departamento que tá no mundo da aids”* (P3G1).

Já o CTA municipal referiu dificuldades por estar vinculado a duas coordenações, uma técnica e outra administrativa. O serviço estava tecnicamente vinculado à Política Municipal de aids. Porém, como está situado nas dependências de um centro de saúde, a coordenação administrativa era a gerência do Distrito daquela região de Porto Alegre: *“Temos duas gerências: Uma para as questões*

administrativas e outra para a assessoria em aids. Antes quem era chefe, era o chefe da política, e me referia sempre a esta pessoa. Daí eu fui sair de férias e me perguntaram: ‘Tu comunicou tuas férias a tua chefia?’ Disse que sim, a chefia da política de aids. Daí descobri que minha chefia administrativa era a chefia do CSVC” (P10G3).

As aconselhadoras de um dos CTA referiram, de forma mais contundente, os reflexos de mudanças político-administrativas nos seus processos de trabalho. Para estas aconselhadoras, os gestores que assumiam os cargos após períodos eleitorais costumavam assumi-los por indicação política e não técnica. Desse modo, quando uma nova gestão assume, esta tende, inicialmente, a tratar os servidores com desconfiança, como se fossem aliados da gestão anterior. Em função do temor de represálias por parte dessas profissionais, na presente descrição, omitiram-se informações que pudessem identificar o serviço. A principal queixa dessas profissionais foi sobre a freqüente exclusão e a falta de escuta por parte dos gestores sobre as demandas e propostas que afetam o seu serviço, suas atividades e sua forma de trabalhar: *“Fica uma idéia para a nova gestão que todo mundo que tá aqui é servidor da gestão anterior. Fica uma situação assim: ‘Estamos dormindo com o inimigo’. Por exemplo, recebemos um convite para um evento sobre o Recém-Nascido HIV positivo e nem sabemos quem era o palestrante. Temos servidores aqui também com toda esta qualificação e a gestão nem sabe. No nosso serviço, nem pediram nosso currículo. Não sabem nem querem saber a história do nosso serviço. Isso nunca foi feito”*. Essas condições as faziam sentirem-se desvalorizadas como profissionais e diminuía o seu senso de controle sobre o próprio trabalho, pois sentiam que as suas opiniões não eram consideradas. Além disso, houve relatos de que ao tentar contribuir para aprimorar as ações do seu serviço, mostrando dificuldades que poderiam ser evitadas, foram mal interpretadas pelos gestores como se não quisessem trabalhar e/ou aderir às mudanças: *“Quando tentamos falar algo para a gestão é mal interpretado. Falamos que era importante prever carro para fazer o matriciamento. Ficou interpretado como bobagem, como se elas não querem fazer. Não fomos mais convidadas para as reuniões. E tentamos mostrar o que pode atrapalhar; é para somar, construir, o que lá adiante vai ser um gargalo. (...) A escuta verdadeira passa por desarmar de preconceitos, escutar o funcionário”*.

Campos e Domitti (2007) defendem que são necessárias instâncias de mediação, espaços protegidos e contratos (de trabalho) que estabeleçam metas e

critérios claros para avaliação do objeto saúde oferecido à população. Para um bom funcionamento, o processo de trabalho deveria ser dialógico e interativo entre os diferentes sujeitos implicados, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários. Ainda, pontua-se que a PNH - Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), no eixo da gestão do trabalho, salienta a importância da participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão referentes à sua temática de inserção. Deve-se buscar o reconhecimento, o fortalecimento e a valorização deste trabalhador com o compromisso da produção de saúde e de seu crescimento profissional. Assim, a gestão participativa é uma das diretrizes gerais da PNH nos diferentes níveis de atenção e pressupõe o diálogo entre os profissionais; entre os profissionais e a população; e entre os profissionais e a administração.

Essas reflexões corroboram as discussões das aconseladoras dos CTA que advogaram uma maior participação na elaboração de mudanças programáticas e organizacionais dos serviços, aproximando gestores e os serviços. Em especial, os CTA participantes salientaram duas demandas: estarem vinculados a coordenações próximas a ativas no tema do HIV/aids para poderem programar e discutir ações e programas conjuntos e gestores políticos alinhados à produção de saúde que entendam os funcionários como partidários do mesmo foco.

2.5 Reconhecimento do trabalho nos CTA pela gestão

A falta de reconhecimento da qualificação profissional por parte da gestão foi uma unanimidade entre as trabalhadoras dos CTA de diferentes formas. Para elas, não existia reconhecimento pelos empregadores quanto à formação complementar, sendo que o salário permanecia sem aumento ou melhorias mesmo que o profissional realizasse cursos de pós-graduação, como especialização, mestrado ou doutorado. A precarização das condições de trabalho, que incluía a baixa remuneração, a falta de visibilidade do trabalho, os entraves na rede de encaminhamentos, as pressões por resultado em termos de números de atendimentos, as insuficiências de recursos humanos dos serviços, contribuía para desestimular a busca por qualificações. Em contraposição ao baixo reconhecimento profissional e as dificuldades encontradas na condução do trabalho, elas salientaram a responsabilidade e complexidade exigida pela função que exerciam a qual envolve lidar, diariamente, com situações de grande vulnerabilidade psíquica e social.

Paradoxalmente, como se detalhará na categoria *“A relação com a equipe e com os usuários como promotores do trabalho no CTA”*, era justamente do fato de tentarem auxiliar o usuário em situações tão dramáticas que provinha grande parte da satisfação com o trabalho no CTA: *“Encontra-se no fim do dia, exausta, atendeu casos complicados, e ganha menos que a ascensorista da Assembléia [Legislativa do Estado]. Essa é nossa figura de como é um trabalho desvalorizado. Não sei se dá visibilidade, mas nos dá gratificação enorme, boa conversa com o paciente quando este entra demolido na sala e sai um pouco melhor. Mas a gente tem uma gratificação no fim do mês que paga também, mas o trabalho é mal remunerado se comparar com outras categorias”* (P1G1). A satisfação, gratificação e reconhecimento do trabalho vinham de atender bem os usuários que procuravam o serviço e de fazer parte de equipes que trabalhavam comprometidas e unidas.

Em um dos CTA, as trabalhadoras consideravam o salário recebido baixo quando comparado à remuneração de cargos semelhantes vinculados a instituições federais ou municipais. Ademais, a progressão salarial por tempo de serviço e a incorporação de outras bonificações foi citada como sendo mais lenta no Estado do que em instituições federais de saúde: *“A gente tem que se alimentar dos pacientes e tem épocas que se questiona se tá conseguindo fazer algo pelas pessoas, pois é muito limitado nosso poder de ação. Lugar sucateado, lugar não te valoriza. As ferramentas para ajudar os pacientes não são ideais. Cada pessoa vale muito, muito mais que qualquer pirâmide do Egito. Se quiser bom lugar de trabalho, boas condições de trabalho, bom salário, visibilidade, reconhecimento, tu não fica no Estado”* (P2G1).

Por outro lado, considerou-se positiva a mudança recente no plano de carreira do servidor estadual do RS, que reduziu a carga horária para 30 horas semanais com o mesmo salário e ofereceu a opção de Dedicção Exclusiva, com 40 horas semanais, dobrando o valor dos vencimentos em quatro anos. Conforme as aconselhadoras, essa foi uma melhora considerável, porém extensiva somente aos técnicos científicos contratados via concurso específico para a área da saúde. Essa situação gerava uma distorção e desconfortos nas equipes uma vez que alguns aconselhadores realizaram concursos para a área da educação do Estado, por exemplo, e, portanto, não podiam usufruir desses benefícios, apesar de desempenhar as mesmas funções: *“Esta Dedicção Exclusiva só possibilita, além do trabalho aqui, docência e pesquisa. Este plano de carreira reduziu a carga horária*

para 30 horas mantendo o salário. E possibilita 40 horas com o dobro do salário, em quatro anos. Foi uma melhora considerável. Mas os técnicos científicos que não foram contratados ou concursados especificamente para a área da saúde tão lado a lado, trabalham tanto como nós, mas estão fora destes benefícios. É uma situação delicada” (P3G1).

Ainda, em um dos serviços, as trabalhadoras acreditavam que a falta de ciência sobre o bom trabalho desenvolvido pelo CTA pela gestão se aliava a falta de reconhecimento profissional. Sentiam necessidade de uma gestão mais participativa e próxima, onde seu trabalho fosse conhecido para depois ser reconhecido. A carga horária foi estendida de 30 para 40 horas semanais de trabalho, mantendo-se os mesmos vencimentos e foram implantados pontos eletrônicos para o controle da mesma. Tais medidas, decididas verticalmente, geraram insatisfação entre as trabalhadoras, que já que tinham uma organização de vida e precisaram se adaptar às novas demandas. Identificou-se um sentimento de impotência, de falta de reconhecimento da trajetória do serviço e do trabalho desenvolvido no relato dessas aconseladoras, que sentiam-se, algumas vezes, tratadas pela gestão como se não fossem comprometidas com o serviço: *“Eu vou coordenar um serviço, devo conhecer o serviço. A partir daí se constrói (em conjunto). (...) Queremos ser conhecidas e depois seremos então com certeza, reconhecidas” (P10G3).*

Sabe-se que gerenciar serviços de saúde não é tarefa fácil. É necessário criar e instituir espaços para formulação de projetos e decisões coletivas. Para Campos (2007), uma possibilidade de melhorar a gestão em saúde seria a mudança no modo com que os gestores procuram responsabilizar as equipes pelo seu trabalho. O autor sugere contratar com a equipe sua responsabilidade pela atenção integral básica de um conjunto de pessoas de um dado território ou sob sua alçada, estimulando o vínculo entre os pacientes e sua equipe de referência. Para este autor essa abordagem traria mais resultados positivos do que a postura de cobrança quantitativa por produtividade, de procedimentos realizados e do cumprimento rígido do horário.

Nesse sentido, entende-se que mudanças e alterações podem e devem ser propostas pela gestão com o objetivo de melhorar a saúde da população. Porém, a maneira verticalizada e impositiva como um dos CTA estava vivenciando esta situação, com regras rígidas e descrédito por parte da gestão, não parecia contribuir para um bom andamento do trabalho. Como uma das equipes referiu, pode-se

propor o novo, mas antes é preciso conhecer e reconhecer o trabalho já realizado. Essas novas propostas, metas e meios para obtê-las deveriam ser decididas em co-gestão com os trabalhadores, co-responsabilizando as equipes nesses processos. Os resultados possivelmente seriam mais satisfatórios com o engajamento dos diversos atores.

Por outro lado, dois serviços destacaram a positiva valorização da Dedicção Exclusiva, com a respectiva mudança no plano de carreira. Considera-se que esta medida de valorização da jornada integral possibilitada a estas trabalhadoras foi positiva no sentido de contemplar as diretrizes da PNH (BRASIL, 2004). Entretanto, ganhos reais destacando o empenho dos profissionais que buscam aprimorar seus estudos ainda são necessários.

3. A relação com a equipe e com os usuários como promotores do trabalho no CTA

Em contraposição às dificuldades ligadas à gestão e os processos de trabalho nos CTA, as profissionais salientaram as gratificações trazidas pelo trabalho em equipe, visto como apoio imprescindível para as questões do dia-a-dia no CTA, e pela relação com os usuários, na qual sentiam que o acolhimento e a atenção dispensadas eram correspondidas de modo recíproco.

Assim, no transcorrer dos grupos focais ficou evidente a satisfação de todas as aconseladoras em trabalhar em uma equipe comprometida, em serviços que primam pela qualidade e que têm foco na acolhida e na resolutividade das questões trazidas pelos usuários: *“Tem uma rotina que flui e mantém um padrão de qualidade. Tem os protocolos, temos o controle de qualidade, um nível de exigência alto. Fala única entre as colegas, mesma conversa. O vínculo do usuário deve ser com o serviço, não com o profissional”* (P7G2). A parceria pelo acolhimento e atendimento foi referida também em relação à equipe médica pertencente ao SAE: *“Colaboração dos médicos, que aceitam atender mais um, e mais um...”* (P3G1). A possibilidade de discutir os atendimentos e casos entre si, o apoio mútuo e também com a boa parceria com os médicos de retaguarda foram citados como aspectos fortalecedores dos processos de trabalho, como ilustra o seguinte relato: *“Vejo a equipe bem unida, se eu tenho dificuldade, vou atrás do meu colega, ajudo bem mais o paciente do que se fosse um trabalho individual, sozinha. E aqui tem o comprometimento, se uma*

não consegue resolver, a outra segue, não deixa solto. A outra colega segura. Não deixa o paciente sem atendimento” (P3G1).

Participantes dos três CTA referiram também a satisfação em atender bem o usuário e dos retornos positivos que estes dão em relação à atenção recebida, tanto no que tange as ações de prevenção, quanto dos encaminhamentos pertinentes. Todos os CTA mencionaram que, muitas vezes, mesmo sendo o CTA mais longe do que as UBS, os usuários preferem fazer o aconselhamento e o teste anti-HIV no CTA, principalmente pela maior facilidade de acesso ao atendimento: *“Para conseguir uma consulta na UBS tu precisas madrugar, comprar uma ficha. Aqui a pessoa procura na internet local para exame de HIV, vem de manhã, de tarde, traz documento com foto e deu. A acessibilidade e eficácia são muito maiores. Muitas pessoas que não utilizam a UBS na unidade de referência utilizam aqui” (P5G2).*

Discutiu-se nos três CTA como o aconselhamento, pautado no vínculo e no acolhimento do usuário, traziam bons resultados para estes e também gratificação pelo trabalho realizado, o que pode ser constatado no exemplo a seguir: *“O prazer que dá pegar alguém que tá mal e a gente conversa. Se dá positivo [o resultado do exame], tu dá a perspectiva do atendimento, que tem um tratamento. A pessoa sai mais tranqüila, alguém orientou e tá disposta a ajudar ela. Se vier resultado negativo, eles entram na sala ansiosos, com taquicardia e se dá o resultado negativo eles chegam a gritar. Dizem: ‘Posso te abraçar?’ (...) A gente vê que aliviou o sofrimento da pessoa. Não tem preço, nenhum dinheiro do mundo paga a satisfação” (P3G1).* Segundo as trabalhadoras, essa acolhida repercutia na maior efetividade dos serviços, pois os usuários que passavam pelo CTA e recebiam o diagnóstico de HIV, teriam melhores índices de adesão ao tratamento e continuidade no acompanhamento médico: *“Sabemos que quando [o usuário] recebe o resultado [de HIV positivo], temos que trabalhar este resultado. (...) A fisioterapeuta do SAE daqui fez uma pesquisa que mostrou que 75% dos pacientes encaminhados pelo CTA compareciam à consulta no SAE e o inverso acontecia com quem vinha encaminhado pela central de marcação” (P10G3).*

Entende-se que a percepção de apoio na relação com os colegas de trabalho e de efetividade e retorno positivo na relação com os usuários são elementos importantes não apenas para a saúde dos trabalhadores do SUS, mas, principalmente, para a qualidade dos atendimentos ofertados e na sua resolutividade. Por outro lado, Souza e Czeresnia (2007) apontam especificidades

na prática do aconselhamento, pois ao mesmo tempo em que esta possuiria um caráter confessional, de informalidade e diálogo, também detém um aspecto disciplinar e normativo em relação aos corpos e condutas. Existiria um jogo de ambigüidade entre relações democráticas e coercitivas. Em outras palavras, ao trabalhar na prevenção e promoção da saúde, o aconselhamento mostra um caráter simultaneamente formatado e normatizador de condutas e, ao mesmo tempo, dialógico, humanista e ético.

Nessa direção, as aconselhadoras dos CTA participantes pareciam executar suas tarefas com empenho e dedicação, obtendo grande satisfação no trabalho em equipe e no encontro/aconselhamento com os usuários. Contudo, face às dificuldades que estavam vivenciando externamente, como o sentimento de insegurança e falta de respaldo formal sobre seu papel e o futuro dos serviços, pareciam precisar afirmar seu trabalho e tenderam a enfatizar aspectos positivos do trabalho em equipe e da relação usuário-aconselhador. Talvez por isso tenha ficado em segundo plano, naquele momento, a problematização das ambivalências e contradições presentes no dia-a-dia do aconselhamento em HIV/aids, além de dificuldades vivenciadas dentro das equipes.

6 CONCLUSÕES

Os CTA são serviços importantes de diagnóstico e prevenção em HIV/aids e que tem contribuído muito para a efetivação dos atendimentos na área ao longo dos anos. Esses serviços têm sido reconhecidos tanto pela comunidade como pelos profissionais de saúde da rede por oferecerem aconselhamento de qualidade, pela seriedade de suas ações, pelo acesso facilitado, pela confiabilidade no resultado dos exames, pelo sigilo e a possibilidade de testagem afastada do local de moradia do usuário e, ainda, por serem um centro formador de recursos humanos.

A alta incidência de aids no Estado está relacionada com a dificuldade de abordar o tema sexualidade com a população gaúcha; a dificuldade dos profissionais de saúde em solicitar o exame; a resistência da população em adotar medidas preventivas; e a falta de políticas públicas consistentes e contínuas.

Para reverter este quadro, é necessário aumentar ações de prevenção e aconselhamento; capacitar aconselhadores com *perfil* nas UBS; e implementar Políticas Públicas de Saúde com continuidade e compromissos de longo prazo.

O tema HIV/aids deve ser abordado nas Visitas Domiciliares dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e nos grupos das UBS (Unidades Básicas de Saúde); e deve-se investir maciçamente em Campanhas, espaços na mídia e Programas de Educação.

Atualmente, os CTA estão vivendo uma crise quanto ao seu papel, pois o aconselhamento e a testagem anti-HIV estão sendo expandidas para a rede básica de saúde em todo o Brasil, sendo os aconselhores dos CTA os apoiadores matriciais. Porém, esse processo parece estar sendo vivido com angústia e incerteza quanto ao futuro por parte desses serviços no município de Porto Alegre. Há uma forte preocupação por parte dos aconselhores desses CTA de que as ações de aconselhamento não sejam realizadas de modo adequado e efetivo nas UBS, uma vez que essa seria apenas mais uma demanda na agenda já repleta de atividades dos locais e sem o acolhimento necessário ao usuário. Tendo em vista esta situação, caberia ao poder público, em suas diversas instâncias, clarear e debater em conjunto com estes profissionais suas atividades e a nova configuração de suas funções no cenário atual da epidemia de HIV/aids e de organização do SUS. Para tanto, é necessário aproximar o diálogo com os CTA e referendar os mesmos como serviços de apoio matricial na expansão da testagem e aconselhamento, como serviços de referência assistencial para casos mais complexos e como pólo formador de recursos humanos na área.

Os resultados do estudo apontaram, também, a necessidade de reforçar o quadro de profissionais para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids e da criação de fluxos formais para agendamento de consultas em HIV, hepatite, tuberculose e especialidades médicas como psiquiatra, pneumologista e gastroenterologista contemplando toda a rede de serviços. Por fim, a Política Nacional de Humanização, na sua diretriz de gestão participativa e colegiados gestores com a presença dos trabalhadores, deve ser reforçada no cotidiano dos CTA.

7 CRONOGRAMA

MESES	2010	2011												2012								
	J-D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Qualificação do Projeto													X									
Coleta dos Dados																X	X					
Análise dos Dados														X	X	X	X	X	X	X		
Redação da Dissertação																		X	X	X		
Defesa da Dissertação																						X
Submissão do Artigo																						X

8 RECURSOS

Item	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Gravador digital	1	300,00	300,00
Material escritório: folhas A4, canetas, lápiz, borracha.	1	50,00	50,00
Lanche grupos focais: água, café, bolacha	06	20,00	120,00
Cartucho impressora	2	50,00	100,00
Notebook Intel I5	1	2000,00	2000,00
Deslocamentos/gasolina	60	10,00	600,00
Total	-	-	3170,00

As despesas do orçamento foram custeadas pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ARAUJO MA, FARIAS FL, RODRIGUES AV. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: Análise à luz de uma teoria humanística de Enfermagem. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, 2006;10(3):425-31.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Dados e pesquisa: aids no Brasil**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em 20 de jan 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico aids-DST** – Ano VIII, n. 1, 26^a a 52^a semanas epidemiológicas, julho a dezembro de 2010 e 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em 20 de jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional e DST e aids. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e aids-2005**. Brasília, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf. Acesso: 20 jan de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso: 20 jan de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 13 de julho de 2012.

CAMPOS, G W S; DOMITTI, A C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R O. A Gestão: Espaço de Intervenção, Análise e Especificidades Técnicas. In: CAMPOS, Gastão W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 3ª Ed. 2007.

FILGUEIRAS S. L, DESLANDES S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad Saúde Pública**, 1999,15 Sp 2:121-32.

GIRARDI, E; SABIN, C A.; MONFORTE, A. Late diagnosis of infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 46, n.1(supl), p. 3-8, 2007.

GRANGEIRO, A et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 427-436, 2009.

KABBASH, I A et al. Evaluation of HIV voluntary counselling and testing services in Egypt. Part 2: service providers' satisfaction. **East Mediterr Health J**, Alexandria, v. 16, n. 5, p. 491-7, May 2010.

MELCHIOR, R et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40(1), p.143-151, 2006.

MERHY, EE.; FRANCO, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n.65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003.

MINAYO, Maria Cecília S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília S.; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 83-108

MINAYO, M C S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.355-367, 1999.

MONDINI, L G; ESCOBAR, L R. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): da Implantação à Conquista do Espaço como Serviço de Referência em Acolhimento. In: LOUREIRO, Regina Pimentel et al (Org.). **A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da aids no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2008. p. 37-42.

OLABUENÁGA, J IR. **Metodología de la Investigación cualitativa.**, Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

ROMERO, S M. A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: SCARPARO, H. (Org.). **Psicologia e Pesquisa – Perspectivas Metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2008. p. 84-104.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/aids, Coordenação do Programa Estadual DST/aids-SP. Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.43 n.2, p. 383-386, 2009.

SILVA, S M B. **O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro: processos de cuidado em saúde**. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 198 f. 2011.

SOUZA V, CZERESNIA D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. **Interface – Comunic. Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.531-548, set/dez 2007.

SOUZA V, CZERESNIA D. Demandas e expectativas de usuarios de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saude Publica**, v.44, n.3, p.441-447, Jun 2010.

SOUZA V, CZERESNIA D, NATIVIDADE C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad Saude Publica**, v. 24, n.7, p.1536-1544,2008.

TANAKA, O Y; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C.L. G (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-131.

APÊNDICE A –

**QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS
ACONSELHADORES DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

1. **Nome:**_____
2. **Idade (em anos completos):**_____
3. **Sexo:** ()F () M
4. **CTA em que exerce sua atividade de aconselhador:**_____

5. **Est. Civil:**
() solteira () casada ou união estável () divorciada ou separado () viúva

6. **Possui filhos?**_____
- Se possui, qual a idade e sexo de seus filhos?_____

7. **Raça:** () branca () parda () negra

8. **Escolaridade:**
() ensino médio
() curso superior. Qual profissão?_____
- () especialização. Qual área?
() mestrado/doutorado. Qual área?

9. **Tempo de formado (em anos completos):**_____

10. **Aconselhador de CTA há quanto tempo?**_____
- Há quanto tempo está neste CTA?_____

11. **No seu domicílio, quantas pessoas moram com você?** _____
- Sua renda familiar mensal aproximada (em salários mínimos):_____

APÊNDICE B –

QUESTIONÁRIO SOBRE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CTA³

A ser respondido pelos coordenadores dos CTA

Baseado em: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

1. Dados de identificação

Nome do CTA:

Endereço:

Telefone:

Coordenador (a):

2. Histórico

Quando o CTA foi fundado/iniciou suas atividades (ano)?

3. Estrutura e funcionamento

3.1 Horários

Quais os dias e horários de funcionamento do CTA?

Quais os turnos em que são oferecidos aconselhamento pré-teste e pós-teste?

Existe algum horário expandido, como à noite ou fim de semana?

3.2 Espaço físico

Favor marque com um x os espaços contemplados no teu CTA.

Como muitos CTA estão inseridos em outras unidades de saúde, podem ser espaços compartilhados por diferentes atividades de serviço.

recepção

sala de coleta

sala de espera

espaço de arquivamento

sala de atendimento individual

sala de atendimento individual com pia, se realizar teste rápido

sala de atividade coletiva

sala de gerencia/apoio (para CTA de médio e grande porte)

Os espaços físicos são adequados?

Garantem a privacidade e confidencialidade para o usuário?

³ Pode ser reproduzido e aplicado desde que citada a fonte:

Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhadores / por Cristina Beatriz Haag. – 2012. Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

Os espaços de atendimento do CTA estão devidamente identificados para que o usuário possa localizá-los com facilidade?

3.3 Tamanho e composição da equipe

O CTA possui:

Coordenador?

Aconselheiros exclusivos para o CTA?

Quantos?

Aconselheiros não exclusivos?

Quantos?

Profissionais para coleta? Quantos?

Recepcionistas?

Apoio administrativo?

Profissionais para limpeza?

Segurança?

Residentes? Quantos?

Equipe complementar como:

Agente de prevenção para redução de danos?

Apoio na área de informática para geração de informações a partir do SI-CTA?

Outros membros da equipe?

Quais?

O tamanho e composição da equipe são suficientes?

Se não, o que está faltando?

4. Diagnósticos sorológicos

4.1 O CTA oferece à população diagnóstico sorológico

Para HIV?

Para sífilis?

Para hepatite B?

Para hepatite C?

Em quanto tempo os resultados dos exames estão disponíveis para o usuário?

Tempo menor que 15 dias corridos?

4.2 O CTA oferece teste rápido anti-HIV?

Se sim, em que situações?

5. Aconselhamento e testagem

O CTA oferece aconselhamento individual? Coletivo? Para casais?

As atividades de aconselhamento pré-teste são coletivas?

Existe também possibilidade de aconselhamento pré-teste individual?

6. Insumos de prevenção

6.1 Estão disponíveis e em quantidade necessária preservativos masculinos para todos os usuários e usuárias do CTA?

Estão disponíveis em locais de livre e fácil acesso, como recepção, salas de atendimento e displays com facilidade para retirar?

Como o usuário tem acesso ao preservativo masculino? Só pegar num display? Necessita pedir para um funcionário?

6.2 Estão disponíveis e em quantidade necessária preservativos femininos para usuárias do CTA, especialmente para HIV+, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias ou parceiras de usuários de drogas?

6.3 Estão disponíveis e em quantidade necessária gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis, HSH, HIV+ e mulheres que apresentam esta demanda?

6.4 Estão disponíveis e em quantidade necessária Kit para redução de danos?

6.5 O CTA envia lista de demanda de insumos de prevenção para o plano de necessidade anual elaborado pelo estado e município e enviado ao programa de DST/aids?

7. Atividades de prevenção

Abaixo temos diferentes possibilidades de atividades internas e externas de prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DST. Por favor, assinale aquelas realizadas pelo seu CTA.

Atividades internas de prevenção

- aconselhamento
- grupos para segmentos populacionais específicos;
- disponibilização de insumos de prevenção;
- atividades educativas;
- disponibilização de material educativo e informativo;
- orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos,
- outras, quais?

Atividades extramuros de prevenção

- ações de redução de danos em campo;
- aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste;
- aconselhamento individual no pós-teste;
- atividades educativas em instituições, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc;
- distribuição de material informativo e de insumos de prevenção em locais públicos ou eventos;
- atividades de prevenção em campo para segmentos mais vulneráveis;

() atividades de divulgação dos CTA;

() CTA volante;

Consideram-se CTA volantes ou itinerantes: (1) unidades móveis vinculadas aos CTA, com estrutura para realização de testagem e aconselhamento; (2) deslocamento de equipes dos CTA para a realização desses procedimentos em outras unidades de saúde e/ou instituições (presídios, escolas, empresas, etc).

() outras atividades extramuros de prevenção. Quais?

Conhece alguma unidade de CTA volante/itinerante no município de Porto Alegre/RS?

8. Atenção às pessoas vivendo com HIV, portadores de Hepatites virais e DST

Os CTA, visando à concretização da atenção integral, devem realizar encaminhamento resolutivo dos seguintes casos:

Pessoas com sorologia positiva para o HIV.

O CTA possui algum serviço de referencia para encaminhamento?

Qual?

Pessoas com diagnóstico reagente para as hepatites B e C.

O CTA possui algum serviço de referencia para encaminhamento?

Qual?

Pessoas portadoras ou com queixa de sinais/sintomas de DST.

O CTA possui algum serviço de referencia para encaminhamento e tratamento?

Qual?

Existem gargalos/dificuldades nos encaminhamentos? Quais?

9. Capacitações

9.1 Quando fui residente do ADS, atuei como aconselhadora do CTA. Minha formação para a atividade compreendeu as seguintes etapas: assistir palestras, aulas e seminários atualizados sobre o tema HIV/aids; acompanhar todas as atividades de um aconselhador como o pré-teste (palestras explicativas sobre a doença para os usuários que vão realizar o teste de HIV) e o pós-teste (entrega do resultado ao usuário que foi testado); ser acompanhado por um aconselhador realizando estas atividades e, por fim, ser avaliado para verificar se eu tinha perfil e condições de exercer a função.

Existe algum protocolo padrão de capacitação para tornar-se aconselhador?

É semelhante nos diferentes CTA?

9.2 Por seu acúmulo de experiência e conhecimento, os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros atores. O CTA tem realizado capacitações internas e/ou externas?

Para que público?

9.3 Por outro lado, os profissionais exercendo atividades nos CTA devem receber capacitações para estarem atualizados com sua prática. O seu CTA tem recebido capacitações/cursos suficientes, participado de encontros sobre o tema? Qual foi o último que alguém da equipe participou?

10. Produção de informação

O sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento (SI-CTA) têm o propósito de oferecer suporte as atividades realizadas no serviço, além de compor o sistema de vigilância epidemiológica.

O seu CTA alimenta o banco de dados do SI-CTA?

Que dados relevantes, em sua opinião, são possíveis de obter com o SI-CTA?