



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE – UNICENTRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

EMALLINE ANGÉLICA DE PAULA SANTOS

**O ACONSELHAMENTO EM HIV-AIDS/IST NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE**

IRATI
2019

EMALLINE ANGÉLICA DE PAULA SANTOS

**O ACONSELHAMENTO EM HIV-AIDS/IST NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Linha de Pesquisa: Processos do Desenvolvimento Humano nos Contextos Comunitários.

Orientador: Professor Doutor Gustavo Zambenedetti.

IRATI
2019

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

| | |
|-------------|--|
| S237a | <p>SANTOS, Emaíline Angélica de Paula. O aconselhamento em HIV-AIDS/IST no contexto da atenção básica em saúde / Emaíline Angélica de Paula Santos. – Irati, PR : [s.n.], 2019. 143f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Linha de Pesquisa : Processos do Desenvolvimento Humano nos Contextos Comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Saúde pública. I. Zambenedetti, Gustavo. II. UNICENTRO. III. Título.</p> |
| CDD 616.079 | |



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

EMALLINE ANGÉLICA DE PAULA SANTOS

O ACONSELHAMENTO EM HIV-AIDS/IST NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Dissertação aprovada em 29/03/2019 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Dr. Gustavo Zambenedetti

Instituição: UNICENTRO

Dr.^a Cristina Ide Fujinaga

Instituição: UNICENTRO

Dr.^a Katia Bones Rocha

Instituição: PUC/RS

Irati, 29 de março de 2019

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pela vida e por me dar forças para ter chegado até aqui.

Aos meus pais que me deram a maior herança que se pode deixar a um filho: a oportunidade de estudar. Por terem apoiado todas as minhas escolhas, acreditado e confiado em mim, mesmo nos momentos em que eu mesma deixei de acreditar. À minha mãe que, com seu exemplo de determinação enquanto professora, sempre me inspirou a seguir o caminho dos livros.

Ao Michael, meu companheiro do dia-a-dia, com quem aprendi muito sobre a vida e quem sempre me incentivou e me permitiu crescer, compartilhando as tarefas da nossa vida diária.

Ao meu orientador Gustavo pela parceria desde a graduação. Por ter assumido o desafio de me guiar pelos caminhos da pesquisa com muita sabedoria e paciência. Por sempre compartilhar o seu conhecimento, possibilitando a minha construção enquanto profissional e pesquisadora.

Aos meus irmãos, amigos e familiares que, muitas vezes, compreenderam as minhas ausências durante os incansáveis momentos de escrita.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Processos Institucionais, Saúde e Subjetividade” que durante esses dois anos enriqueceram as discussões que corroboraram para a construção desse texto.

A gestão e coordenação da atenção em HIV-AIDS/ISTs do município, que abriram as portas dos serviços e proporcionaram apoio em todas as etapas da pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa, profissionais e usuários que se disponibilizaram e compartilharam as suas vivências e experiências.

As minhas colegas de turma e amigas Catarine e Vanderléia. À Catarine pela amizade leal e serena desde a graduação e pelos momentos “relax” e compartilhamento de angústias. À Vanderléia pelo exemplo de garra e determinação e por todo incentivo e apoio nos momentos de angústia e exaustão.

As professoras da banca de qualificação e defesa, Cristina Ide Fujinaga e Kátia Bones Rocha, pela leitura minuciosa, apontamentos e sugestões, os quais foram essenciais para a construção final desse texto.

Eu sei que a gente se acostuma.
Mas não devia...
A gente se acostuma a morar em apartamento de fundos
e não ter outra vista que não as janelas ao redor.
E porque não tem vista,
logo se acostuma a não olhar para fora.
E porque não olha para fora,
logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas.
E porque não abre as cortinas,
logo se acostuma a acender mais cedo a luz.
E à medida que se acostuma,
esquece o sol,
esquece o ar,
esquece a amplidão [...]

(Marina Colasanti)

RESUMO

A epidemia da AIDS na década de 1980 mobilizou a sociedade e as entidades públicas na busca de estratégias de prevenção eficazes para o controle e enfrentamento da epidemia. O aconselhamento emergiu como uma prática que visava fornecer amparo emocional, educativo e avaliação de risco em diferentes contextos, especialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Na última década houve um processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS/IST para a atenção básica, com a incorporação dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Diante disso, nosso objetivo foi compreender como está ocorrendo a prática do aconselhamento vinculada a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C no contexto da atenção básica em um município da região sudeste do Paraná. Para tanto, foi realizada uma pesquisa-intervenção, sob a perspectiva da análise institucional. Os dispositivos utilizados para produção de dados foram a entrevista semi estruturada com a coordenação do CTA, a observação da prática do aconselhamento em duas Unidades de Saúde e a realização de um grupo focal com os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica. A análise dos dados consistiu em levantar os analisadores e construir quatro linhas de análise, além de um bloco de caracterização em relação aos participantes da pesquisa, o contexto da atenção básica em saúde e a atenção em HIV-AIDS/IST do município. A primeira linha de análise evidencia três analisadores que emergiram a partir do dispositivo comparativo entre duas Unidades de Saúde: ESF/UBS; Processo de Trabalho; Mobilização Subjetiva do Trabalhador. A segunda linha de análise constitui uma discussão por meio de casos analisadores, os quais evidenciaram os desafios e a complexidade da prática do aconselhamento na atenção básica. A terceira linha de análise evidencia o lugar da ciência e da universidade como instituição que visa à extração de dados em prol da construção do conhecimento ao invés de uma produção coletiva que também traga contribuições para o campo. A quarta linha de análise coloca em evidência os aspectos que perpassam a prática do aconselhamento na atenção básica a partir das forças que atravessam (sexualidade; tecnicização/mecanicismo; três dimensões do aconselhamento) e transversalizam essa prática (integralidade da atenção básica; apoio matricial do CTA). Concluímos que a abordagem do aconselhamento na atenção básica deve ser adaptada aos diferentes contextos, de acordo com a realidade e as necessidades de cada usuário.

Palavras-Chave: Aconselhamento; HIV-AIDS/IST; Atenção Básica.

ABSTRACT

The SIDA epidemic in the 1980 mobilized society and public entities in the search for effective prevention strategies to control and combat the epidemic. Counseling emerged as a practice aimed at providing emotional, educational, and risk assessment support in different settings, especially at the Counseling and Counseling Centers. In the last decade, there has been a process of decentralization of VIH-SIDA/STI care to basic care, with the incorporation of rapid tests for VIH, syphilis and hepatitis B and C. In this way, our objective was to understand how the practice of counseling linked to the provision of rapid tests for VIH, syphilis and hepatitis B and C in the context of basic care in a municipality in the southeast region of Paraná. For that, an intervention research was carried out, from the perspective of institutional analysis. The devices used for data production were the semi structured interview with the coordination of the Counseling and Counseling Centers, the observation of the practice of counseling in two Health Units and the accomplishment of a focus group with the nurses and technicians of basic care nursing. Data analysis consisted of analyzers and four lines of analysis, as well as a characterization block in relation to the research participants, the context of basic health care and VIH-SIDA/STI care in the municipality. The first line of analysis shows three analyzers that emerged from the comparative device between two Health Units: family health strategy/basic Health Unit; Work process; Subjective Mobilization of the Worker. The second line of analysis is a discussion through analyzing cases, which revealed the challenges and complexity of the practice of counseling in basic care. The third line of analysis shows the place of science and the university as an institution that aims at extracting data for the construction of knowledge rather than a collective production that also brings contributions to the field. The fourth line of analysis highlights the aspects that go through the practice of counseling in basic care from the forces that cross (sexuality, technicization/mechanicism, three dimensions of counseling) and mainstream this practice (integrality of basic care; matricial support of the center for testing and counseling. We conclude that the approach to counseling in basic care should be adapted to different contexts, according to the reality and needs of each user.

Keywords: Counseling; VIH-SIDA/STI; Basic Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- ACE** – Agente de Combate às Endemias
- AI** – Análise Institucional
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ARV** – Antirretrovirais
- CEEBJA** – Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos
- CIS** – Consórcio Intermunicipal de Saúde
- COAS** – Centros de Orientação e Apoio Sorológico
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento
- DSTs** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HPV** – Papilomavírus Humano
- HSH** – Homens que Fazem Sexo com Homens
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ISTs** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MSM** – Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
- ONGs** – Organizações Não Governamentais
- PA** – Pronto Atendimento
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PEP** – Profilaxia Pós-Exposição
- PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PPGDC** – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário
- PREP** – Profilaxia Pré-Exposição
- PCDT-PEP** – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV
- PCDT-PrEP** – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV
- PSF** – Programa Saúde da Família

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV-AIDS

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAE – Serviços de Atenção Especializada

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro – Oeste

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos dispositivos de produção de dados da pesquisa

Quadro 2 – Serviços ofertados pela Unidade de Saúde 1

Quadro 3 – Serviços ofertados pela Unidade de Saúde 2

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 1.1 Aproximação com o objeto de estudo: as posições ocupadas no campo | 10 |
| 1.2 Construção do problema de pesquisa | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 16 |
| 3.1 O surgimento da abordagem do aconselhamento..... | 16 |
| 3.2 O aconselhamento em HIV-AIDS/IST..... | 17 |
| 3.3 O Aconselhamento no contexto da Atenção Básica em saúde..... | 19 |
| 3.4 A descentralização da atenção em HIV-AIDS/IST: o aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido | 23 |
| 3.5 Prevenção Combinada: perspectivas atuais de prevenção | 25 |
| 3.6 HIV-AIDS: Sexualidade e repercussões subjetivas | 28 |
| 3.7 Revisão integrativa de literatura a respeito da prática do aconselhamento em HIV-AIDS/IST na atenção básica | 31 |
| 4. MÉTODO | 36 |
| 4.1 Perspectiva Teórico Metodológica..... | 36 |
| 4.2 Local e Participantes | 37 |
| 4.3 Procedimentos..... | 38 |
| 4.3.1. Entrevista Semi-Estruturada..... | 38 |
| 4.3.2 Observação..... | 39 |
| 4.3.3 Grupo Focal..... | 40 |
| 4.4 Instrumentos e Registro dos Dados | 42 |
| 4.5 Aspectos Éticos | 43 |
| 4.6 Análise dos dados..... | 43 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 45 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO..... | 46 |
| 5.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa..... | 46 |
| 5.1.2 Caracterização da atenção básica em saúde do município | 47 |
| 5.1.3 Caracterização da atenção em HIV-AIDS/IST do município | 47 |
| 5.2 LINHA DE ANÁLISE 1 – O DISPOSITIVO COMPARATIVO COMO ANALISADOR | 52 |
| 5.2.1 UNIDADE DE SAÚDE 1..... | 52 |

| | |
|--|------------|
| 5.2.2 UNIDADE DE SAÚDE 2..... | 55 |
| 5.2.3 ESF ou UBS? | 58 |
| 5.2.4 PROCESSO DE TRABALHO..... | 60 |
| 5.2.5 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DO TRABALHADOR E O TRABALHO VIVO EM ATO..... | 61 |
| 5.3 LINHA DE ANÁLISE 2 – CASOS ANALISADORES | 65 |
| 5.3.1 CASO 1 –“Dona Flor e o(s) seu(s) (2) marido(s)?” | 65 |
| 5.3.1.1 O caso como Analisador | 67 |
| 5.3.2 CASO 2 – Hepatite C: “E agora?”..... | 68 |
| 5.3.2.1 O caso como Analisador | 70 |
| 5.3.3 CASO 3 – “Não sei ler”: E agora?..... | 71 |
| 5.3.3.1 O caso como Analisador | 73 |
| 5.4 LINHA DE ANÁLISE 3 – O GRUPO FOCAL COMO ANALISADOR | 75 |
| 5.4.1 O Grupo Focal..... | 75 |
| 5.4.2 A pouca adesão dos participantes como analisador..... | 79 |
| 5.5 LINHA DE ANÁLISE 4 – ASPECTOS QUE PERPASSAM O ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 83 |
| 5.5.1 ASPECTOS QUE ATRAVESSAM A PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | 84 |
| 5.5.1.1 A Instituição da Sexualidade..... | 84 |
| 5.5.1.2 “É fazer, positivo, reagente, não reagente e tchau!”: O modelo tecnicista e mecanicista de prevenção | 89 |
| 5.5.1.3 “Aconselhamento vai muito além do que falar de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”: As três dimensões da abordagem do aconselhamento..... | 95 |
| 5.5.2 ASPECTOS QUE TRANSVERSALIZAM A PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 102 |
| 5.5.2.1 Integralidade da Atenção Básica | 102 |
| 5.5.2.2 Trabalho em equipe e apoio matricial do CTA | 106 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 110 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 113 |
| 8. ANEXOS | 125 |

APRESENTAÇÃO

Primeiramente buscaremos apresentar o modo como construímos o percurso desta dissertação, situando o leitor no caminho utilizado para a organização do texto. Iniciamos a introdução compreendendo os percursos e afetos envolvidos na construção do problema e objetivos da pesquisa. Seguimos com a fundamentação teórica demonstrando os caminhos percorridos para compreender o nosso objeto de estudo, a qual foi dividida em sete tópicos: O surgimento da abordagem do aconselhamento; O aconselhamento em HIV-AIDS/IST; O aconselhamento no contexto da atenção básica em saúde; A descentralização da atenção em HIV-AIDS/IST: o aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido; Prevenção Combinada: perspectivas atuais de prevenção; HIV-AIDS: Sexualidade e repercussões subjetivas; Revisão integrativa de literatura a respeito da prática do aconselhamento na atenção básica.

O primeiro tópico busca compreender como surgiu a abordagem do aconselhamento, como esta era entendida e utilizada inicialmente e as mudanças que foram ocorrendo no decorrer do tempo para chegarmos à noção e a prática do aconselhamento da forma como é preconizada hoje. Procuramos ainda, definir o conceito de aconselhamento, apresentando as suas características principais, bem como o papel do aconselhador, buscando diferenciar o aconselhamento da psicoterapia e das práticas educativas. O segundo tópico é destinado a relembramos as primeiras respostas que ocorreram no início da década de 1980 diante da epidemia da AIDS, como se deu a estruturação dos COAS e dos CTAs e como a abordagem do aconselhamento foi adotada pelo campo do HIV-AIDS como estratégia de prevenção. Também destacamos os primeiros manuais que foram publicados, as etapas previstas para o aconselhamento, além das outras ofertas do CTA como o diagnóstico e o tratamento.

O terceiro tópico abrange a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulamentação da atenção básica, as iniciativas de qualificação e a utilização do aconselhamento como ferramenta de prevenção. Além disso, retomamos os manuais publicados, os quais visam contribuir com a formação dos profissionais da atenção básica. O quarto tópico buscou entender os princípios e iniciativas de descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs, como se deu o surgimento do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, o redimensionamento do aconselhamento que passou a estar atrelado a oferta do teste rápido, as portarias que nortearam esse percurso e como ocorreu o processo de capacitação dos profissionais para a realização da testagem e aconselhamento.

O quinto tópico partiu da compreensão da AIDS como um fenômeno complexo e as estratégias de prevenção combinada ofertadas pelo Ministério da Saúde, ressaltando o aumento das intervenções biomédicas com as novas tecnologias de diagnóstico e prevenção que surgiram, bem como a necessidade do resgate das intervenções comportamentais e estruturais. O sexto tópico refere a uma discussão acerca das repercussões subjetivas que os marcadores relacionados à sexualidade produziram no início da epidemia da AIDS. Além disso, enfatiza os movimentos instituídos e instituintes em torno da sexualidade ao longo do tempo a partir da abordagem sexológica e da abordagem construcionista.

O sétimo e último tópico buscou apresentar os resultados de uma revisão integrativa de literatura a respeito da abordagem do aconselhamento na atenção básica que apontou a escassez de estudos na área, bem como os desafios e as potencialidades dessa prática.

Em seguida, apresentaremos as ferramentas utilizadas na construção metodológica, a qual também foi dividida em sete tópicos. O primeiro perpassa a compreensão do viés da análise institucional, que embasou o olhar da pesquisa, destacando a contribuição dos principais autores. Nos demais tópicos são apresentados os dispositivos utilizados para produção dos dados, a caracterização do campo de pesquisa, os participantes, os procedimentos e os aspectos éticos.

Posteriormente serão apresentados os resultados produzidos nas três etapas da pesquisa e a discussão realizada a partir da literatura e do referencial teórico da análise institucional. Este tópico inicia-se com um momento de caracterização, que inclui a caracterização dos participantes da pesquisa e a compreensão acerca da caracterização da atenção básica em saúde e da atenção em HIV-AIDS/ISTs do município. O texto segue dividido em quatro linhas de análise. A primeira delas busca a caracterização das duas Unidades de Saúde onde foram realizadas as observações, seguido da discussão de três analisadores que emergiram nessa etapa da pesquisa. A segunda linha de análise constitui-se do relato de três casos, os quais foram utilizados como analisadores a partir das reflexões que permitiram. A terceira linha de análise discute o próprio grupo focal como analisador, apresentando os principais resultados produzidos junto dos participantes. A quarta linha de análise revela os aspectos que perpassam a prática do aconselhamento na atenção básica, onde serão discutidos os analisadores levantados a partir dos aspectos que atravessam (sexualidade; tecnicização/mecanicismo; dimensões do aconselhamento) e

que transversalizam (integralidade da atenção básica; trabalho em equipe e apoio matricial do CTA) essa prática.

Por fim, serão realizadas as considerações finais, visando destacar as principais descobertas e contribuições da pesquisa.

Todos os instrumentos e documentos utilizados no decorrer da pesquisa estão anexos no final do texto.

1. INTRODUÇÃO

Fazer parte do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) implica a realização de pesquisas interdisciplinares voltadas ao desenvolvimento comunitário, com fundamentação teórico metodológica crítica inter-relacionada à realidade. Esse processo exige criatividade do pesquisador, tanto na escolha do objeto de estudo, quanto na opção por um referencial teórico metodológico que possibilite compreender esse objeto na sua integralidade. Para que isso ocorra, é necessário romper, de certa forma, com alguns métodos tradicionais de pesquisa, os quais inviabilizam a realização das pesquisas com coletivos. Esse movimento vai ao encontro do meu¹percurso enquanto pesquisadora que teve início já durante os anos de graduação e que vem se complementando na pós-graduação.

De acordo com a ciência tradicional positivista, um dos principais requisitos para a eficácia de uma pesquisa é a neutralidade do pesquisador, de forma que a sua subjetividade não interfira no objeto de pesquisa. Iniciamos este estudo, portanto, buscando ressaltar justamente o desafio em negar a história pessoal e a trajetória profissional do pesquisador no campo de pesquisa, uma vez que a própria escolha pelo objeto de estudo já é permeada de subjetividade. Quando reconhecemos o pesquisador na sua integralidade, vemos que ele não é só um pesquisador, mas é também um cidadão comum, um trabalhador ou então um “praticante pesquisador”, quando conduz a sua pesquisa no seu campo profissional ou em um campo próximo. Nesses casos ocorre, portanto, uma tripla implicação: do eu pessoal, o de profissional de campo e do pesquisador (DE LAVERGNE, 2007).

No campo de pesquisa, ocupamos, ao mesmo tempo, diferentes posições e somos constituídos por diversos marcadores, sendo importante identificá-los e colocá-los em análise. A Análise Institucional (AI) nos ajuda a compreender melhor esses fenômenos a partir do conceito da análise de implicação (LOURAU, 2004), ressaltando a impossibilidade da neutralidade do pesquisador diante de si mesmo e do seu objeto de estudo. Dessa forma, reconhece justamente essas implicações que vão compor o campo de investigação, fazendo uma análise atenta e crítica em relação a isso, não no sentido de exercer uma posição de neutralidade, mas sim uma posição que nos possibilite enxergar

¹Nesse primeiro momento do texto é utilizada a primeira pessoa do singular (EU) de modo a enfatizar a construção de um percurso e as implicações relacionadas à posição de sujeito (estagiária, profissional, psicóloga, mestranda). No decorrer da construção do texto é utilizada a primeira pessoa do plural (NÓS) na medida em que o projeto de pesquisa toma corpo, em composição com o orientador e demais sujeitos que contribuíram para essa construção.

para além daquilo que está aparentemente dado ou até mesmo produzir transformações no processo de trabalho (PENIDO, 2013).

Diante dessa perspectiva é importante reconhecermos os papéis que ocupamos quando nos colocamos em relação a um campo de análise e de intervenção. Portanto, vamos iniciar esse trabalho, reconhecendo minha trajetória em relação à temática do HIV-AIDS/ISTs, a aproximação, os caminhos percorridos, os afetos envolvidos, as experiências, os aprendizados e os desafios encontrados nesse percurso, bem como a minha trajetória enquanto psicóloga e trabalhadora da área da saúde, entendendo que tudo isso contribuiu para a construção do problema desta pesquisa e a escolha por tal objeto de estudo.

1.1 Aproximação com o objeto de estudo: as posições ocupadas no campo

A minha aproximação com a temática do HIV-AIDS iniciou-se em 2012, ainda na graduação em Psicologia, a partir do meu interesse pelo campo da pesquisa, principalmente voltada para a área da saúde, o que possibilitou o encontro com professores que haviam recém chegado à Universidade e que vinham de uma trajetória de estudos sobre o tema da AIDS em Porto Alegre-RS. Como não havia estudos sobre HIV-AIDS nesse município e nenhuma aproximação com o campo, lançamo-nos no desafio de tentar compreender inicialmente o perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV-AIDS, com um trabalho de iniciação científica, o qual permitiu um primeiro contato com o então setor de epidemiologia, abrindo espaço para subsidiar outras pesquisas posteriores em relação ao tema, além da abertura de um novo campo de estágio no ano de 2013. O exercício da iniciação científica abriu as portas para a minha trajetória enquanto pesquisadora, produzindo amadurecimento e inúmeros aprendizados, com a compreensão de conceitos importantes da área, como incidência e prevalência, a importância do sigilo, bem como os estigmas envolvidos nesse processo de adoecimento. Os resultados dessa pesquisa em 2012 revelaram um aumento da incidência dos casos em mulheres, se comparado ao número de homens, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de ações destinadas ao público feminino (SANTOS E ZAMBENEDETTI, 2016).

A aproximação com a temática do HIV-AIDS com a iniciação científica possibilitou o meu ingresso no estágio Profissionalizante em Instituições na área da Saúde no 5º ano, o qual foi realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), vinculado ao setor de epidemiologia. O estágio realizado durante o ano de 2014 proporcionou uma imensidão de novas vivências, onde ocorreu o primeiro contato com a

abordagem do aconselhamento e os desafios do trabalho com grupos. As supervisões foram espaços de trocas enriquecedores que possibilitaram o acolhimento das inseguranças e permitiram a (des)construção de muitos tabus e preconceitos pessoais para que então pudéssemos trabalhar um pouco mais “leves” com essa temática.

Durante o primeiro semestre foram realizados grupos com os estudantes de ensino fundamental e médio do Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA), discutindo temáticas referentes à sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis. Esse trabalho permitiu a experiência com a mediação de grupos e a utilização de técnicas grupais que disparavam as discussões e permitiam o espaço de debates. Já no segundo semestre ocorreu a aproximação com a abordagem do aconselhamento em si e as possibilidades do trabalho do psicólogo na atenção básica. Em conjunto com o CTA foi realizada uma ação de aconselhamento pré-teste coletivo e oferta do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C em uma Unidade de Saúde para o público masculino de uma construtora, a qual naquela ocasião estava desenvolvendo uma obra no bairro. Essas primeiras experiências do aconselhamento pré-teste coletivo trouxeram contribuições sobre a necessidade de olhar o sujeito na sua integralidade, uma vez que envolviam aspectos biopsicossociais que tínhamos que trabalhar durante o aconselhamento e da importância, desafios e limitações do trabalho interdisciplinar que era constituído pelas estagiárias de psicologia, pela enfermeira do CTA e pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para finalizar e enriquecer mais ainda a vivência do estágio profissionalizante foi realizado pela primeira vez uma ação na universidade, em parceria com o CTA e a Regional de Saúde, com o objetivo de ofertar o aconselhamento e o teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C para a comunidade universitária (alunos, professores, funcionários e população que acessa a universidade). Tivemos a oportunidade de participar realizando o aconselhamento pré-teste coletivo e individual para as pessoas que tinham o interesse em realizar o teste rápido. Os grupos foram desafiadores, na medida em que se tornou necessário se deslocar desse lugar também de estudante de graduação e passar a discutir temas considerados tabus como a sexualidade com colegas encontrados, muitas vezes, nos espaços da universidade. Lidar com o sigilo, compreender o aconselhamento como um espaço de diálogo, compreender os limites de cada indivíduo e cada grupo e contemplar os três componentes previstos durante o aconselhamento (educativo, avaliação de riscos e apoio emocional) foram alguns dos desafios e exercícios de aprendizado desse processo.

Deslocando-me de um lugar de estudante de graduação para um lugar enquanto profissional de psicologia na área da saúde, tenho o privilégio hoje de atuar na atenção secundária em um Centro de Especialidades² vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), o qual presta serviço para nove municípios da região e me permite, em atividades de educação permanente, compreender os desafios e as dificuldades encontradas pelos profissionais da atenção básica, principalmente no que se refere às limitações das equipes em considerarem a integralidade dos sujeitos, realizarem ações de acolhimento e promoverem um espaço de diálogo permeado por uma escuta ativa.

Essas vivências, enquanto profissional, trouxeram angústias e indagações, sobretudo no que diz respeito à necessidade de educação permanente para as equipes da atenção básica, entendendo a complexidade desse território e as limitações da formação superior hoje no nosso país. Somado a isso, encontra-se a minha construção enquanto pesquisadora e as experiências realizadas na área do HIV-AIDS, principalmente relacionadas à abordagem do aconselhamento. Nesse sentido é que surgiu o interesse em desenvolver tal estudo, buscando atrelar a abordagem do aconselhamento em HIV-AIDS/ISTs ao contexto da atenção básica em saúde.

1.2 Construção do problema de pesquisa

A abordagem do aconselhamento, enquanto um espaço de diálogo que contempla um caráter preventivo, reeducativo e suportivo (PUPO, 2012), foi adotada desde o início da década de 1980, como importante estratégia de prevenção, principalmente a partir do surgimento dos primeiros casos de AIDS no Brasil, que passaram a exigir do Estado respostas eficazes no combate à epidemia. Inicialmente essa prática foi vinculada aos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que passaram a ser reconhecidos em meados da década de 1990 como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), como uma das principais atividades oferecidas por esse serviço, além do diagnóstico e o tratamento das pessoas vivendo com HIV-AIDS (PVHA) (BRASIL, 1999; 2010a).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 e da Lei nº 8.080/90, o aconselhamento passou a ser preconizado em diversos serviços de saúde, inclusive na atenção básica, principalmente a partir das iniciativas de qualificação da

²Os Centros de Especialidades do Paraná são uma estratégia importante da atenção secundária, sob responsabilidade dos consórcios intermunicipais de saúde. São unidades ambulatoriais de alta resolubilidade que ofertarão, num mesmo espaço, consultas e exames especializados, atendimento com equipe multiprofissional e cirurgias eletivas ambulatoriais.

atenção básica, pactuado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2006a; 2011; 2017a), como forma de exercer os princípios e diretrizes previstos, principalmente no que diz respeito aos conceitos de promoção e prevenção da saúde, integralidade do cuidado e descentralização das ações. Dentre os incentivos promovidos pelo Ministério da Saúde, destaca-se a publicação de manuais a partir dos anos 2000, que passaram a orientar a rotina dos profissionais em relação à prática do aconselhamento em HIV-AIDS//ISTs (BRASIL, 2000, 2003, 2005), incluindo intervenções na comunidade (BRASIL, 2006b). A abordagem do aconselhamento é preconizada como um processo de escuta ativa que inclui três componentes básicos: educativo, avaliação de riscos e apoio emocional, devendo ocorrer em dois momentos principais: Aconselhamento Pré-Teste e Aconselhamento Pós-Teste (BRASIL, 2000).

As iniciativas de qualificação da atenção básica, as mudanças no perfil epidemiológico da AIDS e o surgimento do teste rápido para diagnóstico do HIV, Sífilis e Hepatites B e C no início dos anos 2000, são alguns dos principais fatores que possibilitaram a descentralização da atenção em HIV-AIDS//ISTs para a atenção básica (ZAMBENEDETTI, 2014; ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016), a qual passou a ser mais efetiva, principalmente, a partir da portaria nº 151 de 2009 (BRASIL, 2009), que aprovou o uso do teste rápido para diagnóstico, sendo revogada pela portaria nº 29 de 2013, e da portaria nº 77 de 2012 (BRASIL, 2012) que orienta o uso do teste rápido na atenção básica para rastreamento durante o pré natal. Esse processo possibilitou a redução do tempo do diagnóstico e permitiu a ampliação para uma maior parcela da população, além de redimensionar o papel do aconselhamento, que passou a estar atrelado à oferta do teste rápido.

Compreendendo a complexidade do fenômeno do HIV-AIDS/ISTs e como garantia do princípio da integralidade, o Ministério da Saúde passou a investir na prevenção combinada (BRASIL, 2017b), a qual consiste em um conjunto de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, de forma a ampliar as possibilidades de prevenção de acordo com a realidade de cada pessoa. Dentre as intervenções biomédicas, além da distribuição de preservativos, uso do teste rápido diagnóstico e uso dos antirretrovirais (ARV) para tratamento das PVHA, foram incluídas a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (BRASIL, 2018a) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (BRASIL, 2018b) que consiste na utilização de terapia antirretroviral (TARV) para evitar a transmissão ou a sobrevivência do vírus HIV no

organismo de uma pessoa. Além disso, outras tecnologias de diagnóstico têm surgido como, por exemplo, o teste rápido de HIV por fluido oral (BRASIL, 2017b).

Nesse percurso é evidente o crescimento das intervenções biomédicas em comparação as intervenções comportamentais e estruturais (PARKER, 2015). Todos esses avanços, ao mesmo tempo em que ampliaram as possibilidades de diagnóstico e de prevenção para uma maior parcela da população, também trouxeram repercussões, principalmente para o contexto da atenção básica, já que exigiu a capacitação dos profissionais para a técnica da realização dos exames em si, além de redimensionar o papel do aconselhamento, uma vez que emergiu o desafio dos profissionais terem que contemplar em um único encontro os três componentes previstos durante o aconselhamento: educativo, avaliação de riscos e apoio emocional.

Além disso, entendemos a prevenção ao HIV-AIDS/ISTs como um fenômeno social complexo que não pode envolver somente intervenções de ordem biomédica, mas deve ser elaborada levando em consideração vários planos: científico, econômico, moral e cultural (HERZLICH e PIERRET, 2005). A prevenção, portanto, deve ser trabalhada na sua integralidade, exigindo capacitação dos profissionais da saúde para que possam superar a complexidade desse fenômeno.

Considerando-se a complexidade da abordagem do aconselhamento e a forma como está preconizado, bem como a multideterminação do fenômeno HIV-AIDS//ISTs e os desafios que atualmente constituem a atenção básica, delimitamos como pergunta de pesquisa: como está ocorrendo a prática do aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido para HIV-AIDS/ISTs na atenção básica nesse município da região sudeste do Paraná?

Vale ressaltar que quando definimos o problema de pesquisa, a proposta foi apresentada para a gestão municipal com o intuito de buscar apoio e autorização para a realização da pesquisa. Nesse momento a gestão levantou o questionamento de que o aconselhamento e o teste rápido já estavam descentralizados desde 2015, não trazendo isso como questão. Isso nos remeteu a pensar que talvez o que nós enquanto pesquisadores trazíamos como problema de pesquisa, não o era para a gestão.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como está ocorrendo a prática do aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido para HIV-AIDS/IST na atenção básica em um município da região sudeste do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais unidades de saúde estão realizando os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C;
- Analisar como o aconselhamento e testes-rápidos foram incorporados à rotina das unidades de saúde;
- Analisar como está se dando a prática do aconselhamento entre os profissionais da atenção básica;
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde para abordar temáticas referentes à sexualidade;
- Contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica em relação à abordagem da temática da prevenção e temas transversais (sexualidade, gênero) com os usuários.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O surgimento da abordagem do aconselhamento

A prática do aconselhamento surgiu no início da década de 1920 como uma “tecnologia específica de ajuda” (PUPO, 2012) para auxiliar indivíduos em crise ou com dificuldades de resolução de problemas. Até a década de 1950 caracterizava-se como uma prática mais focalizada e objetiva, de caráter situacional, educativo e preventivo, visando construir um ambiente e uma relação de apoio.

A partir do desenvolvimento industrial, ocorreram amplas transformações econômicas, sociais e culturais que produziram novas demandas, principalmente voltadas para o mercado de trabalho. Nesse contexto, o aconselhamento passou então a ser utilizado como uma estratégia de orientação e escolha profissional, caracterizado como um processo racional de auto-avaliação (PUPO, 2012).

Os profissionais que realizavam o aconselhamento começaram a perceber que a abordagem racional era limitada, reconhecendo que havia uma demanda psicossocial por trás das escolhas e que as técnicas tradicionais utilizadas não eram suficientes para manejar essas situações de maior complexidade. Dessa forma, passaram a exigir uma abordagem mais complexa e efetiva para dar conta dessas demandas que surgiam.

Em 1942, Carls Rogers, com a publicação de “Counseling and Psychotherapy”, passou a considerar o aconselhamento e a psicoterapia como sinônimos, possibilitando que, durante muito tempo, essa prática ficasse atrelada à psicologia. Além disso, o aconselhamento também passou a ser confundido com uma prática educativa. É importante destacar que ambas as abordagens partem de um processo de comunicação dialógico que busca oferecer informações específicas, envolvendo um processo de aprendizagem que exige um posicionamento crítico do indivíduo diante da realidade. Porém, existem especificidades que precisam ser compreendidas para que as pessoas não passem a fazer diferentes atividades com o nome de aconselhamento, impedindo o desenvolvimento dessa prática. O aconselhamento, diferente da psicoterapia, visa a solução de problemas específicos, e pretende ir mais além do que uma ação educativa. A ação educativa é vista como um complemento do aconselhamento, algo que pode ou não ser introduzido, mas não é o foco principal da ação (PUPO, 2012).

Pupo (2007, p. 159) define o aconselhamento como:

...uma relação interpessoal e intersubjetiva pautada fundamentalmente em valores humanos específicos, que sustentam, amparam e legitimam atitudes e experiências comunicativas, visando construir condições

facilitadoras para solução de problemas específicos, tomada de decisões importantes e para o desenvolvimento de estratégias factíveis e convenientes para o indivíduo, na transformação da sua realidade.

O processo do aconselhamento, para constituir-se como tal, deve contemplar três momentos ou etapas principais (PUPO, 2012):

Estabelecimento de vínculo e definição de problemas e necessidades – Refere-se ao momento de buscar compreender a percepção do sujeito em relação ao aconselhamento e explicar os objetivos do trabalho, além de permitir que o sujeito expresse as suas preocupações e questões mais importantes e identificar a demanda a ser trabalhada.

Exploração em profundidade – Objetiva-se ampliar o campo de percepção do indivíduo sobre o assunto delimitado e levantar dados relevantes que auxiliem no manejo do problema, tais como: sentimentos, contextos em que ocorre, pessoas envolvidas, rede de apoio, crenças, obstáculos, habilidades, dentre outros que for necessário.

Plano de ação e experimentação da ação – Identificar como o indivíduo gostaria de resolver o problema, desenvolver um plano de ação, levantando hipóteses sobre os possíveis resultados e monitorar conjuntamente os progressos alcançados, compreendendo os desafios envolvidos e abrindo espaço para novas alternativas e tentativas.

É importante ressaltar que essas etapas não precisam ser trabalhadas exatamente nessa ordem, mas a partir de um diálogo construído e focado na pessoa do outro. Para tanto, é necessário “deixar que o outro seja” (PUPO, 2012, p. 147), isto é, reconhecer o outro na sua integralidade, estabelecendo um espaço de escuta que proporcione a confiança, o sigilo e o respeito.

Para que isso ocorra, a postura do aconselhador deve ser de mediador da situação em questão, envolvendo empatia e desprendimento de imposições, juízos de valor e preconceitos (MORENO, 2012). Os objetivos também devem ser construídos na relação, através da corresponsabilização, cabendo ao aconselhador renunciar a necessidade do controle dos resultados.

3.2 O aconselhamento em HIV-AIDS/IST

A epidemia de AIDS na década de 1980 mobilizou a sociedade e as entidades públicas na busca de estratégias eficazes no controle e combate a epidemia. As primeiras respostas surgiram da própria sociedade civil, através de ONGs (Organizações Não

Governamentais) e movimentos sociais que se mobilizaram e se solidarizaram oferecendo apoio e informações para a população, além de lutar pela estruturação de serviços que oferecessem diagnóstico, tratamento e prevenção a essa doença de forma sigilosa.

Diante desse contexto e em resposta à epidemia da AIDS, foi organizado em 1986 o Programa Nacional de AIDS e em 1988 criado o primeiro COAS, que passou a oferecer a testagem e o diagnóstico confidencial e gratuito, além de promover educação em saúde voltada para a prevenção e construir uma relação de confiança e apoio no enfrentamento da doença (BRASIL, 2010a). Dessa forma, o aconselhamento como sendo uma prática que contempla funções de informação, educação e comunicação, essenciais ao trabalho preventivo, foi adotado como estratégia fundamental para o combate da epidemia da AIDS.

A partir de 1996 os COAS passaram a ser denominados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), visando tornar mais clara a função desse serviço (MORENO, 2012). Os CTAs se tornaram referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em HIV-AIDS, nos quais eram realizadas orientações de prevenção do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), destinadas à população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade. Nesse período, foi crescente a implantação dos CTAs no Brasil, com incentivos financeiros do Ministério da Saúde para estados e municípios. Somente no período de 1995 a 1998 foram implantados 108 novos CTA. Em 1999, o Ministério da Saúde lançou o manual com as diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento, já incluindo orientações sobre a abordagem do aconselhamento e também manuais específicos sobre a realização dessa prática (BRASIL, 1999; 2000a).

Como o diagnóstico era feito somente em laboratórios, o aconselhamento era organizado em duas etapas em que era necessário contemplar três dimensões: educativa, avaliação de riscos e apoio emocional. Primeiramente era realizado o aconselhamento pré-teste, o usuário era então encaminhado para coleta de sangue e, somente depois de cerca de 15 dias retornava para ter acesso ao resultado do exame, momento em que era realizado o aconselhamento pós-teste. Os manuais (BRASIL, 1999; 2000) orientam que o aconselhamento pré-teste pode ser realizado individualmente ou em grupo e inicia-se a partir de um diálogo que busca identificar o motivo da testagem, reafirmando o seu caráter voluntário e confidencial, além de abordar conteúdos que promovam apoio educativo em relação às formas de prevenção e apoio emocional diante do possível resultado do teste. Já o aconselhamento pós-teste ocorre após a coleta do sangue, momento em que é

informado o resultado do teste que pode ser reagente ou não reagente. Diante de um resultado não reagente é importante informar sobre a possibilidade da janela imunológica³, além de reforçar a necessidade de o usuário manter práticas seguras frente às ISTs. Diante de um resultado reagente cabe ao profissional prestar o apoio emocional necessário. Além disso, é importante fornecer informações a respeito do tratamento e dos serviços de assistência necessários, bem como reforçar as práticas sexuais seguras para evitar novas infecções.

É importante ressaltar que não significa que informar um resultado não reagente seja mais fácil do que informar um resultado reagente. Ambos possuem desafios uma vez que o diagnóstico reagente para HIV é impactante e exige um manejo adequado do profissional ao oferecer apoio emocional e realizar os encaminhamentos necessários. Já o resultado não reagente para HIV implica o desafio de o profissional estimular o usuário a adotar práticas seguras, uma vez que o risco de infecção continua existindo embora ele possa não se sentir mais ameaçado. Moreno (2012) destaca que em ambos os casos é necessário produzir um efeito transformador em direção ao cuidado com a saúde.

Além do aconselhamento e diagnóstico, outros insumos também eram disponibilizados pelo CTAs com foco na prevenção, como preservativo gratuito, gel lubrificante, seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis e materiais informativos.

3.3 O Aconselhamento no contexto da Atenção Básica em saúde

Na década de 1980, juntamente com a epidemia da AIDS, o Brasil passava por mudanças estruturais em relação ao contexto de saúde. Segundo Paim (2009), essas mudanças foram influenciadas, principalmente, pelo movimento da Reforma Sanitária que ganhava força desde a década de 70 e pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que resultou na Constituição Federal de 1988, a qual passou a preconizar “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, dando ênfase à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, permitindo desenvolver uma atenção integral à saúde. Além disso, ressalta como diretriz básica a descentralização dos serviços, a integralidade e a participação da comunidade nas discussões e decisões referentes à saúde (BRASIL, 1988).

³Janela imunológica é o período entre a infecção e a produção de anticorpos pelo organismo contra o HIV em uma quantidade suficiente para serem detectados pelos testes, como o teste rápido.

Todos esses fatos possibilitaram a implantação do SUS em 1990 constituído por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, p.92).

Além das diretrizes básicas já aprovadas pela Constituição (descentralização, integralidade e participação da comunidade) o SUS estabelece ainda como princípios e diretrizes: a divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

De modo a organizar os serviços de saúde, o SUS propõe a regionalização e a hierarquização das redes, dividindo-as em baixa, média e alta complexidade. A baixa complexidade constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde, sendo representada pela atenção básica que “engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (PAIM, 2009, p.60). A média complexidade corresponde aos serviços ambulatoriais especializados e “compõem-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológico de apoio diagnóstico e terapêutico” (PAIM, 2009, p. 60-70). Os casos de alta complexidade correspondem aos serviços hospitalares que envolvem procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo.

É importante ressaltar que esse caráter hierarquizado da rede não significa que um serviço é mais importante do que outro, mas diz respeito ao modo de usar os recursos disponíveis de uma forma mais racional para atender melhor as pessoas, uma vez que a maior parte dos municípios não tem condições de ofertar integralmente os serviços de saúde (PAIM, 2009).

Uma vez definido o SUS, seus princípios e diretrizes e a forma de organização dos serviços, vamos focar nosso trabalho no primeiro nível de atenção à saúde que é a atenção básica, uma vez que é o nível ao qual correspondem os objetivos do presente estudo.

A conferência de Alma-Ata, em 1978, já havia definido alguns parâmetros básicos relacionados à atenção primária a saúde, a qual se configura como uma estratégia de assistência sanitária que esteja ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidade,

prestando atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde, considerando a especificidade de cada comunidade (ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007).

Como estratégia para implementar a atenção primária, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), visando a reorganização do modelo assistencial. Para definir ainda mais alguns parâmetros para o desenvolvimento da Atenção Básica foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), na qual o Programa Saúde da Família (PSF) passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As mudanças apontadas pelo Ministério da Saúde referem-se principalmente a questão do financiamento, favorecendo a equidade.

A portaria nº 648/2006 foi revogada pela portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011) e atualizada pela portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, a qual passou a estabelecer as diretrizes para a organização da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a). Nessa perspectiva, a atenção básica caracteriza-se por um:

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Além disso, tem como princípios: Universalidade; Equidade; Integralidade; e diretrizes: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

Desde os anos 2000, o Ministério da Saúde passou a publicar manuais destinados a gestores e profissionais de saúde da atenção básica, no sentido de contribuir com a formação dos mesmos no que se refere a prática da prevenção na atenção básica. Dentre as ações previstas, estão incluídas atividades voltadas para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006b, 2005, 2003, 2014, 2017b). Dessa forma, a abordagem do aconselhamento, como importante estratégia de prevenção, passou também a ser preconizada na atenção básica, como ferramenta para auxiliar os profissionais de saúde no cotidiano do trabalho.

Dentre os manuais voltados para a abordagem do aconselhamento podemos destacar o “Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos” de 2000, a “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica” de 2005 e o “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica” de 2003 (BRASIL, 2000, 2003, 2005).

Os “Cadernos de Atenção Básica sobre o HIV/AIDS, hepatites e outras DST” publicado em 2006, contempla possíveis ações de prevenção e tratamento relacionadas ao manejo das então chamadas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), HIV-AIDS e Hepatites Virais nas unidades de saúde, incluindo ações individuais e coletivas abrangendo as populações vulneráveis, como usuários de drogas, profissionais do sexo, gays e a comunidade como um todo de acordo com a realidade de cada território. “A Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica” de 2005 e o “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica” de 2003 dão ênfase à abordagem do aconselhamento como ferramenta essencial no cotidiano do trabalho da atenção básica, demonstrando a importância do diálogo e apoio emocional, além da necessidade de se construir uma relação de confiança com os usuários para ajudá-los a enfrentar os problemas relacionados às DST/HIV-AIDS.

Galindo, Francisco e Rios (2015) fazem uma crítica a esses manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, revelando seu caráter normativo e prescritivo, não englobando a complexidade do fenômeno do HIV-AIDS e as diversas situações vivenciadas pelos aconselhadorees.

Mais recentemente o Ministério da Saúde publicou um manual “HIV/AIDS na Atenção Básica: material para profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2017b), incluindo seis cadernos com cinco passos cada, que orientam o trabalho dos profissionais da atenção básica em relação à elaboração, construção e implementação das ações em HIV-AIDS no que se refere à prevenção combinada, linhas de cuidados, educação permanente, vigilância epidemiológica e monitoramento e avaliação das ações.

É importante ressaltar que, embora exista uma expectativa de que a atenção básica tenha como foco a prevenção, isso se torna um desafio, na medida em que o sistema de saúde foi historicamente construído embasado no modelo curativista e hospitalocêntrico. Esse mandato da atenção básica, portanto, constitui uma necessidade de rompimento com uma ordem instituída.

3.4 A descentralização da atenção em HIV-AIDS/IST: o aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido

Inicialmente a abordagem do aconselhamento era preconizada na atenção básica como ferramenta de prevenção às ISTs, sendo o diagnóstico e o tratamento realizado em serviços especializados, como o CTA, SAE (Serviços de Atenção Especializada), ou ambulatórios e hospitais de referência. No decorrer da epidemia da AIDS, diversos fatores passaram a exigir cada vez mais respostas e incentivos do Ministério da Saúde no que se refere à atenção em HIV-AIDS/ISTs, possibilitando a descentralização dessas ações para a atenção básica (ZAMBENEDETTI, 2014).

Dentre esses fatores, podemos destacar a tendência de feminilização, heterossexualização e pauperização no início da epidemia, que demandou atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação de acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2008), embora os dados do boletim epidemiológico de 2018 demonstre que a subnotificação de casos nos Sistemas de Informação do SUS desde 1986 traz relevantes implicações para a resposta ao HIV/AIDS, visto que permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, colocando em xeque essas tendências. A disponibilização gratuita dos antirretrovirais-ARV na rede pública de saúde a partir de 1996 (BRASIL, 1996) possibilitou a redução das taxas de mortalidade e letalidade relacionadas à AIDS, contribuindo para que a AIDS passasse progressivamente a ser considerada uma doença crônica. Dessa forma, as PVHA que entravam no sistema de saúde permaneciam por mais tempo fazendo uso dele, diferentemente do início da epidemia quando o diagnóstico ocorria tardiamente e as pessoas já se encontravam com o sistema imunológico debilitado, o que levava ao óbito muito rapidamente.

O diagnóstico da infecção pelo HIV por testes rápidos surgiu no Brasil a partir do ano de 2000 com o objetivo de ampliar a testagem em regiões de difícil acesso geográfico, principalmente para populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Além disso, surgiu como estratégia para agilizar o processo de diagnóstico, uma vez que não demandam processamento laboratorial, gerando o resultado cerca de 20 minutos após a realização da coleta. A partir disso, a abordagem do aconselhamento passou então a estar atrelada a oferta do teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, sendo realizado o aconselhamento pré-teste e pós-teste em um único encontro. Cabe ressaltar que, nesse período, o teste rápido ainda não era preconizado pelo Ministério da Saúde como alternativa de diagnóstico e nem disponibilizado gratuitamente pelo SUS.

Em 2003, houve uma primeira tentativa do Ministério da Saúde de ampliar a testagem e aconselhamento para um maior número da população em campanhas denominadas “Fique Sabendo!”, nas quais eram realizadas ações de prevenção e diagnóstico em grandes eventos como o carnaval e paradas gay. A partir disso, a atenção básica também passou a ser vista como um lugar estratégico para ações de prevenção e diagnóstico do HIV (BRASIL, 2008).

Em 2009, o Ministério da Saúde, na portaria nº 151, aprovou o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV como meta prioritária de ampliação da oferta do diagnóstico para o HIV, mediante a necessidade de promover o diagnóstico precoce para o controle da infecção e da disseminação do vírus (BRASIL, 2009). Essa portaria foi revogada pela portaria nº 29 de 2013, a qual aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências (BRASIL, 2013).

Em 2012, na portaria nº 77, o Ministério da Saúde dispõe sobre a necessidade da ampliação do uso de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis em gestantes e seus parceiros sexuais. Os testes rápidos foram inseridos nas unidades de saúde no programa da Rede Cegonha, como alternativa de rastreamento durante o pré-natal. Apesar de colocar ênfase nas gestantes e parceiros sexuais, a portaria flexibiliza a oferta para outros públicos frequentadores da atenção básica, conforme planejamento local (BRASIL, 2012).

O teste rápido pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, desde que os mesmos tenham sido devidamente capacitados pessoalmente ou à distância (BRASIL, 2013). Para a implantação do teste rápido diagnóstico, o Ministério da Saúde realizou um programa de capacitação em parceria com os Programas Estaduais de IST-AIDS para o treinamento dos profissionais. Além disso, passou a disponibilizar o Telelab, uma plataforma virtual que fornece capacitação gratuita a todos os profissionais interessados.

Em 2016, após solicitação do Ministério da Saúde, visando alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, da Sífilis e das Hepatites Virais, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou o parecer nº 244/2016⁴ que revogou o parecer normativo nº 001/2013, autorizando também que os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem devidamente treinados realizem o teste rápido para triagem do

⁴ Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016_46254.html

HIV, Sífilis e Hepatites Virais, sob a supervisão do enfermeiro, ao qual fica restrita a emissão do laudo.

Podemos observar que todos esses aspectos possibilitaram a descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs e redimensionaram o papel do aconselhamento na atenção básica, uma vez que, inicialmente foi preconizado apenas como uma ferramenta de acolhimento e prevenção durante o aconselhamento pré-teste, e agora se tornou necessário englobar em um único encontro o aconselhamento pré-teste, o diagnóstico e o aconselhamento pós-teste.

É importante ressaltar que a descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a atenção básica não ocorreu ao mesmo tempo e nem da mesma forma em todo o território nacional. Os estados e municípios foram realizando esse processo de acordo com a sua realidade e com os serviços disponíveis em cada local. A partir de alguns estudos (BRASIL, 2014; ZAMBENEDETTI, 2014) já é possível avaliar os efeitos que a descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs tem produzido na atenção básica, demonstrando os desafios e as potencialidades, inclusive em relação à prática do aconselhamento.

3.5 Prevenção Combinada: perspectivas atuais de prevenção

A atenção em HIV-AIDS/ISTs consiste em um fenômeno complexo (AYRES et al., 2009), com multideterminações, já que abrange aspectos sociais, técnicos, históricos, contextuais e políticos. Para atender a complexidade do fenômeno do HIV-AIDS/ISTs e, em consonância com a política do SUS, o Ministério da Saúde adotou como estratégia de prevenção, a perspectiva da Prevenção Combinada, “que consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais” (BRASIL, 2017b, p. 9).

As intervenções biomédicas são estratégias voltadas à redução do risco de exposição. Podem ser divididas em dois grupos: as intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, como, por exemplo, a distribuição de preservativos masculinos e femininos e o gel lubrificante, largamente utilizados no Brasil. Há também as intervenções biomédicas baseadas no uso do antirretroviral (ARV), como a profilaxia pré exposição (PrEP) e pós exposição (PEP), que consiste numa terapia antirretroviral (TARV) antes e após, respectivamente, a exposição ao vírus para impedir a transmissão do mesmo (BRASIL, 2017b).

A PEP para HIV está disponível no SUS desde 1999, porém, era recomendada somente em casos de violência sexual e acidente ocupacional. Em 2015 houve uma primeira atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PEP) com o objetivo de simplificar as orientações da PEP e ampliar o uso da profilaxia a todas as exposições que representem riscos de infecção pelo HIV, principalmente, nos atendimentos de emergências, por profissionais não especialistas. A PEP foi inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV no mundo. Em 2018, o PCDT-PEP foi atualizado, buscando a atenção integral à pessoa exposta ao risco das IST, do HIV e das hepatites virais, considerando a necessidade de controle desses agravos (BRASIL, 2018a).

A PrEP também foi inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PrEP) publicado em 2017 e atualizado em 2018. A PrEP consiste no uso de ARV para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Dentre os critérios de inclusão da PrEP estão as chamadas populações chave e prioritárias, como os gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e pessoas em privação de liberdade (BRASIL, 2018b). É importante ressaltar que a PEP e PrEP se inserem como uma estratégia adicional nova de prevenção disponível no SUS de forma a ampliar as possibilidades de prevenção dos indivíduos.

O surgimento do teste rápido como ferramenta de intervenção biomédica possibilitou a ampliação do diagnóstico para um maior número da população e redimensionou as intervenções comportamentais e estruturais, as quais passaram a ocorrer em um único encontro. Outra ferramenta que tem sido utilizada para o diagnóstico do HIV é o teste rápido por fluido oral, o qual extrai com auxílio de uma haste o fluido da mucosa bucal e reage em um frasco com solução, permitindo o diagnóstico em 30 minutos. O teste rápido por fluido oral passou a ser disponibilizado pelo SUS somente em 2014, a partir da portaria nº 29 de 2013 (BRASIL, 2013). Inicialmente foi utilizado durante as campanhas “Viva Melhor Sabendo” como estratégia de triagem e ampliação do diagnóstico para as populações chave e prioritárias (BRASIL, 2017c). Como se trata de uma metodologia bastante simples e rápida que apresenta baixo risco biológico, pode ser realizada por diversos trabalhadores(as) de saúde capacitados, como os agentes comunitários de saúde, por exemplo, já que não necessita de habilitação laboratorial (BRASIL, 2017b).

As intervenções comportamentais são estratégias que tem como objetivo a informação e a percepção do usuário em relação ao risco à exposição ao HIV e sua consequente redução, por meio de incentivos de mudança de comportamento do indivíduo, grupos ou comunidade. As principais intervenções comportamentais são o incentivo a testagem e ao uso dos preservativos, o aconselhamento ao HIV-AIDS/ISTs, a vinculação e adesão do usuário aos serviços de saúde, a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas, as estratégias de comunicação e educação entre pares, dentre outras (BRASIL, 2017b).

Já as intervenções estruturais dizem respeito às estratégias de enfrentamento dos fatores e condições socioculturais como preconceito, estigma e discriminação, os quais influenciam diretamente na vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV. A exemplo disso podemos citar as ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia, transfobia e demais preconceitos, além das campanhas educativas e de conscientização.

A combinação dessas três formas de intervenção, biomédica, comportamental e estrutural, constitui a prevenção combinada. Segundo Parker (2015b, p.10), “não há um método preventivo único que seja necessariamente melhor; cada um oferece vantagens e desvantagens, a depender do contexto em que é utilizado e das necessidades das pessoas.” A estratégia de prevenção combinada permite que as diferentes abordagens sejam aplicadas em múltiplos níveis, tanto individual, coletivo ou comunitário, de forma a responder as necessidades específicas de cada população.

Diante dos avanços e possibilidades de prevenção que surgiram em resposta ao combate ao HIV-AIDS/ISTs, fica evidente o crescimento das intervenções biomédicas em contraposição as intervenções comportamentais e estruturais (PARKER, 2015). O surgimento do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C permitiu a ampliação do diagnóstico para um maior número da população e aumentou a gama de possibilidades de prevenção de acordo com a realidade de cada usuário. Por outro lado, trouxe desafios para os profissionais, os quais agora são tensionados a contemplar em um único encontro os três componentes previstos durante o aconselhamento: educativo, avaliação de riscos e apoio emocional, além da técnica da testagem em si, sendo que anteriormente o aconselhamento pré-teste e pós-teste ocorriam em mais encontros em um intervalo de aproximadamente 15 dias e o diagnóstico era feito em meio laboratorial. Esses desafios enfrentados pelos profissionais fazem com que o diagnóstico e o tratamento sejam

utilizados, muitas vezes, como a única forma de prevenção, sendo abandonadas as outras metodologias utilizadas como, por exemplo, o aconselhamento (PARKER, 2015).

Nesse sentido, ressaltamos a importância das intervenções comportamentais e estruturais, uma vez que ainda se torna necessário o encontro entre os indivíduos para a realização da apresentação, negociação e escolha dos melhores métodos, as formas de uso, as vantagens e desvantagens, os efeitos possíveis, os sentimentos que repercutem, enfim, um encontro que continua demandando e justifica a prática do aconselhamento.

3.6 HIV-AIDS: Sexualidade e repercussões subjetivas

Os dados do boletim epidemiológico (BRASIL, 2018c) demonstram que a via sexual ainda é a principal forma de transmissão do HIV, correspondendo a 96,3 % dos casos de infecção em homens e 96,8% em mulheres. Esse fato coloca em evidência o sexo e a sexualidade e a necessidade da abordagem destes temas para a realização de ações de prevenção contextualizadas que produzam sentidos para os sujeitos.

A falta de conhecimento em relação às formas de transmissão do vírus no início da epidemia da AIDS na década de 1980 resultou em estigmas e preconceitos a partir de marcadores, principalmente relacionados à dimensão da sexualidade.

O fato dos primeiros casos de AIDS no Brasil na década de 1980 terem sido identificados em pacientes homossexuais ou bissexuais (BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD; BRASIL, 2006b) possibilitou que a epidemia fosse caracterizada inicialmente como a “peste gay” (MARQUES, 2003). Segundo Sontag (2007), a associação entre a AIDS e a homossexualidade era tão grande que o diagnóstico, naquela época, designava uma “dupla revelação” já que no imaginário social, revelar o diagnóstico de AIDS era sinônimo de revelar a orientação sexual do indivíduo, isto é, a homossexualidade. Além dos homossexuais, os hemofílicos, os usuários de drogas injetáveis e as prostitutas, constituíam os chamados “grupos de risco”, o que resultou em estigma e preconceito também em relação a essas populações. O conceito de “grupos de risco” logo foi substituído pelo conceito de “comportamento de risco”, individualizando e culpabilizando os sujeitos. Nesse sentido, adotou-se a perspectiva da vulnerabilidade para guiar trabalhos de prevenção e atenção integral às PVHA articulado ao referencial dos direitos humanos (AYRES et al., 2009; AYRES, PAIVA e BUCHALA, 2012).

Com os novos conhecimentos que foram surgindo, foi detectado que a causa da síndrome era um vírus, denominado de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o qual era transmitido através de relações sexuais e contato com o sangue, leite materno e fluido

genitais de uma pessoa infectada (BRASIL, 2006b). Portanto, constatou-se que não existia predileção do vírus pela identidade ou orientação sexual de um indivíduo.

No decorrer do tempo a epidemia da AIDS foi sofrendo diversas transformações em relação ao seu perfil epidemiológico que perpassam também a dimensão da sexualidade. Essas mudanças foram caracterizadas, por exemplo, pela tendência de feminilização, na qual se observava um aumento no número de mulheres infectadas, diminuindo a diferença entre o número de homens e mulheres com HIV. A tendência da heterossexualização, na qual houve um aumento significativo da incidência de HIV nos heterossexuais, contrapondo-se ao mito do início da epidemia que registrava uma incidência maior em homossexuais (BRASIL, 2006b).

Apesar do crescimento dos casos de HIV-AIDS em mulheres e heterossexuais masculinos ao longo dos anos, novas tendências demonstravam que a epidemia no Brasil ainda se mantinha concentrada entre os subgrupos sob maior risco de infecção e disseminação das ISTs, caracterizados principalmente pelos homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (UDI) do sexo masculino (BARBOSA JUNIOR, 2009; GRANJEIRO, ESCUDER e CASTILHO, 2010).

Atualmente, essa discussão remete às populações-chave e prioritárias, entendendo que existem populações mais afetadas se comparadas à população geral, as quais devem ser o foco das ações de prevenção. É importante ressaltar que o termo população-chave e prioritárias não tem a intenção de estigmatizar essas populações, embora possa ocorrer esse processo de estigmatização como um efeito colateral do termo, assim como ocorreu no início da epidemia. Nesse sentido, torna-se necessário um cuidado e monitoramento constante em relação aos efeitos produzidos por essas nomenclaturas. As populações-chave reconhecidas e identificadas nacionalmente pelo Ministério da Saúde são: gays, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo. Já as populações prioritárias também são aquelas afetadas desproporcionalmente pelo HIV quando comparadas à população geral, porém, são resultantes de dinâmicas sociais locais e variam de acordo com o território, como, por exemplo, as populações negras, indígenas, em situação de rua, as pessoas trans e privadas de liberdade (BRASIL, 2017b).

Como já apontado anteriormente, os marcadores produzidos no início da epidemia da AIDS estão relacionados, principalmente, com a dimensão da sexualidade. Nesse estudo partimos do entendimento da sexualidade como uma instituição, caracterizada por um conjunto de normas e regras formais e informais que se insinuam sobre os sujeitos, dispendo a maneira como eles devem se comportar, bem como determina gratificações

para a adequação a essas normas ou sanções e punições para a desadequação delas (BAREMBLITT, 1996). A partir dessa perspectiva, compreendemos porque esses marcadores relacionados à sexualidade resultaram em estigma e preconceito, uma vez que as leis que regem os comportamentos sexuais considerados adequados na nossa sociedade são o casal heterossexual, monogâmico, de família nuclear. Qualquer conduta que se desvie desse padrão poderá ser rechaçada e excluída.

Todos nós somos atravessados por diversas instituições, como a educação, o trabalho, a justiça, a religião e uma delas é a instituição da sexualidade. Embora não possamos determinar a origem exata das instituições, uma vez que elas estão atreladas a própria constituição da civilização humana, podemos observar que elas possuem uma potência, um movimento de transformação constante que possibilitou mudanças nas suas características no decorrer da história. Isso ocorre porque dentro das instituições existe aquilo que chamamos de instituído, ou seja, aquilo que está cristalizado e estático e aquilo que é instituinte, criativo (BAREMBLITT, 1996).

Paiva (2008) demonstra, por exemplo, que, durante muito tempo, a sexualidade foi abordada a partir de uma perspectiva sexológica que atribuía a sua produção aos instintos internos através de forças “naturais”. Nessa perspectiva, tudo que era disfuncional, ou seja, que não se ajustava àquilo que era reconhecido como sexualmente “normal” era passível de ser tratado por especialistas. Parker (2016) revela a construção social da sexualidade a partir de diversas influências como a cultura, a economia e a política. Louro (2016) acrescenta ainda o quanto a escola sempre ocupou um papel fundamental na manutenção de uma sexualidade “normal” na vida dos sujeitos, educando os corpos para se adequarem as regras normal/anormal, bom/mal, natural/não natural, socialmente construídas. Ressaltamos aqui a existência de outra instituição, a da educação. Nesse sentido, podemos perceber o quanto somos atravessados por diversas forças ao mesmo tempo, as quais regulam o nosso modo de estar e agir no mundo.

Os movimentos de ruptura com aquilo que está cristalizado é o que chamamos de instituinte. Dentro da instituição da sexualidade podemos perceber esse movimento a partir do final da década de 1960 quando a abordagem sexológica, baseada na essencialidade, passa a ser questionada por teóricos dos movimentos feministas e homossexuais, contribuindo para o desenvolvimento de estudos no campo das ciências sociais e humanas aprofundando a crise do paradigma sexológico e abrindo espaço para uma abordagem crítica chamada construcionista. A abordagem construcionista, segundo Paiva (2008), rompe com o determinismo biológico e a naturalidade de como alguns

temas foram compreendidos ao longo da história, como a desigualdade entre os sexos e a subordinação feminina que resultou em uma cultura machista e a discriminação sexual a partir de conceitos heteronormativos que atribuem a homossexualidade como anormal a vida humana.

É importante compreendermos que, embora essas duas abordagens tenham pontos de surgimento específicos, ambas ainda co-existem e atravessam as práticas em saúde, fornecendo parâmetros para a atuação dos profissionais, sob lógicas diferentes. O que ocorre é que os profissionais, muitas vezes, não percebem isso e acham que é natural o modo como lidam com a sexualidade. Apesar da suposição de que os profissionais de saúde são capacitados para lidar com o tema da sexualidade, estudos (PAIVA, 2000; PAIVA, AYRES & FRANÇA JR, 2004; PAIVA, 2006; PAIVA, 2008) demonstram que eles quase sempre atuam com base em suas crenças e valores pessoais, construídos pelo discurso sexológico típico do século passado, disseminado pela mídia e reinterpretado pelo discurso religioso. Dessa forma, “normatizam o sexo desejável, nomeando-o como “mais saudável”, baseados em valores e noções pessoais que reinterpretam a sofisticada teorização sexológica do século XX” (PAIVA, 2008, p. 644).

O movimento de buscar olhar com estranhamento para o nosso cotidiano constitui uma das maiores contribuições da análise institucional para o campo da saúde, demonstrando que o modo como lidamos com determinados fenômenos, incluindo a sexualidade, não é natural (GUIZARD, LOPES e CUNHA, 2011). Esse exercício exige a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde no sentido de romper com o discurso sexológico e produzir movimentos instituintes a partir das reflexões construcionistas. Só assim é possível construir estratégias contextualizadas e eficazes de prevenção que atendam às necessidades dos usuários.

3.7 Revisão de literatura a respeito da prática do aconselhamento em HIV-AIDS/IST na atenção básica

Vislumbrando o “estado da arte” (FERREIRA, 2002) da pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura no sentido de conhecer a produção científica a respeito da prática do aconselhamento em HIV-AIDS/IST na atenção básica a saúde.

A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2018, utilizando a base de dados Scielo e Pepsic, no idioma português, sem restrição em relação ao ano de publicação dos artigos, utilizando os descritores “aconselhamento”, “hiv”, “aids” e “atenção básica”, com a opção “and”. Como critérios de inclusão eram necessários que os artigos abrangessem

de alguma forma a prática do aconselhamento na atenção básica, mesmo que não exclusivamente. Foram excluídos todos os artigos que não diziam respeito à prática do aconselhamento na atenção básica, como também outros estudos de revisão de literatura em relação a essa temática.

Nessa primeira busca, não foi possível encontrar nenhum artigo relacionado.

Compreendendo a variedade de nomenclaturas e siglas utilizadas tanto para o HIV como para a atenção básica, optou-se por utilizar a estratégia do cruzamento aleatório de diversos descritores, como “aconselhamento”, “hiv”, “aids”, “atenção básica”, “atenção primária”, “unidade básica de saúde”, “esf” e “estratégia de saúde da família”, na busca de artigos que pudessem abranger de alguma forma a temática do aconselhamento na atenção básica, mesmo que não exclusivamente. Nessa busca, foram mantidos os mesmos critérios da primeira.

Inicialmente foi realizada uma busca na base de dados Pepsic. Foram encontrados 9 artigos, porém, nenhum correspondia a temática do aconselhamento em HIV-AIDS na atenção básica. A maioria deles era estudos de revisão bibliográfica sobre alguma temática relacionada ao HIV-AIDS. Na busca realizada na base de dados Scielo foram encontrados 147 artigos relacionados, sendo que 56 eram repetidos e, portanto, foram descartados. Dos 91 artigos restantes, 86 foram excluídos porque diziam respeito a outros temas, principalmente relacionados à prática do aconselhamento em serviços especializados como CTAs ou maternidades. Somente 5 artigos foram selecionados por abordarem a temática do aconselhamento em HIV-AIDS na atenção básica, mesmo que não de forma exclusiva. Não houve artigos repetidos entre os encontrados na base de dados Pepsic e Scielo. Além disso, foi inserido um artigo por conveniência indexado na base de dados Scielo, que corresponde ao tema da pesquisa e que não foi identificado durante as pesquisas com nenhum dos descritores.

Foram selecionados, portanto, 6 artigos para análise (ARAÚJO et al., 2006; BARBOSA et al., 2015; ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016; ROCHA et al., 2016; ARAÚJO et al., 2018; ROCHA et al., 2018). Após leitura minuciosa dos artigos, foram selecionadas e organizadas em um quadro as informações mais relevantes para síntese dos conteúdos, como: ano de publicação, autores, título, metodologia utilizada, resultados encontrados e conclusão do estudo. Posteriormente, as informações foram comparadas e agrupadas por similaridade de conteúdos, sendo construídas duas categorias de análise para discussão de acordo com a bibliografia utilizada.

Os resultados encontrados demonstram que as produções predominaram nos últimos quatro anos, sendo que apenas um dos artigos (ARAÚJO et al., 2006) foi publicado em 2006. Esses dados demonstram que possivelmente a prática do aconselhamento passou a ser mais efetiva na atenção básica a partir de 2009, quando atrelada à oferta do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C como diagnóstico (BRASIL, 2009) e incorporado durante a rotina do pré-natal de gestantes na atenção básica (BRASIL, 2012) com as iniciativas de descentralização da atenção em HIV-AIDS/IST, embora já tivessem incentivos do Ministério da Saúde para as ações de prevenção na atenção básica desde os anos 2000 (BRASIL, 2000, 2003, 2005, 2006b).

A utilização da metodologia qualitativa foi absoluta em todos os 6 artigos selecionados, diferenciando apenas os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, sendo que um (ARAÚJO et al., 2006) utilizou a observação não participante, dois (BARBOSA et al., 2015; ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016) utilizaram grupos focais e três (ROCHA et al., 2016; ARAÚJO et al., 2018; ROCHA et al., 2018) utilizaram a entrevista semi-estruturada. Embora os 6 artigos tivessem como base a metodologia qualitativa, apenas dois deles (BARBOSA et al., 2015; ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016) utilizaram uma metodologia com caráter mais participativo, mediante a técnica de grupo focal, ancorada no Reporting Pesquisa Qualitativa – COREQ e o viés analítico institucional utilizando-se das contribuições de autores como Baremlitt, Lourau e Foucault, respectivamente.

Além disso, foi possível observar que os 6 artigos selecionados abordam as práticas dos profissionais da atenção básica, avaliando a percepção deles em relação à prática do aconselhamento, sendo que nenhum avalia a percepção dos usuários que participaram da testagem e aconselhamento, não sendo priorizadas as especificidades vivenciadas pelos usuários durante esse processo, os quais têm muito a contribuir com o aprimoramento dessa prática na atenção básica.

Os 6 artigos selecionados para a análise apontaram as dificuldades e os desafios encontrados na prática do aconselhamento na atenção básica e 2 artigos (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2016; ROCHA et al., 2016) referem às potencialidades encontradas no cotidiano desses serviços que podem auxiliar os profissionais na realização do aconselhamento. Dessa forma, os conteúdos dos artigos foram organizados em duas categorias de acordo com a similaridade e discutidos a luz da bibliografia estudada. As categorias foram assim especificadas: “Dificuldades e desafios na prática do

aconselhamento na atenção básica” e “Potencialidades para a prática do aconselhamento na atenção básica” e discutidas a luz da bibliografia estudada.

Dentre as principais dificuldades e desafios apontados pelos autores destacamos a limitação da prática do aconselhamento com ênfase na parte técnica do teste, a insegurança dos profissionais e a necessidade de educação permanente. Como potencialidades, destacamos a sensibilização e o reconhecimento da importância do aconselhamento e o apoio matricial.

Em relação à limitação da prática do aconselhamento, Araújo et al. (2006) apontam a prevalência do relacionamento EU-ISSO durante o aconselhamento, ou seja, a relação do aconselhador para com o sujeito como se ele fosse um mero objeto, não considerando a complexidade do ser humano. Acrescentam ainda que “as consultas eram rápidas e puramente mecânicas, levando os profissionais, em certos momentos, a fugirem de uma assistência humanizada”. Barbosa et al. (2015) demonstram que os profissionais realizavam o aconselhamento de forma reduzida baseada na orientação para prevenção de doenças. Dentre os aspectos considerados negativos apontados por Rocha et al. (2016), destacam-se a ênfase na parte técnica do teste. Os mesmos autores também apontam um maior domínio na execução do teste (tecnologia dura) e na abordagem informativa (tecnologia leve-dura). Esses dados evidenciam uma prevalência do componente informativo-educativo em relação aos demais componentes previstos durante o aconselhamento.

Quanto a insegurança dos profissionais aconselhadores, Barbosa et al. (2015) relatam a “sensação de despreparo e insegurança na comunicação do resultado de exames”. Zambenedetti e Silva (2016) também apontam para a insegurança dos profissionais na “comunicação diagnóstica”. Rocha et al. (2018) dão ênfase a “insegurança em relação à gestão de riscos e ao suporte emocional, principalmente diante do diagnóstico positivo”. Essa análise direciona para outro desafio apontado pelos autores que se refere à necessidade de educação permanente, a qual deve ser acompanhada de uma “mobilização subjetiva do trabalhador” (Zambenedetti e Silva, 2016). Araújo et al. (2006) levantam a necessidade de se repensarem as práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros nas UBASF, visando a elaborações de abordagens inovadoras e estratégias a serem implantadas pelos profissionais. Esse aspecto também pode ser observado em Zambenedetti e Silva (2016), os quais apontam para a necessidade de “capacitação e apoio matricial”. Rocha et al. (2016) demonstram a importância da capacitação dos profissionais da atenção básica, por meio de interconsultas, supervisões

e visitas, que são características concernentes ao apoio matricial. Araújo et al. (2018) indicam a capacitação para realização do aconselhamento pré e pós-teste, e a necessidade de melhorias nas ações de educação permanente. Nesse sentido, ressalta-se à importância da capacitação dos profissionais da atenção básica, com a educação permanente e o apoio matricial.

Dentre outros aspectos relevantes, Rocha et al. (2018) apontam para a centralização da prática nos profissionais enfermeiros, não se apresentando de forma transversal na equipe, embora o teste rápido possa ser realizado por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente capacitado.

Quanto as potencialidades Barbosa et al. (2015) e Zambenedetti e Silva (2016) demonstram um reconhecimento por parte dos profissionais sobre a relevância da prática do aconselhamento, principalmente a partir dos dados epidemiológicos, além de reconhecerem que esta prática deve ser baseada nos princípios do SUS. Estes dados nos mostram uma abertura subjetiva do profissional para um processo de mudança e aprendizado no cotidiano de trabalho que deve ser efetuado em longo prazo, o que também foi apontado por Zambenedetti e Silva (2016). Outro aspecto apontado como positivo por Zambenedetti e Silva (2016) e, mais especificamente, por Rocha et al. (2016) é em relação a necessidade do apoio matricial para as equipes de atenção básica, com o suporte dos serviços especializados como CTA, que tiveram o seu papel ampliado a partir da portaria nº 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010b), a qual estabelece diretrizes para a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011).

A partir dessa revisão de literatura, pudemos compreender como as práticas do aconselhamento vêm se desenvolvendo na atenção básica, incluindo os seus desafios e potencialidades. Além disso, foi possível perceber que existem ainda poucos estudos na área e concluímos ser necessária a produção de mais estudos que busquem compreender não só a percepção de profissionais, mas também de usuários a respeito da prática do aconselhamento na atenção básica, e que se utilizem de metodologias mais participativas (FRAGOSO, 2005) visando promover o desenvolvimento comunitário.

4. MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa-intervenção, a partir da perspectiva teórico-metodológica analítica institucional. A escolha por tal metodologia foi considerada coerente a proposta do estudo, além de ir ao encontro dos objetivos do Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC), o qual visa o desenvolvimento de pesquisas que tenham um viés mais participativo e com impactos no contexto comunitário.

4.1 Perspectiva Teórico Metodológica

O Movimento Institucionalista teve sua origem na França na década de 1960 e caracteriza-se por um conjunto de saberes e práticas que busca interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições, como a política, a saúde, a educação, a religião e o trabalho. O Institucionalismo chegou ao Brasil em meados da década de 1970. Possui um conjunto de escolas com diferentes correntes de pensamentos, como a Análise Institucional ou Socioanálise, a Sociopsicanálise e a Esquizoanálise. Nesse estudo utilizamos o referencial teórico da Análise Institucional Socioanalítica, que tem como principais precursores as contribuições de René Lourau e Georges Lapassade.

Essa abordagem compreende um processo de desnaturalização das instituições, sendo estas entendidas não como estabelecimentos físicos, mas como composições lógicas constituídas por um conjunto de regras e normas que se insinuam sobre os sujeitos dispendo a maneira como estes devem se comportar ou agir no mundo (BAREMBLITT, 1996). A educação, o trabalho e a saúde são exemplos destas instituições. As organizações e os estabelecimentos, por sua vez, constituem a dimensão concreta através das quais as instituições operam, como, por exemplo, a escola, os locais de trabalho e os serviços de saúde. Já os agentes e práticas são àqueles que reproduzem as leis a partir das suas determinadas funções.

A Análise Institucional possui algumas ferramentas conceituais que visam auxiliar nesse processo de desnaturalização. Dentre elas destacamos as noções de instituído que corresponde àquelas forças já cristalizadas, e instituinte, que se caracteriza pelos movimentos que tendem a transformação e ruptura com o que estava estabelecido (BAREMBLITT, 1996).

A auto-análise e auto-gestão caracterizam-se como dois objetivos básicos do institucionalismo. A auto-análise consiste na organização das comunidades de modo que elas tornem-se protagonistas dos seus problemas e necessidades. O processo de auto-

análise ocorre simultaneamente ao processo de auto-gestão, em que a comunidade se articula no sentido de construir dispositivos que produzam recursos necessários para o melhoramento de suas vidas. Segundo Baremlitt (1996), são dois processos simultâneos e articulados que precisam da colaboração de *experts* aliados que possam colaborar na construção do conhecimento acerca de seus problemas e necessidades, bem como dos dispositivos e recursos necessários.

A Análise Institucional possui ainda outros conceitos e ferramentas como a análise de implicação, os analisadores e os movimentos de transversalidade e atravessamento (BAREMLITT, 1996), cujos esclarecimentos encontram-se diluídos ao longo da construção do texto.

A pesquisa intervenção, sob o viés da Análise Institucional também busca fornecer algumas ferramentas de trabalho para auxiliar no campo de pesquisa, principalmente na relação com os coletivos. De acordo com Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa – intervenção constitui-se como um dispositivo transformador, ou seja, um método potencializador na organização de espaços de participação coletiva.

Nessa perspectiva, é necessário que ocorra uma mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados já que as questões sociais são problematizadas juntamente com os grupos, os quais tornam-se coautores, tanto na identificação da situação problema, quanto na produção de novas formas de resolução dessas questões. Rompe-se, portanto, com a ideia de neutralidade, objetividade e totalização dos saberes impostas pela ciência tradicional, uma vez que o pesquisador estará inserido nos grupos e o saber será produzido coletivamente. É um processo contínuo e complexo em que se torna imprescindível que o conhecimento produzido esteja permanentemente acessível e seja favorável a todos os envolvidos (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Segundo Rocha e Aguiar (2003), a abordagem analítica possibilita a realização da pesquisa-intervenção, caracterizando-se, portanto, como uma prática de desnaturalização do cotidiano, colocando em análise os efeitos das práticas do trabalho em saúde.

4.2 Local e Participantes

A pesquisa foi realizada em um município da região sudeste do Paraná. Os participantes da pesquisa foram a coordenação do CTA e os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem da Atenção Básica que possuem capacitação para a realização do teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Como critérios de inclusão para enfermeiros e técnicos de enfermagem, era necessário que os mesmos tivessem o

treinamento para a realização dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C e que fossem atuantes na atenção básica do município.

4.3 Procedimentos

Para operacionalização da pesquisa havíamos previsto inicialmente os seguintes dispositivos para a produção de dados:

- Entrevista individual e semi-estruturada com a coordenação do CTA (Anexo I).
- Observação da prática do aconselhamento em duas unidades de saúde: a que mais realiza e a que menos realiza os testes-rápidos, segundo dados fornecidos pelo setor de epidemiologia (Anexo II).
- Dois grupos focais com os enfermeiros e técnicos de enfermagem das Unidades de Saúde que realizam o teste rápido (Roteiro Anexo IV e V).

É importante ressaltar que os dispositivos escolhidos a priori para a produção de dados constituem uma previsão do que se pretende realizar no campo de investigação. Entretanto, Borges et al. (2018) demonstra que na pesquisa-intervenção, de caráter institucionalista, a construção dos dispositivos deve se dar processualmente de acordo com a relação que vai se estabelecendo com os participantes no campo, levando em consideração as inúmeras variáveis que podem atuar enquanto analisadores na condução desses estudos. Ao mesmo tempo em que isso possibilita certa flexibilidade, implica alguns desafios, já que a produção dos dados ocorre em interações que podem modificar os caminhos previstos inicialmente. Kastrup (2015) acrescenta ainda que não se trata de uma simples ‘coleta de dados’, uma vez que o dado não está lá pronto, esperando que o pesquisador vá buscá-lo, mas precisa ser produzido tanto pelo pesquisador quanto pelos participantes ao longo da trajetória da pesquisa. Trata-se, portanto, mais de uma “colheita” de dados (KASTRUP, 2015) do que uma coleta de dados. Dessa forma, podem ocorrer rearranjos de acordo com aquilo que vai sendo produzido, seja no sentido de inserir outros dispositivos e caminhos a serem percorridos, ou no sentido de restringir alguma das etapas previstas, caso seja entendido que já se atingiu o objetivo proposto.

4.3.1. Entrevista Semi-Estruturada

Para iniciar a trajetória da pesquisa optamos por realizar primeiramente uma entrevista semi-estruturada com a coordenação do CTA, a qual ocorreu no mês de agosto de 2018. A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (1993) permite um diálogo mais flexível, uma vez que não se restringe apenas as perguntas formuladas, mas possibilita ao

pesquisador elaborar outras questões conforme as demandas que forem surgindo no decorrer do diálogo. Nesse sentido, a entrevista semi-estruturada com a coordenação do CTA serviu como importante estratégia para entender a percepção e os desafios encontrados diante da prática do aconselhamento no cotidiano do CTA e na atenção básica. Durante a entrevista foram abordadas questões para tentar compreender como e em que momento se deu a descentralização da testagem no município, quais as estratégias utilizadas para capacitação dos profissionais, quais Unidades de Saúde estão realizando o teste e como está ocorrendo a prática do aconselhamento na atenção básica atrelada a oferta da testagem, percebendo as principais dificuldades e potencialidades encontradas nesse processo.

Além disso, a entrevista nos apontou direções e caminhos para que pudéssemos seguir com as próximas etapas da pesquisa buscando produzir novos dados.

Durante a entrevista foi solicitado o relatório da quantidade de testes realizados pelas Unidades de Saúde para que elegêssemos duas delas: a que concentra o maior e a que concentra a menor realização de testes-rápidos, para que então pudéssemos seguir nosso caminho buscando produzir novos dados. É importante ressaltar que os dados disponibilizados pela coordenação são referentes ao ano de 2017, visto que os dados de 2018 ainda não tinham sido finalizados.

4.3.2 Observação

Após definirmos as duas Unidades de Saúde, a que concentra a maior e a que concentra a menor realização de testes-rápido, foi entrado em contato com os enfermeiros responsáveis pelas respectivas Unidades e agendado um momento para aproximação e observação da prática do aconselhamento. A partir da observação buscamos compreender se esta prática estava inserida no cotidiano das Unidades de Saúde, se eram os profissionais que ofertavam esse serviço aos usuários ou se eles buscavam espontaneamente, como se dava o fluxo de oferta da testagem, quais os profissionais que realizavam o teste e o aconselhamento, como se dava a postura dos profissionais diante do aconselhamento e como as três dimensões previstas para constituir o aconselhamento (educativas, avaliação de riscos e apoio emocional) eram abordadas na prática profissional.

Foram realizados três períodos de observação na Unidade que mais realizou testes em 2017. No primeiro período ocorreu um encontro inicial com o local de observação e com o enfermeiro responsável pela Unidade de forma a apresentar a proposta da pesquisa,

já sendo possível observar um aconselhamento pré-teste, teste e pós-teste. O segundo período foi para observar como ocorre o fluxo do serviço e a oferta da testagem na pré-consulta, sendo possível observar mais alguns aconselhamentos pré-teste, teste e pós-teste. No terceiro período foi possível observar a oferta do teste na sala de espera, o aconselhamento coletivo realizado pelos estagiários de psicologia e, posteriormente, o teste e o aconselhamento pós-teste realizado pelo enfermeiro. No total, foram observados 10 testes-rápidos, incluindo aconselhamento pré-teste, teste e pós-teste.

Na Unidade de Saúde que menos realizou testes não foi possível observar nenhum aconselhamento e teste rápido, já que não houve oferta nem procura dessas ações nos momentos em que estive presente. Dessa forma, foram realizadas duas conversas em dois momentos diferentes com a enfermeira responsável a fim de tentar compreender como era a rotina do serviço no que se refere à oferta da testagem e aconselhamento.

4.3.3 Grupo Focal

O grupo focal, de acordo com Minayo (1993), permite a apreensão de percepções, sentimentos e opiniões por meio das interações grupais, possibilitando discussões e reflexões a partir do que os outros membros do grupo explicitam. Além disso, o grupo focal coloca-se também como possibilidade dos participantes ampliarem seu grau de compreensão acerca de determinado tema, a partir da discussão realizada. Nesse sentido, o encontro em grupo e a discussão de um tema convergem para o conceito de auto-análise desenvolvido pela análise institucional.

Como havíamos dito, os caminhos da pesquisa-intervenção vão sendo construídos na própria relação com os participantes do campo. Dessa forma, para que pudéssemos realizar o grupo focal, precisávamos construir estratégias no desenrolar da pesquisa junto aos demais participantes para reunir os profissionais da atenção básica. Durante a entrevista com a coordenação do CTA, foi sugerido a criação de um grupo de Whatsapp para que pudéssemos realizar o convite do grupo focal aos profissionais, já que é uma tecnologia que estava ao alcance de todos eles. Para tanto, a coordenação disponibilizou o contato de todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica que possuem capacitação para realizarem o teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Além disso, a coordenação do CTA sugeriu que eu entrasse em contato com a coordenação da atenção básica para verificar se havia algum momento em que todos esses profissionais se reunissem para que eu pudesse fazer um convite pessoalmente.

O contato com a coordenação da atenção básica foi realizado em outubro de 2018 para explicar a proposta da pesquisa e verificar se havia algum momento que os enfermeiros e técnicos de enfermagem iriam se reunir para que eu pudesse apresentar a proposta do grupo focal e convidá-los para participar. De acordo com a coordenação da atenção básica, não estava ocorrendo mais nenhum momento em que os profissionais da atenção básica se reuniam, pois eles estavam executando as atividades exigidas na tutoria⁵. Porém, informou que, naquela ocasião, estava ocorrendo uma capacitação para a realização do teste rápido com os profissionais da atenção básica a qual tinha sido dividida em dois dias (nesse que conversamos e um que iria ocorrer na semana seguinte), de forma a abranger todos os profissionais e não interferir na rotina da atenção básica.

A coordenação do CTA então disponibilizou o espaço para apresentarmos a pesquisa aos profissionais da atenção básica e realizarmos o convite do grupo focal, mas, a princípio, optamos por não incluir o convite aos novos profissionais que estavam sendo capacitados, mas manter apenas aqueles que já estavam capacitados até o momento do início da produção dos dados com a entrevista com a coordenação do CTA e da relação dos profissionais que ela já havia repassado. Porém, em conversa posterior com a coordenação da atenção básica para tentar compreender como estava organizada a atenção básica e buscar o seu apoio para que os profissionais pudessem ser liberados do horário de trabalho para participar do grupo, verificamos que a capacitação que havia ocorrido não era para novos profissionais, mas era a chamada “reciclagem”, que se constitui em um momento no qual os profissionais se reúnem para retomar alguns conceitos e aprendizagens sobre o aconselhamento e a testagem.

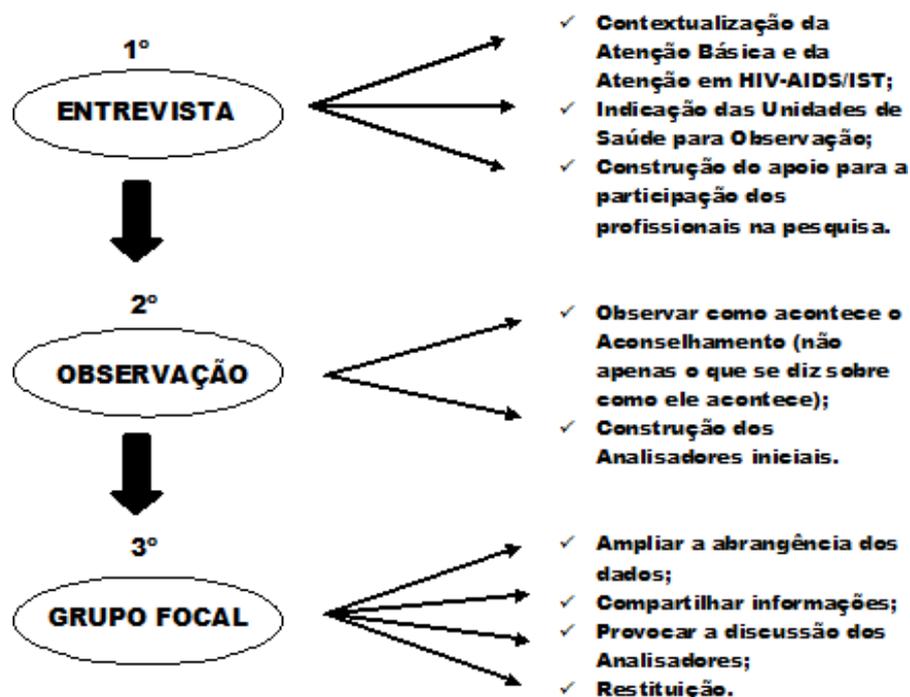
Dessa forma, para a realização do grupo focal, foi realizado o convite para os profissionais da atenção básica somente através do grupo do WhatsApp, intitulado “Pesquisa de Mestrado”, onde foi adicionado todos os 16 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, explicando brevemente sobre os objetivos da pesquisa, voluntariedade e repassado o dia, horário e local que o mesmo iria ocorrer. Nesse grupo também foram incluídas a coordenação do CTA e a coordenação da atenção básica, de forma a reforçar o apoio da pesquisa. O grupo ocorreu no dia 26 de outubro

⁵É um processo de qualificação da APS que conta com a padronização do instrumento para a avaliação da qualidade na APS, o qual atribui os Selos Bronze, Prata, Ouro e Diamante às equipes de saúde que alcançam os padrões de qualidade esperados. Para receber os selos de qualidade, as Unidades de Saúde devem cumprir um conjunto de ações, mantendo o compromisso de investir na melhoria contínua da qualidade dos serviços e práticas de saúde, assim como no fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação, instrumentos essenciais na gestão.

de 2018 às 15:00 horas e contou com a presença de duas profissionais. Inicialmente foi entregue um formulário inicial para caracterização dos participantes da pesquisa (Anexo III) e utilizado um roteiro com perguntas disparadoras que visaram mediar à discussão. Como o grupo teve pouca adesão dos profissionais, optamos por já nesse primeiro grupo inserir três analisadores decorrentes das etapas anteriores, de modo a contemplar a fase da restituição da pesquisa (Anexo IV). Dessa forma, não foi necessário realizar o segundo grupo focal como havíamos previsto inicialmente.

A seguir será apresentado um quadro visando à síntese da trajetória da pesquisa:

Quadro 1 – Síntese dos dispositivos de produção de dados da pesquisa



4.4 Instrumentos e Registro dos Dados

Para a realização da entrevista semi-estruturada com a coordenação do CTA foi utilizado um roteiro de entrevista (Anexo I).

Para as observações nas duas Unidades de Saúde foi utilizado um roteiro de observação (Anexo II).

Para a realização do grupo focal com os enfermeiros e técnicos de enfermagem foi disponibilizado um formulário para caracterização dos participantes (Anexo III) e foi utilizado um roteiro com perguntas disparadoras para a discussão e inseridos analisadores (Anexo IV).

A entrevista semi-estruturada e o grupo focal foram gravados e transcritos na íntegra. Já as observações foram registradas em um diário de campo que estão sob responsabilidade e sigilo do pesquisador responsável.

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa somente teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), parecer nº 2.759.722. A todos os participantes foi ressaltado o caráter voluntário e sigiloso da pesquisa, mediante leitura e assinatura do TCLE (Anexo VI, VII e VIII), os quais foram emitidos e assinados em duas vias de igual teor. Uma via foi entregue ao participante e a outra está arquivada sob a guarda do pesquisador. Além disso, a pesquisa foi respaldada mediante assinatura do termo de anuência/autorização (Anexo IX) da Secretária de Saúde do município, a qual permitiu o acesso às unidades de saúde para observação e realização do grupo focal.

4.6 Análise dos dados

A partir dos dispositivos de produção de dados (entrevista, observações e grupo focal) buscamos construir analisadores com as falas, fatos e eventos recorrentes dos profissionais, os quais foram utilizados como material de análise. Sob a perspectiva da análise institucional, os analisadores constituem-se como elementos da realidade que evidenciam situações de conflito e suas possibilidades de resolução. Através deles é possível identificar tanto os aspectos cristalizados, como aqueles que estão em tensionamentos (BAREMBLITT, 1996). A análise dos dados, portanto, consistiu em construir analisadores e descrever os aspectos que os mesmos permitem evidenciar de acordo com a temática investigada.

Como os analisadores não seguem uma previsibilidade, os desafios mencionados por Kastrup (2015) na produção dos dados permanece também nas etapas posteriores, atravessando também as análises dos dados, bem como a escrita e a própria estruturação do texto.

Partindo dessa perspectiva, buscamos agrupar em blocos de análise os dados produzidos nas três etapas da pesquisa: entrevista, as observações e o grupo focal. Construímos um primeiro eixo de caracterização, apresentando a caracterização dos participantes da pesquisa, uma breve caracterização da atenção básica em saúde do município e a caracterização da atenção em HIV-AIDS/IST no âmbito municipal. Embora tenha um caráter mais descritivo, esse bloco já permite evidenciar alguns aspectos em relação ao campo de intervenção.

Em seguida, os dados foram divididos em quatro linhas de análise, as quais se especificam em sublinhas. A primeira linha de análise utiliza o dispositivo comparativo

para comparar as duas Unidades de Saúde onde foram realizadas as observações e inclui a discussão de três analisadores que emergiram já nessa etapa da pesquisa. A segunda linha de análise utiliza o relato de três casos como analisadores, evidenciando as reflexões que foram possíveis a partir deles. A terceira linha de análise foi construída utilizando o grupo focal como analisador. A quarta linha de análise revela os aspectos que perpassam a prática do aconselhamento na atenção básica, os quais foram analisados e discutidos de acordo com as forças que atravessam (sexualidade; tecnicização/mecanicismo; dimensões do aconselhamento) e que transversalizam (integralidade da atenção básica; trabalho em equipe e apoio matricial do CTA) essa prática.

Para manter o sigilo dos usuários na descrição dos casos observados, optou-se pela utilização de nomes fictícios. De modo a não identificar o nome dos participantes da pesquisa, os trechos das falas expostas na análise serão identificados da seguinte forma:

- Coordenação – CTA;
- Enfermeiro(a) – Unidade 1 ou Unidade 2;
- Memórias – Diário de Campo;
- Enfermeira ou Técnica de Enfermagem – Grupo Focal.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados a seguir os resultados produzidos nas três etapas da pesquisa: entrevista, observações e grupo focal. Os resultados serão discutidos a luz da bibliografia e a partir da perspectiva teórico metodológica analítica institucional.

De modo a tornar mais clara, essa etapa foi organizada em blocos. Há um primeiro bloco de caracterização que visa situar o leitor diante do campo de pesquisa. Esse bloco se subdivide em três tópicos: caracterização dos participantes da pesquisa, caracterização da atenção básica em saúde e caracterização da atenção em HIV-AIDS/ISTs do município estudado.

O texto segue estruturado a partir de quatro linhas de análise. A primeira delas constitui uma comparação entre as Unidades de Saúde observadas e a discussão de três analisadores que emergiram dessa etapa. A segunda linha de análise foi construída com a descrição de três casos observados, os quais foram utilizados como analisadores, permitindo reflexões importantes. A terceira linha de análise utilizou o grupo focal como analisador para disparar discussões. Já a quarta linha de análise ressaltou os aspectos que perpassam a prática do aconselhamento na atenção básica, subdividido entre as forças que atravessam (Sexualidade; Mecanização e Tecnicismo; Três dimensões) e que transversalizam (Integralidade da atenção básica; Trabalho em equipe e apoio matricial do CTA) essa prática.

5.1 CARACTERIZAÇÃO

5.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram do estudo 5 profissionais de saúde e 2 estagiários de psicologia⁶, sendo no total 2 homens e 5 mulheres.

Com relação à faixa etária 4 pessoas tinham entre 20 a 30 anos, 2 pessoas tinham de 30 a 40 anos e 1 pessoa tinha entre 40 e 50 anos. O participante mais novo tinha 22 anos e o mais velho tinha 41 anos.

Em relação à escolaridade 2 participantes eram estagiários do 5º ano do curso de Psicologia, 2 possuíam o curso de técnico de enfermagem e a formação de enfermagem e 3 tinham a formação em enfermagem. É importante ressaltar que os 2 profissionais que possuíam o curso de técnico de enfermagem e também a formação de enfermeiro eram concursados pela prefeitura na função de técnicos de enfermagem, porém, um deles atuava em uma UBS como enfermeiro, e o outro atuava como técnico de enfermagem.

Com relação à formação de nível superior, o tempo de formação dos profissionais variou entre 5 e 17 anos. Já em relação à formação técnica dos 2 profissionais, somente a que atua como técnica de enfermagem registrou o tempo de formação nessa função que foi de 13 anos. O outro profissional que também tem a formação técnica registrou apenas o tempo de formação de enfermeiro, cuja função ele exerce atualmente. Os três profissionais de nível superior com mais tempo de formação possuem especialização, já os outros não.

Sobre o tempo de atuação na atenção básica variou entre 4 meses e 9 anos. Em relação ao tempo de atuação na Unidade atual variou entre 3 meses a 5 anos.

Com relação ao ano em que foram capacitados para a realização do teste rápido, vale destacar que os enfermeiros e técnicos de enfermagem eram capacitados, já os estagiários não. Os 5 profissionais, portanto, foram capacitados entre os anos de 2013 a 2017.

⁶Os estagiários de psicologia não corresponderam aos critérios de inclusão inicialmente previstos na pesquisa, já que estabelecemos inicialmente que era necessário que os participantes fossem enfermeiros ou técnicos de enfermagem atuantes da atenção básica e que tivessem o treinamento para o teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C. Porém, no contato com o campo de pesquisa, consideramos pertinente a inclusão dos estagiários, visto que os mesmos compõe a prática do aconselhamento e poderiam trazer contribuições para a ampliação do tema em análise.

5.1.2 Caracterização da atenção básica em saúde do município

O município estudado fica localizado na região sudeste do estado do Paraná e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷, possui uma extensão territorial estimada em 999,517 km² em 2017 e uma população estimada em 60.357 habitantes em 2018. O último censo demográfico realizado em 2010 demonstra que do total de habitantes, 45.004 pertencem à zona urbana e 11.284 pertencem à zona rural.

De acordo com a coordenação da atenção básica, o município possui 23 Unidades de Saúde em funcionamento e 3 fechadas. Do total de Unidades de Saúde em funcionamento, 17 correspondem ao modelo de atenção básica tradicional que cobre uma estimativa de 44.700 habitantes, o que corresponde a 73,98% da população⁸. Até junho de 2018 o município possuía 6 Unidades de Saúde cadastradas no modelo ESF, cobrindo uma estimativa de 20.700 habitantes, o que corresponde a apenas 34,26% da população⁹.

De acordo com informações obtidas com a coordenação da atenção básica, o município possui dois distritos rurais. Cada distrito possui uma ESF para dar conta de atender a população rural, a qual também fica responsável em dar suporte para outras UBS que pertencem a sua linha de abrangência através da disponibilização de consultas com o médico e o enfermeiro uma vez por semana.

Uma das ESF fica localizada na área central da cidade e, embora não seja um distrito, também é responsável em dar suporte para mais 3 UBS que pertencem ao seu território de abrangência.

5.1.3 Caracterização da atenção em HIV-AIDS/IST do município

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2018, o estado do Paraná ocupa o 15º lugar no ranking dos estados com maior índice de detecção de AIDS. De 2007 a 2018 foram diagnosticados 15.699 casos de HIV no estado (BRASIL, 2018c).

No município estudado, de 2010 a 2017 existiam 56 pessoas vivendo com HIV vinculadas, sendo 29 homens e 27 mulheres. Dessas 56 pessoas, 37 estavam em tratamento antiretroviral¹⁰. De 1980 a 2017 foram diagnosticados 86 casos de AIDS, sendo 48 homens, 38 mulheres. Desde 1996 foram registrados 25 casos de óbito por AIDS¹¹.

⁷Consulta realizada no dia 31/10/2018 no site: <https://cidades.ibge.gov.br/>

⁸Consulta realizada no dia 10 de julho de 2018 no site: <https://egestorab.saude.gov.br/>

⁹Consulta realizada no dia 10 de julho de 2018 no site: <https://egestorab.saude.gov.br/>

¹⁰Consulta realizada no dia 30/12/2018 no site: <http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>

¹¹Consulta realizada no dia 30/12/2018 no site: <http://indicadores.aids.gov.br/>

Entre os anos de 2005 a 2018 foram detectados 46 casos de sífilis em gestantes e 4 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano¹². De 1999 a 2017 foram registrados 39 casos de Hepatite B e 37 casos de Hepatite C¹³.

Para atender as pessoas vivendo com HIV-AIDS e outras ISTs, esse município conta com um CTA, o qual está vinculado a Vigilância Epidemiológica. O CTA possui duas profissionais, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem e a Vigilância Epidemiológica conta atualmente com três profissionais, sendo uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem.

As atividades ofertadas pelo CTA envolvem desde a prevenção com a distribuição de materiais e insumos, o aconselhamento e o diagnóstico, até a assistência as pessoas vivendo com HIV-AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), além do apoio matricial para a atenção básica.

A **prevenção** do HIV-AIDS e outras ISTs no município, também ocorre no âmbito da atenção primária, de forma que todas as Unidades de Saúde fazem campanhas de prevenção, sendo realizadas por enfermeiros, técnicos de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. As campanhas são organizadas pelo CTA, a partir da confecção de folhetos, folders, materiais de campanha e distribuição de insumos como preservativos e gel lubrificante, os quais são repassados para as Unidades de Saúde, que se organizam conforme a disponibilidade de agenda, tempo e criatividade de cada uma. São realizadas basicamente três campanhas maiores envolvendo toda a atenção primária, com o intuito de despertar o interesse da população em relação ao tema, tanto da prevenção quanto da importância da procura do diagnóstico precoce através dos testes. Geralmente ocorre uma campanha no dia da mulher, uma campanha em julho no dia mundial de combate as Hepatites e em primeiro de dezembro que é o dia mundial de luta contra a AIDS, chamado “dezembro vermelho”.

Em relação ao **diagnóstico**, a coordenação do CTA conta que em 2009, com a portaria nº 151/2009 (BRASIL, 2009), que aprovou o uso do teste rápido diagnóstico para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, três enfermeiros do município foram até Minas Gerais para fazer o curso de multiplicadores, sendo que um deles era a coordenadora do CTA da época, a qual passou então a ofertar a testagem neste serviço.

Nesse mesmo ano os multiplicadores já realizaram o primeiro treinamento no município para enfermeiros executores, com a participação de duas enfermeiras que na

¹² Consulta realizada no dia 30/12/2018 no site: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

¹³ Consulta realizada no dia 30/12/2018 no site: <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br/>

época atuavam na vigilância sanitária e na unidade de pré-natal. Em 2011 ocorreu o segundo treinamento com a capacitação de mais profissionais, incluindo os enfermeiros da atenção básica, como uma primeira tentativa de descentralização do diagnóstico. Porém, nessa época, ainda poucas unidades de saúde contavam com a presença do profissional enfermeiro. Dessa forma, nas unidades de saúde que não tinham o enfermeiro treinado, era a enfermeira do CTA quem se deslocava para fazer a testagem de acordo com a demanda que surgia.

Embora tenha ocorrido a primeira capacitação do teste rápido para os enfermeiros da atenção básica já em 2011, vale ressaltar que foi somente a partir de 2012/2013 que as Unidades de Saúde desse município passaram a ter o teste-rápido disponível, tornando a **descentralização do diagnóstico** mais efetiva. Desde 2011, todos os anos vêm ocorrendo um treinamento para a realização do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) em parceria com a Regional de Saúde e municípios para todos os profissionais interessados. Além do treinamento ocorre também, normalmente a cada dois anos, o processo chamado de “reciclagem”, para que os profissionais já treinados possam atualizar seus conhecimentos. Segundo a coordenação do CTA, existe uma proposta para, nos próximos anos, descentralizar também as atividades de educação permanente para os municípios.

Quando as pessoas recebem o diagnóstico de HIV-AIDS e Hepatites B e C, seja no CTA, na atenção básica ou a nível terciário, elas são encaminhadas para iniciar o **tratamento** no CTA. Cabe ressaltar que, quando o diagnóstico é feito em situação grave, os casos são atendidos inicialmente a nível hospitalar e só são encaminhados para o CTA após estabilização do caso, com a imunidade elevada e com a carga viral já suprimida, para a continuação do acompanhamento e tratamento. No CTA os usuários estabilizados passam a fazer um acompanhamento semestral com a realização de exames e posteriormente com consulta com o médico infectologista. Durante esse intervalo, os usuários precisam comparecer no CTA a cada dois meses para retirar a receita dos medicamentos, passando também pela consulta de enfermagem, na qual é avaliado o aparecimento de algum novo sintoma ou se o usuário continua bem e como está a situação do peso (Coordenação – CTA).

Nesse município a **assistência para o HIV-AIDS e Hepatites B e C ainda é centralizada no CTA**, o qual realiza todo o acompanhamento e tratamento aos usuários a nível ambulatorial, com consultas de enfermagem e médico infectologista. A **assistência para a Sífilis foi descentralizada em 2017** a partir de uma capacitação a

nível regional para todos os profissionais da atenção básica sobre como fazer o manejo da infecção. Dessa forma, atualmente todas as Unidades de Saúde do município fazem o diagnóstico e o tratamento da sífilis, cabendo ao CTA apenas oferecer suporte através do apoio matricial. Em dois municípios que fazem parte da mesma Regional de Saúde, a assistência para HIV, Sífilis e Hepatites B e C já está descentralizada, ficando a cargo do setor de epidemiologia de cada município prestar o apoio matricial na gestão dos casos. Está previsto para ocorrer até novembro de 2018 o primeiro treinamento para médicos da atenção básica sobre o manejo clínico do HIV na tentativa de descentralizar também a assistência do HIV (Coordenação – CTA).

A **dispensação de medicamentos** é feita pela Regional de Saúde. Os usuários pegam a receita válida para dois meses com o médico infectologista após consulta no CTA e precisam se deslocar até a Regional de Saúde mensalmente para a retirada da medicação. De primeiro momento somente o usuário é autorizado a retirar a medicação. Caso deseje que a medicação seja dispensada para uma terceira pessoa, o próprio usuário necessita fazer uma autorização, com nome e RG da pessoa que está autorizada para que ela possa retirar. Cada usuário pode autorizar até mais duas pessoas para retirar o medicamento. No CTA ocorre o mesmo procedimento em relação à receita, a qual é entregue somente para o paciente, porém, mediante autorização por escrito, pode ser entregue para mais duas pessoas (Coordenação – CTA).

Nesse município, segundo a coordenação do CTA, até agosto de 2018 existiam no total 49 profissionais capacitados para a realização do aconselhamento e teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatite B e C, incluindo profissionais da atenção básica, serviços especializados, hospital e pronto atendimento. Desse total, somente 16 profissionais estão incluídos atualmente na atenção básica, sendo 9 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem.

Das 23 Unidades de Saúde que estão em funcionamento, apenas 10 possuem profissionais capacitados para realização do aconselhamento e teste rápido, sendo que, em somente 7 delas os profissionais estão executando. Em duas Unidades existe uma técnica de enfermagem capacitada, porém, o serviço está sem enfermeiro, o que impede que o técnico possa realizar, uma vez que precisa ser acompanhado do profissional enfermeiro, responsável pela assinatura do laudo. A outra unidade fica localizada em área central e realiza um trabalho ambulatorial, possui 2 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem capacitada, mas não realiza o teste rápido.

Quando há usuários interessados em realizar o aconselhamento e teste rápido nas unidades que pertencem ao território de abrangência das ESF do centro e dos dois

distritos, é agendado um dia em que o enfermeiro capacitado da ESF se desloca até as UBS para executar.

De acordo com os dados do relatório de 2017 fornecido pela coordenação do CTA, das 7 Unidades que possuem profissionais capacitados e que estão realizando o aconselhamento e teste rápido, identificamos a que mais realizou teste rápido e a que menos realizou teste rápido.

5.2 LINHA DE ANÁLISE 1 – O DISPOSITIVO COMPARATIVO COMO ANALISADOR

Após ter um panorama geral de como está organizado o contexto da atenção básica em saúde e a atenção em HIV-AIDS/ISTs do município a partir da entrevista com a coordenação do CTA e informações obtidas com a coordenação da atenção básica, elegemos, a partir do relatório de 2017, duas Unidades de Saúde para realizar a observação da rotina dos profissionais da atenção básica no que se refere à prática do aconselhamento atrelada a oferta do teste rápido: a Unidade que mais realizou teste rápido e a que menos realizou teste rápido.

A seguir serão apresentadas as características referentes às duas Unidades observadas, sendo que aquela com menor número de testes realizados será identificada como Unidade de Saúde 1 e aquela que mais realizou testes será identificada como Unidade de Saúde 2.

5.2.1 UNIDADE DE SAÚDE 1

Essa Unidade fica localizada em um bairro na área central da cidade e abrange mais nove bairros, somando uma população atendida de aproximadamente 9 mil habitantes.

A Unidade 1 conta com 20 profissionais:

- 1 Enfermeira;
- 3 Técnicos de Enfermagem;
- 1 Médico;
- 8 Agentes Comunitários de Saúde;
- 1 Recepcionista;
- 1 Auxiliar de Serviços Gerais;
- 1 Motorista;
- 2 Dentistas;
- 1 Auxiliar de Saúde Bucal;
- 1 Psicóloga.

As atividades ofertadas diariamente nesta Unidade incluem: consultas médicas, vacinas, puericultura, planejamento familiar, preventivo, teste rápido, saúde bucal, atendimento psicológico, visitas domiciliares, procedimentos como curativos e lavagem de ouvido, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 3: Serviços ofertados pela Unidade de Saúde 1

| | SEGUNDA-FEIRA | TERÇA-FEIRA | QUARTA-FEIRA | QUINTA-FEIRA | SEXTA-FEIRA |
|--------------|--|--|--|--|---|
| MANHÃ | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Preventivo; Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Preventivo; Vacina; Puericultura; Planejamento Familiar; Saúde Bucal; Procedimentos : curativos e lavagem de ouvido; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal |
| TARDE | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Preventivo; Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Vacina; Puericultura; Planejamento o Familiar; Saúde Bucal; Visita Domiciliar |

Na Unidade 1 existem dois profissionais capacitados para a realização do aconselhamento e teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, sendo a enfermeira coordenadora e uma técnica de enfermagem.

Foram realizadas duas conversas com a enfermeira coordenadora para tentar compreender a rotina do serviço, principalmente em relação oferta do aconselhamento e teste rápido. De acordo com a enfermeira o teste rápido é ofertado nas consultas de preventivo, pelos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares e na sala de

espera, principalmente em épocas de campanha como “Outubro Rosa” e “Dezembro Vermelho” ou ainda de acordo com a demanda de usuários que estão aguardando consulta médica. Nas duas visitas realizadas nessa Unidade não foi possível observar nenhum aconselhamento pré-teste, teste e pós-teste já que não houve oferta nem procura de teste rápido durante os períodos de observação. A enfermeira explicou que os testes ocorrem normalmente quando o usuário procura a Unidade e solicita a realização do mesmo. Contou, por exemplo, que naquela manhã havia realizado o teste rápido em três usuárias de uma residência inclusiva¹⁴ que fica localizada no território, visto que uma delas fez uma consulta ginecológica de rotina, na qual foi detectada hepatite C reagente. A partir disso, abriu-se a suspeita de que poderia ter mais usuárias infectadas. Nesse sentido, a coordenação da residência inclusiva procurou a enfermeira da Unidade e solicitou a realização dos testes nas demais usuárias.

No relatório disponibilizado pela coordenação do CTA, consta que no mês de junho de 2018 foram realizados 6 testes rápidos nesta Unidade. Já no mês de julho não foi realizado nenhum teste rápido. Vale ressaltar que nesse último mês a enfermeira coordenadora, a qual realiza os testes estava de férias.

De acordo com a enfermeira, o aconselhamento pré-teste individual, o teste e o pós-teste que ela realiza é estruturado da seguinte forma:

Aconselhamento pré-teste individual:

- Busca compreender o motivo pelo qual o usuário procurou fazer o teste rápido;
- Explica o que é cada uma das doenças;
- Explica as formas de transmissão.

Teste

- Realiza a coleta.

Aconselhamento pós-teste:

- Mostra o resultado;
- Explica a janela imunológica;
- Reforça necessidade de retornar para repetir o teste em 30/60 dias.

¹⁴A Residência Inclusiva é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar.

De acordo com o relato da enfermeira as principais dificuldades encontradas para a realização do aconselhamento e oferta do teste rápido foi à falta de profissionais, a sobrecarga de trabalho e as outras campanhas previstas que demandam tempo da equipe.

5.2.2 UNIDADE DE SAÚDE 2

Essa Unidade de Saúde fica localizada em uma região não central, no bairro que é considerado o mais populoso do município. Além disso, abrange mais nove bairros, somando uma população atendida de aproximadamente 15 mil habitantes.

A Unidade 2 é composta por 20 profissionais:

- 1 Enfermeiro;
- 3 Médicos;
- 3 Técnicos de enfermagem;
- 3 Agentes comunitários de saúde atuando como técnicos de enfermagem;
- 3 Agentes comunitários de saúde;
- 1 Agente comunitário de saúde atuando na recepção;
- 1 Auxiliar de serviços gerais;
- 1 Motorista;
- 1 Dentista;
- 1 Auxiliar de saúde bucal;
- 1 Estagiária de técnico em enfermagem;
- 1 Psicóloga.

As atividades ofertadas diariamente pela Unidade2 incluem: consultas médicas, vacinas, puericultura, planejamento familiar, preventivo, teste rápido, saúde bucal, atendimento psicológico, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 4: Serviços ofertados pela Unidade de Saúde 2

| | SEGUNDA-FEIRA | TERÇA-FEIRA | QUARTA-FEIRA | QUINTA-FEIRA | SEXTA-FEIRA |
|-------|--|---|--|---|---|
| MANHÃ | Preventivo; Consultas médicas; Vacina; Puericultura; | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento Familiar; | Preventivo; Consultas médicas; Vacina; Puericultura; | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento Familiar; | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejamento Familiar; |

| | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|--|
| | Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico |
| TARDE | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejament o Familiar; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Consultas médicas; Vacina; Puericultura; Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico | Vacina; Puericultura; Planejament o Familiar; Teste Rápido; Saúde Bucal; Atendimento Psicológico |

Na Unidade 2 existem dois profissionais capacitados para a realização do aconselhamento e teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, sendo o enfermeiro coordenador e uma técnica de enfermagem.

De acordo com o enfermeiro coordenador, o teste rápido ocorre por livre demanda, sendo ofertado diariamente pelas técnicas de enfermagem na pré-consulta. A pré-consulta é o local onde ocorre o acolhimento dos usuários, o controle do peso, aferição de pressão, frequência cardíaca, além da oferta das vacinas, preventivo e teste rápido. Caso o usuário deseje realizar qualquer uma das atividades ofertadas, já é agendado o preventivo ou encaminhado para a sala de vacina ou para a sala do enfermeiro no caso do teste-rápido. Durante o preventivo o enfermeiro também oferta o teste rápido, o qual é realizado por ele mesmo caso a usuária deseje. Além disso, todas as quintas-feiras à tarde o serviço conta com dois estagiários de psicologia, os quais fazem a oferta do teste-rápido na sala de espera. Os usuários são abordados individualmente ou em grupos menores, dependendo da demanda da sala de espera, onde é perguntado se eles conhecem o teste rápido e se já realizaram alguma vez. Caso os usuários tenham interesse em fazer o teste

rápido, é realizado o convite para que os mesmos participem do aconselhamento pré-teste coletivo em uma sala reservada. Após o aconselhamento pré-teste coletivo, os usuários são encaminhados para a realização do teste e aconselhamento pós-teste com o enfermeiro. Caso o usuário não queira participar do aconselhamento pré-teste coletivo, mas queira realizar o teste-rápido, o mesmo é encaminhado diretamente para o enfermeiro, para que seja realizado o aconselhamento pré-teste individual, teste e aconselhamento pós-teste.

De acordo com relatório realizado pelo enfermeiro coordenador, no mês de junho foram realizados 72 testes rápidos. Já no mês de julho foram realizados 114 testes rápido, sendo diagnosticados 5 casos de sífilis e 1 de HIV somente nesse último mês.

De modo geral, o aconselhamento pré-teste individual, teste e pós-teste realizado pelo enfermeiro e o aconselhamento pré-teste coletivo realizado pelos estagiários de psicologia foi estruturado da seguinte forma:

Aconselhamento pré-teste individual

- Preenche os laudos;
- Busca compreender se o usuário já realizou o teste rápido outras vezes;
- Explica o que é o teste rápido e como ele é feito;
- Formas de transmissão;
- Explica sobre a janela imunológica;
- Abre para dúvidas.

Aconselhamento pré-teste coletivo

- Apresentação dos participantes;
- Buscaram compreender o motivo que levou as pessoas até a UBS;
- Buscaram compreender se os usuários conheciam ou se já haviam realizado o teste rápido outras vezes;
- Explicam o que é o teste rápido e como ele é feito;
- Explicam o que são as 4 doenças e os seus principais sintomas;
- Abordam as formas de transmissão, reforçando mitos e verdades;
- Abordam as formas de prevenção;
- Reforçam importância de fazer o teste pelo menos 1 vez por ano;
- Abordam importância do tratamento precoce;
- Reforçam importância de divulgarem para outras pessoas;
- Explicam sobre a janela imunológica;
- Abrem para dúvidas.

Teste

- Realiza a coleta do sangue;
- Pede para aguardar o resultado na sala de espera durante 15/20 minutos.

Aconselhamento pós-teste

- Mostra o resultado e explica;
- Abre para dúvidas;
- Assina e entrega os laudos.

De acordo com o enfermeiro, o que às vezes dificulta a realização do aconselhamento e do teste rápido é a falta de profissionais, a sobrecarga de trabalho, grande demanda e fluxo de usuários na Unidade.

5.2.3 ESF ou UBS?

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde do SUS e compreende um conjunto de ações, individuais, familiares e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017a). Atualmente, no Brasil, a atenção básica é exercida sob a disputa de dois modelos predominantes: o da UBS, caracterizado pelo chamado modelo tradicional e o modelo da ESF.

O modelo tradicional oferece assistência à saúde, de modo geral, com consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, realização de exames, curativos e procedimentos, disponibilização de vacinas, saúde bucal, acolhimento, aconselhamento e orientação. As equipes devem ser compostas minimamente por: médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Podem agregar também outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (BRASIL, 2017a).

Já o modelo da ESF constitui-se como uma estratégia prioritária de atenção à saúde que visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Para se constituir como tal, deve

atender alguns critérios mínimos referentes à equipe, território de abrangência e cobertura da população, conforme detalhado a seguir:

- Equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também pode fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família) e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
- População adscrita por ESF de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
- O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.
- Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017a).

Embora o modelo ESF seja prioritário, ambos os modelos ainda convivem em grande parte dos municípios brasileiros, como pode ser observado nos estudos de Nunes et al. (2012) e Martins et al. (2016). No município estudado, como vimos anteriormente, esses dois modelos também ainda convivem, já que o modelo da atenção básica integra 17 Unidades de Saúde e o modelo ESF está vinculado à apenas 6 Unidades. Porém, o que ocorre nesse município, é que no plano da organização das equipes e no processo de trabalho das equipes, esses dois modelos ainda se confundem.

Os dois locais onde foram realizadas as observações estão vinculados ao modelo ESF, mas o que encontramos nos dados produzidos na pesquisa foi à existência de um duplo modelo ocorrendo em um mesmo espaço. O modelo ESF foi implantado no mesmo local onde funciona uma UBS tradicional. Percebemos, portanto, que não predomina nem um modelo nem outro, mas que eles acabam coexistindo.

Em relação à população adscrita, vimos que a Unidade de Saúde 1 atende uma população aproximada de 9 mil habitantes e a Unidade de Saúde 2 uma população aproximada de 15 mil habitantes. Para corresponder ao modelo ESF e cobrir toda a população, seria previsto que a Unidade 1 contasse com 3 equipes, incluindo, no mínimo,

4 ACS por equipe. Já a Unidade 2 precisaria contar com pelo menos 5 equipes, incluindo 4 ACS por equipe. Porém, conforme descritas anteriormente, ambas as Unidades possuíam apenas uma equipe para dar conta de atender toda a população, o que corresponde ao modelo de UBS tradicional. Além disso, na Unidade 2 existiam profissionais concursados e contratados para uma determinada função, exercendo outra, como, por exemplo, o caso das ACS que atuavam como técnicas de enfermagem ou como recepcionista. A diminuição de ACS em um território considerado vulnerável pode indicar a diminuição de um trabalho preventivo e de promoção da saúde, contrariando os princípios e diretrizes do SUS para a AB.

5.2.4 PROCESSO DE TRABALHO

Quando estudamos duas Unidades de Saúde que ficam situadas em uma mesma cidade, criamos a expectativa de que o aconselhamento e a inserção do teste rápido seriam parecidos nos dois locais. Assim como uma imagem refletida no espelho, esperávamos ver a mesma coisa. Porém, quando colocamos uma ao lado da outra vemos que ambas possuem diferenças bastante significativas.

Os quadros com as atividades ofertadas pelas duas Unidades evidenciam o quanto o teste rápido faz parte da rotina de uma delas e não faz da outra. As observações realizadas e os registros do diário de campo também revelam esse fato. Na Unidade 1, por exemplo, não foi possível observar a realização de nenhum teste, já que não teve oferta nem procura de teste rápido nos períodos de observação. Já na Unidade 2 foram realizados inclusive até mais períodos de observação do que estava previsto, para que fosse possível compreender o fluxo da inserção do teste rápido na rotina dos profissionais, o qual se dava de diferentes maneiras, incluindo toda a equipe. O teste rápido era ofertado tanto pelo enfermeiro durante o preventivo, na pré-consulta pelos técnicos de enfermagem e na sala de espera pelos estagiários de psicologia.

Embora a oferta do teste rápido tenha sido caracterizada pelos enfermeiros das duas Unidades de Saúde como sendo “livre-demanda”, podemos perceber a partir da rotina da Unidade 2 que a demanda acabava sendo produzida pela própria equipe. De acordo com a análise institucional a demanda nunca é espontânea, mas ela é produzida de tal modo que existe um passo anterior à demanda, que é a oferta (BAREMBLITT, 1996). Franco e Merhy (2005) demonstram a importância da reorganização dos serviços de saúde buscando romper com a demanda imaginária construída pelos usuários com base no procedimento e a necessidade de um novo processo de trabalho que vise produzir uma

demanda associada ao cuidado à saúde. “O processo instituinte que se abre com a reorganização do trabalho vai esbarrar nas velhas formas de agir e organizar a produção do cuidado, pois busca desconstruir um trabalho produtor de cuidado centrado na produção de procedimentos e construção de outro centrado no cuidado” (FRANCO E MERHY, 2005, p. 188).

É importante ressaltar que a proposta de compararmos duas Unidades de Saúde não corresponde a uma metodologia de pesquisa comparativa, a qual estabelece critérios específicos de execução. Nardi (2008) demonstra que a ferramenta de comparação pode ser utilizada como um dispositivo de desnaturalização de práticas no cotidiano da pesquisa, produzindo um efeito de distorção dessa imagem no espelho.

Dessa forma, ao compararmos as duas Unidades, a partir de um viés analítico institucional, visamos a desnaturalização daquilo que está cristalizado no campo da pesquisa. Escolhemos esses dois extremos justamente buscando ressaltar as dificuldades e/ou potencialidades da inserção do teste rápido e do aconselhamento. Compreendemos que há forças e controvérsias que atuam no processo de oferta dos testes rápidos e aconselhamento, sendo a escolha desses dois critérios compreendidos como dispositivos que auxiliam na explicitação dessas forças.

5.2.5 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DO TRABALHADOR E O TRABALHO VIVO EM ATO

Na primeira etapa da pesquisa a coordenação do CTA relatou que para o processo de treinamento dos técnicos de enfermagem é sugerido que os enfermeiros das Unidades de Saúde indiquem um profissional que eles identificam ter “perfil” para trabalhar com a abordagem do aconselhamento e teste rápido. Esse fato sinaliza a existência de um certo movimento disponível em alguns profissionais que não em outros. As observações realizadas nas duas ESF também evidenciaram aspectos relacionados a esse movimento, permitindo algumas análises.

Durante as observações nas Unidades de Saúde 1 e 2 foi possível identificar algumas queixas trazidas pelos profissionais dos serviços que, segundo eles, acabavam dificultando a prática do aconselhamento e testagem. Os participantes expuseram a falta de profissionais na equipe, os quais estavam remanejados inclusive para outras funções, como o caso das ACS que atuavam na recepção ou auxiliavam como técnicas de enfermagem. Também relataram aumento da demanda e fluxo de atendimentos e sobrecarga de trabalho, já que o enfermeiro(a) coordenador(a) fica responsável tanto pela

parte assistencial como administrativa, com o preenchimento de relatórios, planejamento, dentre outros. Outra queixa trazida pela participante da Unidade 1 foi em relação às campanhas previstas pelo Ministério da Saúde, as quais demandam tempo e dedicação das equipes para atingir metas. Naquela ocasião, por exemplo, estava ocorrendo a campanha de vacinação, que aumentava o fluxo do serviço e preconizava a imunização de uma determinada parcela da população.

O que mais chamou a atenção em relação a essas observações é que, embora os profissionais das duas Unidades tivessem queixas semelhantes em relação às dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, o que justificava então o fato de uma Unidade ter realizado tantos testes em 2017 e a outra ter realizado menos testes?

É importante considerar que existem diferenças significativas quanto às características da população dos bairros pertencentes ao território de abrangência das duas Unidades, no que se refere à renda, moradia e escolaridade, as quais podem influenciar significativamente nas necessidades de saúde da população atendida, bem como no cotidiano de trabalho da equipe. A Unidade 1, por exemplo, além de ficar localizada em uma área central, abrange os bairros a que pertencem uma classe mais favorecida da população. Os bairros que possuem uma população em maior situação de vulnerabilidade ficam mais distantes da Unidade, dificultando o acesso da população até o serviço. Nos períodos de observação na Unidade 1 poucos usuários compareceram no serviço. Já a Unidade 2 abrange, em sua maioria, os bairros do município considerados de maior vulnerabilidade social, a que pertencem uma população menos favorecida que se torna mais dependente dos atendimentos ofertados pelo serviço. Em todas as visitas realizadas nessa Unidade havia um grande fluxo de usuários, os quais formavam filas para aguardar o atendimento.

Vale ressaltar ainda que a vinculação da Unidade 2 com a universidade por meio da inserção dos estagiários de psicologia também pode ter contribuído para a inclusão de novas possibilidades de atuação aos profissionais que refletiram positivamente na produtividade do serviço.

Porém, foi possível identificar ainda a existência de algo para além das características sociais do território ou da vinculação do serviço com a universidade, que se refere a um movimento subjetivo do profissional envolvido que se concretiza com o trabalho vivo em ato.

O conceito de mobilização subjetiva foi criado por Cristoph Dejours para caracterizar o movimento que o trabalhador faz para transformar o sofrimento psíquico

relacionado ao trabalho em situações prazerosas, de forma a (re)construir suas ações no cotidiano de trabalho. Cada indivíduo reage de forma diferente às dificuldades das situações de trabalho de acordo com a sua história de vida pessoal. Esse processo, portanto, é vivenciado de forma muito particular por cada trabalhador, constituindo-se como uma alternativa eficaz diante das estratégias defensivas (MENDES, 1995). Mendes, Costa e Barros (2003) afirmam que, embora a mobilização subjetiva seja vivenciada de forma individual ela é influenciada por aspectos sociais e institucionais. Nesse sentido, não diz respeito isoladamente a uma característica interna ao sujeito, mas pode ser modulada por relações coletivas no contexto social e de trabalho. Cabe ressaltar aqui a importância dos momentos de formação e das ações de educação permanente que se constituem como espaços privilegiados de troca de saberes e transformações subjetivas que mobilizem os profissionais para o desenvolvimento de um trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo em ato, de acordo com Merhy (2002) caracteriza-se pelo trabalho em si realizado pelo sujeito produtor exatamente no momento em que ele deve ocorrer, o qual é fundado em tecnologias relacionais a partir do encontro entre as subjetividades, as quais possuem liberdade para escolher o modo de fazer esta produção.

No processo de trabalho da Unidade 2 foi possível perceber que, mesmo diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço, como a sobrecarga de trabalho e equipe defasada, os profissionais conseguiram transformar esses problemas em ações produtivas e eficazes a partir do desenvolvimento de um trabalho vivo em ato, que resultou positivamente nas estratégias de prevenção. O enfermeiro inseriu a prática do aconselhamento e testagem na sua rotina de trabalho, flexibilizando as ações. Os estagiários de psicologia, por exemplo, adotaram a estratégia da oferta do aconselhamento em sala de espera e a realização do aconselhamento pré-teste coletivo, visto a grande demanda de usuários. Já as técnicas de enfermagem optaram pela oferta do aconselhamento e teste-rápido durante a pré-consulta, ao mesmo tempo em que realizavam o acolhimento, a triagem, a oferta da vacina e preventivo a todos os usuários. Essa mobilização subjetiva da equipe como um todo resultou no desenvolvimento de um trabalho vivo em ato, a partir da utilização de tecnologias leves que são características da relação, do diálogo e da informação, contribuindo para a inserção da oferta do aconselhamento e testagem na rotina do serviço, efetivando assim as estratégias de prevenção na atenção básica. Para além da tecnologia dura do teste rápido em si, foi desenvolvida uma tecnologia leve caracterizada pela dimensão relacional e dialógica entre os profissionais e usuários.

Evidenciamos, portanto, o quanto a mobilização subjetiva do trabalhador e o trabalho vivo em ato constituem como potencialidades para a efetivação das estratégias de prevenção na atenção básica. Outros estudos também identificaram a mobilização subjetiva do trabalhador como uma potencialidade no processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a atenção básica (ZAMBENEDETTI, 2016). O conceito de trabalho vivo em ato (MERHY, 2002) vem se efetivando como uma tecnologia necessária e essencial no processo de trabalho em saúde.

5.3 LINHA DE ANÁLISE 2 – CASOS ANALISADORES

Dos 10 casos observados, 3 chamaram atenção, não só pelo diagnóstico reagente de 2 deles, mas pelas análises que se tornaram possíveis para que pudéssemos compreender as forças que atravessam a prática do aconselhamento na atenção básica desse município. Os 3 casos serão descritos a partir das memórias do diário de campo e, em seguida, analisados e discutidos de acordo com a literatura e o referencial teórico.

5.3.1 CASO 1 – “Dona Flor e o(s) seu(s) (2) marido(s)?”

Dona Flor, aproximadamente 45 anos, procurou o enfermeiro relatando que seu marido havia vindo na ESF no dia anterior e que chegou em casa dizendo que o enfermeiro pediu para que ela comparecesse lá também no dia seguinte. O marido de Dona Flor havia ido à ESF há três meses para uma consulta de rotina, na qual foi ofertado o teste rápido na pré-consulta. Ele decidiu fazer e, naquela ocasião, o teste deu reagente para Sífilis. O enfermeiro então solicitou exames laboratoriais complementares (VDRL) e pediu para que quando ficasse pronto, ele levasse para o enfermeiro ver e iniciar o tratamento. Foi quando, no dia anterior, o marido esteve lá com o exame em mãos confirmando o diagnóstico reagente, foi acolhido pelo enfermeiro, que pediu para que a esposa também fosse realizar o teste. E lá estava ela. O enfermeiro começou preenchendo os papéis e perguntou se tinha sido o marido mesmo que a orientou a procurar e ela disse que sim. Iniciou o aconselhamento pré-teste perguntando se ela já havia feito o teste rápido antes e ela relata que sim, no ano anterior e que, naquela ocasião, havia dado não reagente. Seguiu explicando: “...o teste que vamos fazer é para diagnosticar 4 doenças: HIV, Sífilis e Hepatite B e C, as quais são transmitidas pelo sangue e que só depende de uma “picadinha” no dedo”. Enquanto falava, ia pegando os kits dos testes, as fórmulas que reagem organizando na mesa e colocando as luvas. Continuou explicando sobre a janela imunológica “...o teste que vamos fazer hoje, vai contar de 30 dias antes da data de hoje, ou seja, do dia 10 de julho para trás”. Alertou que se desse algum resultado positivo, poderia ser um falso positivo e que, portanto, se caso isso ocorresse, seria necessário solicitar outros exames laboratoriais para confirmar. Abriu para dúvidas. Não teve. O enfermeiro então realizou a coleta e pediu que ela aguardasse na sala de espera de 15 a 20 minutos o resultado. Enquanto aguardávamos o teste reagir, o enfermeiro explicou a situação do casal e da possibilidade de que um dos dois tivesse “pulado a cerca” e da sua angústia em não poder dizer isso para os usuários. Reforcei então que não seria necessário dizer dessa forma, mas que poderia apenas reafirmar as formas de transmissão,

ênfatizando que se trata de uma doença sexualmente transmissível, e questionar se ela imaginava de onde poderia ter pegado. Sem muitas surpresas o teste confirmou o diagnóstico reagente para sífilis. O enfermeiro chamou Dona Flor e mostrou o resultado do exame explicando: “...quando o resultado é negativo, aparece só um “risquinho” e quando é positivo aparece dois “risquinhos”, demonstrando que então o dela havia dado positivo para sífilis. Explicou que havia tratamento para sífilis e que, para tanto, era necessário tomar algumas injeções. Perguntou se ela tinha dúvidas. Dona Flor, aparentemente assustada e meio sem jeito, contou que estava fazendo acompanhamento no Erasto em Curitiba há algum tempo, com suspeita de câncer no reto, devido dificuldades para evacuar (ao mesmo tempo tirou os exames da bolsa para mostrar para o enfermeiro) e perguntou se isso poderia ter alguma relação com a sífilis. O enfermeiro explicou que eram coisas separadas, mas que no caso, uma poderia prejudicar a outra. Perguntou se ela tinha algum dos sintomas da sífilis, explicando quais eram, ela negou. Nesse momento, o enfermeiro reforçou as formas de transmissão da sífilis, dizendo pela primeira vez que era uma doença sexualmente transmissível. Dona Flor se questiona: “Mas eu não tive relação com mais ninguém!”. Nesse momento um silêncio, deixando o “pular a cerca” em entrelinhas. O enfermeiro somente reforçou a importância do uso do preservativo durante as relações. Buscou compreender se caso ela já não tinha sífilis antes, perguntando se ela lembrava se tinha o teste de sífilis quando ela realizou no ano passado, uma vez que eles ficaram sem o teste rápido para sífilis por um período do ano anterior. Dona Flor ficou de verificar se encontrava o laudo do ano anterior em casa para confirmar e ficou de levar para o enfermeiro ver, juntamente com o resultado dos exames laboratoriais que ela ia realizar. Enquanto o enfermeiro saiu para fazer a notificação e o pedido de exames, a usuária começou a conversar comigo sobre o quanto já estava difícil e preocupada devido situação da suspeita do câncer de reto, as consultas e o deslocamento para a capital e agora “mais isso”. Quando o enfermeiro retornou, explicou o encaminhamento para o CTA, a realização de exames e pediu que ela retornasse com os resultados. Perguntou se havia dúvidas. Dona flor, aparentemente preocupada e sem jeito perguntou: “mas isso é grave?”. O enfermeiro respondeu: “Não é grave! Seria grave se você fosse gestante”. Dona flor saiu agradecendo porque já tinha três filhos e não queria mais.

“Dona Flor e Seus Dois Maridos” é um romance brasileiro que conta a história de uma professora de culinária que ficou viúva de seu marido “boêmio” e que, mesmo casando-se novamente, continuava atraída sexualmente pelo espírito do ex-marido que

rondava o leito de sua cama. A metáfora foi utilizada fazendo referência à situação do casal, devido à suspeita do profissional de que um dos dois teria relações fora do casamento. Nesse caso, evidenciou-se a suspeita para a usuária, já que era ela que estava em cena durante a observação e para que fosse possível efetivar a metáfora. Porém, a interrogação permite demonstrar que a situação também pode ser invertida, na medida em que uma relação extraconjugal de seu marido poderia evidenciar uma face dele aparentemente desconhecida por ela.

5.3.1.1 O caso como Analisador

O caso coloca em evidência alguns aspectos que possibilitam reflexões em torno da prática do aconselhamento na atenção básica. Do ponto de vista da integralidade, que se constitui como uma das potencialidades da atenção básica para o cuidado em HIV-AIDS/ISTs (COLAÇO, 2016), podemos considerar o momento em que a usuária revela ter suspeita de câncer no reto. O papilomavírus humano (HPV) é considerado uma das maiores causas associadas ao câncer colorretal (PELIZZER et al., 2016), além de ser transmissível sexualmente. Logo, entendemos que essa poderia ser uma oportunidade para que essa temática ou outros aspectos fossem abordados.

Esse caso também evidencia o quanto a questão do sexo e da sexualidade é indissociável da relação com o teste. O diagnóstico reagente de sífilis no casal revela a suspeita de que um dos dois ou ambos tiveram relações fora do casamento. Diante disso, percebemos que os marcadores produzidos no início da epidemia, principalmente àqueles relacionados à questão da sexualidade (BRITO, CASTILHO e SZWARCOWALD; MARQUES, 2003; SONTAG, 2007), como a promiscuidade, por exemplo, trazem repercussões subjetivas para o campo das ISTs/HIV-AIDS até hoje, considerando-se o mal-estar da usuária frente ao diagnóstico reagente e a dificuldade, tanto da usuária como do profissional, de abordarem sobre o assunto. Entendemos que essa situação também indica uma oportunidade para que a temática fosse abordada. Porém, ao invés disso, o enfermeiro preferiu deixar essa questão nas entrelinhas. Isso demonstra que o teste acaba sendo, portanto, uma espécie de dispositivo de visibilização (ou invisibilização) de aspectos relacionados a intimidade, a sexualidade, etc.

Dois vieses de atenção também são ressaltados nesse caso: o biomédico e o psicossocial. O biomédico, com ênfase na doença e nos procedimentos (PAIM, 2008), ficou evidente no momento em que o profissional repassa as informações sobre a infecção, a partir de um modelo com viés mais prescritivo e também na realização do

teste propriamente dito. O modelo psicossocial diz respeito a uma dimensão mais humana, para além do tratamento biomédico em si (DE MARCO, 2003). Nesse caso, essa dimensão contemplaria às repercussões desse teste e desse resultado na vida da usuária, podendo abranger, portanto, uma abordagem sobre a relação conjugal, sobre o poder que ela tem de negociar suas relações, sobre o que ela sente ou pensa diante do resultado, em que medida esse resultado diz algo sobre a relação dela com o companheiro, o que ela sente, que dúvidas e angústias possui, etc. Do ponto de vista psicossocial, entendemos que o diagnóstico pode ter repercussões importantes que poderiam ser contempladas a partir de uma postura acolhedora.

Quando a usuária pergunta para o enfermeiro se a sua situação é grave e ele responde que não, e que seria somente se ela fosse gestante, podemos identificar nessa cena o corpo feminino reduzido a um corpo biologizado, voltado apenas para a reprodução. Emily Martin inaugurou discussões importantes sobre as representações do corpo feminino influenciadas pela racionalidade médica a partir do seu livro “A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução” publicado em 1987 e traduzido para o português em 2006. A autora utiliza a “metáfora da máquina”, atribuindo o corpo feminino a uma fábrica destinada a produzir bebês, sendo o médico o supervisor que coordenaria todo esse processo. Além de Martin (2006), outros autores ao longo das décadas também buscaram discutir as diversas influências que perpassam a concepção do corpo feminino (COSTA et al. 2006; BORIS e CESÍDIO, 2007; RANGEL, 2011).

Nesse sentido é que ressaltamos também o quanto a abordagem pode tanto visibilizar ou invisibilizar algumas questões importantes, cabendo aos profissionais de saúde o manejo adequado e eficaz dessas situações.

5.3.2 CASO 2 – Hepatite C: “E agora?”

Seu Chico, 62 anos, compareceu na ESF com sua esposa, para ambos realizarem consulta médica de rotina. Na pré-consulta foi ofertado o teste-rápido, os quais tiveram o interesse de fazer. O enfermeiro chamou-o para o aconselhamento pré-teste individualmente, assim como o fez primeiramente com todos os usuários interessados. Iniciou o aconselhamento com Seu Chico perguntando se ele já havia realizado o teste antes, o qual respondeu que não e que era a primeira vez. Preencheu os papéis com os dados do usuário. Explicou que o teste que seria realizado era para diagnosticar 4 doenças, HIV, sífilis, hepatites B e C, as quais são transmitidas pelo sangue e que iria se dar através de uma “picada” no dedo. Enquanto falava ia pegando os kits dos testes, as fórmulas que

reagem organizando na mesa e colocando as luvas, assim como de praxe. Continuou explicando sobre a janela imunológica relatando que o teste iria contar de 30 dias antes da data atual. Alertou ainda que se desse algum resultado positivo, poderia ser um falso positivo e que, portanto, se caso isso ocorresse, seria necessário solicitar outros exames laboratoriais para confirmar. Abriu para dúvidas. Não teve. O enfermeiro então realizou a coleta e pediu que ele aguardasse na sala de espera de 15 a 20 minutos o resultado.

Após realizar os 5 aconselhamentos pré-teste e teste, começou a chamar novamente de um por um para a entrega do resultado. Quando viu que havia um diagnóstico reagente para Hepatite C, ficou surpreso porque nunca fez um diagnóstico dessa doença antes e ficou preocupado com o preenchimento dos protocolos. Ligou antes para o CTA para solicitar os protocolos de Hepatite C para preenchimento obrigatório. Resolveu chamar o usuário primeiro, que no caso era o Seu Chico, justificando que demoraria mais devido ao preenchimento dos papéis.

Chamou o usuário e mostrou o resultado do exame explicando que quando o resultado é negativo, aparece só um “risquinho” e quando é positivo aparecem dois “risquinhos”, demonstrando que então o dele havia dado positivo para Hepatite C. Primeiramente perguntou por qual motivo Seu Chico havia vindo consultar, tentando compreender se ele havia algum problema de saúde ou sintoma e ele explicou que era uma consulta de rotina para pegar receita devido a sua bronquite. Negou demais comorbidades e sintomas. O enfermeiro explicou sobre a necessidade de pedir exames complementares, inclusive para ver a situação do fígado, esclarecendo o que é Hepatite e reforçando os principais sintomas. Durante a conversa, ligou novamente para o CTA pedindo orientações sobre o preenchimento dos protocolos. Perguntou se o usuário tinha dúvidas e ele disse que não, mas estava aparentemente assustado.

Nesse momento, a esposa de Seu Chico que também havia realizado o teste e aguardava pela espera do resultado, ficou preocupada com a demora do marido e entrou na sala para saber o que estava acontecendo. Seu Chico permaneceu calado e aparentemente assustado. O enfermeiro explicou para sua esposa que o teste do marido dela havia dado reagente para Hepatite C, mostrando o resultado e os “risquinhos”. Reforçou que iria encaminhar para o CTA para pedir mais exames e explicou onde era o local, vendo a disponibilidade do usuário em comparecer lá. O profissional terminou de preencher os papéis, entregou para o usuário o qual saiu da sala ainda assustado sem falar nada. Sua esposa ainda permaneceu na sala, já que iria aproveitar para pegar o seu resultado também. A esposa, também aparentemente assustada e preocupada, perguntou

se era uma doença grave e se havia possibilidade de passar para os filhos. O enfermeiro explicou que não, reforçando as formas de transmissão e prevenção, afirmando que uma das possíveis formas de transmissão era através da relação sexual. Ela permaneceu em silêncio, pensativa. O resultado dela, “para surpresa”, não deu reagente. O enfermeiro mostrou o resultado explicando os “risquinhos”, assinou os laudos e entregou.

5.3.2.1 O caso como Analisador

Esse caso também parece colocar em evidência alguns elementos. Por um lado, podemos considerar a potencialidade da integralidade da atenção básica, de poder ofertar um teste na pré-consulta para alguém que estava ali por outro motivo e não necessariamente para isso, o qual acaba fazendo o teste rápido e descobre ser reagente para Hepatite C. A integralidade da atenção básica inclui a responsabilização pela oferta de serviços a partir do reconhecimento adequado das necessidades de saúde da população, com o manejo das diversas tecnologias de cuidado (BRASIL, 2017a).

Ao mesmo tempo, a preocupação do enfermeiro com o protocolo, com o preenchimento dos papéis e encaminhamentos coloca em evidência o modelo hegemônico de saúde com ênfase no adoecimento (PAIM, 2008). As formas de transmissão do vírus e o risco de transmissão sexual entre o casal foi abordado pelo profissional no momento em que a esposa questiona sobre a possibilidade de transmissão para os filhos, mas a partir de um modelo tradicional de educação em saúde com viés mais prescritivo baseado na transmissão de conhecimentos (FIGUEIREDO, RODRIGUES NETO e SOUZA LEITE, 2009). Outros estudos (BESEN et al., 2007; PINAFO et al., 2011; SOARES et al., 2017) também evidenciaram a predominância do modelo hegemônico com viés prescritivo nas ações de educação em saúde na atenção básica. Esse modelo acaba inviabilizando os aspectos psicossociais envolvidos e as repercussões da realização do teste e do diagnóstico reagente em si para o usuário e a família.

Não entrou em discussão, por exemplo, se eles têm relação sexual ou não, como seria para eles a introdução do uso do preservativo nas relações, bem como as possibilidades de que a infecção tenha ocorrido. Essa abordagem corresponderia a um modelo dialógico mais participativo, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990), em que os usuários tornam-se ativos no processo de cuidado em saúde a partir de uma postura crítica e processos de conscientização ((FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2009). Vale ressaltar que, não necessariamente essa

abordagem devesse ocorrer nesse momento – pode ocorrer em uma consulta posterior, já que neste momento ainda há o impacto do diagnóstico em si. O que colocamos em evidência é se em algum outro momento essa conversa ocorre.

O caso também coloca em evidência as questões éticas envolvidas no processo da testagem, no momento em que a esposa entra na sala preocupada com a demora questionando se havia acontecido algo com o seu marido, e o enfermeiro revela o diagnóstico reagente do usuário, sem o consentimento dele. O profissional tem o dever de manter o sigilo em qualquer circunstância, cabendo somente ao usuário o direito de revelar o resultado do seu diagnóstico (BRASIL, 2004a).

5.3.3 CASO 3 – “Não sei ler”: E agora?

Margarida, 41 anos, foi abordada pelos estagiários de psicologia na sala de espera, enquanto aguardava para consulta, na qual foi ofertado o teste rápido e ela aceitou. Era para ter ocorrido o aconselhamento pré-teste coletivo, porém, dos convites realizados para esse segundo grupo somente ela aceitou fazer. Ela estava acompanhada de sua filha mais nova de aproximadamente 1 ano e meio. Uma mulher simples, com pouca instrução, condições de higiene precária, tanto dela quanto da filha. Os estagiários iniciaram perguntando se ela conhece ou se já havia realizado alguma vez o teste rápido. Ela confunde com vacina e relata já ter tomado outras vezes. Os estagiários explicam diferenciando a vacina do teste rápido e explicam que o teste é para o diagnóstico de 4 doenças, HIV, sífilis, hepatites B e C. Continuam: “você conhece ou já ouviu falar de alguma dessas doenças?”. Ela responde que não e eles começam a explicar: “O HIV é um vírus que ataca as células de defesa do nosso organismo. No início, normalmente não tem sintomas”. A filha não parava. Margarida ora prestava a atenção nos estagiários, ora prestava atenção na filha, interagindo com ela. Ofereceu uma banana para a menina com casca e tudo. Margarida conta o quanto a filha gosta de banana e o quanto ela já sabia se virar sozinha, desviando o foco do assunto. Enquanto isso, a menina tenta descascar a banana com dificuldades e vai colocando as cascas em cima da mesa com a mãe conversando e chamando a atenção dela. Os estagiários acolheram e logo tentaram retomar o foco do diálogo, continuando as explicações sobre cada uma das doenças e seus principais sintomas. A menina colocava a banana quase inteira na boca ou mordida pedaços enormes com dificuldade para mastigar, tirando a atenção da mãe, dos estagiários e minha também. Continuaram o diálogo reforçando a importância de que o teste seja realizado pelo menos 1 vez por ano como prevenção. Em seguida explicaram sobre as formas de

transmissão das doenças, enfatizando que poderia ser pela via sexual ou através do compartilhamento de objetos perfurocortantes. Ao mesmo tempo reforçaram a necessidade de se prevenir com o uso do preservativo e para não compartilhar certos objetos como alicate de cutícula, seringas, gilete, dentre outros. Falaram sobre a janela imunológica, explicando a necessidade de repetir o teste depois de 30 dias, caso tenha se exposto a alguma situação de risco nos últimos dias. Abriam para dúvidas e ela não teve. Em cima da mesa havia folders informativos sobre as doenças e o teste rápido e preservativos e lubrificantes disponíveis, que foram ofertados caso ela tivesse interesse em levar. Não pegou. Os estagiários a encaminharam até a frente da sala do enfermeiro para realizar o teste e eu fui para dar continuidade a observação. Enquanto aguardávamos na sala de espera, ela se aproximou de mim e falou em voz baixa meio sem jeito: “Eu posso levar mesmo aqueles papéis para casa?”. Respondi que sim e acompanhei-a novamente até a sala onde foi realizado o aconselhamento pré-teste para que ela pudesse buscar as informações. Ela foi justificando que, a princípio não quis pegar porque não sabe ler, mas que seu marido sabia ler, então queria levar para que ele pudesse ler e aprender também. Fiquei surpresa com a sua atitude, pois embora fosse analfabeta e sua simplicidade, somada a presença da filha, tivesse trazido desafios para os estagiários durante o aconselhamento, do jeito dela, ela havia compreendido que era importante levar as informações para o marido também, no sentido de ambos se prevenirem, mesmo que a relação do casal não tivesse sido abordada pelos estagiários durante o aconselhamento. Reforcei a importância disso e inclusive do marido também estar vindo até a unidade para fazer o teste e saber da sua condição. Pegou os folders e preservativos meio sem jeito. Enquanto retornávamos para a sala de espera, Margarida continuou contando que nunca teve a oportunidade de estudar porque precisou trabalhar desde muito cedo e que sentia muito por não saber escrever nem o nome de nenhum dos seus filhos.

O enfermeiro chamou-a para a realização do teste. Perguntou se ela já tinha feito alguma vez, respondeu que não. Seguiu perguntando se ela tinha participado do aconselhamento pré-teste com os estagiários e se havia ficado alguma dúvida, ela disse que não. Organizou os kits na mesa, com os reagentes e colocou a luva. Enquanto isso a filha não parava, arrastando a mochila, abrindo e fechando a porta, a qual permaneceu aberta até o final da coleta. Em seguida o enfermeiro pediu para que ela aguardasse na sala de espera 20 minutos até a entrega dos resultados. Enquanto o teste reagia, aproveitou para resolver outras demandas do serviço. Após esse período, quando chamou Margarida para a entrega do resultado ela já havia ido embora. Foi procurá-la lá fora, sem sucesso.

5.3.3.1 O caso como Analisador

Este caso coloca em evidência importantes forças presentes na epidemia de AIDS e que devem produzir ressonâncias sobre os modos de se proceder à prática do aconselhamento.

Em primeiro lugar, podemos compreender que este caso constitui-se como uma expressão concreta do que é a chamada dimensão social da vulnerabilidade. Vimos que, a compreensão dos grupos de risco e comportamento de risco no início da epidemia resultou em estigma, preconceito e culpabilização às PVHA. A perspectiva da vulnerabilidade passou a reconhecer a AIDS como um fenômeno complexo e multideterminado, incluindo tanto questões biológicas, como psicológicas, políticas e sociais (AYRES et al., 2009). Essa perspectiva não exclui a noção de risco, mas reconhece que existem outros aspectos, principalmente de ordem social, que tornam algumas pessoas mais suscetíveis ao vírus do que outras. A questão da baixa escolaridade da usuária, por exemplo, já revela uma condição de vulnerabilidade, na medida em que existe menos acesso a informação. Nesses casos, a comunicação entre os profissionais e os usuários nem sempre é adequada, uma vez que, na maioria das vezes, as informações são dadas com base na perspectiva do próprio profissional, não contemplando a realidade do usuário. Dessa forma, as poucas oportunidades que o usuário tem de acesso a informação, acabam ficando limitadas devido à dificuldade de comunicação e adaptação por parte dos profissionais.

O fenômeno da pauperização da AIDS ao longo da epidemia colocou em evidência uma tendência clara de baixa escolaridade e empobrecimento das pessoas envolvidas (KALICHAMAN, 1994; BASTOS e SZWARCOWALD, 2000; SILVA et al. 2013). Atualmente entende-se que essas populações são consideradas prioritárias para as ações de prevenção, devido às vulnerabilidades sociais a que estão submetidas (BRASIL, 2017b).

Esse caso também evidencia que o aconselhamento, muitas vezes, não ocorre em “condições ideais”. A própria sala de espera, por exemplo, já é uma situação com múltiplos estímulos, em que é preciso considerar nas cenas de atuação profissional os seus cheiros, seus múltiplos sons e diferentes participantes. Embora existam recomendações para a abordagem do aconselhamento, a realidade demonstra que nem sempre é possível ou necessário contemplar todas as dimensões previstas. Neste caso, a atenção dos estagiários e do enfermeiro era disputada com a filha, uma criança pequena fazendo o que é esperado que crianças façam, o que exige certa flexibilidade e “jogo de

cintura” dos profissionais para adequar o aconselhamento às diversas situações sem deixar de atender minimamente as necessidades do usuário.

Também evidencia a complexidade da realização do aconselhamento pré-teste coletivo, onde não se sabe a priori qual o grau de escolaridade ou de compreensão do usuário para uma adequação da linguagem e contextualização da intervenção. Uma diferença observada nos modos de abordagem é que em algumas intervenções as pessoas eram informadas sobre os procedimentos e aspectos em relação às doenças, a partir de um viés prescritivo (PAIM, 2008). Em outras, era perguntado aos usuários se eles conheciam ou se já tinham ouvido falar a respeito dos procedimentos, das doenças e suas formas de transmissão, buscando abrir diálogos a partir dos saberes dos participantes. Cabe ressaltar que, durante a abordagem coletiva, é necessário tomar cuidado para não expor ou constranger nenhum usuário, sendo trabalhados aspectos mais gerais. As questões a nível mais pessoal devem ser trabalhadas individualmente num segundo momento (BRASIL, 2000).

A fragmentação do processo da realização do teste e a entrega do resultado evidenciam também o caráter, muitas vezes, descontextualizado da testagem à realidade do usuário, tornando ineficazes as estratégias de prevenção, já que a usuária foi embora sem saber do resultado dos testes. Nesse caso, o diagnóstico foi não reagente. Entretanto, é importante observar que a usuária preenche papéis onde autoriza (ou não) o serviço a procurá-la em caso de um resultado reagente. Em casos como este, portanto, caberia ao profissional tomar as medidas necessárias e dar continuidade ao cuidado.

5.4 LINHA DE ANÁLISE 3 – O GRUPO FOCAL COMO ANALISADOR

5.4.1 O Grupo Focal

Conforme havíamos previsto inicialmente, seria realizado um primeiro grupo focal incluindo os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica com treinamento para a realização do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, no sentido de promover uma interação entre os profissionais e produzir dados buscando compreender o cotidiano de trabalho e a perspectiva deles em relação ao aconselhamento atrelado a oferta da testagem. Em um segundo momento estava previsto a realização de um segundo grupo focal com o objetivo de colocar os dados produzidos em discussão com os próprios participantes de modo que eles pudessem se apropriar dos conteúdos e constituir um momento de formação. Esse segundo momento caracterizaria, de acordo com a análise institucional, o processo de restituição da pesquisa. Nessa perspectiva, não se trata de uma mera devolutiva dos resultados, mas sim, um momento de co-produção de análise, colocando os participantes numa posição ativa na produção do conhecimento. Na medida em que esses grupos ocorrem em situação de interação e compartilhamento de experiências, pode também ocorrer aprendizagem entre os participantes, residindo aí uma das maiores contribuições da pesquisa junto aos participantes (BAREMBLITT, 1996).

O grupo focal foi realizado no dia 26 de outubro, teve duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos e contou com a participação de apenas duas profissionais, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. O fato de o grupo ter poucos participantes fez com que as discussões fossem mais breves. Como a pesquisa-intervenção de caráter institucionalista permite que sejam realizados rearranjos durante o percurso de acordo com aquilo que vai sendo produzido e na relação que vai sendo estabelecida com os participantes no campo, além de promovermos um espaço de interação e levantamento de demandas, optamos por já nesse primeiro momento inserir alguns analisadores que haviam sido levantados nas etapas anteriores com a entrevista e as observações nas duas Unidades, para que pudséssemos aprofundar as discussões e produzir reflexões importantes que viessem a contribuir com o processo de educação permanente das profissionais, de modo a contemplar também a fase de restituição da pesquisa prevista inicialmente.

Assim, o grupo focal foi constituído por perguntas abertas que buscaram compreender o cotidiano de trabalho em relação à atenção em HIV-AIDS/ISTs e a

percepção no que se refere à prática do aconselhamento vinculada a oferta da testagem, como, por exemplo: “Como vocês compreendem o processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a Atenção Básica?”; “Como está organizada a oferta do teste rápido no cotidiano dos serviços?”; “Como vocês compreendem a abordagem do aconselhamento?”; “Quais as dificuldades/potencialidades encontradas nesse processo?”. Além disso, foram inseridos três analisadores: ênfase na parte técnica (tecnicização), dificuldade em abordar temas referentes à sexualidade, desafio de contemplar as três dimensões do aconselhamento. É importante ressaltar que esses 3 analisadores emergiram a partir de uma pré-análise realizada das observações e da entrevista com a coordenação do CTA. A inserção deles junto ao grupo envolve colocar em discussão uma interpretação que os autores têm dado aos dados produzidos. Desse modo, o grupo pode atuar na validação dos dados, na revisão da interpretação conferida a eles, assim como pode se apropriar desta discussão, num movimento de cunho educativo.

Sobre o cotidiano de trabalho no que se refere à atenção em HIV-AIDS/ISTs, ambas as participantes relataram que não realizavam nenhuma ação até aquele momento. A enfermeira estava atuando em uma UBS central, que atualmente não funciona como atenção básica, mas como Pronto Atendimento (PA) e oferta de serviços especializados. A enfermeira relatou que até 2017 foram realizados alguns testes rápidos no PA, conforme pedido médico, mas que houve muitos problemas devido à complexidade da rotina de trabalho do serviço como, por exemplo, falta de espaço adequado para poder manter o sigilo, ênfase na parte técnica da testagem, fragmentação do aconselhamento e teste rápido e insegurança dos profissionais no momento de informar um resultado reigente. Por esses motivos, optaram por não realizar mais a testagem nesse local. Quando os médicos solicitam o resultado dos exames de HIV, sífilis, hepatites B ou C, é feito laboratorial ou quando é solicitado por teste rápido, os usuários são encaminhados para o CTA.

A técnica de enfermagem atua em uma UBS da área rural, onde atualmente não possui o profissional enfermeiro e, portanto, ela não pode realizar a testagem, uma vez que, para o técnico só é permitido realizá-lo sob supervisão do enfermeiro. Essa mesma profissional, no ano anterior, terminou o curso superior em enfermagem, porém, seu concurso é para o cargo de técnica de enfermagem. Dessa forma, não pode realizar o teste e assinar como enfermeira. Relata que a médica que trabalha com ela atualmente, até o momento nunca havia solicitado nenhum teste rápido. Conta que, quando ela observa alguma demanda que acha necessário realizar a testagem, orienta os usuários a irem até o

CTA, porém, fala das dificuldades de acesso, uma vez que a UBS fica localizada a 12 km do centro da cidade.

Em relação ao processo de descentralização do diagnóstico por meio do uso de teste rápido na atenção básica, a enfermeira relatou que, embora tenha realizado a capacitação em uma das primeiras turmas em 2009, ela não acompanhou a descentralização porque na época atuava na vigilância sanitária. A técnica de enfermagem contou que ela entrou na UBS em que está até hoje em 2013. No início, ela agendava os usuários interessados em fazer o teste rápido e, de acordo com a demanda que surgia, a enfermeira do CTA ia até a UBS para realizar a testagem. Ela relata que, como ela não tinha a capacitação, não compreendia o processo, então fazia os agendamentos de uma forma mecanizada. Conta que somente começou a entender o processo da testagem, da descentralização e do aconselhamento quando realizou a capacitação em 2016, na primeira turma onde foram inseridos técnicos de enfermagem.

Sobre as capacitações para o teste rápido, a enfermeira conta que realizou o primeiro treinamento em 2009 quando atuava na vigilância sanitária e que a ênfase foi somente na parte técnica, não sendo trabalhado sobre acolhimento e aconselhamento. Quando ela foi para o PA em 2017, já haviam as técnicas de enfermagem que testavam e ela não se sentia preparada, já que havia sido capacitada em 2009 e durante o tempo na vigilância sanitária não realizou testagem. Buscou então fazer uma segunda capacitação em 2017, na qual houve um período todo sobre a abordagem do aconselhamento com a participação de um psicólogo com experiência na área.

Contam que as primeiras capacitações eram promovidas pelo Estado em parceria com as Regionais de Saúde e contavam com a presença dos profissionais dos nove municípios da região. Eram divididas em três dias, onde eram trabalhados sobre as doenças, formas de transmissão, sintomas, tratamento, medicações, a parte técnica da coleta em si, o descarte dos materiais, o preenchimento dos protocolos, encaminhamentos, o acolhimento e a abordagem do aconselhamento. A enfermeira relata que esse último treinamento realizado em 2017 já ocorreu somente em parceria entre o município e a Regional de Saúde e que foi realizado em dois dias. Contaram que alguns dias antes da realização do grupo focal passaram por um processo de reciclagem, o qual ocorre normalmente a cada dois anos e que, nesse encontro, souberam que os próximos treinamentos serão realizados somente online por meio da Plataforma Telelab, disponibilizada pelo Ministério da Saúde e que o treinamento da parte técnica deverá ser realizado presencialmente no CTA, ficando a cargo de cada profissional agendar.

Em relação à percepção delas sobre a abordagem do aconselhamento, ambas as profissionais reconhecem a importância do aconselhamento como sendo primordial para o processo da testagem. Porém, relatam que, mesmo com os treinamentos que realizaram, ainda sentem-se inseguras em trabalhar com a abordagem, visto a sua complexidade. Demonstram que durante a abordagem do aconselhamento é necessário explicar sobre o que é cada uma das doenças, os sintomas, as formas de transmissão e fornecer apoio em caso de um diagnóstico reagente, mas não reconhecem as três dimensões da abordagem do aconselhamento. Relatam que nem sempre é possível realizar o aconselhamento da forma como é previsto e que isso depende dos profissionais, mas também de cada usuário, da estrutura do local e da rotina do serviço.

As principais dificuldades e desafios relatados pelas profissionais durante a prática do aconselhamento atrelada a oferta do teste rápido foram: a insegurança em comunicar um diagnóstico reagente, o espaço físico inadequado dos locais, o fluxo e demanda dos serviços, o modelo ainda médico-centrado, a limitação na compreensão dos usuários, formação voltada para a parte técnica, insegurança em abordar temas transversais voltados a sexualidade e relações de gênero. Como potencialidades foram apontadas o perfil de cada profissional, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção básica.

A inserção e discussão dos analisadores junto às participantes acabaram reforçando as interpretações que tivemos dos dados nas etapas anteriores, além de possibilitar outras análises. A dificuldade dos profissionais em abordar temáticas referentes à sexualidade foi confirmada pelos participantes, os quais incluíram ainda uma dificuldade de compreensão dos próprios usuários devido ao grau de instrução e acesso a informação dos mesmos, além da inadequação dos materiais e protocolos de preenchimento que não contemplam às múltiplas experiências sexuais do ser humano.

O caráter mecanicista e tecnicista da testagem também foi reforçado pelos participantes, principalmente advindo da categoria médica e em decorrência do aumento da demanda dos serviços. Um fator acrescentado pelos participantes foi em relação à estrutura física inadequada dos serviços, pelo fato de não possuírem salas exclusivas aos enfermeiros, não permitindo a garantia do sigilo.

Sobre as três dimensões da abordagem do aconselhamento foi possível aprofundar algumas reflexões e, ao mesmo tempo, produzir um movimento de caráter educativo, conforme previsto durante o processo de restituição. No momento em que foram abordadas sobre as três dimensões previstas durante o aconselhamento, as participantes desconheciam essas nomenclaturas. Após apresentar cada uma delas, demonstrando o que

era previsto em cada etapa, seguimos interrogando se aquilo fazia sentido para elas ou como elas viam essas dimensões inseridas na prática. Além de reconhecerem e identificarem essas dimensões na prática, os participantes também incluíram alguns aspectos do cotidiano que acabam dificultando a concretização dessas dimensões, como, por exemplo: o aumento da demanda, a estrutura física inadequada dos serviços, a predominância do modelo biomédico e médico-centrado, dificuldade de compreensão dos próprios usuários.

Vale ressaltar que essa linha de análise tem como objetivo principal discutir aspectos relacionados ao grupo focal como um todo, por isso, os analisadores foram apresentados brevemente apenas como fazendo parte do que constituiu o grupo focal. Uma discussão mais aprofundada a respeito de cada um desses analisadores será realizada na próxima linha de análise, mais especificamente nos aspectos que atravessam a prática do aconselhamento na atenção básica.

5.4.2 A pouca adesão dos participantes como analisador

A pouca adesão dos participantes no processo de restituição da pesquisa atrelado à realização do primeiro grupo focal levantou diversas questões: por que os profissionais não participaram? Será que compreenderam o convite? Será que o convite foi realizado de forma adequada? Será que aquilo que se faz questão para a pesquisa se faz questão para os profissionais? Nesse sentido, a (pouca) adesão se torna um analisador. Certamente não foi o mesmo motivo que levou os convidados a participarem ou não da pesquisa. Alguns convidados alegaram a dificuldade em sair das unidades de saúde; outros escolheram participar de uma capacitação na Regional de Saúde que estava ocorrendo no mesmo dia.

No processo de construção do grupo focal, juntamente com a coordenação do CTA, houve inicialmente uma sugestão por parte da gestão de fazermos uma convocação dos profissionais, buscando garantir a presença dos mesmos, visto esse ser aparentemente o *modus operandi* de funcionamento organizacional. Porém, tínhamos uma diretriz ética de voluntariedade vinculada à pesquisa, a qual buscamos exercitar com os participantes. O campo de pesquisa nos impõe diversos desafios, principalmente em relação aos papéis que ocupamos, seja de profissional, de pesquisador, ou então de profissional-pesquisador. Reconhecer e analisar esses papéis por meio da análise de implicação é um dos pressupostos da pesquisa-intervenção de abordagem socioanalítica, justamente para que não ocorra de cairmos na armadilha de naturalizar aquilo que está instituído, mas, pelo

contrário, colocarmos em análise reconhecendo e diferenciando os nossos lugares. Fortuna et al. (2016, p. 7) demonstra que “uma diferença importante é a de que há trabalhos distintos no campo da pesquisa e no campo da gestão”. Embora a pesquisa tivesse também o caráter de intervenção, buscando produzir movimentos de ruptura e transformação no campo, pela ótica da gestão, esse movimento se tornaria mais viável a partir da convocação dos profissionais. Porém, enquanto pesquisadores nos vimos atravessados pela instituição da ciência em relação a voluntariedade dos participantes. Nesse sentido, Fortuna et al. (2016) ressaltam a potência da análise de implicação como ferramenta da análise institucional para viabilização das pesquisas participativas, uma vez que possibilita a produção de conhecimentos não só no campo de intervenção, mas também no campo de análise.

Além desses aspectos que atravessam a adesão dos participantes, algumas falas registradas no grupo focal auxiliam a compreender a relação universidade-serviços.

Uma das participantes do grupo focal havia trabalhado com a pesquisadora em um serviço anterior, então supomos que a sua presença no grupo poderia estar atrelada a um vínculo afetivo. A análise de implicação revela os vários papéis que ocupamos no campo de pesquisa (BAREMBLITT, 1996). Monceau (2010) demonstra que essa implicação pode envolver também um aspecto ou dimensão libidinal. Nesse caso, entendemos que o lugar de psicóloga e colega de trabalho anterior pode ter contribuído para a presença dessa participante. Além disso, ao chegar ao grupo à primeira questão que ela ressaltou foi que naquele momento ela não estava realizando a testagem e que, portanto, não iria poder contribuir com a pesquisa. A outra participante, apesar de se identificar como apaixonada pela testagem revelou que, o que levou ela a participar do grupo, foi o fato de que, no ano anterior quando estava terminando a sua formação, também realizou pesquisa e que precisou dos participantes, então achou que “não custava nada ajudar” (Memórias – Diário de Campo).

As falas das participantes durante o grupo focal também evidenciam o fato de que elas foram participar do grupo com a intenção de contribuir com a pesquisa:

Eu pensei, sinceramente eu pensei, tá, eu vou lá, eu vou lá, porque né, poxa, eu também faço às vezes, mas sobre aconselhamento eu não vou ter o que falar... (Técnica de Enfermagem – Grupo Focal).

É, a hora que eu cheguei aqui, foi a primeira coisa que eu falei, eu disse: “oh, se só vier eu você tá perdida Emaline, porque eu sou a pior pessoa pra tá aqui rsrs... (Enfermeira – Grupo Focal).

Eu acho que o pessoal que faz semanalmente, que faz sempre, com certeza seria muito mais rico porque tiveram mais vivências a respeito e tal... (Técnica de Enfermagem – Grupo Focal).

Essas falas permitem algumas análises sobre o papel da ciência enquanto instituição e a relação que a Universidade estabelece com os serviços onde se insere.

A ciência surgiu no ocidente como um instrumento de explicitação da verdade apoiada nos pilares da racionalidade do mundo moderno. Enquanto instituição passou a sustentar-se por meio do paradigma positivista, o qual impôs como força hegemônica os ideais de objetividade, causalidade, neutralidade, sistematização e produtividade, desconsiderando todos os outros saberes que não estavam em consonância com esses pressupostos. A ascensão inicial das ciências exatas e naturais gerou um campo de disputa em relação às ciências humanas, devido à crença de que era preciso estudar os fenômenos sociais como se fossem naturais (ROMAGNOLI, 2009).

Surge então o paradigma fenomenológico como recurso das ciências humanas para investigar as vivências dos sujeitos. Inaugura-se a era das pesquisas qualitativas e não somente quantitativas, visando o aprofundamento no mundo dos significados das ações e das relações humanas. A ampliação do campo de investigação humana exigiu o surgimento de novos métodos e ferramentas que pudessem abarcar também os coletivos e as diversas complexidades existentes. Romagnoli (2009) destaca o método da cartografia como uma tentativa de lidar com as complexidades. Acrescentamos ainda o desenvolvimento das pesquisas com viés mais participativo, como a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção, por exemplo. As pesquisas participativas, de acordo com Leis (2005) visam não só corresponder ao campo da ciência, mas, principalmente, produzir um movimento crítico que possibilite a emancipação e a autonomia dos participantes diante da resolução dos problemas de ordem coletiva. Embora existam esses novos modos de fazer ciência, o paradigma predominante no imaginário social ainda é o positivista.

A Universidade enquanto estabelecimento da instituição ciência acabou perpetuando essa hegemonia estabelecendo uma relação de extração de dados e informações dos sujeitos e serviços em prol da ciência. Como vimos no início desse estudo, a proposta do PPGDC exige o desenvolvimento de pesquisas com viés mais participativo que rompam com esse lugar hegemônico da ciência e impactem de certa forma no contexto comunitário.

Consideramos que a abordagem teórico metodológica escolhida para o presente estudo foi coerente à proposta do PPGDC e ao que buscávamos construir. O grupo focal, enquanto um espaço de diálogo e interação (MINAYO, 1993), e o processo de restituição

enquanto um momento de co-produção de análise (BAREMBLIT, 1996) foi utilizado para tentar romper com a ideia de que a ciência e a Universidade vão ao encontro dos participantes somente para extrair informações que venham beneficiar o pesquisador e a instituição. Ao contrário, buscamos estabelecer uma relação de construção mútua de conhecimento que pudesse contribuir com o processo formativo dos profissionais. Porém, o contato com o campo de pesquisa foi perpassado por alguns entraves que dificultaram a realização desse processo e, ao mesmo tempo, possibilitaram algumas análises.

Entendemos que a pouca adesão dos participantes, as memórias do grupo focal e as falas dos profissionais evidenciam o quanto o lugar da ciência e da própria Universidade está instituído no imaginário social de tal forma que as pessoas não conseguem enxergar a pesquisa no sentido de poder trazer uma contribuição direta para o campo, mas somente como um lugar de extração de dados em benefício do pesquisador e da Universidade. Vale ressaltar que essa relação foi problematizada junto aos participantes durante todo o grupo focal, na medida em que as pessoas eram instigadas a uma construção conjunta de conhecimento, rompendo com a perspectiva de extração ou repasse de informações. Isso ocorreu, por exemplo, no início do grupo quando foi perguntado aos participantes se eles imaginavam porque os demais profissionais não tinham comparecido e também no final quando foi colocada em discussão a necessidade da constituição de um segundo grupo focal (restituição). Nessa ocasião uma das participantes respondeu que isso era a pesquisadora quem tinha que dizer ou decidir. Então devolvíamos a discussão reforçando a importância de uma produção coletiva.

Evidenciamos, portanto, nessa linha de análise, o desafio de proporcionar condições para que pesquisas com caráter participativo possam se efetivar.

5.5 LINHA DE ANÁLISE 4 – ASPECTOS QUE PERPASSAM O ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Com os dados produzidos a partir da entrevista com a coordenação do CTA, das observações realizadas nas duas Unidades de Saúde e o grupo focal realizado com a enfermeira e a técnica de enfermagem, foram levantados analisadores que passarão a subsidiar as nossas discussões a luz da bibliografia estudada. Vale ressaltar que, de acordo com a análise institucional, os analisadores constituem-se em fatos, eventos, falas ou cenas que expressam as tensões e relações de força constituintes de um determinado fenômeno (BAREMBLITT, 1996). Nesse sentido, buscamos compreender quais são essas tensões que perpassam a prática do aconselhamento na atenção básica.

De acordo com a análise institucional, existe um entrelaçamento, uma interpenetração entre todas essas forças que ocorrem tanto no nível das instituições (instituído e instituinte), como das organizações (organizante e organizado), dos estabelecimentos, agentes e práticas que apresentam uma função e um funcionamento (ou produção e reprodução) e assim por diante. “Esta atuação em conjunto pode ser enunciada com uma fórmula pedagógica: cada um deles atua no outro, pelo outro, para o outro, desde o outro” (BAREMBLITT, 1996, p. 36).

A interpenetração das forças que ocorrem a nível do instituído, do conservador, isto é, aquilo que está cristalizado é chamado de atravessamento. Já a interpenetração das forças que ocorrem a nível do instituinte, do criativo, que remete a uma possibilidade de transformação, chama-se transversalidade (BAREMBLITT, 1996).

Dessa forma, como possibilidades de discussão, os dados produzidos foram organizados pensando nas forças que atravessam/transversalizam a prática do aconselhamento na atenção básica, ou seja, aquilo que se encontra a nível do instituído, cristalizado, e o que podemos considerar como uma força instituinte, com possibilidades de transformação.

Foram levantados durante as três etapas cinco analisadores principais para serem discutidos:

- Três como forças que atravessam a prática do aconselhamento na atenção básica
 - Sexualidade;
 - Tecnicização e Mecanicismo;
 - As três dimensões do aconselhamento;
- Dois como forças que transversalizam a prática do aconselhamento na atenção básica

- Integralidade da Atenção Básica;
- Trabalho em Equipe e Apoio Matricial do CTA.

5.5.1 ASPECTOS QUE ATRAVESSAM A PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Nessa linha de análise serão discutidos três principais analisadores que emergiram por meio dos acontecimentos, das falas dos participantes ou das cenas observadas durante a produção dos dados da pesquisa. Tais analisadores evidenciam as forças instituídas no campo que atravessam a prática do aconselhamento atrelada a oferta do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C na atenção básica, inviabilizando as estratégias de prevenção no cotidiano de trabalho dos profissionais.

5.5.1.1 A instituição da sexualidade

Sabemos que falar em prevenção ao HIV-AIDS/ISTs sem falar de sexualidade é uma tarefa quase que contraditória, visto o ponto de cruzamento entre o campo da AIDS e os marcadores relacionados à dimensão da sexualidade desde o início da epidemia, que repercutiram em estigma e preconceito as PVHA. Porém, falar de sexualidade nem sempre é uma tarefa fácil, inclusive para a pesquisadora que desde o início dos estudos em relação à temática na graduação, vem passando por um processo de (des)construção e desnaturalização dos aspectos instituídos. No campo de pesquisa a partir das observações realizadas, essa resistência e dificuldade dos profissionais em abordar questões referentes à sexualidade também ficou bastante visível.

Antes de entregar o resultado para a usuária do caso 1, o enfermeiro compartilhou a sua angústia em não poder falar com a usuária sobre uma possível traição por parte dela ou do marido quando viu que o diagnóstico era reagente para sífilis, dizendo que um deles teria “pulado a cerca”. Ao relatar isso, o mesmo foi orientado sobre outras possibilidades de se abordar sobre o assunto de uma forma menos ofensiva e pejorativa. Uma das dimensões previstas durante a abordagem do aconselhamento é a avaliação de riscos, momento em que seria possível buscar compreender, juntamente com a usuária, as suas formas de se relacionar e se prevenir ou então a exposição a comportamentos de risco, encontrando formas de minimizar essa exposição. Diante das dúvidas da usuária sobre as formas de transmissão da doença, foi relatado apenas que se tratava de uma doença sexualmente transmissível, permitindo que ficasse algo subentendido.

Outra cena em que esse fenômeno ficou visível foi a partir do Caso 2, diante do diagnóstico reagente de Hepatite C. A própria presença da esposa já consistia em uma

oportunidade para que pudessem compreender juntos as vivências e experiências sexuais do casal e avaliar a exposição dos riscos a que estavam submetidos, buscando caminhos para reduzi-los. Ao invés disso, pairou-se um silêncio no ar.

O que essas cenas nos revelam é que existe uma dificuldade, tanto dos profissionais como dos usuários, em abordar as temáticas referentes à sexualidade. Mas o que nos interessa aqui é ir além disso, ou seja, entender o porquê isso ocorre. Nesse sentido é que surge o analisador, na medida em que busca ampliar a compreensão sobre as forças envolvidas na constituição de um fenômeno.

A sexualidade enquanto instituição é constituída por um conjunto de leis e normas, formais e informais, que regem a conduta humana, estabelecendo os atos que devem ser punidos e os quais devem ser recompensados. Enquanto lógica de funcionamento, para que possa se (re)produzir, apoia-se em organizações, estabelecimentos e agentes (BAREMBLITT, 1996).

Segundo Foucault (1988), o processo de repressão da sexualidade ocorrido a partir dos séculos XVII e XVIII, ao contrário do que se esperava, deu lugar a uma proliferação discursiva em torno da questão da sexualidade a partir do século XVII, que valorizava a sexualidade como um lugar secreto, restrito a casais heterossexuais pertencentes a famílias nucleares. Foucault (1988) diz que a sexualidade não foi reprimida. O que ocorreu foi uma depuração da linguagem, uma ordenação do discurso: onde se fala sobre ela, como e com quem se fala e com que linguagem e termos. A ciência desenvolveu toda uma linguagem para falar da sexualidade, diferente da linguagem utilizada entre amigos, por exemplo. Essas leis e normas em torno da sexualidade foram sendo construídas historicamente e disseminadas culturalmente passando a operar como regras na nossa sociedade. Nesse sentido, todos nós desde que nascemos somos atravessados pela instituição da sexualidade, sendo essas leis e normas que regem à nossa maneira de estar e nos comportar no mundo. Isso está presente desde os modos de se vestir, quais cores usar ou não usar, quais roupas são adequadas para cada tipo de ambiente, quais modelos caracterizam aspectos femininos ou masculinos, assim como quais podem ser caracterizadas como elegantes ou vulgares. Trata-se de um processo social que, ao longo do tempo, passou a ser naturalizado, ou seja, vivenciado como se fosse natural. Assim, mesmo que a sexualidade esteja presente, por vezes ela é inviabilizada.

Portanto, quando olhamos para essas cenas e para o trabalho dos profissionais de saúde é importante reconhecermos as forças que os atravessam. Isso implica também, um exercício de não culpabilização dos profissionais, já que todos nós somos atravessados

por diversas instituições. Além da sexualidade, a instituição da educação, por exemplo, é o que constituiu a base da nossa formação profissional.

Embora a temática da sexualidade não tenha sido abordada diretamente pelo enfermeiro e pelos usuários, foi possível perceber em ambas as cenas que essa dimensão ficou subentendida nas entrelinhas do diálogo. Nesse sentido, entendemos que silenciar também é uma forma de fazer falar. A resistência tanto do profissional como dos usuários que não falaram sobre o assunto, revelam um caráter negativo e depreciativo em relação à transmissão das ISTs. Podemos analisar esse fato devido ao estigma produzido desde o início da epidemia da AIDS, no qual a mesma foi caracterizada por diversos marcadores relacionados à dimensão da sexualidade como, por exemplo, o estigma em relação à orientação sexual, as desigualdades de gênero (ONUSIDA, 2005), além da depreciação de alguns comportamentos sexuais como a prostituição e a promiscuidade. Portanto, entendemos que falar de sexualidade também é falar de identidade, de gênero, de práticas e orientação sexual.

Durante o grupo focal foi inserida a discussão justamente sobre essa dificuldade dos profissionais e usuários em abordar as temáticas referentes à sexualidade como analisador da etapa anterior da pesquisa, de forma a aprofundar o assunto e produzir reflexões com as demais profissionais participantes. Ambas as profissionais relataram os desafios de trabalhar essa temática com a população, atribuindo esse fato, algumas vezes, à insegurança dos profissionais “...porque eu tô entrando numa área que eu não domino, então quanto menos eu falar, menos eu instigo a pessoa a me perguntar coisas que talvez eu não saiba responder” (Enfermeira – Grupo Focal). E também a dificuldade de compreensão dos próprios usuários quando relatam que “é difícil até da gente perguntar! Porque assim, a gente trabalha com gente que não sabe o que é homo e o que é hetero...” (Enfermeira – Grupo Focal).

Nesse caso ressaltamos o caráter prescritivo de como a prevenção vem sendo trabalhada nos serviços de saúde, baseada em um modelo único de abordagem que parte, muitas vezes, da perspectiva do próprio profissional e não contempla a realidade e a singularidade de cada usuário. Meyer et al. (2006) demonstram que a educação em saúde não pode ser pensada como uma estratégia cognitiva – racional de aprendizagem em que se pressupõe que existe alguém que sabe – o profissional – e que, portanto, vai ensinar o outro – o usuário. Mas, para que ocorra uma “aprendizagem satisfatória”, devem-se criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais, considerando as vulnerabilidades envolvidas.

A instituição da sexualidade também aparece atravessada nos instrumentos de trabalho e protocolos. Essa reflexão foi trazida pelas próprias profissionais as quais relataram as dificuldades tanto em abordar a temática com os usuários, como também na hora de preencher as notificações, “porque por mais que ele fale que é um homem que faz sexo com homem (HSH) a tua opção ali na notificação é homossexual, porque ele não é hetero, ele não tem relações só com o sexo oposto...” (Técnica de enfermagem – Grupo Focal). A proliferação discursiva da questão da sexualidade no século XVIII possibilitou a disseminação de um conjunto de regras e condutas relacionadas à sexualidade, dentre elas as categorias de heterossexual/homossexual, além da hierarquização e valorização entre elas (FOUCAULT, 1988). O resultado disso foi à construção de uma perspectiva heteronormativa, adotada como padrão de conduta e, ao mesmo tempo, a desvalorização das sexualidades não heterossexuais. Rich (2010) demonstra, por exemplo, o quanto a disseminação compulsória da heterossexualidade inviabilizou durante muito tempo o pensamento feminista e a existência lésbica.

A diversidade sexual também veio à tona durante o grupo focal, quando foram inseridos pelas profissionais os termos HSH (Homens que fazem sexo com Homens), MSM (Mulheres que fazem sexo com mulheres), GOY (carícias sem penetração) no sentido de um compartilhamento de experiências. Segundo a enfermeira do grupo focal, “existem mais maneiras de fazer sexo do que duvida sua vã filosofia”. Foi discutido sobre a complexidade que essas vivências representam, as quais, muitas vezes, fogem do nosso entendimento, já que partimos sempre da nossa realidade para tentar compreender o outro. Essa reflexão revela que se partirmos do pressuposto de que existe somente uma forma de se relacionar e se tentarmos fazer prevenção de uma forma prescritiva, partindo de uma única realidade isso será em vão. É necessário contextualizarmos as práticas sexuais de acordo como elas acontecem na vida cotidiana (PAIVA, 2008).

Um dos casos relatados por uma das profissionais durante o grupo focal demonstra a complexidade e o desafio do trabalho da atenção básica no que se refere ao aspecto da prevenção. Além disso, revela mais uma vez a instituição da sexualidade operando de modo a hierarquizar as relações de gênero:

[...] eu tenho uma paciente lá na unidade de saúde, 34 anos e a gente descobriu um câncer de mama nela, ela usava anticoncepcional e aí teve que parar de usar por uma questão hormonal e ela parou de usar e o parceiro se negava, se nega a usar preservativo, ELE SE NEGA A USAR PRESERVATIVO (realça), e aí até a gente encaminhar ela pra colocar o DIU e tudo, ela pediu pra ele ir lá na unidade pra falar comigo, pra gente tentar abordar e ele não falou, ele não deixou claro, mas a

sensação que eu tive é que ele seria menos homem se ele usasse preservativo sabe. Pouco conhecimento, uma questão social mais precária e ele não aceitou usar o preservativo com a esposa dele porque ele só dizia que não, que ele não precisava e o que eu supus que deixaria ele menos homem é que ele falou assim: “Não, eu sou macho, eu não vou usar isso”. (Técnica de enfermagem – Grupo Focal).

Nesse trecho é evidente a visão machista do marido quando este se recusa a usar o preservativo, mesmo diante do adoecimento da esposa. O machismo é definido como um conjunto de representações simbólicas, construídas historicamente, que mistificam as relações de exploração, de dominação e de sujeição entre o homem e a mulher (DRUMONT, 1980). Uma dessas representações seria a de que o homem do caso citado colocaria a prova a sua masculinidade caso passasse a fazer uso do preservativo. Ao mesmo tempo, ao se recusar a fazer isso mantém a esposa em um lugar de sujeição, de forma a garantir a sua dominação, atribuindo a contracepção não como uma questão do casal, mas dela, que ela deve dar conta de resolver.

Os marcadores ligados as relações de gênero no início da epidemia da AIDS, inviabilizaram ações voltadas ao público feminino. Como consequência, houve um aumento ao longo dos anos da incidência do vírus nas mulheres, se comparado ao número de homens, que implicou numa série de reflexões e discussões, visando à construção de estratégias que buscassem reduzir a vulnerabilidade das mulheres. Hoje, podemos observar uma razão de sexo de 2:2 (BRASIL, 2018c). Os relatos trazidos pelas profissionais durante o grupo focal nos ajudam a pensar nos motivos que colocam as mulheres nessa situação de vulnerabilidade, além da necessidade de contextualizarmos as práticas sexuais quando vamos trabalhar com prevenção:

E assim ele contando...ele começou falando “eu não tenho relação sem camisinha”, e ele falou assim: “e se eu falar pra vocês a quantidade de mulher que propõe relação sem camisinha... “aí ele começou a mostrar, não bastou falar... aí eu falei: “eu acredito, não precisa...” Ele começou a mostrar no celular, aí eu até fiquei uma curiosidade que eu não sabia que existe a dita camisinha de E.V.A., porque algumas alegam ser alérgicas ao látex, depois que propõe a transar sem camisinha e aí ele fala assim: “não, sem camisinha não” “ah, mas eu sou alérgica ao látex” “ah, eu tenho a de E.V.A. aqui”. Eu falei assim, gente, tipo vindo de um homem já é muito difícil, mas assim, escutar isso que as mulheres propõem e propõem muito sexo sem camisinha é muito triste. (Enfermeira – Grupo Focal).

Embora as cenas observadas e os casos trazidos pelas profissionais durante o grupo focal tenham buscado evidenciar as dificuldades e os desafios envolvidos no cotidiano dos profissionais ao abordar temáticas referentes à sexualidade, é importante

considerar que o próprio relato das cenas já demonstram situações em que a questão da sexualidade foi abordada. Isso revela uma potencialidade na abordagem deste tema. Ao mesmo tempo, pudemos compreender a complexidade do trabalho envolvido na atenção básica no que se refere à prevenção ao HIV-AIDS/ISTs, principalmente quando não temos ferramentas para isso. Nesse sentido, ressaltamos a importância de produzir e compartilhar ferramentas para a compreensão e abordagem de fenômenos envolvendo a dimensão da sexualidade.

5.5.1.2 “É fazer, positivo, reigente, não reigente e tchau!”: O modelo tecnicista e mecanicista de prevenção

O modelo de atenção à saúde predominante no Brasil é o modelo médico hegemônico ou modelo médico centrado, caracterizado por ações individualistas, medicalizantes e com ênfase na doença (PAIM, 2008). Merhy e Franco (2005), baseados nos ideais de Marx, em relação à potencialidade da ação humana, fazem referência ao processo de trabalho em saúde, o qual busca responder a um modo de produção serializado, baseado no perfil taylorizado que é característico da sociedade capitalista em que vivemos, voltado, portanto, para o individualismo, agilidade e quantidade. Merhy (2002) também discute o processo de trabalho em saúde e caracteriza essas tecnologias de trabalho voltadas para os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais como tecnologias duras, que correspondem ao modo de produção capitalista.

Assim como a sexualidade, a saúde enquanto instituição também é constituída por leis e normas construídas historicamente que regem a conduta dos profissionais nos estabelecimentos de saúde. As ações realizadas na área da saúde são, muitas vezes, atravessadas pela lógica da individualização, prescrição, medicalização, com ênfase na doença e na parte técnica dos procedimentos, ficando centralizadas em sua maioria na figura do médico (PAIM, 2008). Os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, bem como as iniciativas do Ministério da Saúde de tentar qualificar a atenção primária a saúde, inicialmente por meio do PSF e, mais tarde, ESF e, atualmente com a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010b), surgiram como estratégias para tentar superar esse modelo assistencial que até então tinha sido pouco eficiente (ANDRADE, BUENO E BEZERRA, 2009).

Porém, percebemos que esse modelo hegemônico de saúde instituído nos sistemas de saúde e no imaginário social, atravessa até hoje o cotidiano dos profissionais de saúde.

Isso pode ser observado a partir dos discursos das profissionais no grupo focal quando estas relatam que as ações nos locais em que trabalham ainda ficam centralizadas na figura do médico, com ênfase na doença e na parte técnica dos procedimentos, a partir de uma lógica mecanicista. De acordo com a técnica de enfermagem do grupo focal, além dos profissionais “a população tem o modelo de procurar a unidade de saúde quando precisa de um médico, como se o médico não tivesse na unidade de saúde ela não tem porque estar aberta, não tem porque funcionar”. Nesse relato, além do modelo médico-centrado, é evidente também o modelo curativo instituído, quando a população busca ajuda para as questões de saúde somente quando o problema já está instalado, ou seja, para a cura da doença, respondendo a uma racionalidade individualizante e medicalizante do saber médico. Esse modelo curativo instituído acaba dificultando as ações de prevenção determinadas como primordiais nos princípios do SUS.

A mobilização em prol do enfrentamento da epidemia da AIDS nas décadas de 1980 e 1990 tinha como foco principal o trabalho de orientação e prevenção que eram realizados nos COAS e, mais tarde, nos CTAs. Durante o percurso foram surgindo diversas tecnologias de intervenção, principalmente de caráter biomédico como a distribuição de preservativos, gel lubrificante, as quais visavam auxiliar no trabalho preventivo. As intervenções biomédicas deveriam estar atreladas a outras intervenções, que buscassem fornecer informações e incentivo de mudança comportamental como, por exemplo, a abordagem do aconselhamento.

Pinheiro (2015) demonstra, por exemplo, que o surgimento da camisinha como estratégia eficaz de prevenção atingiu um grande alcance no discurso popular. Porém, ao mesmo tempo em que teve um sentido libertador, muito rapidamente se transformou em uma norma, adquirindo um caráter prescritivo (“use camisinha”), sem se deter nos aspectos contextuais de sua inserção nas relações sociais e práticas sexuais. “A necessidade de adoção da camisinha passou a ser tratada como uma obviedade ou como a coisa certa a ser feita” (PINHEIRO, 2015, p. 115). Nesse sentido, a abordagem logo foi atropelada pela lógica biomédica das intervenções em saúde, caindo no modelo tecnicista de prevenção.

O teste rápido, também como uma ferramenta de intervenção biomédica, surgiu no início dos anos 2000 como estratégia inovadora para agilizar o processo de diagnóstico e ampliar a testagem para uma maior parcela da população em regiões de difícil acesso (BRASIL, 2009). O processo de descentralização do diagnóstico para a atenção básica também foi inserido dentro dessa mesma lógica. Nesse contexto, a abordagem do

aconselhamento, como ferramenta de intervenção comportamental utilizada desde o início da epidemia da AIDS, passou a estar atrelada a oferta do teste rápido, de forma a garantir a eficácia da prevenção.

Em 2009, a partir da portaria nº 151, iniciaram-se os treinamentos para capacitar os profissionais de saúde em relação à testagem. No grupo focal a enfermeira lembra que em 2009, quando realizou o seu primeiro treinamento, não foi trabalhado sobre acolhimento nem aconselhamento, mas apenas a parte técnica da testagem. Já nos anos de 2016 e 2017, quando foram capacitadas, relatam que o treinamento ocorreu em parceria da SESA com a Regional de Saúde e foi dividido em 3 momentos:

[...] primeiro é falado sobre ISTs no geral, fala sobre o tratamento delas, inclusive com quais medicações, é falado das complicações das ISTs e aí entra específico em cada IST que o teste refere, fala muito sobre sífilis, hepatite B e C e HIV, aí é falado tudo sobre as doenças, tratamento, a questão de quais que são os anticorpos, o que que o teste pega, aí vai para a sorologia, o que que faz, como que encaminha toda essa questão. Aí trabalha muito a parte do aconselhamento, também é falado sobre a entrega do pós teste ali, o depois do teste, a entrega do laudo, e aí a última fase realmente é a fase da técnica, tem toda essa questão do porquê que tem que virar o frasco em 90 graus, porque que tem que ser os minutos, porque que tem que ser aquela quantidade de sangue. (Técnica de enfermagem – Grupo Focal).

Durante entrevista, a coordenação do CTA também relatou que o aconselhamento é trabalhado nas capacitações, primeiramente a partir de uma abordagem teórica, em que é passada para os profissionais a importância do aconselhamento no processo do teste rápido e, posteriormente, são realizadas dinâmicas que buscam simular o aconselhamento da forma como ele deve ser trabalhado na realidade.

Esses relatos demonstram que durante os treinamentos há um tempo que parece ser bem distribuído entre a abordagem do aconselhamento e a realização do teste propriamente dito. Entretanto, o que colocamos em análise é se um ou dois turnos são suficientes para lidar com a discussão do aconselhamento e com a abordagem de temas tão complexos como sexualidade e gênero. A enfermeira do grupo focal relata que “nem passando por lá eu não me sinto capacitada”, fazendo referência aos três dias de treinamento que realizou em 2017. Embora sejam temas sobre os quais temos conhecimento, visto que somos subjetivados por essas instituições na relação que estabelecemos de socialização, participação religiosa, entre outros, nem sempre conseguimos traduzir esses conhecimentos para a atuação na saúde. Portanto, entendemos que aprender sobre esses assuntos, muitas vezes, também exige um exercício de desconstrução, que não seria possível ser realizado num único encontro.

A coordenação do CTA também relatou em entrevista que havia uma proposta de descentralização das atividades de educação permanente para os próprios municípios. Nessa perspectiva, a parte teórica dos treinamentos seria realizada somente online através da Plataforma Telelab, ficando apenas a parte técnica para ser realizada presencialmente com a enfermeira no CTA. Entendemos que a fragmentação desse processo de treinamento pode comprometer ainda mais a prática do aconselhamento.

Podemos observar que, embora os treinamentos tenham buscado contemplar a abordagem do aconselhamento ao longo do tempo, este tem ficado em segundo plano, diferente do que era preconizado no início da epidemia, como sendo primordial ao trabalho preventivo. Assim como a camisinha, o teste rápido também adquiriu um caráter tecnicista de tal forma que hoje tem sido utilizado, muitas vezes, como a única forma de prevenção dentro de uma perspectiva de Testar e Tratar (PARKER, 2015).

Esse modelo tecnicista também ficou evidente durante as observações realizadas na Unidade de Saúde 2, onde o profissional realizava todos os aconselhamentos pré-teste e pós-teste da mesma forma, inclusive com as mesmas palavras. Iniciava perguntando se o usuário já tinha realizado o teste rápido alguma vez e seguia explicando: “o teste que vamos fazer é para diagnosticar quatro doenças: sífilis, hepatite B e C e HIV que são transmitidas pelo sangue, precisa só de uma picadinha no dedo!” (Memórias – Diário de Campo). Enquanto falava ia pegando os testes, os reagentes, luvas e organizando os materiais na mesa. Continuava: “o teste que vamos fazer vai contar de 30 dias antes da data de hoje, portanto, caso algum dos testes dê positivo, pode ser um falso positivo, aí vou precisar pedir outros exames para confirmar...” (Memórias – Diário de Campo).

Nessa cena, podemos observar a forma mecanicista de como as ações tem sido realizada na atenção básica, com ênfase nas doenças e na parte técnica dos procedimentos. Zakabi (2012) também evidencia as dificuldades na realização da prática do aconselhamento atrelada a testagem na atenção básica a partir da perspectiva dos próprios profissionais de saúde que acabam restringindo o atendimento no aspecto “técnico” do encontro, evitando assim o diálogo sobre temas relacionados a emoções e sentimentos.

Atrelado ao modelo hegemônico de saúde na nossa sociedade, o modelo sanitarista foi um dos primeiros modelos a surgir na construção das políticas de saúde no Brasil. Também conhecido como campanhista, este modelo é pautado na biologia e na epidemiologia e concentra a sua atenção em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais. As ações são baseadas na realização de campanhas e programas especiais (PAIM, 2008). O modelo campanhista ainda é muito utilizado em ações de

prevenção, inclusive no campo das ISTs/HIV-AIDS. Durante a entrevista com a coordenação do CTA esta relatou que nesse município são realizadas durante o ano três ou quatro campanhas maiores envolvendo o CTA e atenção básica, com o intuito de chamar a atenção da população em relação ao tema, tanto da prevenção quanto da procura do diagnóstico precoce através dos testes. “Geralmente a gente faz uma campanha grande no dia da mulher, uma campanha em julho no dia mundial de combate as Hepatites e em dezembro que é do dezembro vermelho” (Entrevista – Coordenação do CTA). Durante as observações realizadas na Unidade 1 a coordenadora relatou que a testagem é realizada com mais frequência em épocas de campanha, o que evidencia o modelo campanhista. Já na Unidade 2, mesmo havendo as campanhas em determinados momentos, as ações de prevenção já estão inseridas no cotidiano do serviço.

No grupo focal, as profissionais relataram como geralmente ocorre o aconselhamento e a testagem durante as campanhas, ressaltando o seu caráter tecnicista, já que visa atingir uma maior parcela da população. “Como eu faço em campanha [...] tem aquele modelo de fazer o aconselhamento em grupo e a gente só executa, aí lá no final depois da execução do teste as enfermeiras geralmente que entregam os laudos, então fica aquela coisa mecanicista...” (Técnica de Enfermagem – Grupo Focal).

Segundo Paim (2008, p. 558),

[...] embora muitas campanhas tenham se transformado em programas especiais, a essência do modelo sanitário mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local), cujas decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária.

Nesse sentido, podemos perceber que o modelo campanhista pode contribuir para o tecnicismo e o mecanicismo das ações de prevenção em HIV-AIDS/ISTs, já que visa, na maioria das vezes, à quantidade, não contemplando a integralidade da dimensão humana e da atenção à saúde. Por outro lado, se analisarmos do ponto de vista da não inserção da testagem na rotina dos profissionais em determinados serviços, podemos considerar as campanhas como importantes estratégias de prevenção que têm contribuído para o diagnóstico precoce e o tratamento das ISTs.

Embora a abordagem do aconselhamento atrelada à oferta da testagem possa ser realizada por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente capacitado, podemos observar que, na experiência desse município essa prática tem ficado restrita a

enfermagem enquanto área de atuação. Isso constitui um desafio na medida em que o aconselhamento/teste deveria se configurar de modo interdisciplinar.

As formações profissionais como um todo em nosso país encontram-se fragilizadas diante das demandas dos serviços. A maioria dos cursos de graduação e pós-graduação ainda estão cristalizados em um modelo disciplinar, pautado na produção de conhecimentos padronizados e generalistas que não acompanham as mudanças do campo prático e a singularidade da existência humana. Além disso, a hierarquização imposta pela área de enfermagem entre os profissionais de nível auxiliar, técnico e enfermeiro não permite, muitas vezes, que alguns profissionais assumam determinado “lugar” de responsabilidade que lhe é exigido na prática. Entendemos que todos esses fatores contribuem para a reprodução do modelo tecnicista de prevenção em saúde.

Sobre a formação profissional uma das participantes relata:

[...] a gente sempre brinca, você quer ter o enfermeiro burro de carga, se tem o enfermeiro formado na federal, porque é uma faculdade sucateada, a gente aprende muita gambiarra, muita...é aquilo né, você tem que dá conta, tem que fazer, não pode deixar de atender e o sistema tá sucateado e você acaba fazendo o trabalho do técnico...aí você pega, tipo assim, a faculdade feita pelo enfermeiro de Londrina...quer papel? Você tem o enfermeiro de Londrina, da formação da UEL, que tem uma formação mais voltada para a parte acadêmica, eles querem profissionais, mas que fiquem na docência, então tem mais essa parte do papel, trabalhar...então eu brinco assim que eu sou produto da minha formação [...] eu tenho muito esse lado mecanicista, porque eu tinha que fazer, fazer, fazer, fazer... (Enfermeira – Grupo Focal).

A educação enquanto instituição também nos constitui enquanto sujeitos. Portanto, somos todos produtos da nossa formação. Nesse sentido, podemos perceber o quanto somos atravessados por diversas instituições que nos atravessam e definem nosso modo de estar e agir no mundo, como a sexualidade, a saúde e a educação, as quais já destacamos até o momento. Isso nos permite ter uma dimensão mais ampla da existência humana no sentido de não simplesmente culpabilizar os profissionais de saúde por não corresponderem a uma determinada lógica preconizada, entendendo que existem forças maiores que nos atravessam e nos constituem.

Para efetivação de um trabalho em consonância com os princípios de humanização e integralidade do SUS que venha romper com o modelo tecnicista e mecanicista, é necessário o resgate das tecnologias não materiais em saúde, que se dão a partir do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), isto é, no exato momento em que é executado. Nessa perspectiva,

[...] o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la (MERHY, 2005, p. 281).

Além disso, Zakabi (2012) orienta a importância do resgate da afetividade nas intervenções de saúde, uma vez que o caráter neutro imposto pela ciência acabou distanciando os afetos e emoções envolvidos na relação entre profissionais e usuários. Nesse sentido, sugere que os serviços sejam reorganizados de modo a incorporar a afetividade como parte da “arte” presente na “técnica” para efetivar a integralidade do cuidado.

5.5.1.3 “Aconselhamento vai muito além do que falar de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”: As três dimensões da abordagem do aconselhamento

A abordagem do aconselhamento é uma ferramenta que tem sido utilizada para auxiliar na resolução de problemas de diversas ordens, uma vez que envolve tanto aspectos cognitivos como afetivo-emocionais. Nesse sentido, foi adotada no início da década de 1980 como estratégia de prevenção eficaz no controle e combate a epidemia da AIDS, passando a ser preconizado como tarefa primordial dos primeiros serviços que surgiram em resposta a isso que eram os COAS e, mais tarde, os CTAs.

O aconselhamento foi sendo adaptado e aprimorado ao longo dos anos de forma a corresponder cada vez mais à realidade de cada usuário, além de ser efetivo no processo da prevenção. Dessa forma, foi definido em três etapas principais:

- Dimensão educativa – a qual visa proporcionar uma troca de informações a respeito das ISTs/HIV-AIDS, bem como as formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- Dimensão da avaliação de riscos – busca compreender junto com o usuário o seu estilo de vida em relação às práticas sexuais e a quais situações de risco está exposto, além de construir estratégias que auxiliem na redução desses riscos;
- Dimensão do apoio emocional – momento voltado para oferecer apoio a partir de uma relação de confiança (PUPO, 2007).

Porém, cabe ressaltar que não existe uma ordem nem um modelo a ser seguido. O aconselhamento deve ser construído no diálogo com o outro, considerando a integralidade e a singularidade de cada usuário (PUPO, 2007). Além disso, inicialmente o

aconselhamento era uma prerrogativa da testagem. Atualmente, no entanto, o usuário pode escolher por não fazer o aconselhamento.

O profissional da Unidade 2 iniciava o aconselhamento pré-teste buscando contemplar a dimensão educativa, repassando informações sobre o que era o teste rápido, as quatro doenças e as suas formas de transmissão. Entretanto, isso era realizado de uma forma prescritiva, que corresponde a um modelo hegemônico, conforme discutido anteriormente. No cotidiano de trabalho em saúde, os profissionais são atravessados por esse modelo e buscam adaptar suas ações de acordo com a realidade do serviço. Para dar conta da demanda de usuários, por exemplo, o enfermeiro organizava a testagem de modo a realizar primeiramente todos os aconselhamentos pré-teste e teste e, após terminar todos, ia chamando novamente um por um para a entrega dos resultados. Além disso, o próprio fato de terem pessoas aguardando na sala de espera faz com que o profissional se preocupe em não demorar muito tornando a sua abordagem mais breve. A dimensão da avaliação de riscos e a dimensão do apoio emocional, por exemplo, foram pouco contempladas, mesmo diante dos dois resultados reagentes que foram acompanhados através das observações.

No caso 1 e 2, reagente para sífilis e hepatite C, caberia tentar compreender juntamente com os usuários os riscos a que eles estiveram expostos, além de construir estratégias para que pudessem tentar reduzir de alguma forma esses riscos. Além disso, após a entrega dos resultados reagentes, ambos os usuários ficaram aparentemente assustados e preocupados, demandando apoio emocional. Uma das possibilidades, por exemplo, seria perguntar como eles estavam se sentindo, com uma postura acolhedora. Vale ressaltar que essas sugestões possuem um sentido analítico, ou seja, não está dado, mas é o próprio exercício de análise e compreensão que busca abrir outras possibilidades. No caso 2 o usuário saiu da sala em silêncio e a esposa foi quem acabou expondo seus receios e dúvidas sobre a possibilidade de o marido transmitir a hepatite C para os filhos. No caso 1, a usuária começou a falar sobre suas angústias comigo, no momento em que o enfermeiro sai da sala para fazer a notificação. Aqui podemos destacar também o fenômeno da análise de implicação, já que, embora eu estivesse ali no papel de pesquisadora, o meu papel de psicóloga tinha sido demarcado pelo enfermeiro já no início da observação. Além disso, o fato de eu ser mulher indica uma identificação de gênero. Isso evidencia que a implicação não é algo que possamos escolher ou não ter, colocando em cheque a neutralidade imposta pela ciência tradicional. Ela simplesmente acontece. A nossa escolha é em relação a analisá-la ou não. Além disso, deslizamos novamente no

discurso do sendo comum o qual atribui o psicólogo como o profissional melhor capacitado para ouvir.

Os estagiários de psicologia também iniciaram o aconselhamento pré-teste coletivo buscando contemplar a dimensão educativa. Eles começaram perguntando se a usuária sabia o que era o teste rápido e se ela conhecia alguma das doenças. Vale ressaltar que essa abordagem difere da abordagem prescritiva descrita anteriormente, na medida em que abre espaço para um diálogo. Nesse caso a usuária respondeu que não. Então eles explicaram com uma maior riqueza de detalhes em relação a cada uma das doenças, suas formas de transmissão e prevenção. Há casos em que as pessoas falam bastante, possibilitando um diálogo mais consistente.

A cena do caso 3 coloca em evidencia a complexidade e os desafios envolvidos na oferta e abordagem do aconselhamento no contexto da atenção básica, na medida em que a atenção dos profissionais e da usuária era disputada pela filha comendo uma banana e fazendo coisas que são esperadas que uma criança de aproximadamente um ano e meio faça. Revela também aspectos do fenômeno da pauperização da AIDS, que se caracterizou por uma tendência clara de empobrecimento das pessoas envolvidas ao longo da epidemia, com base nos indicadores socioeconômicos relacionados à escolaridade, ocupação e área de moradia (KALICHAMAN, 1994; BASTOS e SZWARCOWALD, 2000; SILVA et al. 2013). Para além de uma determinação biológica constatou-se que havia uma dimensão social e cultural que colocava os sujeitos em uma situação de maior fragilidade e vulnerabilidade ao risco da infecção pelo HIV. Atualmente essa população se enquadra nos chamados grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde, devido às condições de vulnerabilidade resultantes da dinâmica social, que merecem destaque diante das ações de prevenção (BRASIL, 2017b).

Galindo, Francisco e Rios (2013) caracterizam dois modos de aconselhar, entendidos como “aconselhamento instrução” e “aconselhamento relação”, ressaltando que não se tratam de formas ideais nem mesmo excludentes entre si, mas como possibilidades de convivência dentro de um mesmo serviço ou por um mesmo aconselhador. No “aconselhamento instrução” ocorre uma transmissão de informações ao usuário, sendo este o único responsável por sua condição sorológica a partir de uma perspectiva naturalizante. Já o “aconselhamento relação” ocorre por meio de uma construção pessoal, possibilitando diálogo e escuta. “O sujeito do aconselhamento relação [...] é dinâmico, tem sentimentos, medos, fantasmas, dúvidas, tem uma intimidade

consigo e merece atenção e cuidado para que sejam abordadas situações que envolvam as vivências em torno da sexualidade” (GALINDO, FRANCISCO e RIOS, 2013, p. 995).

No campo de pesquisa nos deparamos com esses dois modos de aconselhar convivendo em um mesmo serviço e, inclusive, em um mesmo aconselhador, já que os mesmos buscavam adaptar a sua abordagem de acordo com o contexto e a realidade de cada usuário, ora instruindo, ora se relacionando.

As cenas evidenciam que o aconselhamento nem sempre ocorre em condições ideais, não sendo possível, muitas vezes, ou até mesmo necessário, que as três dimensões sejam contempladas. O apoio emocional, por exemplo, torna-se necessário principalmente nos casos reagentes, mas há casos que não demandam esse tipo de intervenção, como o caso 3 e os demais casos observados que não foram reagentes.

A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) lançou um boletim em 2010 visando orientar os aconselhadores sobre a necessidade de adaptar o aconselhamento aos diferentes contextos, seja no trabalho com adolescentes, travestis, ou na perspectiva da redução de danos. Ressaltamos ainda, a necessidade de adaptar o aconselhamento também ao contexto da atenção básica, onde às vezes ele pode ser realizado com mais tempo, às vezes menos. Às vezes de modo mais instrutivo, às vezes mais relacional. Às vezes nem ser realizado, se essa for a vontade do usuário. O que é esperado, portanto, não é que sempre as três dimensões ocorram da “mesma forma”. Estas devem ser pensadas como uma direção, mas é o contexto que vai modular o quanto cada dimensão vai se expressar na intervenção. Caso contrário, estaremos tomando-as como dimensões ideais que devem ser aplicadas sempre, reproduzindo um modelo prescritivo.

Após observarmos as duas Unidades de Saúde, com suas complexidades e os desafios envolvidos na abordagem do aconselhamento na atenção básica, inserimos esse analisador durante o grupo focal de forma a aprofundar as discussões com os participantes e promover reflexões que pudessem contribuir na prática profissional deles. Quando comentado sobre as três dimensões do aconselhamento, ambas as profissionais relataram nunca ter ouvido falar nesses termos.

Não sei te dizer, eu nem sei o que é as três dimensões, se estou trabalhando as três dimensões não sei (Enfermeira – Grupo Focal).

Duas, porque de eu ouvir falar assim, as três dimensões do aconselhamento... eu sei que o aconselhamento é primordial, fundamental para o acolhimento, para o entendimento daquele paciente, frente ao que vai ser executado, frente a se vir a dar reagente, o aconselhamento faz toda a diferença, mas agora essa questão das três dimensões eu não sei (Técnica de Enfermagem – Grupo Focal).

Quando foi explicado detalhadamente o que é e o que cada uma das dimensões deve contemplar, as profissionais reconhecem as etapas, embora não por esses nomes e imediatamente já explicitam os desafios de conseguir realizar e abranger tudo isso na prática em um único encontro, principalmente diante de um resultado reagente. Dessa forma, os temas foram aprofundados com as participantes tentando compreender quais seriam esses desafios, ao mesmo tempo em que se buscava construir outro olhar e novas possibilidades de abordagem.

Sobre o diagnóstico reagente e não reagente, uma das profissionais relatou que ela se sentia mais segura em dar um diagnóstico não reagente do que um resultado reagente. A partir disso, foi discutido a complexidade e os desafios que compõem as duas perspectivas, já que diante de um resultado não reagente é necessário sensibilizar o usuário no sentido de que ele não se exponha mais a riscos (BRASIL, 2000). Elas concluem, portanto, que “um teste reagente é triste de ser dado, um não reagente é cansativo...é trabalho de formiguinha!” (Enfermeira – Grupo focal). Vale destacar que o diagnóstico reagente, embora seja triste de ser anunciado, conforme relatado pelas profissionais, deve ser entendido principalmente como oportunidade de tratamento e, conseqüentemente, de saúde. Esse movimento inverte a lógica instituída no início da epidemia da AIDS de que o diagnóstico era sinônimo de morte, já que o diagnóstico tardio fazia com que as pessoas já tivessem com o sistema imunológico debilitado, levando ao óbito muito rapidamente. Atualmente sabe-se que, com o diagnóstico precoce, uma pessoa vivendo com HIV/AIDS/ISTs tem possibilidades de tratamento e uma expectativa de vida elevada.

O primeiro desafio na abordagem do aconselhamento apontado pelas profissionais foi em relação à grande demanda dos serviços devido à falta de profissionais, o que acaba sobrecarregando o trabalho.

Demanda, demanda, demanda...a gente sabe que em todas as unidades tem muito pouco profissional, tá faltando profissionais, então você tem que fazer, é quase que uma obrigatoriedade né, eu tenho que fazer o teste, mas eu tenho que fazer...você corre com aquilo pra conseguir dar conta do resto, porque tudo lá é cobrado, tudo é cobrado. (Técnica de Enfermagem – Grupo Focal).

Além disso, a estrutura física dos serviços foi assinalada como inadequada, muitas vezes, para a prática do aconselhamento atrelada a testagem, já que exige tempo e sigilo. O PA, por exemplo, foi relatado com um dos serviços em que a estrutura e a dinâmica de funcionamento não contribuem para a realização do aconselhamento, uma vez que tem

um fluxo intenso de usuários e não possui uma sala exclusiva do enfermeiro, mas apenas enfermarias masculinas e femininas e uma sala de sutura que estão sempre lotadas.

A insegurança dos profissionais também foi apontada como um obstáculo para a prática do aconselhamento, devido ao medo de abordar temas que não dominam, “então quanto menos eu falar também, menos eu instigo a pessoa também a me pergunta coisas que talvez eu não saiba responder” (Enfermeira – Grupo Focal).

O modelo de saúde hegemônico também foi trazido pelas profissionais como um fator que atravessa o cotidiano dos serviços e que dificulta a prática do aconselhamento. Além da oferta da testagem ficar centralizada na figura do médico, o mesmo exige o imediatismo do resultado, impedindo que seja construída uma abordagem mais intensa. As participantes do grupo focal acrescentam ainda que há uma banalização da classe médica em relação ao processo da testagem, no sentido tanto de duvidar da eficácia do resultado, preferindo solicitar laboratorial, quanto de desqualificar a prática do aconselhamento, como sendo uma ação simplista e desnecessária:

[...] o médico virou pra mim e falou assim: “Nossa precisa ficar dois dias pra fazer esse teste lá, treinando pra fazer!” Porque eu tinha acabado de vir do curso, ela foi a primeira depois que eu vim do curso de 2017 aí o médico me questionou virou pra mim e falou assim: “Nossa precisa de dois dias treinando pra fazer esses testezinho lá” Eu só olhei pra ele e falei assim: “Precisaria mais...precisaria mais! [...] Então assim até a classe médica banaliza essa questão assim, porque pra eles é só fazer, e é 15 minutos, então deu 15 minutos ele tava lá me cobrando. (Enfermeira – Grupo Focal).

A consolidação da medicina desde o início do século XVIII enquanto área de atuação que detém o saber e o poder sobre o funcionamento do corpo humano mantém-se instituída no imaginário social até os dias de hoje, não somente entre os usuários, mas também entre os profissionais. A formação médica, na maioria das vezes, ainda reproduz essa hierarquia, impactando significativamente na qualidade do atendimento prestado à população. Essa centralidade do trabalho na figura do médico no cotidiano dos serviços dificulta, muitas vezes, a autonomia de alguns profissionais, que não conseguem desempenhar as atividades da maneira que acreditam ou gostariam. Além disso, atravessa o usuário, mantendo-o em um lugar submisso e infantilizado, como se não tivesse o controle do seu corpo e da própria vida.

Outro desafio apontado pelas profissionais foi em relação ao baixo nível de instrução dos usuários atendidos, os quais, muitas vezes, não compreendem o que está sendo falado.

[...] dos poucos testes que eu fiz no PA, eu peguei pessoas que ela sabia que ela tinha que fazer o teste, que falaram que ela tinha que fazer o teste porque ela tinha uma relação de risco, mas ela não fazia ideia do que que era AIDS, do que que era a sífilis, do que que era hepatites. Então assim, pra gente fica até um pouco estranho porque pra gente parece que todo mundo sabe o que que é isso e a gente já quer pular um pouco essa etapa também ou quer falar então da AIDS que é uma doença viral, que não tem cura, mas tem tratamento, você quer dar o básico do básico, então quando você pega pessoas que não fazem ideia. (Enfermeira – Grupo focal).

Primeiro pode ser uma ideia de que a pessoa que vai fazer o teste já compreende, buscou então ela compreende, então pula-se algumas etapas ali do aconselhamento (Técnica de Enfermagem – Grupo focal).

Esse analisador possibilitou uma reflexão conjunta do quanto, muitas vezes, partimos da nossa realidade para tentar compreender o outro e o quanto isso é contraditório já que a realidade de cada sujeito é singular. Além disso, discutiu-se o caráter prescritivo de como as informações são repassadas e a complexidade que envolve a abordagem do aconselhamento, destacando a necessidade de que o mesmo seja adaptado aos diversos contextos da atenção básica, considerando a singularidade de cada sujeito e de cada situação.

A constituição do grupo enquanto um espaço de troca de informações e compartilhamento de experiências em relação a prática do aconselhamento atrelado a oferta do teste rápido foi discutido posteriormente com as próprias participantes:

Eu acho que pelo pouco do conhecimento que eu trouxe agregou sim, [...] ambas as partes acabam levando conhecimento e a gente também para pra repensar alguns pontos, quando a gente começa a falar sobre...quando a gente pergunta ali o que tá sendo trabalhado, a gente pergunta...o que tá sendo trabalhado? Como que eu tô fazendo, no caso de eu fazer, como que eu faço? Como que é minha abordagem? Será que o meu produto final com o meu paciente, será que ele tá entendendo? Será que eu tô conseguindo sensibilizar de alguma forma? Então eu acho que assim só por isso, por si só isso a gente já consegue agregar muita coisa. (Técnica de Enfermagem – Grupo focal).

Eu acho que eu levo assim essa questão do mecanicismo, que a gente é cobrado pra trabalhar no mecanicismo, então assim, pisar... no teste rápido pisar no freio e vamos cumprir as etapas, vamos fazer uma escuta, partir de onde a pessoa conhece. (Enfermeira – Grupo focal).

Podemos perceber a partir dos relatos que o grupo foi um espaço que permitiu um movimento de rupturas subjetivas em relação às forças instituídas, possibilitando a construção de novos conhecimentos. Muitas das análises produzidas foram consoantes ao que os profissionais perceberam. Isso revela o papel ativo e não passivo dos participantes da pesquisa e o quanto o grupo focal, a partir das interações que busca promover, também ressalta esse aspecto da capacidade do próprio grupo produzir análise. Esse movimento é

reconhecido como um processo de auto-gestão e auto-análise do grupo (BAREMBLITT, 1996).

5.5.2 ASPECTOS QUE TRANSVERSALIZAM A PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Nessa linha de análise serão discutidos dois principais analisadores que foram identificados durante as três etapas da pesquisa por meio dos acontecimentos, das falas dos participantes ou das cenas observadas. Tais analisadores evidenciam as forças instituintes no campo que transversalizam a prática do aconselhamento atrelada a oferta do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C na atenção básica, abrindo espaço para ruptura dos aspectos cristalizados e produção de movimentos de transformação no que se refere às estratégias de prevenção.

5.5.2.1 Integralidade da Atenção Básica

A integralidade constitui um dos princípios fundamentais do SUS, sendo “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Dessa forma, está inserida dentro dos princípios da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) como um:

[...] conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017a).

Em outras palavras, a integralidade também pode ser resumida como um conjunto de serviços e ações que busquem atender o ser humano na sua totalidade, compreendendo todos os aspectos que o envolvem.

Embora haja uma vasta definição utilizada para a integralidade, tentar conceituá-la é uma tarefa árdua, uma vez que o termo agrega diferentes significados para com os sujeitos e contextos em que é analisado. Kalichman e Ayres (2016) acrescentam que dentre os princípios estabelecidos pelo SUS, talvez esse seja o mais desafiador, visto a complexidade da sua efetivação prática. Desde a implantação do SUS na década de 1990 houve várias iniciativas do Ministério da Saúde para tentar concretizar o princípio da

integralidade como, por exemplo, o PSF/ESF (BRASIL, 2006a; 2011; 2017a), a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004b) e, mais recentemente, com as RAS (BRASIL, 2010b). Porém, é preciso compreender que a integralidade não pode ser entendida exclusivamente como uma diretriz constitucional do SUS, mas, antes de tudo, como uma ação pela qual se deve lutar (MATTOS, 2006). Para tanto, é necessário que seja uma experiência em ato construída a partir de um horizonte de diálogo.

A resposta governamental brasileira à AIDS também buscou um elenco abrangente de estratégias e intervenções que pudessem atender as PVHA na sua integralidade. Porém, as intervenções sempre ficaram centralizadas nos CTAs, contrariando a própria lógica do princípio estabelecido pelo SUS já que o mesmo preconiza um conjunto de ações e serviços. Portanto, as iniciativas do Ministério da Saúde desde os anos 2000 para descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a atenção básica podem ser entendidas, dentre outros fatores, também como uma das estratégias para efetivação do princípio da integralidade às PVHA e outras ISTs.

A potencialidade da integralidade da atenção básica na atenção em HIV-AIDS/ISTs já foi apontada na entrevista com a coordenação do CTA:

[...] ele só vai trabalhar comigo a sexualidade, a questão das DSTs, porque eu não faço preventivo, eu não faço vacina, porque eu não vejo outras questões, e lá ele acaba, eu acredito que ele acaba se sentindo atendido de uma forma integral, porque o enfermeiro não vai ver só esse lado ele vai ver todo o resto, vai ver ele como um todo (Coordenação - CTA).

Ressaltou ainda a importância do vínculo que o profissional constrói com a população, passando a se tornar referência para todas as demandas.

[...] muitos enfermeiros eles são da localidade, então não só para parte do HIV, das ISTs, o enfermeiro ele acaba sendo na unidade, na comunidade ali, é visto como um aconselhador pra tudo, seja para a questão vacinal, a coleta do preventivo, para questões relacionadas a violência, então a população acaba enxergando naquele profissional alguém em quem possa confiar, então fica como uma referência (Coordenação - CTA).

Nesse sentido, o vínculo se estabelece a partir de uma relação de confiança, respeito e empatia e constitui uma ferramenta essencial para a integralidade do cuidado na atenção em HIV-AIDS/ISTs na atenção básica (COLAÇO, 2016).

Nas observações realizadas nas Unidades de Saúde isso se tornou bem visível, principalmente no momento em que uma PVHA procurou o enfermeiro para tirar dúvidas sobre a vacina que havia causado reação. Naquela ocasião, o usuário encontrava-se visivelmente preocupado porque achava que a reação da vacina poderia ter interferido

com o vírus HIV. O enfermeiro acolheu o usuário em sua sala, procurou compreender as suas angústias e explicou sobre os sintomas, esclarecendo as dúvidas do usuário, o qual foi embora aliviado (Memórias – Diário de Campo).

Outro aspecto interessante é que a integralidade da atenção básica permite que as ações de prevenção como a oferta do aconselhamento e teste rápido possam ser disseminadas nas diversas ações ofertadas pelos serviços. Na Unidade 2, por exemplo, os estagiários de psicologia ofertavam o aconselhamento na sala de espera, as técnicas de enfermagem ofertavam durante a pré-consulta ou na sala de vacina e o enfermeiro ofertava durante o exame de preventivo.

Um homem, por exemplo, havia levado o filho para consultar e aguardava pela consulta na sala de espera quando foi abordado pelos estagiários de psicologia, os quais ofertaram o aconselhamento e a testagem. Participou do aconselhamento pré-teste coletivo onde recebeu orientações sobre as principais ISTs, sintomas e formas de prevenção. Realizou o teste rápido com o enfermeiro e, ao mesmo tempo, já aproveitou para tirar dúvidas sobre o problema do seu filho, o qual possuía um corte interno na boca que não cicatrizava. O usuário saiu de lá com orientações sobre prevenção, laudo com resultado não reagente para quatro doenças e encaminhamento de consulta odontológica e pediátrica para seu filho (Memórias – Diário de Campo).

Podemos perceber que essas estratégias possibilitam atingir a população de um modo geral e não somente os chamados grupos de risco (BRASIL, 2017b), além de abranger outros aspectos da vida da população que não só o biológico.

O mais comum no cotidiano do trabalho em saúde é que a oferta do aconselhamento e teste rápido ocorra mediante demanda do próprio usuário, o qual dá alguns indícios que exigem do profissional pensar na possibilidade de ofertar as ações. O que ocorre nessas situações é um aproveitamento de oportunidades que até então seriam perdidas, caso o usuário não demandasse o serviço. Paula e Santos (2013) demonstram que as “oportunidades perdidas” correspondem àquelas situações que seriam privilegiadas para uma abordagem preventiva das ISTs, como a solicitação do exame de gravidez ou a realização do preventivo, mas que acabam sendo “perdidas” devido a não realização da abordagem.

Durante as observações realizadas na Unidade 2 pudemos observar um movimento contrário, em que o próprio serviço produz uma demanda a partir da oferta do aconselhamento e testagem, embora as pessoas não tenham ido até lá necessariamente para isso. Podemos chamar esse movimento de “oportunidades produzidas”. Isso enfatiza

a ideia de que a demanda não é espontânea, mas ela é produzida de tal modo que existe um passo anterior à demanda, que é a oferta. (BAREMBLITT, 1996).

Essa relação entre a produção da demanda e oferta no cotidiano dos profissionais em suas práticas em serviços de saúde constitui uma estratégia de construção e efetivação do princípio da integralidade (PINHEIRO, 2006). Como vimos, para além de buscar uma definição ou apenas cumprir uma diretriz preconizada pelo SUS, são necessárias estratégias singulares nas práticas do dia-a-dia que estejam em permanente interação com os atores envolvidos, reconstruindo a relação oferta e demanda e incluindo aspectos subjetivos e objetivos que visem ser efetivos para os usuários.

Durante o grupo focal, as profissionais também trouxeram relatos de casos que nos permitem compreender a complexidade do trabalho da atenção básica:

Nós tivemos um caso lá no PA que fazia a benzetacil num piá de 13 anos com sífilis. Não sabe a repercussão que teve ele ter pego...da menina né...ele foi fazer o tratamento e tudo, mas assim, no bairro a menina era...rsrs vou falar...a tal da biscatinha. Então assim, tipo é muito complicado porque ele procurou o tratamento, ele vinha de uma unidade, vinha ali só pra tomar a injeção, então a gente não teve...até fiquei bem amiga dele porque ele é uma criança...é uma criança né, 13 anos, um tanto quanto resistente com uma mãe um pouquinho complicada, mas assim, meu Deus e o trabalho com a família, com a parceira, que teoricamente foi quem transmitiu, então assim teve uma repercussão muito grande ali no bairro, muito pejorativo em relação a menina, porque ela acho que era um pouquinho mais velha, 16 anos e já no segundo tratamento de sífilis, transmitiu sífilis para um piá de 13 anos, então assim é muito complicado. (Enfermeira – Grupo focal).

[...] eu tenho uma paciente lá na unidade de saúde, 34 anos e a gente descobriu um câncer de mama nela, ela usava anticoncepcional e aí teve que parar de usar por uma questão hormonal e ela parou de usar e o parceiro se negava, se nega a usar preservativo, ele se nega a usar preservativo, e aí até a gente encaminhar ela pra colocar o DIU e tudo, ela pediu pra ele ir lá na unidade pra falar comigo, pra gente tentar abordar e ele não falou, então ele não deixou claro, mas a sensação que eu tive é que ele seria menos homem se ele usasse preservativo sabe. Pouco conhecimento, uma questão social mais precária e ele não aceitou usar o preservativo com a esposa dele porque ele só dizia que não, que ele não precisava e o que eu supus que deixaria ele menos homem é que ele falou assim: “Não, eu sou macho, eu não vou usar isso” (Técnica de Enfermagem – Grupo focal).

Esses casos revelam a multideterminação e a complexidade do fenômeno HIV-AIDS/ISTs (AYRES et al., 2009) e a necessidade de que se construam estratégias que visem superar o modelo fragmentado de assistência à saúde. Como vimos, a atenção básica reúne ferramentas de trabalho consonantes com a perspectiva da integralidade e possui potencial para qualificar a atenção em HIV-AIDS/ISTs (COLAÇO, 2016). Mas, para que isso ocorra, é necessário um trabalho contínuo para além do “clímax” dos testes.

Exige, dentre outras coisas, a construção de vínculo com os usuários, um olhar integral e ampliado para as necessidades de vida e de saúde da população e um trabalho em rede intersetorial, o qual será aprofundado no analisador seguinte.

5.5.2.2 Trabalho em equipe e apoio matricial do CTA

O trabalho em equipe interdisciplinar e o apoio matricial constituem-se como dispositivos da PNH (BRASIL, 2004b) que objetivam facilitar a humanização da gestão e da atenção através de um processo de aprendizado coletivo (BRASIL, 2007; 2010c; 2010d). O trabalho em equipe interdisciplinar visa à integralidade do cuidado a partir da construção de um saber compartilhado por diversas áreas do conhecimento (LEIS, 2005). Já o matriciamento caracteriza-se como uma metodologia de trabalho que visa à integração entre uma equipe interdisciplinar especializada com uma equipe que necessite do seu trabalho para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (CAMPOS e DOMITTI, 2007). As equipes especializadas que oferecem apoio para outras equipes são chamadas de equipes de referência. “As Equipes de Referência e Apoio Matricial surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador” (BRASIL, 2010c, p. 63).

No campo das ISTs/AIDS esse serviço especializado sempre ficou restrito, desde o início da epidemia, ao CTA, o qual era responsável tanto pela prevenção, diagnóstico e assistência às pessoas vivendo com HIV-AIDS/ISTs. A partir do processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica, e com a portaria nº 4.279 de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), que estabelece diretrizes para a constituição das RAS (MENDES, 2011), o papel do CTA também passa a ser reorganizado e ampliado (BRASIL, 2017d).

Como serviço especializado o CTA caracteriza-se como um ponto de atenção secundário que, juntamente com outros pontos de atenção, vão compor a Rede e construir linhas de cuidado na execução das ações de Prevenção Combinada do HIV. Além disso, também é necessário que o CTA estabeleça articulações intersetoriais, oferecendo apoio matricial para as equipes da atenção básica no manejo dos casos relacionados às ISTs/HIV-AIDS. Em relação a isso, o Ministério da Saúde orienta que:

Nessa lógica, os(as) trabalhadores(as) das diversas áreas que compõem os CTA e os SAE devem dar suporte às redes de atenção à saúde, prioritariamente às equipes da Atenção Básica, atuando como

facilitadores(as) de um processo de educação permanente. Esses(as) trabalhadores(as), ao atuarem como orientadores(as), apoiadores(as) e supervisores(as), ampliarão e qualificarão ainda mais as suas ações referentes à Prevenção Combinada do HIV e à ampliação do diagnóstico e do tratamento da sífilis, das hepatites virais e de outras IST (BRASIL, 2017d, p. 24).

A reorganização do papel do CTA no município foi destacada na entrevista pela própria coordenação. Com a proposta de descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a atenção básica, o CTA ampliou o seu papel para além da assistência exclusiva aos usuários. Passou a incluir as atividades de educação permanente como os treinamentos e “reciclagens” e também o apoio e orientações aos profissionais da atenção básica em relação ao diagnóstico sempre que estes necessitam. Além disso, a partir da descentralização da assistência para sífilis, a coordenação ressalta que atualmente o CTA não atende mais sífilis, mas somente presta apoio às Unidades quando necessário.

Durante as observações na Unidade 2 a experiência do apoio matricial foi presenciada no momento em que o enfermeiro confirma o diagnóstico de hepatite C do caso 2 descrito nos resultados. O enfermeiro relata que nunca havia revelado um diagnóstico de Hepatite C antes e que tinha dúvidas quanto ao preenchimento de alguns protocolos como a ficha de notificação e demais encaminhamentos. Verificou a ficha de notificação para preenchimento e descobriu que não tinha. Diante disso, entrou em contato via telefone com a coordenação do CTA para solicitar a ficha de notificação, a qual enviou por e-mail imediatamente, além de sanar outras dúvidas em relação ao preenchimento e encaminhamentos necessários (Memórias – Diário de Campo).

Nessa cena é evidente a importância do apoio matricial do CTA para os profissionais da atenção básica, os quais se sentem inseguros, muitas vezes, em lidar com situações que até então não faziam parte do seu cotidiano. Nesse caso, observamos uma dúvida simples que foi resolvida pelo telefone. Cabe ressaltar que o apoio matricial também pode ocorrer por meio de interconsultas, supervisões ou visitas domiciliares em casos que os profissionais julgarem mais complexos.

Outra potencialidade do apoio matricial do CTA é em relação ao suporte que este pode oferecer aos profissionais da atenção básica para trabalhar as questões relacionadas à sexualidade. A descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs para a atenção básica é compreendida como uma via que facilita e ao mesmo tempo dificulta o cuidado (ZAMBENEDETTI e BOTH, 2013), já que ao mesmo tempo em que trouxe muitos benefícios aos usuários a partir da ampliação e facilidade do acesso, também gerou alguns

dilemas atrelados ao estigma e preconceito associados à AIDS, principalmente relacionados à dimensão da sexualidade a partir das desigualdades de gênero e orientação sexual (ZAMBENEDETTI, 2014). Como os CTAs sempre foram referência para as PVHA e outras ISTs, a partir da oferta do diagnóstico e aconselhamento em HIV-AIDS, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV, entendemos que este serviço também pode auxiliar os profissionais da atenção básica no manejo dos casos envolvendo as questões relacionadas à sexualidade.

[...] muitos transexuais estão procurando as unidades, muitos transexuais que antes vamos dizer assim eram clientes meus quando descobriram o teste na unidade de saúde me abandonaram pra ir pra lá. E até isso era uma das potencialidades que eu ia citar aqui, muitos enfermeiros eles são da localidade, então não só para parte do HIV, das ISTs, o enfermeiro ele acaba sendo na unidade, na comunidade ali, é visto como um aconselhador pra tudo, seja para a questão vacinal, a coleta do preventivo, para questões relacionadas à violência, então a população acaba enxergando naquele profissional alguém em quem possa confiar, então fica como uma referência (Coordenação – CTA).

A potencialidade do trabalho em equipe também repercutiu durante as observações na Unidade 2, principalmente diante do fluxo que os profissionais organizaram para a oferta do aconselhamento e testagem. A oferta realizada pelos estagiários de psicologia e até pelas técnicas de enfermagem durante a vacina e pré-consulta demonstra que todos os profissionais trabalham em prol de estabelecer um diálogo que seja favorável para a prevenção dos usuários. Além disso, foi possível observar o trabalho em equipe incluindo os médicos, os quais procuravam o enfermeiro sempre que necessário para discutir casos e buscar soluções de diversas demandas. O enfermeiro também orientava os usuários a procurar os médicos ou os dentistas para buscar orientações sobre determinado problema (Memórias – Diário de Campo). Essa perspectiva de trabalho em equipe permite uma relação mais horizontal entre os profissionais, rompendo com o modelo médico centrado, além de possibilitar o cuidado integral na atenção básica.

As observações também vão ao encontro do relato das profissionais durante o grupo focal quando as mesmas expõem que quando o médico trabalha junto com a enfermagem e a equipe como um todo o trabalho flui melhor. A complexidade dos casos trazidos pelas profissionais, (o caso da mulher com câncer de mama que não podia mais usar anticoncepcional e o marido não queria usar o preservativo e o caso do menino de 13 anos com sífilis que teve toda uma repercussão negativa no bairro em relação à

promiscuidade da menina) já revelam a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar na atenção básica e o apoio matricial do CTA no manejo de determinadas situações.

Destacamos, portanto, que o trabalho em equipe interdisciplinar e o apoio matricial constituem ferramentas potentes para a efetivação da atenção em HIV-AIDS/ISTs na atenção básica, além de possibilitar um cuidado integral dos usuários de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a abordagem do aconselhamento foi adotada desde o início da epidemia da AIDS por se constituir como uma estratégia eficaz de prevenção. Aos poucos foi sendo disseminada para outros níveis de atenção, incluindo a atenção básica. A partir do surgimento do teste rápido diagnóstico para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, o aconselhamento passou a estar atrelado a oferta deste teste. Inicialmente era uma prerrogativa da testagem, atualmente o usuário tem o direito de escolher por ter o aconselhamento ou não.

A prática do aconselhamento por si só é bastante complexa, já que contempla três dimensões: educativa, avaliação de riscos e apoio emocional. Quando realizada no contexto da atenção básica essa prática impõe alguns limites e desafios, visto também a complexidade envolvida na rotina dos profissionais desse serviço.

Na experiência desse município identificamos tanto dificuldades como potencialidades na prática do aconselhamento atrelada a oferta do teste rápido na atenção básica, sendo estas entendidas a partir da perspectiva teórica da análise institucional como forças que atravessam e transversalizam essa prática.

Dentre as forças que atravessam a prática do aconselhamento na atenção básica evidenciamos a dificuldade dos profissionais em abordar temáticas referentes a sexualidade e as relações de gênero, já que todos nós somos atravessados por essa instituição. Evidenciamos também o quanto o modelo hegemônico de saúde instituído no imaginário social ainda está atravessado no cotidiano dos profissionais de saúde, dificultando, muitas vezes, a prática do aconselhamento. Além disso, evidenciamos que nem sempre é possível ou necessário que as três dimensões previstas durante a abordagem do aconselhamento sejam executadas. Os casos nos auxiliaram a fazer uma análise situada, denunciando a complexidade, as singularidades, as vulnerabilidades envolvidas nos casos, bem como as (in)visibilidades produzidas na relação profissionais-usuários. Ressaltamos, portanto, o quanto é necessário adaptar a prática do aconselhamento aos diferentes contextos da atenção básica, de acordo com a realidade e as necessidades de cada usuário.

Embora a abordagem do aconselhamento atrelada à oferta da testagem possa ser realizada por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente capacitado, identificamos que, na experiência desse município, essa prática tem ficado restrita a enfermagem enquanto área de atuação. Entendemos que isso também constitui um desafio

para a prática na atenção básica, na medida em que o aconselhamento/teste deveria se configurar de modo interdisciplinar.

Como forças que transversalizam a prática do aconselhamento, revelamos que a integralidade da atenção básica permite que o aconselhamento e o teste rápido sejam incluídos na rotina dos profissionais, sendo ofertados nos diferentes contextos, como a sala de espera, pré-consulta, preventivo, vacina, visita domiciliar, incluindo usuários que não estão ali necessariamente para isso. Essa potencialidade além de efetivar o princípio do SUS, permite abranger uma maior parcela da população tornando eficazes as ações de prevenção. A dinâmica do trabalho em equipe e a mobilização subjetiva dos trabalhadores também emergiram como um elemento diferencial para a efetivação das estratégias de prevenção na atenção básica.

Outra força que transversaliza e contribui favoravelmente para a prática do aconselhamento na atenção básica é o apoio matricial do CTA, que fornece suporte aos profissionais em relação a todos os aspectos que envolvem a atenção em HIV-AIDS/ISTs. Esse suporte contribui para a segurança dos profissionais da atenção básica diante das intervenções, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de novos recursos e ferramentas de trabalho através do compartilhamento de experiências e conhecimentos.

Destacamos também neste estudo, os desafios envolvidos na efetivação das pesquisas que se utilizam de metodologias com viés mais participativo, evidenciando o lugar de “extração” ocupado pela ciência hegemônica tradicional.

Os resultados nos permitiram refletir também a respeito do problema de pesquisa que levantamos inicialmente já que, naquela ocasião, o que nos interrogava, para a gestão não se fazia questão. Mas, ao entrarmos em contato com o campo de pesquisa e utilizarmos, por exemplo, o dispositivo comparativo das duas Unidades de Saúde como analisador, evidenciamos que essa realidade não vem se desenvolvendo de forma homogênea, conforme a gestão acredita.

De acordo com a perspectiva analítica institucional compreendemos que essas forças que atualmente atravessam a prática do aconselhamento nesse município não são estáveis. As forças que transversalizam indicam espaço para movimentos de transformação e mudança. Nesse sentido, ressaltamos a importância dos momentos de formação e educação permanente para os profissionais da atenção básica.

Embora a fase da restituição da pesquisa não tenha se concretizado conforme previsto inicialmente, assumimos o compromisso e o desafio, junto a coordenação do CTA do município, de realizarmos um momento de formação junto à gestão e a equipe,

como forma de compartilhar os resultados encontrados nesse estudo, contribuir para a educação permanente dos profissionais e contemplar o desenvolvimento comunitário.

7. REFERÊNCIAS

- ABIA, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Aconselhamento em HIV/AIDS**. Boletim ABIA. Fevereiro 2010. nº 57.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Ed Hucitec / Ed. Fiocruz, 2009. P. 783 – 836.
- ARAUJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R. de; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise à luz de uma teoria humanística de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 425-431, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300010>.
- ARAUJO, W. J. et al. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 1, p. 631-636, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700631&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In.: AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção de saúde**. Livro 1: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá Editora, 2012. P.9-22.
- BARBOSA JUNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 727-737, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400003>.
- BARBOSA, T. L. de A. et al. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 531-538, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600531&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500089>.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**– teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S65-S76, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2000000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700006>.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>.

BORIS, G. D. J. B.; CESIDIO, M. de H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451-478, set. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2019.

BORGES, F. A. et al. A entrada no campo e a fabricação de dispositivos em pesquisas socioclínicas. **Psicologia em Estudo**, v. 23, p. 1-15 e 40373, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. P. 018055.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 nov. 1996. P. 23725.

BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento** – CTA: manual./Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32 p.

BRASIL. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**./Coordenação Nacional de DST e Aids_4º ed_Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64 p.

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: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 março 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. - (Cadernos de Atenção Básica, nº. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 151, de 14 de Outubro de 2009. Aprova etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 out. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.448 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré

natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Viva Melhor Sabendo** – Relatório de Avaliação. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. ISSN 1517 1159. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, Abr, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>.

CAMPOS, G. W. de S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

COLAÇO, A. D. **A integralidade no cuidado à pessoa com HIV/AIDS na atenção básica à saúde: a percepção dos enfermeiros**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>.

DE LAVERGNE, C. La posture Du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. **Recherches qualitatives**, v. 3, p. 28-43, 2007. Disponível em: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

DE MARCO, M. A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2003.

DE SOUZA, M. T; DA SILVA, M. D.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

DRUMONT, M. P. Elementos para uma análise do machismo. **Perspectivas**, São Paulo, 3: 81-85, 1980. Disponível em: <<file:///C:/Users/CIS/Downloads/1696-4212-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

FERREIRA, N. S. de A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, no 79, Agosto/2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013>.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 117-121, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100019>.

FORTUNA, C. M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 9, e00117615, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Abr. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade** – A vontade de saber. Volume 1. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FRAGOSO, A. Desenvolvimento Participativo: uma sugestão de reformulação conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**. ISSN 0871-9187, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/374/37418103/>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p.181-93.

GALINDO, W. C. M.; FRANCISCO, A. L.; RIOS, L. F. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 989-1004, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE12PT>.

GALINDO, W. C. M.; FRANCISCO, A. L.; RIOS, L. F. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 815-829, dez. 2015c. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-02>.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 430-441, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000013>.

GUIZARD, F. L.; LOPES, M. R.; CUNHA, M. L. S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 319-346.

HERZLICH, C; PIERRET, J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):71-101, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311992000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311992000100001>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Área de Unidade Territorial Estimada**, 2017. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/irati/panorama> Acesso em: 31 de out de 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada**, 2018. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/irati/panorama> Acesso em: 31 de out de 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. População residente por situação de domicílio, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em: 31 de out de 2018.

KALICHAMAN, A O. Pauperização e Banalização de uma epidemia In: **Seminário A Epidemiologia Social da AIDS**, Anais. pp.20-26, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/M305.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e 00183415, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2019. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000100003>.

LEIS, H. R. Sobre o Conceito de Interdisciplinaridade. Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas. ISSN 1678-7730 Nº 73 – FPOLIS, Agosto, 2005. Disponível em: <http://ppgich.ufsc.br/files/2009/12/TextoCaderno73.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

LOURAU, R. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). Renè Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 186 – 198.

LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade In: LOURO, Guacira Lopes (Org). **O corpo educado**. Pedagogias da sexualidade. 3. ed.; 2. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa; Maringá: Eduem, 2003.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 378 p.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. RevBrasMedFam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-13. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/1252/823>. Acesso em: 12 fev. 2019.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (Org.).

Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 39-64.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. C. R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho bancário. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 59-72, 2003. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7778>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPJVFIOCRUZ, 2005. 1-6. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MEYER, D. E. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, Junho 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MONCEAU, G. Analyser sés implications dans l' institution scientifique: une voie alternative. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 10(1), 13-30. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 07 março 2019.

MORENO, D. M. F. C. Aconselhamento para revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & L. Pupo (Orgs.), **Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania**. Curitiba, PR: Juruá, 2012.

NARDI, H. C. O estatuto da diversidade sexual nas políticas de educação no Brasil e na França: a comparação como ferramenta de desnaturalização do cotidiano de pesquisa. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. spe, p. 12-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400004>.

NUNES, A. A. et al. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 27-32, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200004>.

ONUSIDA. **Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH:** estudios de caso de intervenciones exitosas. Ginebra; ONUSIDA; 2005. 75 p. Disponível em: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesdhh.pdf>. Acesso em: 07 de jan. 2019.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha** – sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; FRANÇA-JR, I. Expanding the Flexibility of Normative Patterns In Youth Sexuality and Prevention Programs. (Journal of NSRC), 1(1), 83-97, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227155480_Expanding_the_flexibility_of_normative_patterns_in_youth_sexuality_and_prevention_programs>. Acesso em: 01 fev. 2019.

PAIVA, V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. Em C. F. Cáceres, M. Petcheny, T. Frasca & G. Careaga(Orgs.), **Sexualidad, estigma y derechos humano:** Desafíos para el acceso a la salud en América Latina (pp. 23-52). Lima: FASPA/UPCH, 2006.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 641-651, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400002>.

PARKER, R. “Cultura, economia política e construção social da sexualidade”. In: LOURO, Guacira Lopes (Org). **O corpo educado. Pedagogias da sexualidade**. 3. ed.; 2. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

PARKER, R. **O fim da AIDS?** Observatório Global / Observatório Nacional de Políticas de AIDS / Perspectiva Política. ABIA, 2015a.

- PARKER, R. O. **Pedagogia da Prevenção: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI.** Observatório Global / Observatório Nacional de Políticas de AIDS / Perspectiva Política. ABIA, 2015b.
- PAULA, I. A.; SANTOS, N. J. S. A prevenção às DST/AIDS nos serviços de Atenção Básica no estado de São Paulo, 2012. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Org.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde.** Livro II. Curitiba-PR: Ed. Juruá, 2012. p. 219-240.
- PELIZZER, T. et al. Prevalência de câncer colorretal associado ao papilomavírus humano: uma revisão sistemática com metanálise. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 791-802, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400791&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040009>.
- PENIDO, C. M. F. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 8 (2), Edição Especial, dezembro, 2015, 248-257. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2018.
- PINHEIRO, T. F. **Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/AIDS.** 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 65-112. Disponível em: <https://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo_roseni1.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.
- PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>.
- PUPPO, L. R. A prática do aconselhamento no campo das DST/AIDS: Aspectos históricos, conceituais e técnico-operacionais. In V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & L. Puppo (Orgs.), **Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde - Livro I: Da doença à cidadania.** Curitiba, PR: Juruá, 2012.
- PUPPO, L. R. **Aconselhamento em DST/AIDS: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica.** Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- RANGEL, D. A. **Os constructos modernos e pós-modernos sobre corpo, saúde e doença em discursos de mulheres de três diferentes gerações.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

- RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Revista Bagoas - Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades**, 04(05), 2010. p. 17-44. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.
- ROCHA, K. B et al. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/AIDS. **CienciasPsicológicas**, Año 12, Nº. 1, págs. 67-78, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000100067&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>.
- ROCHA, K. B. et al. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610902>.
- ROMAGNOLI, R. C. Uma cartografia e sua pesquisa e vida. **Psicol Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, agosto de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>.
- SANTOS, E. A. de P.; ZAMBENEDETTI, G. Caracterização dos casos de HIV/AIDS no município de Irati, PR, no período de 1994 a 2012. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.l.], dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2018. [http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(08\)](http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(08)).
- SILVA R. A. R. da et al. A Epidemia da AIDS no Brasil: Análise do perfil atual. **Revenferm UFPE online.**, Recife, 7(10):321-7, out., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12233/14841>>. Acesso em: 16 fev. 2019. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201327.
- SOARES, A. N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e0260016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000260016>.
- SONTAG, S. **Doença como metáfora** – AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01032013-110545/publico/DeniseZakabi.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R. A. N. da. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [3]: 785-806, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>.

ZAMBENEDETTI, G. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde.** Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-AIDS na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, RevPsicol**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.41-58, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000100004>.

8. ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de Entrevista – **Coordenação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

- 1) Como e quando ocorreu a sua aproximação com o campo da gestão das políticas de HIV-AIDS/ISTs?
- 2) Como está organizada a prevenção e assistência na política de HIV-AIDS//ISTs no município?
- 3) Qual o papel da Atenção Básica?
- 4) Qual a dimensão da proposta de descentralização da atenção em HIV-AIDS//ISTs para a Atenção Básica? Como ela surgiu e como vem se desenvolvendo?
- 5) Que questões/tensões/problemas têm emergido nesse processo?
- 6) Como você avalia o papel do CTA após o processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS//ISTs?
- 7) Como é a abordagem do aconselhamento nos treinamentos e processos de educação permanente? Cite Exemplos.
- 8) Como ocorre a abordagem do aconselhamento na prática dos profissionais da Atenção Básica?
- 9) Você considera que há diferenças no aconselhamento realizado na atenção básica e no aconselhamento realizado no CTA?
- 10) Você acredita que o aconselhamento é realizado tal qual é preconizado nos materiais divulgados pelo Ministério da Saúde?

ANEXO II

Roteiro de Observação – **Prática do Aconselhamento em duas Unidades de Saúde**

- 1) Como é o local (espaço físico) onde ocorre o aconselhamento?
- 2) O aconselhamento é individual ou em grupo?
- 3) Como o participante soube do aconselhamento (foi agendado? Houve divulgação na sala de espera? Ou no acolhimento?).
- 4) Como é a abordagem do profissional? Ele faz perguntas ao usuário? Repassa informações? Que informações?
- 5) O usuário faz perguntas?
- 6) Como as dimensões do apoio emocional, aspectos educativos e avaliação de riscos estão presentes no aconselhamento?

ANEXO III**Formulário – Caracterização dos participantes da pesquisa**

Nome (Iniciais): _____.

Idade: _____.

Gênero: _____.

Profissão: _____.

Tempo de formação: _____.

Especialização: () Não () Sim Qual (is)? _____

_____.

Tempo de atuação profissional:

a) na Atenção Básica: _____.

b) na Unidade atual: _____.

c) Em outros serviços de saúde? (quais/tempo): _____

_____.

Em que ano foi capacitado para a realização dos testes-rápidos? _____.

ANEXO IV

Roteiro do Grupo Focal – **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**

- 1) Como vocês compreendem o processo de descentralização da atenção em HIV-AIDS/ISTs nas Unidades de Saúde? Vocês acompanharam a descentralização do teste-rápido diagnóstico? Como foi?
- 2) Como está organizada a oferta do teste rápido no cotidiano dos serviços onde vocês trabalham?
- 3) **Analizador 1** – A partir das nossas observações percebemos que o foco da testagem tem ficado restrito, muitas vezes, na parte técnica dos procedimentos. Alguns estudos também já demonstram esse caráter tecnicista da testagem. Vocês também observam isso na rotina de vocês?
- 4) Como vocês compreendem a abordagem do aconselhamento?
- 5) **Analizador 2** – Durante a abordagem do aconselhamento é previsto que sejam contempladas 3 dimensões. Vocês conhecem essas dimensões?
- 6) Quais as principais dificuldades/potencialidades encontradas nesse processo do aconselhamento?
- 7) **Analizador 3** – Durante as observações foi possível perceber que os profissionais têm dificuldades em abordar temáticas referentes à sexualidade. Vocês concordam ou já tiveram dificuldades em abordar sobre essa temática também?
- 8) Poderiam citar exemplos de casos com a abordagem do aconselhamento?
- 9) Vocês sentem-se preparados para trabalhar com a abordagem do aconselhamento?
- 10) Gostariam de acrescentar mais algo?

ANEXO V

Roteiro do Grupo Focal (Restituição) – **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem**

- 1) Apresentação dos objetivos do grupo.
- 2) Apresentação dos resultados da pesquisa.
- 3) Discussão dos resultados da pesquisa junto aos participantes.

ANEXO VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – **Entrevista com Coordenação do CTA**

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O Aconselhamento em HIV-AIDS/IST no contexto da Atenção Básica em saúde**”, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, o docente Dr. Gustavo Zambenedetti, o qual estará orientando a mestranda Emaline Angélica de Paula Santos do Programa de Pós graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus Irati. A pesquisa irá compreender como está ocorrendo a prática do aconselhamento vinculada a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C no contexto da atenção básica em um município da região sudeste do Paraná, visto que essa prática foi descentralizada recentemente para as Unidades de Saúde.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 2.759.722

Data da relatoria: 06/07/2018

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

A coleta das informações ocorrerá por meio de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 40 minutos, em que você será solicitado(a) a responder algumas perguntas sobre sua percepção, experiência e atuação profissional acerca da prática do aconselhamento associada a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Para facilitar a análise dos dados, a entrevista será gravada e transcrita.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS:

O procedimento utilizado nesta pesquisa será a entrevista, a qual poderá trazer algum desconforto, como sensação de invasão ou constrangimento. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo, o qual será reduzido pelo manejo do pesquisador e possibilidade de desistência do participante a qualquer instante da pesquisa. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral imediata e gratuita, encaminhando aos serviços que se fizerem necessários.

3. BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de trazer elementos para refletir sobre a abordagem do aconselhamento no processo de descentralização do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, contribuindo com o processo de educação permanente dos profissionais, proporcionando melhorias no atendimento aos usuários.

4. CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer, que sejam conseguidas por meio da entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos registros da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável, bem como a assistente de pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Gustavo Zambenedetti

Telefone: 042 999853889

Endereço: Rua Alexandre Pavelski, 738. Bairro Alto da Glória. Irati-PR

Nome da assistente de pesquisa: Emalline Angélica de Paula Santos

Telefone: 042 99914 24 08

Endereço: Avenida Vicente Machado, 1348, Irati – PR

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Assinatura do participante

Dr. Gustavo Zambenedetti
Pesquisador Responsável
RG 7030560622

Emalline A. de Paula Santos
Assistente de Pesquisa
RG 105393997

ANEXO VII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que irão realizar o aconselhamento a ser observado**

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O Aconselhamento em HIV-AIDS/IST no contexto da Atenção Básica em saúde**”, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, o docente Dr. Gustavo Zambenedetti, o qual estará orientando a mestranda Emaline Angélica de Paula Santos do Programa de Pós graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus Irati. A pesquisa irá compreender como está ocorrendo a prática do aconselhamento vinculada a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C no contexto da atenção básica em um município da região sudeste do Paraná, visto que essa prática foi descentralizada recentemente para as Unidades de Saúde.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 2.759.722

Data da relatoria: 06/07/2018

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

A coleta das informações se dará através da observação do aconselhamento vinculado à oferta do teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, realizado por você e com o consentimento verbal do(a) usuário(a) participante do aconselhamento.

As informações serão anotadas em um diário de campo, que ficará sob sigilo e responsabilidade do pesquisador responsável.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e poder desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a observação sem nenhum prejuízo para você.

1. RISCOS E DESCONFORTOS:

O procedimento utilizado nesta pesquisa será a observação, que poderá trazer algum desconforto, como sensação de constrangimento pelos profissionais e usuários. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo, o qual será reduzido pela retirada do pesquisador a qualquer instante. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral imediata e gratuita, encaminhando aos serviços que se fizerem necessários.

2. BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de trazer elementos para refletir sobre a abordagem do aconselhamento na prática da testagem dos profissionais da atenção básica, contribuindo com o processo de educação permanente dos profissionais, proporcionando melhorias no atendimento aos usuários da atenção básica.

3. CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações obtidas, que sejam conseguidas por meio das observações serão utilizadas somente para esta pesquisa. As anotações em diário de campo ficarão em segredo e o seu nome, bem como dos usuários não aparecerão em lugar nenhum dos registros da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

4. ESCLARECIMENTOS:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável, bem como a assistente de pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Gustavo Zambenedetti

Telefone: 042 999853889

Endereço: Rua Alexandre Pavelski, 738. Bairro Alto da Glória. Irati-PR

Nome da assistente de pesquisa: Emalline Angélica de Paula Santos

Telefone: 042 99914 24 08

Endereço: Avenida Vicente Machado, 1348, Irati – PR

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Assinatura do participante

Dr. Gustavo Zambenedetti
Pesquisador Responsável
RG 7030560622

Emalline A. de Paula Santos
Assistente de Pesquisa
RG 105393997

ANEXO VIII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem dos Grupos Focais

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O Aconselhamento em HIV-AIDS/IST no contexto da Atenção Básica em saúde**”, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, o docente Dr. Gustavo Zambenedetti, o qual estará orientando a mestranda Emaline Angélica de Paula Santos do Programa de Pós graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus Irati. A pesquisa irá compreender como está ocorrendo a prática do aconselhamento vinculada a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C no contexto da atenção básica em um município da região sudeste do Paraná, visto que essa prática foi descentralizada recentemente para as Unidades de Saúde.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo COMEP/UNICENTRO.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 2.759.722

Data da relatoria: 06/07/2018

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

A coleta das informações se dará através da realização de dois grupos focais, com duração prevista de 1 hora e 30 minutos cada, em que você será solicitado(a) a participar do modo que preferir, usando suas palavras e conhecimentos. Para facilitar a análise dos dados, as falas ocorridas nos grupos serão gravadas e transcritas e a partir desse material serão complementadas as análises.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o grupo sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS:

O procedimento utilizado nesta pesquisa será o grupo focal, que poderá trazer algum desconforto, como sensação de constrangimento por algum assunto abordado no grupo focal. O tipo de procedimento apresenta risco mínimo, o qual será reduzido pelo manejo do pesquisador e possibilidade de desistência do participante a qualquer instante da pesquisa. Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, o pesquisador se responsabiliza por prestar assistência integral imediata e gratuita, encaminhando aos serviços que se fizerem necessários.

3. BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de trazer elementos para refletir sobre a abordagem do aconselhamento na prática da testagem dos profissionais da atenção básica, contribuindo com o processo de educação permanente dos profissionais, proporcionando melhorias no atendimento aos usuários da atenção básica.

4. CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer, que sejam conseguidas por meio dos grupos focais serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos registros da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável, bem como a assistente de pesquisa.

Nome do pesquisador responsável: Gustavo Zambenedetti

Telefone: 042 999853889

Endereço: Rua Alexandre Pavelski, 738. Bairro Alto da Glória. Irati-PR

Nome da assistente de pesquisa: Emaline Angélica de Paula Santos

Telefone: 042 99914 24 08

Endereço: Avenida Vicente Machado, 1348, Irati – PR

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Assinatura do participante

Dr. Gustavo Zambenedetti
Pesquisador Responsável
RG 7030560622

Emaline A. de Paula Santos
Assistente de Pesquisa
RG 105393997

ANEXO IX**Termo de Anuência/Autorização – Secretária de Saúde**

Eu, **Magali Salete de Camargo**, Secretária Municipal de Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada “O Aconselhamento em HIV-AIDS/IST no contexto da Atenção Básica em saúde”, sob responsabilidade do pesquisador Professor Doutor Gustavo Zambenedetti, a qual será realizada com a coordenação do CTA e com os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica que realizam o teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o acesso as Unidades de Saúde para observação e o uso do espaço físico dos serviços para realização dos grupos focais.

Exigimos a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, garantindo o sigilo da identidade destes na divulgação dos resultados, no sentido de a pesquisa contribuir com a construção do conhecimento e não gerar nenhum constrangimento ou dano ao campo de pesquisa.

Magali Salete de Camargo
Secretária Municipal de Saúde