



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**CRENÇAS, PRÁTICAS DE CUIDADO E PREVENÇÃO ACERCA DAS DST/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

LIDIANNY BRAGA PEREIRA

**JOÃO PESSOA-PB
2012**

LIDIANNY BRAGA PEREIRA

**CREENÇAS, PRÁTICAS DE CUIDADO E PREVENÇÃO ACERCA DAS DST/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação submetida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

JOÃO PESSOA-PB

2012

P436c Pereira, Lidianny Braga.

Crenças, práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/AIDS na atenção básica à saúde / Lidianny Braga Pereira. -- João Pessoa, 2012.

185f.

Orientadora: Ana Alayne Werba Saldanha Pichelli
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA

1. Psicologia Social. 2. DST/Aids – serviços de saúde - ações. 3. Atenção básica. 4. Crenças. 5. Práticas de cuidado. 6. Prevenção.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

CREENÇAS, PRÁTICAS DE CUIDADO E PREVENÇÃO ACERCA DAS DST/AIDS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

LIDIANNY BRAGA PEREIRA

BANCA AVALIADORA

Isabel Oliveira
Prof. Dr^a. Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira
(UFRN, membro)

JPZ
Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza
(UFPB, membro)

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Prof. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(UFPB, orientadora)

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e amado esposo, **Magno**, por acreditar e investir em mim a todo o momento, e por sua compreensão durante toda essa caminhada. Valeu a pena, meu amor! Muito obrigada!

Aos meus pais, **Laércio** (papai) e **Mirtes** (mainha), por me incentivarem sempre, por respeitarem as minhas decisões e por compreenderem as minhas ausências nesses últimos tempos. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por seu imenso amor para comigo, pela sua bondade e misericórdia que me sustentam a cada dia, além da graça, paciência e sabedoria que me fizeram continuar nessa caminhada até o fim. Como escrito em Romanos 11:36: “Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”.

À toda a minha **família**, em especial minhas irmãs **Ligianny** e **Lilianny**, que me acompanham nos momentos de alegria, mas também nos momentos de estresse, tristeza e ansiedade, me incentivando a todo momento.

À Prof^a. Dr^a. **Ana Alayne Werba Saldanha Pichelli**, ou simplesmente Ana, pela orientadora, mãe e amiga que é, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional a mim dada, e por ter acreditado em mim, me aconselhando a não desistir da caminhada, me dando a força e o apoio necessários para eu prosseguir.

Ao Prof. Dr. **Paulo César Zambroni de Souza**, que desde o primeiro ano acompanhou a minha dissertação, contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da mesma.

À Prof^a. Dr^a. **Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira**, por ter aceitado o convite para participar da banca avaliadora, também trazendo suas contribuições.

Aos **professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da UFPB**, que contribuíram, direta ou indiretamente, nessa minha formação profissional.

Às minhas companheiras de Mestrado, **Íria, Jacqueline e Elís Amanda**, pela companhia constante e incentivo nas horas mais difíceis. Graças a Deus, chegamos ao final, meninas! Tudo certo já! Bem como a **Celestino**, que, apesar de ter alçado outros voos, compartilhou um pouco conosco da sua alegre presença. Continuemos avante!

A todos os **profissionais de saúde** que se disponibilizaram a participar desse estudo. A construção permanente do SUS depende do esforço, da ética e do profissionalismo de cada um de nós!

À **família do NPVPS**, que tanto me acolheu, me proporcionou momentos de pura alegria e me incentivou quando eu mais precisei. Quero sempre fazer parte dessa família maravilhosa!

Aos meus **irmãos e amigos da igreja**, que sempre estiveram orando por mim e compreendendo as minhas angústias, necessidades e ausências.

Aos meus colegas de trabalho, **Medson, Vanovya**, além de **Gilvânia**, minha diretora geral, que compreenderam esse momento de reta final, me apoiando sempre que necessário.

A todos os meus **demais amigos**, que se alegraram com essa conquista e torceram pela minha vitória. Que Deus vos abençoe!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I – PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE: REFLEXÕES, DILEMAS E POSSIBILIDADES	18
CAPÍTULO II – A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: PROPOSTAS, ENTRAVES E EXPECTATIVAS NA CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
2.1. A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS	36
CAPÍTULO III – A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: OUTROS DILEMAS, NOVOS DESAFIOS	41
3.1. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	49
3.2. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM JOÃO PESSOA-PB	51
CAPÍTULO IV – AS DST/AIDS NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL	56
CAPÍTULO V – CRENÇAS: COMPREENDENDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE	64
5.1. Objetivo Geral	73
5.2. Objetivos Específicos	74
CAPÍTULO VI –MÉTODO	75
6.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	76
6.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	76
6.3. INSTRUMENTOS	77
6.4. PROCEDIMENTOS	78
6.5. ANÁLISE DOS DADOS	80
6.6. ASPECTOS ÉTICOS	82

CAPÍTULO VII – RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
7.1. RESULTADOS QUANTITATIVOS	84
7.1.1. – Características dos Respondentes e das Equipes	84
7.1.2. Abordagem das DST/Aids	86
7.1.3. Acesso aos Insumos de Prevenção	90
7.1.4. Integração com as Ações de Contracepção e Atenção no Pré-Natal	94
7.1.5. Vacinação	98
7.1.6. Ações de Prevenção	99
7.1.7. Assistência Farmacêutica	103
7.1.8. Laboratório	103
7.1.9. Visão Acerca dos Usuários Atendidos pela USF	104
7.2. RESULTADOS QUALITATIVOS	107
7.2.1. Categorização Temática	107
7.2.2. Infecção pelo HIV	108
7.2.2.1. Contágio	108
7.2.2.2. O indivíduo soropositivo ao HIV	114
7.2.3. Percepções e práticas no trabalho	119
7.2.3.1. Percepção do cuidado	119
7.2.3.2. Capacitação no manejo das DST/Aids	126
7.2.3.3. DST/Aids na atenção básica à saúde	131
7.2.3.4. Manejo do HIV/Aids	139
7.2.3.5. Demanda	146
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	155
ANEXOS	171
APÊNDICES	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das Equipes e das Unidades de Saúde da Família (isoladas e integradas) por Distrito Sanitário e Bairros da cidade de João Pessoa-PB	53
Tabela 2 – Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários	77
Tabela 3 – Perfil dos Profissionais de Saúde	84
Tabela 4 – Treinamento para Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV dos Profissionais das USF	89
Tabela 5 – Disponibilidade dos Métodos Contraceptivos nas USF	95
Tabela 6 – Disponibilidade de recursos para a realização de atividades educativas nas USF	99
Tabela 7 – Momentos em que a prevenção às DST/Aids é discutida com os usuários durante a oferta de serviços na USF	101
Tabela 8 – Populações que mais frequentam as USF	105
Tabela 9 – Populações consideradas como mais vulneráveis às DST/Aids	106

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

DS – Distrito Sanitário

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HV – Hepatites Virais

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde

NOB-SUS – Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A resposta ao surgimento da Aids no Brasil potencializou diversas ações nos serviços de saúde, de forma a garantir o atendimento de qualidade, o diagnóstico precoce e seguro e o tratamento eficaz à população. Assim, rapidamente o SUS (Sistema Único de Saúde) passou a dar atenção às necessidades trazidas pelas demandas de DST/Aids, sendo a Atenção Básica (AB), estrategicamente, o maior espaço para a implementação de uma política de cuidado e prevenção destas, uma vez que é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema. Neste sentido, esse estudo teve como objetivo investigar o cuidado e a prevenção acerca das DST/Aids nas Unidades de Saúde da Família (USF), a partir das crenças e das práticas dos profissionais. A partir de uma amostragem estratificada por conveniência, foram selecionadas 19 USF, localizadas na cidade de João Pessoa-PB, participando um profissional de cada USF, com idades variando de 23 a 65 anos ($M=40$; $DP=10,63$), sendo apenas um do sexo masculino. Foram utilizados três instrumentos que se complementaram: questionário estruturado, roteiro de observações e entrevista semiestruturada. Os dados do questionário e do roteiro foram analisados através de estatística descritiva, enquanto as entrevistas foram transcritas e, após, realizada uma análise categorial temática. A partir dos dados quantitativos, verificou-se que 11 USF realizam o atendimento das DST a partir de uma abordagem sindrômica, apesar de referirem que o tratamento é feito em serviços especializados, na maioria das DST. Sobre o diagnóstico, nenhuma USF oferece os testes anti-HIV, VDRL e sorologia para as Hepatites B e C. Sobre a disponibilidade de preservativo masculino, 18 USF afirmaram sempre tê-lo disponível para a população, sendo a distribuição livre em 12 delas. As populações consideradas como mais vulneráveis às DST/Aids foram as mulheres e os adolescentes/jovens, havendo, em algumas USF, atividades de prevenção junto às mesmas. A realização de atividades externas de prevenção foram referidas por 13 USF, sendo a escola o local mais citado (11 USF). Observou-se que em 9 USF os preservativos ficavam disponíveis no balcão da recepção; apenas em uma unidade havia distribuição de folhetos educativos e em 4 havia cartazes informativos sobre essa temática. Quanto aos dados qualitativos, os discursos dos profissionais apontaram para 2 classes temáticas: 1) Infecção pelo HIV (Categorias: Contágio e Indivíduo soropositivo ao HIV); e 2) Percepções e práticas no trabalho (Categorias: Percepção do cuidado, Capacitação no manejo das DST/Aids, DST/Aids na AB à saúde, Manejo do HIV/Aids e Demanda). Os discursos dos profissionais revelaram, por um lado, crenças estereotipadas e preconceituosas frente à pessoa que vive com HIV/Aids e à própria doença, e por outro, os discursos se referiam à importância de uma prática de cuidado efetiva frente às DST/Aids e da inclusão dessa temática na rotina do serviço. Aponta-se para a necessidade de maior comprometimento e responsabilização da gestão, organizando a definição de prioridades na agenda da AB e garantindo os insumos e os treinamentos necessários para que se tenham recursos humanos e materiais nas USF para se trabalhar com as DST/Aids.

Palavras-chave: DST/Aids, atenção básica, crenças, práticas de cuidado, prevenção.

ABSTRACT

The response to the emergence of Aids in Brazil potentiated several actions in the health services, so as to ensure quality care, early diagnosis and safe and effective treatment to the population. So, as soon as the HPS (Health Public System) went on to give attention to the needs brought about by the demands of STD/Aids, being the Basic Care (BC), strategically, the largest space for the implementation of a policy of prevention and care of these, since it is the user's preferred input port on the system. In this sense, this study aimed to investigate the care and prevention care and prevention about STD/Aids in Family Health Units (FHU), from the beliefs and practices of the professionals. From a stratified sampling for convenience, have been selected 19 FHU, located in the city of Joao Pessoa-PB, attending a professional at FHU, with ages ranging from 23 to 65 years ($M=40$; $SD=10,63$), being only one male. We used three instruments that complemented: structured questionnaire, screenplay submissions and semi structured interview. The data of the questionnaire and of the screenplay were analyzed through descriptive statistics, while the interviews were transcribed and then held a thematic category analysis. From quantitative data, it was found that 11 FHU perform meet the STD from a syndromic approach, although they deal with that treatment is done in specialized services, most of the STD. On the diagnosis, no FHU offers anti-HIV, VDRL tests and serology for Hepatitis B and C. About the availability of male condom, 18 FHU said always have it available to the population, being the free distribution in 12 of them. The populations considered most vulnerable to STD/Aids were women and adolescents/young, although in some USF, prevention activities with them. External activities of prevention were referred by 13 FHU, being the school the most quoted (11 FHU). It was noted that in 9 FHU condoms were available at the reception desk; only in a unit had educational brochures distribution and in 4 had this briefs posters theme. As for qualitative data, the speeches of professionals pointed to 2 thematic classes: 1) HIV infection (Categories: Contagion and Individual HIV seropositivity); and 2) Perceptions and practices in the workplace (Categories: Perception of care, Training in management of STD/Aids, STD/Aids in BC to health, Management of HIV/Aids and Demand). The speeches of professionals revealed, on the one hand, stereotypical beliefs and biased against the person living with HIV/Aids and own illness, and on the other, the speeches referred to the importance of an effective care practice against the STD/Aids and to include that issue in the service routine. Points to the need for commitment and accountability of management, organizing the definition of priorities on the schedule of BC and ensuring the required training and inputs that have the human and material resources at FHU for working with the STD/Aids.

Keywords: STD/Aids, basic care, beliefs, care practices, prevention.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve por objetivo investigar o cuidado e a prevenção às DST/Aids nas Unidades de Saúde da Família (USF), a partir das crenças e das práticas dos profissionais. Para tanto, propôs-se a identificação das características de atuação das USF, das práticas de cuidado e de prevenção às DST/Aids das equipes e dos profissionais que atuam nestas, bem como a análise das crenças que esses profissionais possuíam acerca das DST/Aids, relacionando-as com as suas práticas.

Diante do surgimento da epidemia da Aids (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) na década de 1980, diversas ações foram potencializadas nos serviços públicos de saúde no Brasil, de forma a garantir o atendimento de qualidade, o diagnóstico seguro e o tratamento eficaz à população. Desse modo, rapidamente o SUS (Sistema Único de Saúde) passou a dar maior atenção às necessidades trazidas pelas demandas de DST/Aids que atingiam a população (Brasil, 2004a).

Como resultado dessas ações, está a oferta do tratamento às pessoas que vivem com HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) no país, a partir de 1996, sendo o Brasil o primeiro país a lançar o tratamento ao HIV/Aids, através da introdução da Terapia Antirretroviral (TARV). A implementação da política de acesso universal e gratuito a esses medicamentos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), representou grande marco de mudanças no que se refere ao tratamento e à progressão da infecção pelo vírus HIV. O tratamento propiciou um novo prognóstico para essas pessoas, sendo responsável pela diminuição nas taxas de mortalidade e aumento da sobrevida nos casos da doença, desfazendo a associação entre Aids e morte, tão iminente principalmente no início da epidemia. Tais evidências ajudaram a redirecionar o interesse científico, outrora focalizado na letalidade e nas consequências negativas da infecção, desde o início carregada de

estigma e preconceito, focalizando então para as questões do viver/conviver com HIV/Aids (Seidl, 2005; Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001).

Com isso, no contexto do cuidado especializado, os profissionais de saúde passaram a redirecionar suas práticas, reestruturando os modelos e protocolos de atendimento, enquadrando a Aids nas características de uma doença crônica, ou seja, sem lidar tanto com as condições inicialmente impostas por uma doença incurável que trazia consigo a expectativa de uma morte iminente (Figueiredo, Moya & Souza, 2007).

Além do advento da terapia, algumas mudanças epidemiológicas levaram o interesse dos estudiosos para os aspectos psicossociais da doença. Inicialmente atingindo os considerados “grupos de risco”, marcados pelos homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos – o que gerou grande estigma e preconceito em torno destas populações e da própria doença –, a epidemia foi deparando-se com um novo quadro, marcado pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Assim, a vulnerabilidade à Aids, antes voltada apenas para os grupos de risco, passa a ter uma conotação ampla, evidenciando que toda a sociedade está vulnerável a esta infecção. Dessa forma, observa-se o quanto os aspectos de caráter social tem influenciado na história natural da epidemia, demonstrando o caráter pandêmico multifacetado dado à Aids (Rodrigues Júnior & Castilho, 2004; Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001).

Sobre essa constante transformação da epidemia da Aids, Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) afirmam:

Caracterizada segundo uma dinâmica de contínua transformação, vem atingindo mais de perto novos segmentos populacionais – e, de forma crescente, estratos sociais menos favorecidos –, além de estar chegando a cidades onde, até então, sua presença não havia sido registrada. Cabe a nós, profissionais de Saúde Pública, monitorar e analisar de forma ininterrupta essas modificações, de modo a auscultar as novas tendências da epidemia, rever estimativas e propor estratégias preventivas, a um só tempo, éticas, pragmáticas e culturalmente apropriadas. A atual epidemia com que nos defrontamos é bastante complexa, resultante da existência de

subepidemias regionais ou definidas conforme a natureza das diferentes interações sociais. Cabe, portanto, avaliá-la sob perspectivas diversas e complementares, renovando e refinando permanentemente seus instrumentos de análise e arcabouço conceitual. (...) A análise integrada das notificações da doença em diferentes períodos e das condições de sua manifestação serve tanto para as populações sob maior risco de exposição ao HIV quanto à população geral, indiscutivelmente mais vulnerável hoje do que nos primórdios da epidemia. (p. 4)

Embora tais mudanças tenham transferido o foco para os comportamentos de risco, ainda percebe-se que a crença inicial, de que o HIV/Aids estaria voltado apenas a específicos “grupos de risco”, ainda continua sendo um entrave nas ações de prevenção e nas práticas de cuidado em diversos segmentos populacionais, uma vez que as atuais políticas, em geral, estão voltadas de forma substancial para esse público considerado vulnerável, ou de “risco”, ignorando o contexto intersubjetivo no qual a população geral está inserida (Vasconcelos & Saldanha, 2009; Ayres, 2002).

As estratégias de prevenção às DST/Aids, segundo Simon, Silva e Paiva (2002), precisam considerar a necessidade de criar espaços que suscitem discussões e reflexões acerca de crenças e percepções que ainda fazem parte do imaginário social. Como afirma Vasconcelos e Saldanha (2009), ainda existe a associação, pela população em geral, da transmissão do vírus HIV com as práticas sexuais promíscuas, além de comportamentos criminais, como o uso de drogas, aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos para aquisição do vírus, uma vez que consideram a Aids como “doença do outro”.

Neste sentido, Paiva (2002) afirma que os programas governamentais e não governamentais devem destinar suas políticas de prevenção a toda população, gerando uma consciência de que “todos” estão vulneráveis à infecção pelo HIV. Tais políticas possuem uma abrangência maior, visto que evita rótulos e termos taxativos em um dado contexto sociocultural.

Porém, Vasconcelos e Saldanha (2009) ressaltam que é necessário que todas as estratégias de intervenção frente às DST/Aids levem em conta as particularidades das

populações a serem trabalhadas, sendo importante perceber que orientações meramente prescritivas, baseadas na transmissão de informações, não contribuem para resolução de aspectos conflitantes relacionados às crenças e percepções em saúde.

Como exemplo disso, Vasconcelos & Saldanha (2009) mostram o trabalho com jovens que trabalham nas ruas, sendo interessante que os agentes de saúde possam estar preparados para, além de distribuir preservativos e folhetos informativos, propiciar espaços de falas e exposição de ideias, dúvidas e anseios e, a partir destes, realizar discussões e orientações. Também trazem o exemplo do trabalho com idosos, população marginalizada pelos programas de prevenção às DST/Aids, pela crença de serem assexuados, sugerindo que não sejam apenas elaboradas estratégias cujo público-alvo sejam eles, mas que um caminho alternativo seria atingir aqueles que convivem com esses idosos, como profissionais de saúde, familiares e cuidadores.

De acordo com Simon, Silva e Paiva (2002), os profissionais de saúde devem repensar as estratégias preventivas às DST/Aids que são pautadas apenas na transmissão de informações, pois para que estas tenham sentido na vida das pessoas, elas devem estar atreladas com as crenças que fazem parte do meio social – que, no geral, quase sempre não são conscientes para as pessoas. Isso porque, crenças em saúde que sejam contraditórias entre si, podem se constituir como entraves nos comportamentos de prevenção.

Neste sentido, as políticas de prevenção são bem mais complexas do que escolher o seu público-alvo ou designar a forma de repassar a informação. Atuar em uma sociedade na qual não se estimula o diálogo aberto e a comunicação franca a respeito das consequências do sexo e demais comportamentos que consistem em vias de transmissão, nem a discussão de crenças construídas e reforçadas desde o início da epidemia, torna-se muito difícil incutir uma motivação para a adesão a estratégias preventivas e

orientação para práticas que diminuam a vulnerabilidade dos indivíduos (Vasconcelos e Saldanha, 2009).

Diante disso, analisar políticas e programas em saúde pública é essencial, pois, segundo Facchini, Piccini, Tomasi, Thumé, Silveira, Siqueira e Rodrigues (2006), contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implementação de políticas e programas ineficazes. Uma vez que, como coloca Bodstein (2002), o programa de Atenção Básica (AB) traz algumas inovações importantes na medida em que incentiva a alocação direta de uma parcela dos recursos para o custeio de ações em atenção primária à saúde, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde, é de se esperar a capacitação das secretarias municipais para responderem pelo desenvolvimento de programas, ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de cuidado e prevenção, inclusive às DST/Aids, ampliando o acesso à saúde.

Dentro dessa proposta, vale destacar um estudo apresentado na literatura (Paula & Guibu, 2007), que, a partir de um caráter avaliativo da AB no Estado de São Paulo, este serve de base nas políticas públicas voltadas para as estratégias de cuidado e de prevenção em DST/Aids do Estado. Dessa forma, percebe-se a necessidade e a importância de estender essas análises avaliativas dos serviços em todo o restante do país, podendo também subsidiar as políticas públicas que se apresentam e as necessidades das mesmas.

Assim, a expectativa de fazer uma investigação sobre as crenças, as práticas de cuidado e a prevenção acerca das DST/Aids nas Unidades de Saúde da Família (USF), se faz no sentido de introduzir melhorias nas condições de acesso e qualidade do atendimento prestado na rede pública da cidade de João Pessoa-PB no que se refere à esses agravos, especificamente na AB, ampliando as ações de saúde para a população e intensificando o combate à epidemia na capital paraibana. Para este trabalho, seguindo o que tem

preconizado os atuais programas de saúde, serão abordadas as DST/Aids com foco na sífilis, hepatites virais, principalmente as do tipo B e C, e HIV/Aids.

Para tanto, o Capítulo I dessa dissertação traz algumas reflexões acerca das práticas de cuidado em saúde, colocando-as sob uma perspectiva de integralidade e humanização do atendimento, no qual o profissional deve estar interessado em promover cuidado a partir de uma relação de escuta que ultrapassa os saberes técnicos. Assim, desloca-se o foco da cura de doenças para a promoção do cuidado das pessoas, tendo o profissional uma postura de cuidador, que sabe respeitar os saberes e particularidades de cada sujeito, isentando-se de preconceitos ou estigmas que possam interferir nesse processo de cuidar.

No Capítulo II, é feita uma contextualização sobre a organização do sistema de saúde do Brasil, trazendo apontamentos necessários para o entendimento desse amplo Sistema Único de Saúde (SUS). E, no Capítulo III, é realizada uma explanação acerca da organização e funcionamento da Atenção Básica (AB) à saúde, considerada a porta de entrada do usuário no SUS, enfatizando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de organização prioritária da AB.

No Capítulo IV, traz-se à discussão a inserção das DST/Aids no sistema de saúde do Brasil, observando de que forma pode-se articular e aproximar essa temática nos serviços, trazendo também a proposta de integração das DST/Aids com a AB, de maneira a efetivar e ampliar o escopo das ações de prevenção e garantir o cuidado integral às pessoas que vivem com HIV/Aids.

A seguir, no Capítulo V, propõe-se uma discussão teórica das crenças, construto abordado pela Psicologia social, de modo a entender como estas repercutem nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde frente à temática das DST/Aids, interferindo, assim, na qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços. Sob essa perspectiva, o fim deste Capítulo contempla os objetivos propostos por esse estudo.

Já o Capítulo VI, apresenta o método utilizado para a realização desse estudo, exprimindo a sua caracterização, população e amostra, instrumentos utilizados, procedimentos adotados, a análise dos dados e os aspectos éticos levados em consideração. Os resultados são apresentados e discutidos no Capítulo VII e, finalmente, têm-se as Considerações Finais, apresentando as contribuições e algumas reflexões, bem como as limitações desse estudo.

**CAPÍTULO I – PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE: REFLEXÕES, DILEMAS E
POSSIBILIDADES**

A emergência da Saúde Coletiva nos últimos 30 anos na América Latina, traz consigo a (re)construção do conceito de cuidado à saúde. Entendida como um campo interdisciplinar que fundamenta um âmbito de práticas focadas nas necessidades sociais de saúde, e como movimento ideológico que visa a transformação social, a Saúde Coletiva propõe o redimensionamento do conceito de saúde-doença-cuidado. A partir da superação do biologicismo, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e sua dependência ao modelo médico hegemônico, a Saúde Coletiva vem marcar a construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o frente ao esgotamento desse paradigma que sustentava as suas práticas (Paim & Almeida Filho, 1998).

A partir dessa nova perspectiva paradigmática, a Saúde Coletiva propõe a viabilização de políticas públicas saudáveis, garantindo efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte. Em defesa de uma “Nova Saúde Pública”, para todos e de qualidade, este campo vem respeitar a historicidade e a integralidade do objeto saúde-doença-cuidado (Paim & Almeida Filho, 1998). Dessa forma, a Saúde Coletiva tem como um de seus desafios práticos e teóricos, a discussão, a conceitualização e a operacionalização do cuidado à saúde e, por isso, configura-se como um objeto privilegiado de pesquisa (Cruz, 2009). Também traz à discussão os objetivos das práticas de saúde e a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde, com a ampliação da atenção e da prevenção a partir dos conceitos de qualidade de vida e promoção da saúde (Paim & Almeida Filho, 1998).

Neste sentido, como aponta Cruz (2009), torna-se um desafio trazer um conceito de cuidado à saúde, uma vez que sua construção abre novos diálogos no campo de conhecimento, dos saberes e das práticas em saúde. Segundo esta autora:

Os conceitos de saúde e doença estruturam o campo disciplinar e o âmbito de práticas sociais no campo da saúde coletiva. Porém, ainda avançamos de forma

insuficiente na construção conceitual do objeto saúde, em contraste com a concentração de esforços na produção científica dos modelos biomédicos de doença. (...) E nossa incursão pela produção teórica no campo da saúde coletiva corrobora essa afirmação de que ainda temos muito a avançar no entendimento dos processos e concepções do objeto complexo saúde-doença-cuidado e na construção de práticas voltadas para a saúde individual e coletiva. (p. 62)

A partir de pesquisa bibliográfica realizada por Cruz (2009), o conceito de cuidado à saúde é apresentado a partir das seguintes dimensões: *técnico-científica*, referindo-se ao conjunto de procedimentos, de instrumentos; *subjetivo-relacional*, permitindo a transformação da práxis de forma a transpor da intervenção para o cuidado do ser humano; e *sócio-política*, aspecto destacado pela Saúde Coletiva e que se refere a uma prática social, a uma politicidade da saúde, ou seja, a um cuidado emancipatório, uma busca de construção da autonomia dos sujeitos.

Mas, de forma sucinta, as publicações selecionadas na pesquisa de Cruz (2009) refletem uma concepção do senso comum, considerando o cuidado à saúde como:

(...) um conjunto de procedimentos orientados pela ciência e pela técnica, realizados por um profissional especialista competente, visando o bom êxito de um determinado tratamento de modo a alcançar a remissão de sintomas, a eliminação de sintomas, a eliminação de doenças e o retorno ao estado considerado normal. (p. 78)

Ressalta-se que, além da concepção do senso comum, os termos humanização e integralidade apresentam-se no conceito de cuidado à saúde, fazendo referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende (Ayres, 2004a; 2004b).

Percebe-se, assim, que o cuidado no campo da saúde é um termo polissêmico e atravessado pelas concepções de saúde e doença, indicando um objeto complexo, não linear, sintético, plural, emergente e multifacetado (Cruz, 2009). Segundo Fekete (2000), a interpretação desse termo tem sido bastante confusa e imprecisa, bem como o conceito de qualidade, uma vez que agrupa diversos componentes como acessibilidade, eficácia,

eficiência e oportunidade. Assim, torna-se um grande desafio tratar acerca da qualidade do cuidado à saúde, visto que abrange um conjunto de fatores derivados não apenas de princípios científicos, mas também de expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, Ayres (2004a) aponta que é necessário compreender o cuidado não no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas ou procedimentos auxiliares que permitem a efetiva aplicação de uma terapêutica, mas sim como um construto filosófico, designando de forma simultânea “uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica”, ou seja, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (p. 74). Assim, entra em cena o princípio da integralidade, aqui entendido como uma maneira de organizar horizontalmente as práticas de saúde, a partir de um modo abrangente de discernir as necessidades da pessoa, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças (Mattos, 2001).

A integralidade, ao nortear o cuidar, faz com que o profissional transcendia suas tarefas, técnicas e competências, deslocando o foco da intervenção e da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos. A partir de ações baseadas na integralidade, constrói-se um cuidado baseado no diálogo, na escuta, na troca de saberes/práticas entre os próprios profissionais e entre estes e os usuários dos serviços de saúde (Braga, 2006).

Sobre essa integralidade, Mattos (2001) aponta que ela deve ser compreendida como princípio orientador de práticas, da organização do trabalho e das políticas públicas, o que implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, indo além das práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é uma de suas diretrizes

básicas, mas perpassando todas as práticas de saúde, como modo organizador destas. Assim, a integralidade deve emergir como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, buscando continuamente ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da demanda populacional a partir de uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber tais necessidades, otimizando seu impacto epidemiológico.

Ressalta-se que, historicamente, como apontam Lopes e Leal (2005), a noção de cuidado é concebida enquanto uma ação prioritariamente feminina, “produto das ‘qualidades naturais’ das mulheres” (p.110), sendo a enfermagem, por exemplo, um espaço profissional adequado cultural e socialmente a elas. A prática do cuidar iniciada com o exercício feminino, em especial na esfera religiosa, como uma prática de caridade, gerou o tardio processo de profissionalização dessas mulheres. Consequentemente reproduziu-se uma relação de trabalho a partir da hegemonia de uma medicina “masculina” e de uma enfermagem “feminina”, retratando também as questões de gênero e uma relação de poder, com afirmam Lopes e Leal (2005):

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re)construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc. (...) Desta forma, no espaço social e, particularmente, no campo da saúde, esses agentes ocupam territórios diferentes. O diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fim, o saber que embasa a organização e os processos de trabalho na saúde. Os atos médicos são concretos, quantificáveis, justificam maior salário e pagamento por ato realizado. Isso nos confronta com a visibilidade do trabalho médico, enquanto que o trabalho de enfermagem, por sua vez, se incorpora aos fins, se invisibiliza. (...) Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (os serviços e a prática médica), sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais da enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados nesse aspecto e na estrutura de poder. (p. 112)

Mas, voltando para a discussão do processo de produção do cuidado, Ayres (2004a) aponta que é comum associar a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas, havendo uma formulação simples de que a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, este será transformado pela tecnologia em saberes e instrumentos para a intervenção, e os profissionais de saúde, por sua vez, aplicam esses saberes e instrumentos, produzindo a saúde. Mas, ao tratar de assistir a saúde do outro, o profissional de saúde deve estar atento que, mesmo nessa condição, nunca a sua presença na frente daquele se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

Ao descrever a produção do cuidado à saúde, Merhy (1997) aponta três categorias de tecnologia: a *tecnologia dura*, que diz respeito aos instrumentos, equipamentos, normas, rotinas e estruturas das organizações; a *tecnologia leve-dura*, relacionada ao conhecimento técnico, aos saberes estruturados inseridos no processo de saúde; e a *tecnologia leve*, que diz respeito às relações, às próprias atitudes do profissional, vinculadas ao seu modo de ser, à sua subjetividade, capaz de produzir acolhimento, vínculo, comunicação, e que também é considerada uma tecnologia porque se refere a um saber. Apesar de interrelacionais, Merhy (2004) enfatiza a importância das tecnologias leves no processo de cuidado à saúde, uma vez que, no campo da saúde, o objeto não é a cura ou promoção, proteção da saúde, mas a produção do cuidado, pelo qual se atingirá a cura e a saúde, que são os objetivos que se almeja atingir.

Porém, Merhy (1998) também indica que a produção do cuidado em saúde pressupõe, além do acesso a essas tecnologias, a utilização dos diversos conhecimentos e núcleos de competência específicos, trazendo a dimensão de cuidador que todo profissional de saúde detém. Ressalta que não é suficiente que um serviço possua um excelente acolhimento, se ele não consegue responder e/ou esclarecer, com os exames necessários, certo problema de saúde, ou mesmo a sua gravidade.

Neste sentido, Merhry (1998) aponta que a maior reclamação dos usuários dos serviços de saúde não se refere à falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e de responsabilização em torno dele e do seu problema em diferentes serviços: “Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.” (p. 3). Ainda acrescenta que, ao olharmos do ponto de vista do usuário, pode-se afirmar que há uma crise nos serviços de saúde, públicos e privados, uma vez que, com raras exceções, não são adequados para solucionarem os problemas de saúde individuais ou coletivos. Apesar de ser uma das questões mais fundamentais da vida dos brasileiros, pode-se registrar que é a área de prestação de serviços que eles mais se sentem desprotegidos. Diante disso, ele argumenta:

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos tanto em termos de conhecimentos, quanto de soluções em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é esta que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado. (...) Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível a partir desta crise, diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde? (p. 3)

Dessa forma, a intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos, visto que o profissional sempre é alguém que responde a perguntas como: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?” (Gonçalves, 1994; Schraiber, 1997). Porém, na prática, destaca-se uma progressiva incapacidade racional das ações de assistência à saúde, nas quais os profissionais não se mostram sensíveis às necessidades das pessoas, nem se tornam cientes de seus próprios limites.

Como exemplo disto, Braga (2006) relata que as relações interpessoais entre os atores envolvidos no cuidado mostram-se fragilizadas e as decisões sobre os cuidados são

pouco discutidas, configurando um cuidado fragmentado no qual o diálogo não é utilizado como instrumento na construção da integralidade do cuidado. Ela aponta que o cuidado somente é construído em um espaço de exercício cotidiano da escuta, do diálogo, da relação ética entre os atores implicados na assistência. É sobre essa dimensão do cuidado que Ayres (2004a) comenta:

É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente. (p. 86)

Torna-se evidente a necessidade de superar a restrição das tecnologias disponíveis, as quais trabalham de maneira restrita com uma racionalidade instruída pelos objetos das ciências biomédicas, recorrendo-se a outras possibilidades objetivadoras essenciais para a superação da perspectiva individualista que exerce tão forte influência nas práticas de saúde, possibilitando atentar à presença do outro (sujeito) na formulação e execução das intervenções no cuidado integral à saúde (Ayres, 2004a).

Uma dessas possibilidades é a incorporação de tecnologias leves como elemento importante da produção do cuidado, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, que propiciam o acolhimento necessário entre usuário e profissional de saúde (Dittz, 2006; Silva, Alvim e Figueiredo, 2008).

Ressalta-se que esse acolhimento, conforme propõe Ayres (2004b), não pode ser confundido com recepção ou com pronto-atendimento, mas trata-se de uma interação contínua entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades de possibilidade de escuta do outro, tendo entre suas qualidades a capacidade de escuta. Desse modo, para este

autor, será a organização do espaço das práticas de saúde que determinará maiores ou menores chances de que a presença desse sujeito seja mais efetiva, através do fluir de uma sabedoria prática por entre o mais amplo espectro de saberes e materiais tecnocientíficos que são disponibilizados.

Ao ter essa preocupação, começam a tomar forma algumas das mais importantes iniciativas que reconstroem as práticas de saúde a partir de reflexões e inovações em aspectos relevantes no cuidado em saúde, como acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde (Silva Júnior, Merhy & Carvalho, 2003).

Para tanto, conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia, podem ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais os profissionais interagem nas e pelas ações de saúde. Esse enriquecimento disciplinar na instrução de práticas de saúde pode ser contemplado na proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (Mann & Tarantola, 1996; Ayres, França, Calazans & Saletti Filho, 2003), desenvolvido no contexto da epidemia de HIV/Aids. Este tem se mostrado um valioso instrumento de escape da lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV, permitindo ampliar as intervenções de prevenção para além do território e responsabilidades restritas ao nível individual (Ayres, 2004a).

Para Campos (2000), há diversos modos de produzir saúde, no quais há uma dada combinação de práticas de cuidado, produzindo modelos distintos de atenção e políticas públicas à saúde. Conforme propõe o autor, apesar de antagônicos, os distintos modos de produção da saúde são complementares, destacando quatro tipos: a produção social da saúde, na qual transformações políticas, sociais e econômicas geram modos de vida saudáveis, evitando enfermidades; a saúde coletiva, com ações voltadas principalmente para a promoção e prevenção, dificultando mortes e enfermidades; a clínica e a reabilitação, assistindo sujeitos isolados com práticas de assistência; e atendimento de

urgência e emergência, que consegue evitar morte e sofrimento a partir de modelos de intervenção com alterações nas características da clínica tradicional.

Percebe-se, por exemplo, que a prática clínica, embora necessite incorporar o social e o subjetivo e operar com algumas práticas de prevenção e de promoção à saúde a fim de ganhar em eficácia, atua predominante e assistencialmente com práticas de atenção ao indivíduo. Ou seja, a prática clínica geralmente vem marcada pelo paradigma de um cuidado biologicista e por um modelo médico-centrado, focado na doença (Campos, 2000).

Sobre essa prática clínica, Merhy (1998) afirma que todos os profissionais de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica, tendo em vista que esta é o principal campo de operação das tecnologias leves. Assim, defende que é no espaço clinicamente ampliado que espaços de trocas de falas e escutas, cumplicidades e responsabilizações, vínculos e aceitações são produzidos. Ele afirma que:

(...) a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma “disfunção biológica”, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. (p. 6)

Apesar disso, Merhy (1998) reconhece que há diferentes focos de ações, sendo os profissionais que darão sua marca ao tipo de clínica que irão realizar, trabalhando de modos diferentes as combinações das tecnologias em saúde.

Neste sentido, Cruz (2009) aponta que os profissionais não médicos estão entrando em cena, reconfigurando o campo das práticas de saúde e ampliando as categorias que constituem os trabalhadores de saúde, incluindo enquanto cuidadores profissionais da enfermagem, odontologia, psicologia, farmácia, fisioterapia, nutrição, dentre outros. A composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também a inclusão das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são exemplos dessa reconfiguração na saúde pública, trazendo a ideia da clínica ampliada, a partir de um

cuidado integral à saúde, de forma a fortalecer a corresponsabilização e cogestão do cuidado. Dessa maneira, as próprias formas de cuidado vão sofrendo transformações a partir da composição de uma equipe multidisciplinar, defendendo a possibilidade de um cuidado mais completo, de uma atenção integral à saúde de indivíduos e populações (Cruz, 2009).

Aliada a essas possibilidades de perspectivas, no processo de cuidado à saúde Ayres (2004a) destaca a proposta da pluralidade dialógica, que é a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas, até mesmo por meio de outras rationalidades terapêuticas. Segundo ele, há uma série de novas propostas nessa direção e em curso no campo da saúde, algumas ainda na forma de discursos, outras já como práticas mais consolidadas, a exemplo da própria ESF, dando nova base para articulações intersetoriais e promovendo a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens no cenário da assistência. Neste âmbito, os aspectos socioculturais do processo saúde-doença ganham novo ímpeto na promoção da saúde; aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde são resgatados, como no quadro da vulnerabilidade, chamando à interação diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; e a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias, propiciando um intenso protagonismo comunitário na definição do trabalho sanitário. Tais mudanças vão constituindo novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde, permitindo, dessa forma, sempre chamá-las de “cuidado” (Ayres, 2004a).

Para concluir, é trazido à reflexão o questionamento de Deslandes (2004, p.8): “Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?”. Sobre isso, Ayres (2004b) ressalta que tão importante

quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos (e a partir dos) atos assistenciais, é debruçar-se sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos, sendo de fundamental relevância a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio sanitário (Ayres et al., 2003; Paim, 2003).

Conforme destaca Ayres (2004b), percebe-se que, por um lado, para as transformações do cuidado em saúde se concretizarem, mudanças estruturais devem garantir as reclamadas condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade, trazendo à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais. Um exemplo dessa tentativa é apresentado no programa “HumanizaSUS”, no qual o Ministério da Saúde vem propor uma Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão da Saúde. Para tanto, indica que “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” (Brasil, 2004b, p. 6)

A organização do setor saúde deve estar preparada para responder aos projetos de vida dos diversos segmentos populacionais que se beneficiam de seus serviços, caso contrário, a possibilidade de cuidar de cada indivíduo não passará de utopia. Por outro lado, ao buscar uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva; ao buscar a democracia do planejamento, das atividades e da gestão das instituições de saúde; e ao buscar uma resposta social aos diversos desafios da saúde, é imprescindível o diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que compõem esses coletivos, diálogo este construído efetivamente em uma relação de cuidado. Afinal, “não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos” (Ayres, 2004b, p. 28).

Ressalta-se que, atentar para o trabalhador de saúde torna-se necessário, uma vez que ele também está diretamente envolvido nesse processo de cuidar, necessitando de um ambiente de trabalho acolhedor e humanizado, além das ferramentas técnicas necessárias para a sua boa atuação. Sobre isso, Rios (2008) aponta:

Os fatores subjetivos presentes na prática profissional muitas vezes respondem pela angústia que aflora no cotidiano do trabalho na saúde. Todo profissional dessa área precisa desde a sua formação acadêmica refletir sobre a existência humana, sobre si mesmo e conhecer suas limitações. Reflexões fundamentais para lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos, a depressão e o sentimento de impotência quando a realidade se impõe. Ser bom profissional é também ser capaz de suportar esses sofrimentos inerentes à profissão e continuar desejando cuidar, num constante recomeçar. Diante da crueldade trágica da doença, o cuidador é aquele que tem capacidade de amparar e sabedoria de compreender que não lhe cabe o poder da vida, a todo o momento, dada e tirada. (p. 158)

Diante do exposto, a qualidade do cuidado em saúde, destacada inicialmente, precisa sofrer rearranjos correspondentes, como destaca Ayres (2004a), pois não faz sentido enxergar necessariamente como fracasso, por exemplo, a limitação dos resultados obtidos no desempenho de uma atividade, a não adesão a uma proposta de atenção ou mesmo a pequena demanda por um serviço oferecido. Partindo de uma compreensão dialógica das ações de saúde, todo e qualquer fracasso técnico, como também todo e qualquer êxito, admite a avaliação simultânea quanto ao seu significado prático. É preciso que não apenas os fins sejam alcançados, mas também a qualidade dos meios, isto é, que a efetividade comunicacional das atividades assistenciais sejam incorporadas como preocupação e norte do planejamento e da avaliação das ações e serviços de saúde (Sala, Nemes & Cohen, 2000).

**CAPÍTULO II – A SAÚDE NO BRASIL: PROPOSTAS, ENTRAVES E
EXPECTATIVAS NA CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O processo de reforma da Saúde no Brasil foi marcado institucionalmente pela Constituição de 1988 e pela implantação do SUS, o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988). O percurso deste processo na política de saúde brasileira tem sido marcado pelas especificidades da área, sendo destaque o controle e a participação social (Siqueira, Senna, Oliveira & Pinto, 2002).

Com mais de 20 anos de existência, o SUS é considerado como a maior conquista de uma Conferência de Saúde, sendo fruto das lutas populares de redemocratização do país no início da década de 80, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cuja temática foi saúde e democracia (Brasil, 2009a).

É de relevância dizer que, dentre as políticas sociais do país, é na saúde que o processo de descentralização alcançou seu mais alto nível. No enfrentamento dos dilemas do crescimento do setor privado de saúde e dos conflitos de interesse entre profissionais e usuários e o setor público e privado, a experiência brasileira tem apontado para um leque de práticas inovadoras que buscam fortalecer o SUS do ponto de vista institucional (Siqueira et al., 2002).

Em consequência de um processo de luta pela reforma sanitária no setor saúde, em 1988, foi concluído o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil, a chamada Constituição Cidadã, sendo esta um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da Saúde Pública (Brasil, 1988). A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde incorporando novas dimensões, indicando que, para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. Além disso, o artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, ficando definida a universalidade da cobertura do SUS (Brasil, 1990, 2002, 2007).

A partir de 1991, o processo da Reforma Sanitária intensifica-se com o início da construção de um sistema de cunho marcadamente social, que é o SUS. Este faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de relevância pública, atribuindo-se ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde. Fica claro no texto constitucional que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, preconizando-o como um dos direitos da cidadania (Brasil, 1990, 2002, 2007).

A Lei n. 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, regulando as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. É a partir desta lei que é instituído o SUS como sendo constituído pelo 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. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar, dando-se preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. No campo de atuação do SUS estão incluídas a execução de ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Ao SUS compete, além de outras atribuições dispostas na lei, de acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

As ações e serviços que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198, obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários (Brasil, 1990, 2000), tais como:

- *universalidade*: garante o acesso aos serviços de atenção e assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade, ou seja, a saúde sendo reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições ao seu pleno exercício;
- *integralidade*: garante o fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, de forma a demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de pessoas;

- *equidade*: garante um princípio de justiça social, uma vez que busca diminuir as desigualdades, visando o atendimento às demandas do indivíduo a partir de suas particularidades e permitindo a redução de disparidades sociais e regionais existentes no país a partir de um maior equilíbrio;
- *participação popular*: garante o exercício do controle social a partir da criação de canais de participação da comunidade na gestão do SUS, em todas esferas, municipal, estadual e federal ; e a regionalização e hierarquização, que é a aplicação do princípio da territorialidade;
- *regionalização e hierarquização*: voltado para a organização, união e parceria entre os gestores estaduais e municipais, ou seja, visa efetividade do SUS a partir da aplicação do princípio da territorialidade e na busca de uma lógica sistêmica dos serviços, objetivando a economia de escala;
- *descentralização*: político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, caracterizada pela conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios na prestação de serviços de Assistência à Saúde da população.

A partir dessas diretrizes, o SUS estrutura seus serviços em três níveis de atenção, organizado a partir da complexidade da ação ou do serviço oferecido. O primeiro nível corresponde à atenção básica, que é o primeiro nível de atenção à saúde, sendo, preferentemente, o primeiro contato do usuário com o SUS. Através das unidades e equipes de Saúde da Família, são disponibilizadas consultas com as especialidades básicas e oferecidas diferentes ações que envolvem a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais frequentes. No segundo nível de atenção está a média complexidade, composta pelas ações e serviços cuja prática demanda disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento,

a exemplo dos serviços de exames de ultrassom e raio-X, fisioterapia, terapias especializadas, cirurgias ambulatoriais, etc. Por último, está o terceiro nível, o da alta complexidade, correspondendo ao conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. Dentre eles estão a assistência ao paciente com câncer, cirurgia cardiovascular, transplantes, procedimentos de neurocirurgia, alguns exames mais complexos, procedimentos de diálise e cirurgia bariátrica, dentre outros (Brasil, 1990, 2000).

Nesta perspectiva, o contato inicial, de preferência, deve ser feito na unidade de saúde mais próxima do local de residência do usuário. Quando há necessidade, o usuário é encaminhado posteriormente para outras unidades de saúde mais especializadas (Brasil, 1990, 1996, 2001). Sobre isso, uma das dimensões do conceito de integralidade – um dos princípios do SUS – é a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica. Sendo assim, o princípio da integralidade refere-se à articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em dupla dimensão: individual e coletiva/familiar (Giovanella, Lobato, Carvalho, Conill & Cunha, 2002).

Neste sentido, ao propor o “HumanizaSUS”, a PNH vem intensificar os princípios norteadores do SUS a partir do momento que propõe a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; a atuação em rede com alta conectividade, de forma cooperativa e solidária; e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletividades (Brasil, 2004b).

2.1. A descentralização do SUS

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (descentralização); atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Porém, não é uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, mas que se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Aos gestores públicos, cabe promover uma melhor articulação entre os vários níveis de governo e os diferentes segmentos sociais a fim de garantir respostas adequadas às demandas por saúde da sociedade, devendo-se valer de seu poder para agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário, consolidando o próprio SUS (Brasil, 2007, 2004).

Em cada esfera do governo a direção única do SUS é exercida pelos seguintes órgãos (artigo 9 da Lei 8.080, de 1990): no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente. Neste último, o SUS poderá ser organizado em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Neste sentido, a função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009b), coloca vários desafios que precisam ser enfrentados, sendo o primeiro deles, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo SUS. O gestor acaba se deparando com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para organizar os processos de

trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano. Vale salientar também que cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, faz-se necessário adequar essas diferenças regionais às estratégias para a melhor condução dos serviços de saúde, uma vez que não existe um padrão único e imutável de gestão.

Ressalta-se que, ao se falar em território, está se falando de uma noção ampliada de território, que vai além de uma delimitação geográfica de uma determinada área pela qual o serviço de saúde é responsável, como apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009c):

O território é espaço da produção da vida e, portanto, da saúde. Define-se como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam. Dessa maneira, o conceito de território é central para se abordar os princípios da Atenção Básica, pois é a abrangência sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento de suas ações, onde se vincula à comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território (...) e com os sujeitos de sua comunidade onde as equipes de Saúde da Família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade (...). (p. 8)

Para o Ministério da Saúde, o caminho comum trilhado pelos gestores da Saúde é a busca por soluções que viabilizem o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS. Ao se romper com dificuldades herdadas de velhos modelos hierárquicos e estanques, sendo estes substituídos pela noção de pertencimento e empoderamento dos sujeitos, é possível construir um sistema que contemple ampla participação social e cogestão. Este processo de cogestão deve pactuar a responsabilidade sanitária de cada um, expressa no compromisso estabelecido entre os entes no processo de enfrentamento dos problemas de saúde e na garantia da atenção às necessidades de saúde da população mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema. A equipe de Saúde, que assume junto com o secretário as funções cotidianas de gestão, em sua composição deve privilegiar as capacidades técnicas e, em sua condução, o

trabalho em grupo, potencializando os encaminhamentos e proposições coletivas e ainda possibilitando o matriciamento das relações e a responsabilização de cada técnico envolvido. Tal estratégia tem mostrado resultados positivos, principalmente quando associada à educação permanente dos profissionais das equipes (Brasil, 2009b).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o processo de descentralização, marcado pela municipalização do SUS, avançou quantitativa e qualitativamente, com a edição das três Normas Operacionais Básicas/NOB-SUS, em 1991, 1993 e 1996, e das Normas de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, em 2001 e 2002. Com isso, a atenção básica à saúde amplia-se e aprofunda-se, incluindo vastas camadas sociais outrora excluídas do sistema. Concluir e consolidar esse processo de municipalização da gestão do SUS é uma prioridade do Ministério da Saúde. Fortalecer a gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e fazer auditoria, funções inerentes à gestão do SUS, representam as condições essenciais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso. Sob este direcionamento, o Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrupa três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Percebe-se, assim, grande esforço em busca de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria na qualidade de vida dos sujeitos e coletividades (Brasil, 2006a).

Partindo para a realidade prática, Campos (2007) indica que falta pensar outra estrutura administrativa para o SUS, a partir da continuidade da reforma política para dentro do sistema; da criação de uma nova legislação sobre suas organizações e sobre o modo como poderiam relacionar-se. Ressalta-se que a classe média e as empresas fogem

em busca de uma saúde suplementar; os governantes fogem para programas focais; a mídia, quando nomeia o SUS, fala em filas, hospitais, porém ignora o sistema sem sequer mencionar o controle social e a gestão participativa; e os pesquisadores, por sua vez, se segmentam e são empurrados para temas como governança, avaliação, integralidade, promoção e humanização, sendo raro “realizar alguma ‘meta-análise’ que articule alhos com bugalhos” (Campos, 2007, p. 298). Ainda para ele:

Boa parte das sugestões sobre como organizar e gerir esse sistema parte do discurso único - em decorrência, é pobre e reduzido – de construir “agenda”, “regulação” e “avaliação”, na suposição de que com esses conceitos estaria dada a boa “governança”. Infelizmente, esses termos tecnocráticos não dão conta da gestão de um sistema público, não privatizado, ainda que com interações importantes com entidades privadas. Faltam-nos elementos para a tarefa concreta de planejar e gerir diretamente uma rede complexa, falta-nos política de pessoal, falta-nos incorporar avaliação à gestão e falta-nos subordinar a avaliação aos objetivos e metas do sistema. Falta um mundo de coisas! (...) Há o obstáculo do financiamento, há projetos pelo meio do caminho, mas, sobretudo, há, creio, uma falha entre nós, atores sociais, usuários, governantes e sujeitos ou vítimas desse processo: no fundo, no duro da batata, não pensamos e agimos como se o SUS fosse nosso espaço vital encarregado de co-produzir saúde. (p. 298)

Como aponta Brasil (2009a), apesar dos mais de 20 anos de existência, muitos são os desafios que o SUS apresenta, voltados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, à ampliação do aporte de recursos financeiros, à utilização destes de maneira eficiente, entre outros.

Por fim, vale destacar a grandiosidade e relevância do SUS, sendo este universal, agregador e 100% gratuito. Da engenhosa rede de transplantes, do moderno programa de combate à Aids do mundo, da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, da vigilância sanitária aos efetivos programas de vacinação, tudo é obra do SUS. Das mais isoladas comunidades amazônicas às megalópoles do Brasil, o SUS está presente na vida de todos os que vivem no Brasil, brasileiros ou não, mesmo sem saber, mesmo sem querer (Brasil, 2009a).

**CAPÍTULO III – A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: OUTROS DILEMAS,
NOVOS DESAFIOS**

A Atenção Básica (AB) é a expressão brasileira da atenção primária de saúde (APS), sendo definida inicialmente pela Portaria Nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, seja no âmbito individual ou coletivo. Por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e sob forma de trabalho em equipe – atualmente baseadas na Estratégia de Saúde da Família –, são desenvolvidas atividades dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica territorial onde vivem essas populações (Brasil, 2006b).

Inicialmente, como forma de reorganizar a AB no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Em um contexto de ajuste fiscal e de reformas setoriais na saúde, o programa ganhou ampla aceitação nacional objetivando superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal, seguindo o princípio da descentralização. No entanto, em documento de 1997, o Ministério da Saúde propôs uma nova interpretação para o “saúde da família”, desta vez compreendido como estratégia de atenção, não mais como programa, entendendo-o não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema (Brasil, 1997; Henrique & Calvo, 2008).

Assim, para sua organização, a Portaria Nº 648/2006, institui a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária, de acordo com os preceitos do SUS, no que se refere a todo o funcionamento do serviço. Além dos princípios gerais da AB, a ESF deve ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as equipes atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a

comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006b).

Com a finalidade de operacionalizar a AB, são definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (Brasil, 2006b).

Com a criação da Portaria de Nº 2.488 GM/2011, recentemente vem ser aprovada a nova PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta atual Portaria vem, entre outros, confirmar a ESF como estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação da AB no Brasil, uma vez que favorece a reorientação do processo de trabalho, potencializa o aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, amplia a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, e propicia uma importante relação custo-efetividade, corroborando a proposta da Portaria Nº 648/2006.

Na atual Portaria (Brasil, 2011a), amplia-se o conceito de AB, caracterizando-a também por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a “manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde

das coletividades” (p. 3). Para tanto, a AB deve utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde do território, “observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (p. 3).

Os fundamentos e diretrizes da AB, também ampliados, são colocados como:

I - ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a

longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em

procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Esta nova Portaria também vem definir a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Tais redes se constituem em “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial” (p. 5). Possuem diversos atributos, entre eles destaca-se a AB, “estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde” (p. 5). Dessa forma, para o bom funcionamento das RAS, a AB deve cumprir algumas funções, sendo elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na AB devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da AB e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Ressalta-se que a AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, e a redução de danos ou de sofrimentos que comprometam suas possibilidades de viver de modo saudável. Dessa forma, a AB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade

do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2011a).

Neste sentido, tem-se como diretrizes de implementação da PNH na AB: a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; o incentivo às práticas promocionais de saúde; inserção de formas de acolhimento e inclusão do usuário, promovendo a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; e o comprometimento com o trabalho em equipe, aumentando o grau de corresponsabilidade e, com a rede de apoio profissional, visando maior eficácia na atenção em saúde (Brasil, 2004b).

De acordo com o Ministério da Saúde, em um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade, a AB deve ser concebida como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, sendo indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do SUS (Brasil, 2001).

Percebe-se que, mesmo diante da atual consolidação da AB e de seus avanços, a construção da AB no Brasil é marcada por problemas de estrutura física dos serviços, suficiência e perfil dos profissionais de saúde, acesso oportuno aos recursos e efetividade de políticas e ações de saúde (Facchini et al., 2006). Nesse processo histórico, a AB foi gradualmente se fortalecendo e se constituindo como porta de entrada preferencial do SUS, até pelo seu caráter primário de atenção à saúde, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais/municipais de saúde (Henrique & Calvo, 2008; Brasil, 2006b, 2011a).

Sobre isso, Bodstein (2002) ressalta que o processo de descentralização das ações em saúde se acelerou a partir de 1996, quando foram implementadas medidas de incentivo,

expressas, sobretudo, na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), para que os municípios assumissem a gestão da rede de serviços locais de saúde. A esfera municipal, em particular, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, formada principalmente pelas USF, que são as Unidades de Saúde da Família e, em menor número, pelas UBS, Unidades Básicas de Saúde, além de outros serviços complementares. Assim, a implantação da AB traz como principal novidade a transferência regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios, obrigando a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, dando relativa autonomia e crescente responsabilidade ao gestor municipal.

Também vale salientar que a NOB/96 alterou as modalidades da gestão local do SUS, passando a ser apenas duas: plena de atenção básica e plena do sistema de saúde. A diferença básica entre essas duas modalidades de gestão é o fato de que, na primeira, o poder público municipal tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico; e na segunda, o município é que gerencia todo o atendimento à saúde no seu território, inclusive a rede hospitalar pública e privada conveniada, tendo repasse direto de recursos do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, sem intermediação da esfera estadual. Dessa forma, conclui-se que atualmente a AB é gerenciada pelas esferas municipais de forma relativamente autônoma (Bodstein, 2002).

3.1. A Estratégia Saúde da Família

Marcada pelo trabalho em equipe, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traz consigo principalmente o princípio da integralidade nos cuidados da saúde, buscando uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. O objetivo da ESF é obter os impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença da

população. Essa ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, possibilitando a transformação de ambos para a intervenção na realidade em que estão inseridos (Araújo e Rocha, 2007).

A PNAB (Brasil, 2011a) estabelece que a equipe de Saúde da Família (equipe multiprofissional) deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (ASB/TSB). Esta equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000, respeitando os critérios de equidade e considerando o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. A quantidade de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo, no máximo, 750 pessoas por agente e de 12 agentes por equipe.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes de AB relatadas pela PNAB (Brasil, 2011a), merecem destaque: definição do território de atuação; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população; realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, visando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; desenvolvimento de ações intersetoriais; realizar atenção à saúde na unidade, no domicílio e também em outros locais do território (ex: praças, creches, escolas); desenvolvimento de ações educativas que visem a qualidade de vida dos usuários; apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; realização de atenção domiciliar a

usuários com necessidade de recursos menores de saúde que tenham dificuldade de locomoção à unidade e compartilhamento do cuidado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Neste sentido, Araújo e Rocha (2007) apontam que para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, é imprescindível que os trabalhadores, envolvidos na mesma, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária uma mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, e não apenas a incorporação de novos conhecimentos, garantindo, assim, uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

Diante do exposto, a AB parece representar estrategicamente o maior espaço para que seja implementada a política de prevenção às DST/Aids. Ao estar mais próxima da população, sendo a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, a AB é considerada essencial para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. Sendo assim, fica o questionamento sobre de que forma a AB tem contribuído para o acesso universal à prevenção das DST/AIDS; quais são estratégias utilizadas; quais os avanços alcançados e de que forma se pode avançar mais no cuidado e prevenção à saúde.

3.2. Organização da rede de atenção básica à saúde em João Pessoa-PB

A rede de atenção básica à saúde da cidade de João Pessoa-PB é gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que é ligada diretamente à prefeitura local, tendo por responsabilidade a gestão plena do SUS no âmbito municipal. Além de oferecer ações e serviços de saúde ao município, a SMS é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS, assim como a implementação de programas a partir nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Para garantir a atenção integral na rede básica, o município adota a ESF, que é considerada a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. A equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e seis agentes comunitários de saúde (ACS) que cuidam de mil famílias, em média, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. Atualmente, na cidade de João Pessoa-PB, são 184 equipes de saúde da família distribuídas em 120 unidades, sejam elas do tipo isolada (composta por uma única equipe – total de 87 USF) ou do tipo integrada (composta por mais de uma equipe – total de 33 USF).

Quando comparada com uma USF isolada, percebe-se que a USF integrada é um serviço bem mais completo, diferenciando-se, por exemplo, por possuir um amplo espaço físico, prestar outros tipos de serviço, como realização de alguns exames (sangue, fezes, urina, entre outros) e contar com maior número de profissionais em um único serviço, já que é composta por várias equipes de saúde (por duas – 16 USF; por três – 3 USF; ou por quatro – 14 USF). Isso também possibilita maior intersetorialidade e articulação com a rede de serviços do território, a exemplo da atuação de diversos projetos de extensão e residências médicas advindos das Instituições de Ensino Superior (IES) e maior realização de ações e feiras de saúde para a comunidade, em especial nas integradas de três e de quatro equipes, haja vista maior número de profissionais disponíveis.

Porém, ressalta-se que em qualquer tipo de USF podem ser realizadas atividades coletivas, com destaque para grupos de idosos, mulheres, gestantes, adolescentes, terapia comunitária e atividades educativas para hipertensos e diabéticos, abrangendo, dessa forma, o cuidado integral através das linhas de cuidado. Com a inserção da equipe multidisciplinar do NASF em todas as USF da cidade, a partir da dinâmica do apoio

matricial, há um maior fortalecimento das linhas de cuidado, possibilitando maior integralidade, corresponsabilidade e intersetorialidade no campo da AB à saúde.

Além dessas ações coletivas, nas USF também são realizadas ações de atenção individual a partir de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, pré-natal, acompanhamento de crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, coletas de exames citológicos, curativos, vacinação, planejamento reprodutivo e farmácia, além das ações individuais do núcleo específico dos profissionais do NASF que atuem naquela USF (psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, serviço social etc). Cabe salientar que, a partir da implantação do acolhimento nas unidades, espera-se que tanto as ações coletivas quanto as individuais sejam organizadas a partir de uma escuta ampliada das demandas dos usuários, garantindo maior acesso ao usuário e também um processo de trabalho dinâmico, cordial e acolhedor para o profissional, ampliando, assim, a qualidade de todo o serviço.

Para melhor gerenciamento e funcionamento do sistema, a cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS). Essa estratégia tem como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e a assistência hospitalar. No total, são cinco distritos, abrangendo todos os bairros da capital paraibana, e em todos eles podem ser encontradas USF (isoladas e integradas) que compõem este serviço de atenção primária à saúde, como pode ser visto na tabela a seguir:

Tabela 1 – Distribuição das Equipes e das Unidades de Saúde da Família (isoladas e integradas) por Distrito Sanitário e Bairros da cidade de João Pessoa-PB

DISTRITO SANITÁRIO	BAIRROS	TOTAL DE EQUIPES	TOTAL DE USF
I	Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Bairro dos Novais, Costa e Silva, Cruz das Armas, Ernani Sátiro, Jaguaribe, Jardim Veneza e Oitizeiro	47	27
II	Cristo, Cuiá, Geisel, Gramame, Grotão, João Paulo II, Funcionários e Varjão	39	26

III	Bancários, Cidade Universitária, Colibris, Gramame, Jardim São Paulo, José Américo, Mangabeira, Paratibe, Planalto da Boa Esperança e Valentina.	53	37
IV	Alto do Céu, Bairro dos Ipês, Centro, Ilha do Bispo, Mandacaru, Róger, Tambiá, Treze de Maio e Trincheiras	26	16
V	Altiplano, Bessa, Castelo Branco, Expedicionários, Manaíra, Miramar, Penha, Portal do Sol e Torre	19	14
TOTAL		184	120

Conforme citado anteriormente, a USF deve ser o contato inicial preferencial do usuário, ou seja, mas no caso dos bairros que não possuem unidades de saúde, o usuário deve procurar a unidade de serviço mais próxima. Neste caso, o usuário pode ter acesso direto aos Centros de Especialidades. O usuário que possui acesso à USF, caso necessário, também pode ter acesso a estes serviços de atenção especializada, a partir do encaminhamento (referência e contra referência), que conta com as seguintes unidades: os Centros de Atenção Integral de Saúde (CAIS) que atendem várias especialidades médicas, sendo três no total, localizados nos distritos I, II e III; o CAIS Idoso ou CAISI, voltado à saúde do idoso e contando também com várias especialidades médicas, localizado no distrito V; quatro UBS (Unidades Básicas de Saúde), três localizadas no distrito IV e uma no distrito V; e a Unidade de Saúde das Praias, também localizada no distrito V. Apesar destes serviços também oferecerem consultas com as especialidades básicas, como clínica médica, ginecologia e pediatria, oferecem atendimento em um nível maior de complexidade, bem como outras especialidades (cardiologia, dermatologia e reumatologia, por exemplo), por isso são considerados serviços de atenção especializada.

Além destes, o serviço de saúde do município também conta com outros Centros de Especialidades: quatro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); um PASM (Pronto Atendimento em Saúde Mental); um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas); um CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), um CTA (Centro de Testagem

e Aconselhamento em DST/Aids); e um LACEN Municipal (Laboratório Central). Além disso, possui quatro unidades hospitalares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros serviços específicos, a exemplo da Farmácia Popular, abrangendo, dessa forma, todos os níveis de complexidade de atenção à saúde. Essas informações podem ser acessadas pela população através do Guia de Serviços do SUS formulado pela Secretaria de Saúde de João Pessoa e disponível nos próprios serviços de saúde (João Pessoa, 2009).

Vale destacar que, acerca das DST/Aids, a rede de saúde da cidade de João Pessoa-PB conta com o CTA e o LACEN, para a realização de diagnóstico do HIV; e Complexo Hospitalar de Doenças Infecto Contagiosas Dr. Clementino Fraga e o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que além de realizarem o diagnóstico, possuem um SAE (Serviço de Assistência Especializada), sendo também responsáveis pelo tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids (hospitais de referência). Também no HULW é realizado o acompanhamento de pré-natal, parto e pós-parto da mãe que vive com HIV/Aids, o acompanhamento do recém-nascido exposto e o fornecimento de leite infantil até o 6º mês de vida.

Ainda no cuidado às gestantes, aquelas que não realizaram os exames anti-HIV durante o pré-natal, devem procurar as seguintes maternidades: HULW, Instituto Cândida Vargas, General Edson Ramalho e Frei Damião. Nestas são ofertados e realizados os testes rápidos para HIV e, em caso de positivo, realizam a quimioprofilaxia no momento do parto e assistência para os exames e cuidados posteriores. Apesar de serem parte da rede de serviços de saúde da cidade, nenhum destes hospitais e/ou maternidades fazem parte dos serviços públicos municipais.

O surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) na década de 1980 foi uma surpresa para toda a sociedade, bem como para todos os países atingidos, sendo o Brasil um dos que responderam mais rapidamente. Tal resposta se caracterizou não só pela rapidez, mas também pela transformação da luta contra a Aids em uma luta pela dignidade, pela cidadania e pela garantia de acesso à prevenção e ao tratamento (Brasil, 2004a).

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), a primeira ação institucional no combate à epidemia da Aids no Brasil, originou-se em São Paulo, em 1983, no Departamento de Dermatologia Sanitária. Após dois anos, ainda no âmbito da dermatologia, em Brasília, começava a estruturação de uma proposta para o que viria a ser o Programa Nacional de DST/Aids. Mas é a construção de uma profícua parceria entre Governo e Sociedade Civil que vai diferenciar este Programa, sendo possível constatar, com sua consolidação, uma impressionante capacidade de colaboração entre os dois setores, ao mesmo tempo em que a autonomia e a independência de ambos são mantidas. São resultados dessa união: facilidade de acesso à saúde; garantia de acesso aos insumos de prevenção; eficiência na abordagem de populações específicas e minorias; agilidade na execução de projetos, criatividade temática e metodológica.

Inicialmente composto por representantes do Governo Federal, estados e municípios, o programa cresceu e modificou-se ao longo desses mais de 20 anos, sempre buscando adaptar-se aos obstáculos criados pelo avanço da Aids, inclusive no que se refere à própria estruturação de um programa nacional que pudesse acompanhar a velocidade da epidemia. Foi com o fim da ditadura militar e com o início de uma nova proposta para o sistema de saúde, que o programa foi se estruturando dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seus princípios e diretrizes, e desde o começo contando com forte participação da sociedade civil (Brasil, 2004a). Dessa forma, as ações do programa têm

como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, compreendendo-se que este é um sistema integrado, no qual Estado e sociedade interagem para um fim comum: a promoção da saúde da população. Assim, a política do programa é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (Brasil, 1999).

Inserido na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de DST/Aids foi criado com o intuito de fortalecer a vigilância epidemiológica e reunir programas e ações de combate, controle e prevenção de doenças numa mesma estrutura, levando a uma atuação mais integrada e eficaz por parte do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a).

As diretrizes do atual Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids - 2004/2007, são: melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de HIV/Aids e outras DST; redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento das DST; aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV; e aumento da cobertura das ações de prevenção para populações vulneráveis. Estas diretrizes estão fundamentadas em critérios claros de eficácia, eficiência, responsabilização pela atenção, vínculo, direitos dos usuários e gestão participativa, cada um destes expressos nas metas e ações desse Plano Estratégico (Brasil, 2004a).

Vale ressaltar que, a partir das ações e intervenções do Programa Nacional de DST/Aids, em conjunto com a Aids, tem sido dada atenção a algumas DST, tais como a sífilis e as hepatites virais, com destaque para os tipos B e C. Isto pode se justificar pelo fato de tais doenças possuírem, além da transmissão por via sexual, alto nível de transmissão vertical, ou seja, há o contágio na gestação, via mãe/bebê, quando não é feito o

tratamento e acompanhamento de forma adequada, além do crescente número de casos apontados pelos boletins epidemiológicos. Nesse sentido, é notável que um importante recurso para o controle da epidemia são os serviços do sistema de saúde público, incluindo a AB, na qual se estabelece fortemente as ações de promoção à saúde e prevenção à doenças. Como exemplos dessas ações, podem ser citadas: o acompanhamento às gestantes (pré-natal), realização de exames citológicos e a distribuição de preservativos pelas equipes de Saúde da Família.

Dentre os princípios norteadores das ações de prevenção às DST/Aids estão: solidariedade, não preconceito e não discriminação; garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas vivendo com HIV/Aids; integralidade da atenção; equidade e sustentabilidade das ações de promoção da saúde. As linhas estratégicas são a promoção de adoção de práticas mais seguras, por meio do acesso à informação e insumos de prevenção; o estabelecimento de modelos de intervenção, considerando aspectos culturais, sociais e valores relativos aos segmentos populacionais envolvidos; a priorização de intervenções realizadas por pares, que promovam mudança de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às DST/Aids; e o fortalecimento das redes sociais/populares, implementando alternativas para o enfrentamento da epidemia (Brasil, 2004a).

No que diz respeito às ações na comunidade, o que inclui o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde indica que deve haver acesso e acolhimento; mapeamento de grupos mais vulneráveis; disponibilização de informações qualificadas sobre DST/Aids; disponibilização de insumos de prevenção; inserção da estratégia de redução de danos; articulação com a sociedade civil organizada, com experiência em prevenção às DST/Aids; encaminhamento para os serviços das unidades básicas e para os serviços de referência em DST/Aids. E, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF), deve ser feito um trabalho de acolhimento; ações de educação em

saúde sobre as DST/Aids em sala de espera; diagnóstico e aconselhamento; comunicação dos parceiros sexuais; disponibilização de insumos de prevenção; e abordagem sindrômica das DST. Para o profissional, é requerido: habilidades de comunicação; conhecimento técnico; ausência de juízo de valor; postura ética; atitude empática; sensibilidade às questões socioculturais e emocionais; e sensibilidade às demandas singulares de cada usuário (Brasil, 2005a).

Assim, para melhor escuta e atendimento às DST/Aids, em especial no momento do diagnóstico, é ressaltado também pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005a) o trabalho de aconselhamento, sendo esta uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia no Brasil, entendido como um componente importante na promoção da saúde. Tal aconselhamento consiste em uma ferramenta de acompanhamento pré e pós a realização do teste, contribuindo para a quebra da cadeia de transmissão das DST e do HIV através da detecção precoce destas patologias, além de contribuir para a adoção de práticas seguras, reduzindo futuras infecções. Ressalta-se a privacidade e o sigilo de todas as informações prestadas durante esse processo de aconselhamento.

Por exigir dos profissionais habilidades específicas e uma boa administração do tempo do atendimento, inserir o aconselhamento na rotina dos serviços, inclusive nos de AB, é um grande desafio. Durante o aconselhamento, o profissional de saúde deve avaliar os riscos e as vulnerabilidades caso a caso ou de cada grupo, além de trabalhar os sentimentos adversos que se apresentam por ocasião da testagem e conhecimento da condição sorológica para o HIV, ou seja, deve ir além da transmissão de informações (Brasil, 2005a).

Dessa forma, é bastante importante que o aconselhamento e o diagnóstico em DST/Aids sejam inseridos na AB à saúde, uma vez que estes agravos atingem todos os segmentos populacionais; há um diagnóstico tardio; milhares de pessoas desconhecem sua

sorologia; e o acesso ao diagnóstico e ao tratamento é um direito do cidadão. Essa inserção favorece uma atenção integral às DST/Aids, cumprindo, assim, os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2005a).

Ao entender a AB como espaço de alta resolubilidade dos problemas de saúde da população, Paula e Guibu (2007) apontam que a inserção da prevenção às DST/Aids neste nível de atenção foi realizada por meio do preservativo, distribuído nesses espaços. Porém, observam que a carência de recursos humanos, ou seja, a falta de profissionais em quantidade e em preparo técnico, torna-se um entrave no desenvolvimento das ações que integrem a AB e a prevenção às DST/Aids, o que também é confirmado por outros estudos nessa área (Ferraz, 2008; Ferraz & Nemez, 2009; Silva, Guimarães, Pereira, Miranda & Oliveira, 2005).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) sugere que as possibilidades de ação na AB são muito amplas no que se refere ao manejo das DST/Aids, incluindo atividades educativas para promoção à saúde e prevenção, promovendo, na comunidade, maior percepção de risco para esses agravos, além de estimular a adoção de práticas seguras à saúde; aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações de assistência; diagnóstico precoce desses agravos, principalmente através de uma abordagem sindrômica; tratamento adequado da grande maioria das DST; encaminhamento dos casos necessários e que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; e manejo adequado dos indivíduos usuários de drogas.

Para tanto, alerta-se que é fundamental que a organização dos serviços promova melhor acesso àqueles que o buscam, e que cada profissional incorpore a preocupação diária na identificação de pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo um atendimento humanizado e resolutivo, pois Unidades de Saúde da Família resolutivas e de

fácil acesso causam grande impacto na epidemia do HIV/Aids e na incidência das DST no país (Brasil, 2006c).

Assim, o Programa Nacional de DST/Aids, a partir de seu Plano Estratégico, espera uma valorização da AB como melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e como instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV/Aids e a ocorrência de DST. A expectativa é que se possa aprimorar este processo, consolidando o conceito de integralidade do SUS e aprimorando a inserção do tema DST/Aids nesse sistema de saúde – modelo único e já exemplar para todo o mundo (Brasil, 2004a).

Espera-se também com esse Plano, a ampliação das ações de promoção e de prevenção; a articulação dos serviços especializados em HIV e Aids e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização e de adoção de práticas alternativas, como internações domiciliares e a garantia de acesso aos medicamentos; além da reorganização da rede, do reforço ao município, a capacitação profissional e a parceria com a sociedade civil organizada (Brasil, 2004a).

De acordo com a versão preliminar dos dados epidemiológicos de DST, HIV/Aids (Brasil, 2011b), acumulados desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, no Brasil foram notificados 608.230 casos de Aids, destes, 78.686 foram no Nordeste (o que corresponde a 12,9% dos casos no país – região em terceiro lugar), além daqueles que não foram diagnosticados. A mortalidade no país vem se mantendo estável desde 1998, sendo o coeficiente de 2010 de 6,3 óbitos por 100 mil habitantes e o menor índice observado na região Nordeste do país (4,0 por 100 mil habitantes).

Na população de jovens entre os 15 a 24 anos, observa-se 11% do total de casos de Aids notificados no Brasil desde o início da epidemia, o que corresponde a 66.698 casos. Nas regiões do país, a maior taxa de incidência destes casos está no Sul (14,3 por 100 mil

habitantes), enquanto que a menor está no Nordeste (6,9 por 100 mil habitantes). Atualmente, a razão de sexos entre esses jovens está em 1:4 (M:F), ou seja, a cada 14 homens com HIV/Aids, existem 10 mulheres em igual situação. Ao comparar com os jovens em geral, observa-se que os jovens gays têm 13 vezes mais chances de estarem infectados pelo vírus.

Dos casos diagnosticados no Nordeste, 4.762 foram na Paraíba, do início da epidemia até o ano de 2010, sendo notificados 1.484 óbitos por Aids, 114 apenas no ano de 2010 (coeficiente de mortalidade de 3,2 por 100 mil habitantes). Desses casos da Paraíba, 518 casos estão na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade. Na capital, João Pessoa, notou-se o aumento na taxa de incidência dos casos, sendo em 1998 a taxa de 12,2 por 100 mil habitantes, e em 2010 a taxa de 18,7 por 100 mil habitantes. Sobre os casos notificados em menores de cinco anos de idade, ou seja, por transmissão vertical, em 2010 houve 15 casos na Paraíba, representando uma taxa de incidência de 5,2 por 100 mil habitantes, a taxa mais alta desde 1998, deixando o Estado em 5º lugar no ranking do país.

Segundo o boletim epidemiológico (Brasil, 2011b), a via sexual é apresentada como principal forma de transmissão da doença, especificamente a homossexual e a heterossexual, em jovens do sexo masculino; e nos adultos, em ambos os sexos, a categoria de exposição heterossexual. Todos esses resultados mostram a necessidade de políticas que efetivem a prevenção e ampliem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença.

**CAPÍTULO V – CRENÇAS: COMPREENDENDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO
EM SAÚDE**

As questões que permeiam o trabalho em saúde não podem ser separadas de situações sociais, culturais e econômicas, devendo estes elementos ser considerados quando se almeja entender ou gerar mudanças nas práticas de saúde (Freire, 2009). Mas, esta autora também ressalta que são os aspectos subjetivos dos indivíduos que devem subsidiar essa discussão, uma vez que é a maneira como estes vivenciam e percebem esses elementos que norteia/orienta as suas práticas de cuidado em saúde. Ou seja, as crenças dos indivíduos passam a ganhar destaque na medida em que são expressas nos seus comportamentos do cotidiano. Dessa forma, conhecer os aspectos subjetivos que estão presentes na prática dos profissionais de saúde torna-se uma das melhores formas de investigar essa atuação.

Sobre essa orientação dos comportamentos, Bandura (1999, citado por Simon, Silva & Paiva, 2002) afirma que as ações das pessoas são muito mais dependentes de suas crenças do que de informações objetivas. Já Ronzani (2007) afirma que são os aspectos subjetivos, que expressam fontes de ideologia, que guiam e sustentam dados comportamentos. Para este autor, fatores como a formação, as crenças e as atitudes dos profissionais de saúde são fundamentais para a efetivação das políticas de saúde.

De grande relevância na Psicologia Social, o estudo das crenças tem sido bastante abordado, sendo sua análise especialmente importante por se apresentarem como um dos agentes que constituem as atitudes humanas (Silva, Rodrigues, Carvalho & Lourenço, 2005). O conceito das atitudes se remete a uma organização de cognições e crenças em geral e são definidas como um construto hipotético relativo a uma tendência psicológica de avaliar favorável ou desfavoravelmente um objeto específico (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002). Dessa forma, as crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um objeto específico, ou seja, suas respostas cognitivas, provavelmente serão preditoras de seus comportamentos frente ao mesmo. Isto porque as atitudes são constituídas de uma

carga afetiva positiva ou negativa em relação a determinado objeto social, predispondo a um comportamento congruente com as cognições e os afetos a respeito deste objeto (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002).

As crenças são definidas por Krüger (1986, p. 32, citado por Silva, Rodrigues, Carvalho & Lourenço, 2005) como “proposições que, na sua formulação mais simples, afirmam ou negam uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo deste.”. Para Krüger (2004), as crenças produzem consequências na cognição, na afetividade, na conduta, no comportamento e na personalidade. Isso, segundo ele, justifica o interesse pela investigação desse tipo de representações mentais simbólicas que se têm acerca de fatos, pessoas, condições do mundo, como também das condições internas, configuradas como expectativas, desejos, motivações, conflitos, sentimentos e aspirações.

De acordo com Bar-Tal (2000), as crenças podem ser definidas como proposições que expressam pensamentos, são formadas por seres humanos e seus conteúdos são de alcance ilimitado. As crenças são unidades básicas de categorias de conhecimento, tais como ideologia, valores, normas, decisões, inferências, metas, expectativas, dogmas religiosos ou justificativas.

Já para Valdes (2004), as crenças se constituem como uma das fontes de conhecimento que os indivíduos possuem, sendo formadas pela influência do conjunto das relações interpessoais e se situando dentro de um determinado cenário sócio-econômico-político. Dessa maneira, ela afirma que o conteúdo das crenças é múltiplo, e, na medida em que estão inseridos da própria vida do indivíduo, se torna mais rico e variado. Ressalta também que a origem da crenças, ou seja, de onde ou de quem veio a informação, é que vai determinar o grau de convicção delas e também o seu poder de persuasão. Sobre isso, Dilts, Hallbom e Smith (1996, citado por Valdes, 2004), apontam que geralmente a

influência das crenças sobre o comportamento ocorre de forma inconsciente, ocorrendo até alguns mecanismos de defesa como projeção, racionalização ou repressão.

Rokeach (1981) afirma que as incontáveis crenças que as pessoas possuem estão organizadas em sistemas arquitetônicos e possuem propriedades estruturais descritíveis e mensuráveis que, por sua vez, geram consequências comportamentais observáveis. Para Krüger (2004), as crenças também se organizam em sistemas, podendo ser definidas como conteúdos mentais de natureza simbólica, cuja influência na cognição é manifestada na percepção e na interpretação que o percebedor faz de sua experiência social. Dessa forma, afirma que as crenças podem receber um tratamento metodológico descritivo, analítico e avaliativo.

Para Krüger (1995, citado por Krüger 2004), as crenças sempre têm sua origem em experiências pessoais, ou seja, nos contatos e relações que o indivíduo estabelece com o mundo social e a realidade objetiva, e também na consciência que este tenha de seus próprios processos cognitivos. Assim, as crenças são formuladas no âmbito da percepção, bem como no do pensamento, raciocínio e imaginação.

Krüger (2004) coloca que, ao se tratar de processos cognitivos que originam crenças, deve ser considerado o papel desempenhado pelas reflexões, cogitações ou especulações sobre determinado assunto, teoria, ideia, intenção, desejo, preferência ou procedimento, uma vez que essas serão aplicadas na oportuna apresentação de tal ou qual situação, pessoa ou evento. Dessa forma, ele ressalta, mais uma vez, a pessoalidade da experiência originadora de crenças, pois, ainda que o indivíduo esteja exposto aos meios de comunicação social ou participe ativamente de uma interação social, as crenças formuladas são pessoais. Isto porque, por um lado, dependem e, por outro, são condicionadas pelas atitudes, motivação, habilidades cognitivas, conhecimento, atenção, além de outros processos e condições psicológicas particulares.

Ao argumentar sobre as crenças, Rokeach (1981) diz que elas podem ser expressas através de assertivas ou proposições aplicadas à experiência pessoal, e que podem ser estritamente pessoais, quando expressam uma avaliação ou julgamento a respeito de alguém, por exemplo, mas também podem ser compartilhadas, a exemplo da opinião pública e dos estereótipos sociais.

Neste sentido, Bar-tal (2000) destaca dois tipos diferentes de crenças: as pessoais (individuais), formadas pelo indivíduo e armazenadas exclusivamente em sua mente, constituindo um repertório privado; e as comuns, no sentido de comunalidade, de grupo, referem-se às crenças compartilhadas. Ele ressalta que mesmo as crenças pessoais podem ser adotadas por outras pessoas, tornando-se uma crença comum, uma vez que os indivíduos podem compartilhar suas crenças com outros. Assim, os membros de todos os grupos sociais compartilham crenças, ou seja, os indivíduos, membros de grupos sociais diferentes, têm crenças compartilhadas em seu repertório cognitivo. Exemplos de disseminação de crenças comuns: novas informações (notícias), dogmas religiosos e conhecimento científico, propagados em diferentes partes do mundo. Algumas destas crenças servem como base para formação do grupo, dão sentido à sua filiação e direcionam ou justificam muitos comportamentos do grupo.

Para Krüger (1995, citado por Ronzani, 2007), as ideologias, utopias, sistemas morais e teorias científicas são constituídas na esfera social a partir da articulação e do compartilhamento de valores e atitudes. Dessa forma, as crenças e seus sistemas integram e influenciam culturas que são desenvolvidas ao longo dos tempos. E, além disso, as crenças influenciam a percepção dos eventos sociais, ocorrendo um processo de seleção ou interpretação sobre estes, e por isso desempenham um importante papel nos processos psicológicos.

Assim, este autor Krüger (1995, citado por Ronzani, 2007) destaca dois tipos de crença: as crenças de autoridade, que são formadas a partir da influência de objetos ou pessoas de referência; e as crenças derivadas, caracterizadas por serem ideológicas, originadas de instituições religiosas, políticas e derivadas do processo de identificação com a autoridade, mais do que pelo encontro direto com o objeto de crença. Uma vez que geralmente estas formam uma ideologia institucionalizada, e juntamente com as identificações de pessoas ou grupos de referência sobre as quais tais ideologias estão baseadas, tais crenças fornecem um sentido de identidade de grupo.

Sobre a formação, mudança ou permanência das crenças, Rokeach (1981) e Krüger (2004) afirmam que o contexto social apresenta-se como fundamental, visto que existe um mecanismo de organização psicológica das crenças em termos da centralidade das mesmas. Assim, as crenças seriam mais fáceis ou difíceis de alterar de acordo com a importância que as mesmas possuem para o contexto em que são apresentadas na vida do indivíduo.

Diante disso, pode-se dizer que as crenças fazem parte do cotidiano da vida das pessoas, uma vez que elas continuamente são desenvolvidas acerca das coisas que as cercam, de suas experiências pessoais e de seus relacionamentos, por exemplo (Freire, 2009). O mesmo ocorre nas práticas de cuidado à saúde, as quais estão permeadas pelas crenças que os sujeitos envolvidos no processo de cuidar possuem, sejam os profissionais de saúde, sejam os usuários dos serviços. E é nesse processo de interação no qual as crenças sobre saúde e/ou doenças são disseminadas.

Para Ronzani (2007), as instituições formadoras são um dos principais formadores de crenças acerca de comportamentos e práticas em saúde. Assim, o profissional tende a seguir o que aprendeu durante o processo educativo, sendo a formação universitária responsável por direcionar as práticas de cuidado no seu campo de atuação.

Isto vem corroborar com Le Bom (2002), quando ele diz que as crenças podem ser formadas através do simples contágio, tendo por base a autoridade de quem está anunciando-as (prestígio). Ele diz que, com relação a assuntos técnicos de uma profissão, o indivíduo é capaz de formular conceitos mais seguros, porém, acerca das demais áreas de atuação, esse indivíduo acaba reproduzindo as ideias que são impostas por uma pessoa de prestígio, sem nem mesmo raciocinar.

Na revisão teórica feita por Ronzani (2007) sobre o papel das crenças na reforma curricular dos cursos de saúde, percebe-se que o importante não é limitar a discussão sobre mudanças das práticas em saúde restringindo-se somente à questão das mudanças das crenças, mas sim considerá-las como um dos fatores a se levar em conta. Isto porque as próprias reformas curriculares são realizadas por pessoas com crenças, interesses e ideologias específicas. Logo, só se conseguirá ultrapassar a barreira formal das reformas a partir do entendimento desses fatores, enfatizando a mudança de crenças e atitudes em relação à prática de saúde (Ronzani, 2007).

Neste sentido, observa-se que a organização e o entendimento do sistema de crenças que profissionais de saúde apresentam e compartilham, tornarão, ou não, as suas práticas de cuidado mais adequadas e contextualizadas, inclusive em populações específicas (Gouveia, 2006). Ou seja, as crenças que os profissionais apresentarem sobre dada situação de saúde serão fundamentais, repercutindo na qualidade do atendimento aos usuários dos serviços (Amato, Silveira, Oliveira & Ronzani, 2008).

Ao seguir esse pressuposto de que as crenças influenciam diretamente no desenvolvimento de estratégias em saúde, considera-se que elas podem ser um entrave às práticas de cuidado, inclusive nas de prevenção, como apresentado no estudo de Amato et al. (2008), indicando que o próprio tratamento, prevenção e abordagem adequada do

problema trazido pelo usuário encontram como barreira a estigmatização deste e/ou da doença que ele possui, por parte dos profissionais de saúde.

No que se refere às DST/Aids, foco desse estudo, as crenças que os profissionais de saúde possuem, marcadas por estigmas e preconceitos desde o início da epidemia, representam obstáculo na luta pela prevenção e combate à epidemia, e no atendimento e assistência às pessoas que vivem com o HIV, colocando-as em uma posição difícil frente à vida, uma vez que a discriminação potencializa o impacto da doença na vida destas (Silva, Fontes, Saldanha & Araújo, 2008).

Sobre o trabalho de prevenção às DST/Aids em populações tidas como assexuadas, a exemplo dos idosos, Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) apontam que os profissionais de saúde ainda associam a transmissão do HIV a procedimentos médicos, como as transfusões de sangue, e práticas sexuais promíscuas. De acordo com Diniz e Saldanha (2007), os profissionais também apresentam a constante associação entre Aids na velhice e morte, denotando um afeto negativo frente à situação de soropositividade. Além de comprometerem a qualidade do atendimento em função de estereótipos, essas crenças restringem as orientações que os profissionais deveriam fornecer aos usuários, partindo de uma medicina preventiva (Vasconcelos & Saldanha, 2009).

Tendo em vista tal problemática, Vasconcelos e Saldanha (2009) apontam para a necessidade dos profissionais da AB participarem de congressos, cursos de capacitação e espaços de discussão sobre esses temas recorrentes do seu cotidiano. Em estudo realizado por Diniz e Saldanha (2007) com agentes comunitários, nota-se a necessidade de estimular o debate sobre as DST/Aids e a pertinência de ter mais conhecimento sobre essa realidade, uma vez que estes profissionais também apresentam crenças permeadas por estigmas e preconceitos.

Os profissionais devem ter conhecimento que todas as populações são vulneráveis, e, ao considerar um trabalho de prevenção, é imprescindível garantir o direito às políticas públicas de saúde, principalmente para populações estigmatizadas, como mulheres, crianças, profissionais do sexo e idosos (Silva, Fontes & Saldanha, 2009).

Para Diniz & Saldanha (2007), a complexidade do trabalho com as DST/Aids, além de acarretar o desgaste psicológico para o profissional, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, perpassado pelas crenças individuais, medo, falta de informação, e pela forma fragmentada de encarar a doença nos serviços especializados. Também se acrescenta o risco da contaminação no transcurso do seu trabalho, implícito na relação profissional-paciente, através da exposição accidental a material potencialmente contaminado, o que pode comprometer o cuidado prestado ao paciente que possui o diagnóstico (Saldanha, 2003; Figueiredo, 2001; Meneghin, 1996).

Em estudo realizado com profissionais de saúde que lidam com essas doenças, Sadala e Marques (2006) observaram que as dificuldades que permeiam o relacionamento com o paciente estão atreladas a questões como o medo do contágio e a persistência do preconceito, apesar de alguns alegarem que a discriminação é inaceitável e que houve uma importante evolução nos comportamentos dos profissionais com relação à discriminação e preconceito. Também foi observado que a estigmatização das pessoas que vivem com HIV/Aids persiste, havendo discriminação e intolerância com os pacientes homossexuais e usuários de drogas, ou seja, a manutenção de crenças estereotipadas mesmo após tantos anos de epidemia. Notou-se que, de acordo com os profissionais, tais comportamentos levam o paciente a recusar o atendimento fora dos centros especializados, temendo serem rejeitados.

Ainda nesse estudo, sentimentos de angústia, impotência e ansiedade são descritos pelos profissionais que atendem a pessoa com HIV/Aids, indicando não estarem

preparados para lidar com questões como a morte, sexualidade e abuso de drogas. Os próprios profissionais apontam a necessidade de compreensão da situação sociocultural do paciente, o respeito por suas crenças e comportamentos e a aceitação de sua orientação sexual, raça e estilo de vida como principais elementos para se desenvolver uma relação de confiança e respeito, além de uma comunicação eficiente com o mesmo.

Sendo assim, ressalta-se que o cuidado em saúde perpassa pelas diferentes crenças dos atores envolvidos nesta relação, sejam os profissionais – foco desse estudo –, sejam os próprios usuários dos serviços. Ou seja, as crenças que os profissionais das equipes de saúde possuem acerca das DST/Aids estão imbuídas em suas práticas de cuidado e prevenção à população assistida. O próprio histórico da epidemia apresenta um intenso processo de estigmatização e preconceito das pessoas que vivem com HIV/Aids, marcando as crenças de toda população e consequentemente as ações de saúde voltadas às DST/Aids.

Neste sentido, observa-se a relevância de se considerar tais aspectos subjetivos e sociais nesse estudo, pois, assim como apontado por Oliveira e Albuquerque (2008), as crenças dos profissionais de saúde que trabalham nas USF “se constituem como formas de compreensão de sua realidade e podem apontar para fatores positivos e negativos que influenciam a ação desta ação pública”, auxiliando na identificação dos entraves e, consequentemente, na melhoria dessa política pública.

Diante desses pressupostos, esse estudo teve como objetivos:

5.1. Objetivo geral

Investigar a eficácia do cuidado e da prevenção acerca das DST/Aids nas Unidades de Saúde da Família (USF), a partir das crenças e das práticas dos profissionais.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar as características de atuação das Unidades de Saúde da Família (USF) no que se refere às DST/Aids;
- Identificar as práticas de cuidado e de prevenção às DST/Aids das equipes e dos profissionais que atuam nas USF;
- Analisar as crenças dos profissionais que atuam nas USF acerca das DST/Aids;
- Relacionar as crenças dos profissionais com suas práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/Aids.

6.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de pesquisa do tipo exploratório-descritivo, que possibilitou: 1) levantamento de informações acerca das práticas de cuidado e prevenção às DST/Aids nas USF da cidade de João Pessoa-PB; e 2) levantamento das crenças dos profissionais das equipes de Saúde da Família acerca das DST/Aids. Este estudo possibilitou uma análise da AB à saúde da cidade de João Pessoa-PB no que se refere ao cuidado e prevenção às DST/Aids, partindo de duas visões que se completam: a visão institucional, da organização e funcionamento do serviço em si; e a visão da equipe de saúde, das crenças do profissional que lida diretamente com o usuário do serviço.

Ressalta-se que o serviço de AB é visto como potencial espaço de inserção das ações de cuidado e prevenção às DST/Aids. A escolha pelas USF refere-se ao fato deste serviço ser a preferencial porta de entrada do usuário no sistema de saúde, configurando-se como serviço de referência na AB à saúde da população de João Pessoa-PB. Outro aspecto importante diz respeito ao fato das USF estarem disponíveis em todos os Distritos Sanitários da cidade, assistindo toda a população.

6.2. População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída pelas Unidades de Saúde da Família da cidade de João Pessoa-PB, totalizando 120 USF (isoladas e integradas); e pelos profissionais de saúde destes serviços, que compõem as 184 equipes da ESF. Para a composição da amostra, escolheu-se as USF isoladas (aqueles que atuam com uma única equipe), totalizando 87 unidades; bem como os profissionais destas equipes. Decidiu-se selecionar as unidades isoladas para evitar possíveis vieses nos resultados devido à própria diferença de estrutura, processo de trabalho e prestação de serviços que há entre estas e as integradas. As USF isoladas correspondem à maioria (72,5%) do tipo de USF que atendem

a população da cidade, ou seja, é este tipo de serviço de AB que a população mais tem acesso.

A amostragem estratificada por conveniência foi determinada por um processo de múltiplos estágios, em três etapas: estratificação das USF isoladas em Distritos Sanitários, escolha das USF e a escolha dos profissionais do serviço. Obedecendo ao critério de proporcionalidade de cada distrito, foram selecionadas cerca de 20% do total das USF isoladas de cada um, atingindo uma amostra total de 19 unidades de saúde, localizadas em 14 bairros da cidade de João Pessoa-PB. O plano amostral é apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários

DISTRITO SANITÁRIO (DS)	TOTAL DE USF ISOLADAS	CÁLCULO AMOSTRAL (20%)	AMOSTRA DA PESQUISA	BAIRROS DAS USF DA AMOSTRA
DS I	15	3	3	Alto do Mateus (2) e Cruz das Armas (1)
DS II	20	4	5	Rangel (1), Grotão (1), João Paulo II (1), Geisel (1) e Funcionários (1)
DS III	31	6	7	Mangabeira (2), Bancários (2), Valentina (3)
DS IV	10	2	2	Trincheiras (1) e Róger (1)
DS V	11	2	2	Castelo Branco (1) e Penha (1)
Total	87	17	19	14

Assim, participaram da pesquisa, respondendo ao questionário e realizando a entrevista, 19 profissionais de saúde (um por USF), sendo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou seja, profissionais que faziam parte da equipe mínima da USF, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

6.3. Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos que se complementaram, possibilitando apreender crenças e práticas de cuidado e prevenção às DST/Aids: 1) questionário estruturado; 2) roteiro de observações; e 3) entrevista semiestruturada.

O questionário estruturado e autoaplicável foi construído a partir de estudos na área (Paula & Guibu, 2007; Ferraz, 2008; Ferraz & Nemez, 2009), como consta no Apêndice B. É composto por 50 questões e organizado por módulos que contemplam os seguintes assuntos, com as quantidades respectivas de questões: dados de identificação da USF (2) e do responsável pelas informações (5); abordagem das DST/Aids (6); acesso aos insumos de prevenção (11); integração com as ações de contracepção e atenção no pré-natal (10); vacinação (1); ações de prevenção (5); assistência farmacêutica (3); laboratório (2) e visão dos usuários atendidos pela USF (5).

Um roteiro de observações (Apêndice C) também foi utilizado, deixando sob a responsabilidade do pesquisador a observação do ambiente da USF, contendo 3 principais questões: fixação de cartazes sobre temas que envolvam as DST/Aids, oferecimento de folhetos educativos sobre a temática e disponibilidade de preservativos em lugar visível para os usuários (recepção, por exemplo).

Por último, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um profissional de cada equipe, a partir de 15 questões norteadoras, também com o objetivo de apreender as crenças e as práticas dos profissionais de saúde acerca do cuidado e prevenção das DST/Aids, como consta no Apêndice D.

6.4. Procedimentos

As seguintes providências foram tomadas para o desenvolvimento da pesquisa:

- a) apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba-PB (Anexo A);

- b) autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de João Pessoa-PB para o desenvolvimento do estudo (Anexo B);
- c) seleção definitiva da amostra e coleta dos dados.
- d) montagem dos bancos de dados, análise descritiva dos dados, transcrição e categorização das entrevistas e interpretação dos resultados;
- e) divulgação dos resultados.

Especificamente na fase de coleta dos dados, o pesquisador entrou em contato com o responsável pela USF, que se disponibilizou ou direcionou um profissional que soubesse responder acerca do funcionamento e da dinâmica da USF e da equipe. Após, foi informado a este participante sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, o sigilo das informações e o caráter exclusivamente acadêmico, ou seja, a utilização dos dados apenas para fins de pesquisa. Os participantes foram orientados para não se identificarem e foi esclarecido que a qualquer momento da aplicação eles poderiam desistir. Salienta-se que, apesar do questionário ser autoaplicável, em todos os casos os participantes preferiram que o pesquisador conduzisse o processo de aplicação do mesmo.

Na realização da entrevista, na maioria dos casos feita com este mesmo participante, foi acordado acerca da utilização do gravador, sendo os participantes novamente orientados sobre a confidencialidade e o sigilo das informações. Preferencialmente, a aplicação do questionário e a realização da entrevista se deram em uma sala reservada da própria USF, utilizando os seguintes materiais: o questionário estruturado (Apêndice B), o roteiro da entrevista (Apêndice D) e gravador.

Ressalta-se que foi solicitado aos participantes a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). Vale destacar que esta pesquisa não acarretou nenhum risco ou prejuízo aos participantes.

Por fim, o pesquisador realizou as observações necessárias do ambiente da USF, a fim de apreender mais informações sobre o serviço, sendo utilizado o roteiro de observações (Apêndice C).

6.5. Análise dos dados

Para os dados do questionário e do roteiro de observações foi construído um banco de dados a partir da digitação dos mesmos, com prévia codificação de respostas, utilizando o Software SPSS for Windows – versão 15. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas.

Esse dados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

As entrevistas foram transcritas e categorizadas, sendo realizada uma análise categorial temática a partir da proposta de Figueiredo (1993), compreendendo as seguintes etapas:

Figura 1 – Etapas do Procedimento da Análise Categorial Temática

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	a) Leitura Inicial b) Marcação c) Corte d) Primeira Junção* e) Notação f) Organização e Primeira Síntese
SEGUNDA JUNÇÃO**	
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	g) Leitura Inicial h) Organização i) Notação j) Redação Final

*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Neste sentido, a primeira fase, na qual as entrevistas foram analisadas individualmente, compreendeu as seguintes fases:

- a) *Leitura Inicial*: Nessa primeira leitura, foram identificados os pontos preliminares, ligados às Categorias. Foram feitas anotações acerca de aspectos relacionados à situação da entrevista (rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).
- b) *Marcação*: Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às Categorias, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- c) *Corte*: Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- d) *Junção*: Os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- e) *Notação*: Foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- f) *Discussão*: As observações foram discutidas para possibilitar a segunda junção, sendo agrupados os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria.

A segunda fase de análise, na qual as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu aos significados comuns a todas as entrevistas, compreendeu as seguintes etapas:

- g) *Leitura Inicial*: Foi realizada uma leitura e a identificação dos trechos cujos significados são comuns, dentro de cada Categoria.
- h) *Organização*: Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- i) *Notação*: Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- j) *Discussão Final e Redação*: Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise e relativos às categorias que surgiram durante as entrevistas.

Salienta-se que todas essas etapas da análise dos dados foram realizadas pela pesquisadora responsável, bem como a responsabilidade pela guarda de todo o material concernente à pesquisa.

6.6. Aspectos Éticos

Foram considerados todos os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, tendo esta pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

O TCLE (Apêndice A) foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 1996). Tal documento informou os objetivos e procedimentos da pesquisa, obtendo o consentimento assinado pelos participantes; para tanto, sendo assegurado o anonimato. Neste termo também constou a informação de que o entrevistado tem a garantia e o direito de interromper sua cooperação na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso provoque qualquer tipo de prejuízo.

CAPÍTULO VII – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados, estes foram divididos em duas partes, sendo a primeira referente aos dados dos questionários, compondo os resultados quantitativos, e a segunda referente às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, compondo os resultados qualitativos.

7.1. Resultados Quantitativos

7.1.1. – Características dos Respondentes e das Equipes

Acerca dos dados referentes aos profissionais respondentes da pesquisa, verificou-se que são predominantemente do sexo feminino; a maioria é da área de enfermagem, com idades variando de 23 a 65 anos ($M=40$; $DP=10,63$); com tempo de trabalho na AB variando entre 2 e 25 anos ($M=9,6$; $DP=5,9$) e tempo de trabalho na USF variou de 1 mês a 12 anos, como pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 3 – Perfil dos Profissionais de Saúde

Variável		N
Sexo	Feminino Masculino	18 1
Faixa Etária	23-33 anos 34-45 anos 45-65 anos	6 8 5
Profissão	Médica Enfermeira Auxiliar de Enfermagem Dentista ACS	2 6 5 2 4
Tempo de Trabalho na Atenção Básica	2-5 anos 6-10 anos 11-25 anos	4 10 5
Tempo de Trabalho na USF	1 mês-3 anos 7 anos-12 anos	9 10

Observa-se uma predominância do sexo feminino atuando na área de saúde, em especial na enfermagem, evidenciando as tendências de feminização dessa categoria

profissional, como aponta o estudo de Lopes e Leal (2005). Isso porque, como mostram essas autoras, o cuidar sempre fez parte do universo feminino, da mãe-mulher, seja o cuidado doméstico, dos doentes e dos velhos, sendo as mulheres detentoras de um saber informal de práticas de saúde.

Sobre a faixa etária, apesar de a maioria ter entre 34 e 45 anos, houve uma boa distribuição dos participantes na faixa mais jovem, mostrando a rápida inserção no mercado de trabalho; e também aqueles que já se encontram em fim de carreira, com idades mais avançadas, mostrando a permanência no mercado de trabalho na área da saúde.

Essa inserção e permanência também podem ser observadas no tempo de trabalho que os profissionais tinham, seja na AB, seja na USF, este último, principalmente, mostrando a possibilidade de continuidade do trabalho no território de abrangência da unidade, visto que o profissional acaba conhecendo bem as demandas apresentadas pelo mesmo, efetivando as suas práticas de saúde.

Acerca dos recursos humanos, especificamente no que se refere à equipe mínima de Saúde da Família, verificou-se que em todas as USF pesquisadas tinham um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem (em apenas uma USF tinha 2), um dentista, um ASB, de 6 a 10 ACS ($M=7,5$; $DP=1,4$), e um médico, apesar de duas unidades referiram a ausência do mesmo. Além desses profissionais, todas as USF referiram ter recepcionista e auxiliar de serviços gerais, 16 referiram ter vigilante, variando de 1 a 3 ($M=1$; $DP=0,67$) e 10 referiram ter um marcador de consultas e exames, ou seja, unidades nas quais esse trabalho não é centralizado no Distrito Sanitário.

Percebe-se que maior parte das unidades está com a equipe de saúde da família completa, o que garante maior oferta de serviços na AB e a presença de uma equipe multiprofissional capaz de atender minimamente as demandas trazidas pelos usuários.

Além desses profissionais, durante a realização da pesquisa, percebeu-se a presença das equipes NASF nas unidades – apesar de não ter sido abordado no questionário – trabalhando a partir da proposta da SMS de João Pessoa, que é a de Apoio Matricial, demonstrando maior capacidade de atenção integral à saúde dos usuários na AB, maior resolutividade de algumas demandas, inclusive acerca do processo de trabalho, e realização de educação permanente.

Para melhor compreensão dos demais dados do questionário que refletem as práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/Aids, os resultados foram agrupados a partir das temáticas abordadas nesse instrumento.

7.1.2. Abordagem das DST/Aids

Ao perguntar sobre algumas práticas de cuidado e também de prevenção às DST/Aids, verificou-se que a maioria das USF (N=11) realizam o atendimento a partir de uma abordagem sindrômica, oferecendo tratamento imediato, enquanto que outras (N=7) referiram realizar o tratamento a partir de uma abordagem etiológica, ou seja, após a realização de exames. Uma USF referiu não realizar atendimento às DST, encaminhando os casos para serviços especializados, o que demonstra a fragilidade do serviço, visto que na AB há profissionais que podem realizar esse atendimento.

A abordagem sindrômica referida pelas USF é a preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), ou seja, a ideal para o controle das DST, visto que torna o tratamento imediato e eficiente, tendo como princípios a cura da doença, a prevenção das complicações e sequelas e o controle da cadeia de transmissão. Para tanto, o profissional precisa estar treinado para identificar sinais e sintomas no momento da avaliação clínica, promovendo rapidamente o tratamento, sem necessitar a espera dos exames laboratoriais.

Para Brasil (2006c), a AB deve ser a porta de entrada para usuários com suspeita de DST e seus parceiros, reduzindo a automedicação e a procura da resolução dos problemas em farmácias. Então, quando questionados acerca do procedimento a ser realizado quando um paciente chegasse à unidade referindo prurido, corrimento, ferida em região genital ou dor pélvica, 18 USF responderam que realizariam o atendimento no mesmo dia, enquanto uma USF agendaria a consulta para outro dia, no caso, o dia respectivo conforme o cronograma assumido pelo serviço (saúde da mulher, do homem, da criança, entre outros).

Neste sentido, o Ministério da Saúde alerta que é importante que as DST sejam logo identificadas e tratadas, visto que elas aumentam o risco de transmissão do vírus da Aids. Por isso é recomendada a abordagem sindrômica, por proporcionar uma intervenção imediata na doença. Por vergonha, medo ou outros motivos, as pessoas acometidas por uma DST não procuram os serviços de saúde, e quando procuram, algumas vezes por serem mal atendidas, acabam não voltando, podendo ocasionar complicações bastante graves ou mesmo a morte (Brasil, 1998).

Assim, trabalhar com o modelo de cronograma parece não ser a melhor alternativa em um serviço de saúde, uma vez que barra o usuário, limitando o atendimento a partir de critérios excludentes. De acordo com a PNAB (Brasil, 2011a), no processo de trabalho das equipes da ESF deve-se evitar a divisão da agenda a partir de critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, uma vez que esse cronograma dificulta o acesso dos usuários, como no caso apresentado.

Acerca do(a) parceiro(a) de paciente que possua uma DST, constatou-se diferentes condutas: 9 USF convocam o(a) parceiro(a); 6 USF enviam o medicamento pelo(a) paciente; 2 USF fazem uma visita domiciliar e 2 USF não responderam, por não saberem a conduta adotada nesse caso. Da mesma forma que é importante intervir imediatamente

na pessoa que apresente sinais e sintomas de uma DST, também deve ser identificada a parceria sexual dela, bloqueando a cadeia de transmissão da doença.

Sobre isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) indica que os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de trazer o(a) parceiro(a) sexual – tal convocação deve ser feita pelo próprio paciente, por correspondência ou por busca ativa pelo profissional de saúde – para serem comunicados sobre o quadro de infecção existente e para participarem do aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados. Ressalta-se que esse processo deve obedecer aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação, lembrando que cada caso deve ser tratado com uma estratégia específica pela equipe de saúde.

Em relação à situação de diagnóstico e tratamento que as unidades de saúde participantes da pesquisa se encontram, constatou-se que nenhuma oferece os testes anti-HIV, VDRL e sorologia para as Hepatites B e C. Percebe-se que a disponibilidade de testes rápidos na AB torna-se cada vez mais urgente por permitir o rápido diagnóstico de casos no território, ampliando as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DST/Aids. Tal necessidade intensifica-se quando se trata do pré-natal, realizado nas USF, promovendo a prevenção da transmissão vertical do HIV, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da sífilis congênita, conforme indicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999).

Assim, nota-se que a centralização desses diagnósticos nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) acaba limitando a possibilidade de identificação precoce de casos e o contato com pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade por parte da AB.

Sobre o tratamento, a maioria das USF não o realiza, encaminhando os usuários para serviços de referência, o que mostra a baixa resolutividade desses serviços no que se

refere a esses agravos: HIV/Aids – 3 USF indicaram realizar o tratamento; Sífilis – 6 USF indicaram realizar o tratamento; e Hepatites B e C – 7 USF indicaram realizar o tratamento.

Os serviços de saúde da AB precisam estar prontos para prestar os cuidados necessários às pessoas acometidas por esses agravos, visto que pode realizar o tratamento na maioria das DST, encaminhando para os serviços de referência apenas os casos necessários que não competirem a esse nível de assistência, como no caso do HIV/Aids (Brasil, 2006c).

Para tanto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) aponta a necessidade de garantir a qualificação dos profissionais da AB para identificar e atender as necessidades da população acerca das DST/Aids. Neste sentido, quando indagado sobre a capacitação de alguns profissionais, principalmente os de nível superior, para a realização de aconselhamento em HIV/Aids (pré e pós teste), verificou-se que a maioria não possui esse treinamento, como demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 4 – Treinamento para Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV dos Profissionais das USF

Profissional	Treinamento para Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV			Total
	Sim	Não	Não sabe	
Médico	3	7	7	17
Enfermeiro	6	8	5	19
Dentista	1	13	5	19
Auxiliar de Enfermagem	1	12	6	19
Total	11	40	23	74

Também foi indagado acerca do treinamento em abordagem sindrômica e todas as USF indicaram que não tinha profissional capacitado para tanto ou não souberam responder, não sabendo do que se tratava tal abordagem. Logo, percebe-se a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais que trabalham nas USF para melhor manejo clínico das DST/Aids, visto que a AB, segundo Brasil (2006c), deve estar preparada para

possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando houver necessidade, encaminhamento das pessoas infectadas pelas DST e/ou HIV aos serviços de referência.

Em pesquisa realizada em São Paulo sobre a integração das ações de DST/Aids na AB, observou-se que apesar de em alguns serviços existirem profissionais capacitados e, às vezes, em grande número, estes não conseguem implantar o atendimento das DST de forma adequada, a partir de uma abordagem sindrômica. Isso acontece porque, muitas vezes, os profissionais são escolhidos para participarem de capacitações sem que haja preocupação com o perfil adequado, seja para a multiplicação ou para a implantação da estratégia (Paula & Guibu, 2007).

As autoras também apontam outros obstáculos, estes observados dentro da própria USF, como o desinteresse do coordenador, advindo até mesmo dos gestores, em propiciar um espaço de multiplicação dos conhecimentos adquiridos, viabilização da estrutura, adequação dos fluxos, entre outros. Tais fatos apontam para a necessidade de discussão do processo de trabalho dentro da unidade (Paula & Guibu, 2007), discussão esta que pode ser facilitada com a presença das equipes NASF nos serviços, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), essa é uma de suas atribuições.

7.1.3. Acesso aos Insumos de Prevenção

Sobre a disponibilidade de preservativo masculino, 18 USF afirmaram *sempre* tê-lo disponível para a população, enquanto uma afirmou que *algumas vezes* chega a faltar. Porém, quando se trata da disponibilidade do preservativo feminino, apenas 3 afirmaram *sempre* estar disponível, 2 *às vezes* e as outras USF (N=14) afirmaram *nunca* estar disponível. Essa mesma ausência de insumo ocorre com relação ao gel lubrificante íntimo, o qual foi referido *sempre* estar disponível apenas por uma USF, *algumas vezes* por 8 e *nunca* por 10 USF.

Também verificou-se que 17 USF afirmaram que a quantidade de preservativos masculinos recebida por mês é sempre suficiente, havendo até bastante excedente. No entanto, duas USF consideram a quantidade recebida insuficiente para o bom atendimento da demanda, uma indicando que isso acontece algumas vezes e a outra indicando que nunca é suficiente, estando em falta, inclusive, no momento da realização da pesquisa. Sobre esta quantidade, todas as USF referiram receber mensalmente cerca de 7.200 preservativos masculinos, o que corresponde a uma caixa grande. Ao se questionar sobre a falta deste insumo no ano anterior (2010), uma unidade afirmou sempre ter faltado, outra afirmou algumas vezes ter faltado, duas não souberam responder, enquanto que as demais (N=15) afirmaram nunca ter faltado este insumo no referido ano.

Neste sentido, Paula e Guibu (2007) apontam que nem sempre os municípios recebem a quantidade necessária de preservativos para a demanda da população, complementando-a com verba própria. Por isso, segundo a pesquisa delas, alguns municípios criam soluções como o treinamento adequado do profissional responsável para a dispensação do insumo, gerando um sistema único para a captação de informações do usuário e uma quota mensal do insumo, o que possibilita criar um perfil da demanda.

Sobre o preservativo feminino, em estudo realizado por Pereira, Wiese e Saldanha (2009), observa-se o desconhecimento deste método pela população adolescente, revelando que, mesmo sendo um método de dupla proteção, ou seja, que promove proteção às DST/Aids e também à gravidez, e que oferece maior autonomia à população feminina, há pouca divulgação e também, como revelado na presente pesquisa, pouca disponibilidade deste insumo nos serviços de saúde.

Acerca da distribuição dos preservativos, na maioria das USF (N=12) esta é livre, ou seja, o usuário pode pegar a quantidade que queira, enquanto nas demais (N=7) limita-se a distribuição entre 10 a 40 preservativos por pessoa (M=20; DP=11,18), de acordo com

cada unidade. Destas USF que limitam, algumas (cerca de duas) chegaram a relatar, no momento da pesquisa, que utilizam cartões de entrega mensal, onde o usuário tem o seu cartão e neste é anotada a quantidade e a data da entrega dos preservativos, possibilitando maior controle da saída do insumo, já que algumas vezes a USF recebe pouca quantidade.

Na pesquisa realizada por Paula e Guibu (2007) verificou-se que 72,6% das unidades de saúde possuem critérios bem definidos para a distribuição do preservativo, enquanto 27,4% distribuem aleatoriamente. Porém, elas alertam que os serviços não devem colocar nenhum tipo de obstáculo para essa oferta, impedindo a aquisição do insumo de prevenção, como cadastros, pedidos de documento, entre outros. Também enfatizam que, apenas a partir de uma ação educativa pode haver uma negociação da quantidade distribuída por pessoa, possibilitando o atendimento de mais usuários e de forma adequada, ao oferecer, por exemplo, maior quantidade para profissionais do sexo. Porém, a participação do preservativo não pode estar atrelada, de forma alguma, à participação compulsória em atividades educativas, pois essa deve indicar a qualidade do atendimento e não uma condição para se obter o insumo.

Estas autoras, por outro lado, indagam que o preservativo só se constitui em insumo de prevenção às DST/Aids se usado adequadamente, o que ocorre a partir da orientação quanto ao seu uso. Sobre isso, verificou-se que, no momento da distribuição, apenas 3 USF afirmaram *sempre* realizar orientações quanto ao uso adequado do preservativo, enquanto 6 realizam apenas *quando necessário* e 10 *nunca* realizam. Tal fato revela a necessidade de capacitação dos profissionais das equipes, no sentido de incorporar em sua rotina reais práticas de cuidado e de prevenção à saúde da população, aperfeiçoando a dispensação dos insumos.

Verificou-se que, em 16 USF os adolescentes podem pegar preservativo independente da companhia de um adulto e que, de acordo com os profissionais

respondentes, a população que mais pega preservativo na unidade é a de mulheres (N=6), seguida dos homens (N=3) e adolescentes/jovens (N=3), apesar de 7 USF não saberem essa informação, justamente por não terem um controle da distribuição, por isso não responderam a questão. Já com relação ao gel lubrificante íntimo, as mulheres e os idosos foram as populações citadas como alvo da distribuição deste insumo por 4 USF cada, enquanto as demais não souberam responder (N=11).

Pesquisas apontam que adolescentes e jovens são mais propensos a dispensar o preservativo no decorrer de suas relações sexuais, isto ocorre por não terem acesso a ele, por não saberem convencer o(a) parceiro(a) da necessidade de seu uso, pelas questões relacionadas ao gênero, pelo mito do amor romântico, gerando confiança, e por isso a dispensação do uso do preservativo nos relacionamentos estáveis, entre outras causas, tornando estas populações vulneráveis às DST/Aids (Pimentel, Silva & Saldanha, 2008; Ribeiro & Saldanha, 2010; Galvão Neto, Pereira, Wiese & Saldanha, 2011; Ribeiro, Silva & Saldanha, 2011).

Um estudo realizado em Portugal com jovens (Oliveira, Oliveira, Pita & Cardoso, 2009) revela que o acesso ao preservativo é dificultado quando este se faz, por exemplo, em locais que fiquem perto da casa dos pais e/ou que tenham a presença de determinadas pessoas, que possam ser conhecidas, o que é o caso das unidades de saúde. Inclusive, ainda nesse estudo, verificou-se que apenas 10,7% dos jovens procuram os serviços de saúde para adquirirem o preservativo gratuitamente, sendo essa procura um pouco maior por parte do sexo feminino. Tais dados, segundo os autores, revelam a necessidade de encontrar locais mais adequados para a disponibilidade destes insumos a esta população, melhorar a informação sobre estes locais onde a disponibilização exista e melhorar as condições de atendimento aos jovens nesses locais, tornando-os mais adequados e atrativos, mas que também garanta a privacidade e a garantia de entrega.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de intensificar as ações de prevenção nesta faixa etária nos serviços de AB, mesmo nesta presente pesquisa verificando-se que há uma aquisição do preservativo por parte deles. Mas, como antes referido, para tornar o preservativo, de fato, um insumo de prevenção, é necessária a realização de atividades educativas que discutam acerca da importância do seu uso adequado e constante.

7.1.4. Integração com as Ações de Contracepção e Atenção no Pré-Natal

De acordo com Paula & Guibu (2007), a realização do teste de gravidez na própria unidade de saúde agiliza o diagnóstico e vincula o início do pré-natal a este serviço. No entanto, na presente pesquisa verificou-se que nenhuma USF realiza o teste de gravidez, apesar de ser um procedimento de fácil execução e baixo custo, sendo necessário encaminhar as mulheres para um laboratório da rede, via regulação (sistema de marcação de consultas e exames), dificultando o acesso e retardando o diagnóstico e, consequentemente, o início do pré-natal.

Inclusive, vale ressaltar que o acompanhamento da realização do teste de gravidez possibilita a identificação de situações de vulnerabilidade da paciente, como relações sexuais desprotegidas, violência, entre outras, mesmo que o resultado seja negativo (Paula & Guibu, 2007). Ou seja, esse passa a ser um instrumento de identificação de situações que em outros momentos não são possíveis de serem enxergadas pelo profissional de saúde, gerando uma oportunidade de ampliação das práticas de cuidado e prevenção.

Quando indagadas sobre a disponibilidade de métodos contraceptivos, todas as USF referiram a disponibilidade da pílula, como pode ser visto na tabela a seguir, com os demais métodos:

Tabela 5 – Disponibilidade dos Métodos Contraceptivos nas USF

Métodos Contraceptivos	Sempre Tem	Às vezes tem	Nunca tem	Não tem
Pílula	19	-	-	-
Minipílula	14	2	1	2
Pílula do Dia Seguinte	14	3	1	1
Injetável	17	1	-	1
DIU	-	-	19	-
Diafragma	-	-	19	-
Espermicida	17	-	-	2
Preservativo Masculino	18	1	-	-
Preservativo Feminino	3	2	14	-

Apesar da garantia de uma dupla proteção pelo preservativo, os métodos de uso feminino, em especial a pílula, tornam-se mais evidentes, e, por isso, estão mais disponíveis para a população nos serviços de saúde, visto que a demanda é maior. Isto acontece porque, conforme observado por Pereira (2009) com a população adolescente, a responsabilização pela contracepção acaba sendo maior para as mulheres, ou seja, elas que são responsáveis em participar do planejamento familiar e de se protegerem, visto que, segundo Duarte (1998), são elas que engravidam, sofrem as consequências e riscos de uma gestação e assumem o maior cuidado dos filhos. O próprio conhecimento dos métodos, com evidência para os de uso feminino, é maior nas mulheres, de acordo com a pesquisa de Pereira (2009), mostrando essa responsabilização e, consequentemente, culpabilização por uma possível gestação não planejada/desejada.

Além disso, convencer o parceiro a utilizar o preservativo torna-se oneroso para a mulher, principalmente nos relacionamentos estáveis (namoro, casamento), provocando sentimento de desconfiança em relação à fidelidade do casal. Neste sentido, a confiança no parceiro torna-se uma das principais razões para que se elimine o comportamento

preventivo (Cruz & Brito, 2000), o que leva ao maior uso da pílula, visto que depende exclusivamente da mulher, porém sem gerar a prevenção às DST/Aids.

Percebe-se, assim, conforme aponta Pereira (2009), a necessidade de desconstrução de discursos e práticas que legitimam e reproduzem as ideias dos primeiros programas de planejamento familiar, que focavam na mulher o direito às informações sobre contracepção, responsabilizando-a e, consequentemente, excluindo o homem desse processo, por acreditar que esta temática não seria relevante para eles.

É importante também a integração dos programas e atividades de prevenção às DST/Aids e gravidez, reforçando o uso do preservativo enquanto um método que promove uma dupla proteção, enfatizando e garantindo a sua distribuição gratuita e livre nos serviços de saúde. Afinal, conforme apontam Paula & Guibu (2007), foi por intermédio desse insumo que a prevenção às DST/Aids chegou na AB, logo, torna-se evidente a necessidade de continuar intensificando as campanhas que estimulem o seu uso, inclusive para prevenir a gravidez.

Com relação ao início do pré-natal para as mulheres que buscam a unidade já com o resultado do teste de gravidez positivo, 15 USF referiram iniciar o acompanhamento no mesmo dia, já realizando as primeiras orientações e o cadastro dessa gestante no SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Porém, 4 USF referiram realizar o agendamento para o início do pré-natal, não captando essa gestante logo naquele momento, o que protela o início do acompanhamento e dificulta, conforme apontam Paula e Guibu (2007), o diagnóstico precoce de doenças que podem colocar a saúde da mãe e do filho em risco, mesmo que essa mulher chegue no primeiro trimestre da gestação.

Assim, aponta-se, além da realização do teste de gravidez na própria USF, mas também o início prontamente do pré-natal como práticas de cuidado que possibilitam

medidas de intervenção para o diagnóstico e tratamento de eventuais agravos, havendo tempo até de impedir a transmissão de doenças para o bebê, impedindo, por exemplo, novos casos de sífilis congênita e infecção pelo HIV (Paula & Guibu, 2007).

Para tanto, na realização desse pré-natal, exames para detecção desses agravos devem ser solicitados para as gestantes. Então, perguntou-se nas USF sobre a solicitação de testes de HIV, sífilis e hepatite às gestantes e todas as USF disseram que esta é feita, visto, também, que a realização dos mesmos está preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005b) para o cuidado das gestantes durante o pré-natal, já na primeira consulta.

Mesmo que o resultado desses exames seja negativo, é importante que o profissional reforce as orientações sobre medidas de prevenção, evitando futuras exposições de risco. Isso porque a sensação de alívio nesse momento pode desvalorizar a adoção de práticas seguras pela gestante (Brasil, 2010a).

Quando estendida a realização do teste anti-HIV para o parceiro, importante conduta de prevenção da transmissão vertical, principalmente quando se leva em consideração a janela imunológica, 11 USF indicaram realizar só em casos de necessidade, 6 nunca realizam e 2 não souberam responder. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010a), esse deve ser um momento para aproveitar a oportunidade de conhecer a condição sorológica do parceiro da gestante, convidando-o a participar do aconselhamento e da testagem, ampliando as condutas profiláticas.

Segundo o Ministério da Saúde, incluir o parceiro na discussão de medidas preventivas junto à gestante, como o uso do preservativo em todas as relações sexuais, torna-se importante em todas as oportunidades que o profissional de saúde tiver, encorajando também esse parceiro a realizar os testes sorológicos. A troca de parceiros também deve ser discutida com essa gestante, uma vez que isso pode aumentar o risco de

infecção pelas DST/Aids e, consequentemente, a transmissão para o neonato (Brasil, 2010a).

No caso da gestante ter DST/Aids e não comparecer durante o pré-natal, 13 USF afirmaram fazer a busca ativa através da própria unidade, enquanto as demais (N=6) não souberam o procedimento a ser tomado. Já com relação ao parceiro de gestante com DST/Aids, perguntou-se se a USF realiza alguma ação para o comparecimento do mesmo e 12 USF afirmaram que *sim*, citando a busca ativa e o convite pela gestante como principais condutas, enquanto uma USF *não realiza* nenhuma ação e 6 afirmaram *não saber*.

Quando indagadas sobre a presença de gestantes com HIV no ano anterior (2010), 2 USF afirmaram que houve uma gestante (cada) nessa condição sorológica, já com relação a outras DST, 6 afirmaram ter uma gestante (cada) e 2 afirmaram ter duas gestantes (cada), totalizando oito gestantes com DST. Sobre os tipos de DST com a respectiva quantidade de gestantes que as apresentaram, verificou-se: sífilis (4), hepatite C (2), HPV (1) e gonorréia (1).

Apesar dos esforços em busca da diminuição dos casos, ainda observa-se aumento de casos de transmissão vertical do HIV e de sífilis congênita na cidade de João Pessoa em alguns dos últimos anos, a partir de 2003, segundo relatório da Vigilância Epidemiológica sobre o estado da Paraíba (Brasil, 2009d). Portanto, conclui-se que é necessário continuar intensificando o diagnóstico precoce desses agravos, aproveitando também o contexto da gestação como oportunidade de identificação de situações de vulnerabilidade, possibilitando medidas de cuidado e prevenção às DST/Aids na população.

7.1.5. Vacinação

A oferta da cobertura vacinal é uma importante forma de prevenção e controle da hepatite B, sendo essa expansão um dos fatores decisivos para a modificação epidemiológica no país e no mundo no que se refere às hepatites virais (Ferreira & Silveira, 2004). Neste sentido, verificou-se que *sempre* há disponibilidade dessa vacina por todas as unidades pesquisadas, o que representa que esses serviços de AB estão prontos a realizarem esse trabalho de controle e prevenção da hepatite B nos seus respectivos territórios.

Apesar de haver estímulos para o uso universal da vacina contra a hepatite A, que, segundo Ferreira e Silveira (2004), amplia a perspectiva da erradicação dessa doença no mundo, no Brasil, onde o seu custo é elevado, ela ainda não foi incorporada no calendário vacinal do Ministério da Saúde. Porém, essas autoras alertam que, apesar da cobertura vacinal ser muito importante para a erradicação dessas doenças, é necessário que haja uma melhora nas condições sanitárias e, para melhor organização das ações de saúde, ampliação da notificação e melhoria na vigilância dos casos de hepatite.

7.1.6. Ações de Prevenção

A implementação de atividades de prevenção às DST/Aids na AB é uma das estratégias prioritárias propostas pelo Ministério da Saúde para o controle desses agravos. (Brasil, 2004a, 2006c). Dessa forma, investigou-se acerca da disponibilidade de recursos nas unidades para se trabalhar com atividades educativas de prevenção às DST/Aids, como pode ser verificado na tabela abaixo:

Tabela 6 – Disponibilidade de recursos para a realização de atividades educativas nas USF

Recursos	Sim	Não	Não sabe
Espaço Físico	9	10	-
Televisão	18	1	-
Vídeo/Aparelho de DVD	17	2	-

Álbum Seriado de DST	17	1	1
Modelo de Pênis	11	6	2
Modelo Pélvico Feminino	9	8	2
Retroprojetor/ Data Show	-	19	-
Kit de Planejamento Familiar	15	3	1
Fitas de vídeo/DVD educativos	7	11	1
Folhetos sobre DST/Aids	8	11	-

Observa-se que nem todas as USF possuem espaço físico para a realização de atividades, tendo que contar com espaços de outros equipamentos sociais, como igrejas, escolas, associações, entre outros. Com relação a material educativo, há uma considerável quantidade de unidades que possuem esses recursos, com destaque para os álbuns seriados, porém, com exceção para as fitas/DVD e folhetos sobre DST/Aids, o que dificulta algumas ações, de acordo com os profissionais respondentes. Sobre a disponibilidade de data show, apesar de nenhuma USF tê-lo, todas elas afirmaram que este recurso é disponibilizado pelo seu respectivo DS, sendo necessária a solicitação e o agendamento para conseguir o empréstimo do mesmo.

A realização de atividades externas de prevenção às DST/Aids foram referidas por 13 USF, sendo a escola o local mais citado (11 USF), seguida de atividades na comunidade (5 USF), como intervenções em mercados públicos dos bairros. Também foram citados como espaços onde ocorrem atividades externas, porém por pequena quantidade de USF: empresas (2), igreja (1), associação de moradores (1) e festas comemorativas, como o carnaval (1).

A escola como espaço de intervenção em saúde tornou-se ainda mais frequente com o advento do Programa Saúde na Escola (PSE), unindo os serviços de saúde, especificamente os da AB, com as escolas do território, e potencializando a prevenção, a promoção e a atenção à saúde das crianças, adolescentes e jovens estudantes das escolas participantes. Percebe-se, então, a escola como espaço de integração das ações de

prevenção às DST/Aids e a AB. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde ampliem suas possibilidades de atuação, atentando para os equipamentos sociais que o território possui, como aqueles citados, e observando-os como espaços de práticas de cuidado.

Sobre a realização de algum tipo de atividade preventiva com populações específicas, na própria unidade, 6 USF afirmaram realizar, sendo citadas como população alvo dessas atividades: adolescentes/jovens (4), mulheres (3) e idosos (2). A partir dos relatos dos respondentes, notou-se que essas atividades geralmente consistem na realização de grupos de cuidado, em algumas unidades com frequência semanal, e em outras quinzenal ou mensal, nos quais é discutido sobre diversas temáticas, inclusive as DST/Aids. Esses espaços de cuidado promovem, além da socialização e aproximação/vínculo entre os próprios usuários e entre estes e os profissionais de saúde, maior aproximação de temáticas que permeiam a saúde da população, gerando um cuidado integral à mesma.

Sobre os momentos em que a prevenção às DST/Aids é discutida com os usuários durante a oferta de serviços nas USF, os resultados podem ser melhor observados na tabela a seguir:

Tabela 7 – Momentos em que a prevenção às DST/Aids é discutida com os usuários durante a oferta de serviços na USF

Serviços	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não	Não sabe
Consulta médica	4	4	9	2
Consulta de enfermagem	8	10	1	-
Atendimento às queixas ginecológicas	7	8	3	1
Atendimento às gestantes	6	3	8	2
Atendimento aos idosos	3	2	13	1
Atendimento aos adolescentes	3	4	10	2
Exame Citopatológico	5	6	6	2
Planejamento familiar	3	5	9	2

Entrega de preservativos	1	1	16	1
Acolhimento/sala de espera	-	2	17	-

Como pode ser observado, poucos são os momentos em que constantemente a prevenção às DST/Aids é discutida com os usuários, com destaque para a entrega de preservativos, momento no qual poderia ser melhor explorado pela equipe, visto que a efetividade deste insumo dependerá da informação recebida para seu uso adequado. Também poderiam ser mais bem explorados, os espaços de planejamento familiar, tentando produzir o cuidado da dupla proteção que o preservativo fornece, a realização do exame citopatológico e o atendimento às queixas ginecológicas e às gestantes, espaços onde há maior abertura para o profissional discutir questões acerca da sexualidade e, consequentemente, explorar possíveis situações de vulnerabilidade. Percebe-se também a pouca discussão com os idosos, população considerada à margem das campanhas de prevenção às DST/Aids, por serem considerados assexuados e, por isso, invulneráveis a tais doenças (Vasconcelos & Saldanha, 2009).

A condição de participação em campanhas pró-testagem ao HIV foi referida por 14 USF, desde que oferecido disponibilidade de material. Os profissionais que responderam pelas demais (N=5) apontavam as questões estruturais da unidade e a falta de preparo técnico da equipe como principais motivos para a falta de condições de participar de uma campanha desse tipo.

Considerando as observações feitas pelo pesquisador, instrumento complementar do questionário, verificou-se que em 9 USF os preservativos ficavam visíveis e disponíveis no espaço da recepção; apenas em uma unidade havia distribuição de folhetos educativos sobre DST/Aids e em 4 USF havia cartazes informativos com os seguintes temas e respectivas quantidades: hepatite B (3), transmissão vertical (1), preservativo masculino (1) e prevenção do câncer de colo de útero (1).

Dessa forma, pôde ser verificada a pouca presença dessa temática nos espaços das unidades pesquisadas, seja através de cartazes, panfletos ou disponibilização de preservativos para os usuários em local visível, facilitando a identificação com a temática.

7.1.7. Assistência Farmacêutica

A constante disponibilidade de medicamentos para tratamento das DST/Aids, foi afirmada por 2 USF, embora 10 afirmaram que *às vezes* há disponibilidade, desde que solicitado ao respectivo DS. As demais (N=7) afirmaram *nunca* receber tais medicamentos.

Sobre a centralização dessa medicação, 11 unidades afirmaram que ela é feita no DS, 5 afirmaram que é feita no serviço especializado e uma afirmou que seria feita na SMS, enquanto as outras 2 USF, as mesmas que afirmaram ter disponibilidade constante dessa medicação, afirmaram que não há centralização.

Na entrega desses medicamentos, mesmo que seja possível só após a solicitação ao serviço onde estão centralizados, 9 unidades afirmaram *sempre* realizar atendimento e orientação ao usuário, uma realiza *às vezes*, uma *não* realiza, alegando que ao receber a receita o usuário já recebe as orientações necessárias, uma não soube responder e as demais (N=7) não responderam a questão, visto que não recebem tais medicamentos.

Dessa forma, percebe-se a divergência dos fluxos e/ou a ausência de informação acerca dessas medicações, mostrando que esta é uma temática na qual os profissionais ainda não estão inteirados acerca do fluxo e do processo de cuidado às pessoas acometidas por esses agravos.

7.1.8. Laboratório

A realização dos exames de detecção de HIV, sífilis e hepatites virais, além do confirmatório de HIV não foi referida por nenhuma Unidade, sendo realizado apenas o exame citopatológico (Papanicolau), que, após coletado na própria unidade, é enviado ao laboratório do serviço de saúde do município e depois o resultado retorna para a mesma. Sobre esse recebimento do resultado, houve uma variação de 7 a 30 dias ($M=18,7$; $DP=7,2$) e a maioria das unidades ($N=17$) referiram só entregar esse resultado à usuária após a avaliação de um profissional, enquanto as demais ($N=2$) indicaram realizar um esclarecimento no momento da entrega apenas quando a usuária solicita.

É necessário que os gestores estejam atentos a questões como a demora na marcação dos exames (principalmente nas USF que a regulação é centralizada nos Distritos), demora na entrega dos resultados, a fiscalização dos laboratórios terceirizados, a fragmentação dos tipos de exames em vários serviços, entre outras. Assim, percebe-se que a dinamização do fluxo de atendimento com relação à essas questões laboratoriais permite a melhoria da qualidade da AB, de acordo com Paula e Guibu (2007).

Apesar da importante disponibilidade do exame de prevenção do câncer de colo de útero, o Papanicolau, em todas as USF da pesquisa, nota-se, novamente, a necessidade de disponibilização de testes rápidos na AB, ampliando a capacidade de conhecimento de novos casos, de situações de vulnerabilidade e evitando o diagnóstico tardio das DST/Aids no território.

7.1.9. Visão Acerca dos Usuários Atendidos pela USF

Para possuir uma visão geral acerca dos usuários que frequentam a unidade, foi indagando sobre as três populações que mais utilizam o serviço, sendo os resultados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 8 – Populações que mais frequentam as USF

Populações	1º lugar	2º lugar	3º lugar
Mulheres	8	6	5
Idosos	8	5	4
Crianças	2	7	8
Hipertensos/diabéticos	1	-	1
Adolescentes/Jovens	-	-	1
Homens	-	1	-

Observa-se, portanto, que as mulheres, os idosos e as crianças são as populações mais assistidas por esses serviços de AB, homogeneizando, de certa forma, os usuários que usufruem dos serviços ofertados nas USF, além de indicar a pouca participação dos homens nos mesmos, apontada em alguns estudos (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007, Figueiredo, 2005, Ribeiro, 2005).

Inclusive, especificamente sobre essa participação dos homens, verificou-se que 2 USF afirmaram que o homem *nunca* a frequenta, 15 afirmaram que apesar de alguns frequentarem, essa frequência é *menor quando comparada às mulheres* e apenas 2 USF afirmaram que eles frequentam *na mesma proporção que as mulheres*.

Em estudo realizado por Ribeiro (2005), nota-se que as mulheres tendem a utilizar mais os serviços de saúde preventivos e ambulatoriais, ou seja, em nível de atenção primária, enquanto os homens tendem a utilizar mais os serviços curativos, observando-se também maiores taxas de internação.

A partir destes e outros fatores, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde do Homem, em 2008, alinhada com a PNAB, com a finalidade de ampliar o acesso desses homens aos serviços de saúde, no sentido de conscientizá-los sobre a importância da realização de exames preventivos para o combate e diagnóstico precoce de agravos, entre eles as DST/Aids, que bastante acomete essa população (Brasil, 2008).

Acerca das populações atendidas pelas unidades e consideradas como mais vulneráveis às DST/Aids, os resultados podem ser vistos abaixo:

Tabela 9 – Populações consideradas como mais vulneráveis às DST/Aids

Populações	1º lugar	2º lugar	3º lugar	Total
Mulheres	7	5	5	17
Adolescentes/Jovens	8	2	2	12
Homens	-	3	6	9
Usuários de Drogas	2	4	-	6
Profissionais do Sexo	1	-	3	4
Homossexuais	1	1	1	3

Ainda foram citadas, porém em menor proporção, as seguintes populações: idosos e gestantes (ambos por 2 USF cada, em 2º e 3º lugar), travestis e pessoas com alguma DST (ambos por 1 USF, em 2º lugar). Assim, percebe-se que a *feminização* e a *juvenização* da epidemia é apontada pelos profissionais de saúde, quando apontam as mulheres e os adolescentes e jovens como populações mais vulneráveis para adquirir DST/Aids. Porém, ainda observa-se a visibilidade dos considerados “grupos de risco” desde o início da epidemia, como os usuários de drogas, profissionais do sexo e homossexuais, mantendo-se a crença de que estes grupos são vulneráveis a estes agravos por possuírem práticas sexuais promíscuas e sem prevenção.

Apesar de apontarem essas populações como vulneráveis, quando indagado sobre a realização de alguma atividade educativa que abranja as mesmas, apenas 4 USF informaram realizar grupos de cuidado ou palestras e discussões sobre diversas temáticas. Logo, percebe-se a necessidade das equipes de saúde estarem atentas às situações de vulnerabilidade que seus territórios apresentem, planejando ações que visem o cuidado à saúde dessas populações.

A presença de usuários que vivem com HIV/Aids no território de abrangência do serviço, foi afirmada por 13 USF, variando de 1 a 3 usuários ($M=1,3$; $DP=1,1$), enquanto 5

afirmaram não ter e uma não soube responder. Assim, verifica-se a invisibilidade dessa patologia na AB e a não procura por este tipo de nível de atenção por essas pessoas. Tal fato pode ser mais bem explicitado nas entrevistas, analisadas mais adiante.

7.2. Resultados Qualitativos

7.2.1. Categorização Temática

A partir do material transscrito das 19 entrevistas realizadas com os profissionais de saúde das USF pesquisadas, surgiram duas classes temáticas que abrangem os discursos referentes às crenças e às práticas de cuidado e prevenção acerca das DST/Aids na atenção básica. A primeira classe temática, denominada Infecção pelo HIV, apresentou 2 categorias: *Contágio* (Subcategorias: *Invulnerabilidade*, *Responsabilidade individual* e *Desinformação*) e *Indivíduo soropositivo ao HIV* (Subcategorias: *Diferenças* e *Formas de Enfrentamento*). A segunda classe temática, denominada *Percepções e Práticas no Trabalho* contabilizou 5 Categorias: *Percepção do Cuidado* (Subcategorias: *Atendimento*, *Autoproteção*, *Preconceito* e *Comparação com outras doenças*); *Capacitação no Manejo das DST/Aids* (Subcategorias: *Ausência de orientação*, *Humanização e acolhimento* e *Linhos de atuação*); *DST/Aids na Atenção Básica à Saúde* (Subcategorias: *Avaliação*, *Invisibilidade*, *Responsabilização*, *Atendimento secundário* e *Entraves*); *Manejo no HIV/Aids* (Subcategorias: *Testagem e Referência e contra referência*); e *Demandas* (Subcategorias: *Desinteresse* e *Barreiras Psicossociais*).

A Figura 2 apresenta as classes temáticas descritas e suas respectivas categorias e subcategorias, possibilitando melhor visualização da categorização das entrevistas:

Figura 2 – Categorização temática das entrevistas realizadas

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1. Infecção pelo HIV	1. Contágio	1. Invulnerabilidade 2. Responsabilidade individual 3. Desinformação
	2. O indivíduo soropositivo ao HIV	1. Diferenças 2. Formas de enfrentamento
2. Percepções e práticas no trabalho	1. Percepção do cuidado	1. Atendimento 2. Auto-proteção 3. Preconceito 4. Comparação com outras doenças
	2. Capacitação no manejo das DST/Aids	1. Ausência de orientação 2. Humanização e acolhimento 3. Linhas de atuação
	3. DST/Aids na atenção básica à saúde	1. Avaliação 2. Invisibilidade 3. Responsabilização 4. Atendimento secundário 5. Entraves - Organizacional - Estrutural - Psicossocial
	4. Manejo do HIV/Aids	1. Testagem 2. Referência e contra referência
	5. Demanda	1. Desinteresse 2. Barreiras Psicossociais

7.2.2. Infecção pelo HIV

7.2.2.1. Contágio

Umas das formas de estigmatização da Aids, logo no início da epidemia, perpassou os aspectos relacionados ao contágio, criando a ideia de que apenas os ditos “grupos de risco” estariam vulneráveis à doença, ligando a infecção pelo HIV à promiscuidade, homossexualidade e/ou drogadição. Dessa forma, a maioria da população não se considerava vulnerável, o que era fortalecido pelas próprias campanhas de prevenção que

voltavam sua atenção apenas para os grupos de risco, limitando suas ações (Vasconcelos & Saldanha, 2009).

O fato da Aids ter sido ligada inicialmente aos homossexuais, prostitutas, viciados em drogas injetáveis e pessoas com multiparceria sexual, segundo Russo (2003), gerou uma dupla estigmatização da doença, sendo a primeira por estar ligada a um terreno do “maldito”, o da sexualidade, que é recolocada nesse campo por estar associada à promiscuidade; e a segunda a estigmatização por ameaçar a suposta invulnerabilidade do ser humano.

Associar a doença a grupos específicos, como “doença do outro”, de acordo com Russo (2003), torna as pessoas ainda mais suscetíveis ao contágio, pois, ao provocar uma falsa segurança de que esta nunca o afetará, elas acabam não se prevenindo. Assim, a dificuldade das pessoas perceberem o risco é um fator que determina a falsa percepção sobre a vulnerabilidade delas próprias. Essa foi a atribuição de causalidade feita pelos profissionais de saúde às pessoas que foram contaminadas pelo HIV/Aids, conforme pode ser visto na subcategoria *invulnerabilidade*:

“O descuido, a ideia de que só acontece com os outros, não acontece comigo.”
(Part.5 – Enfermeira)

“Mas é aquilo, você acha que aquilo não acontece com você não, acontece com o vizinho, mas comigo jamais! (...) porque a pessoa acha que o HIV é uma doença tão distante, eu acho que as pessoas vêem muito isso: ‘HIV é uma doença muito distante!’. Ninguém nem sabe onde é o Clementino Fraga, né? Acha que aquilo nunca vai acontecer comigo (...)”
(Part.7 – ACS)

“Acha que a doença não existe, sei lá! É porque tem gente que não acredita que pode pegar! Bem típico do adolescente, né? Mas acho que acontece também com pessoas mais velhas, né? ‘Ah, eu não peguei até hoje...’. Até mesmo os idosos, né? ‘...então não vou pegar mais!’. ”
(Part.2 – Médica)

Neste sentido, Ayres (2002) aponta que tomar a noção de grupo de risco ou até a de comportamentos de risco não é a melhor estratégia para se prevenir o contágio, uma vez

que, no primeiro caso, rotula, generaliza, isolar e paralisa, enquanto que no segundo caso universaliza, despolitiza, descontextualiza, além de gerar o típico sentimento de invulnerabilidade, já visto na subcategoria acima. Para tanto, ele sugere trazer um conceito mais abrangente, que é o da vulnerabilidade, considerando, inclusive, quais as condições concretas, que sejam emocionais, morais, culturais, econômicas, entre outras, que as pessoas têm para adotar efetivamente práticas preventivas ou evitar comportamentos que o expõem ao HIV, numa perspectiva de redução de danos.

Sob essa perspectiva, surge a subcategoria *responsabilidade individual*, a qual aponta a crença de que a responsabilização pelo contágio do HIV é do indivíduo, desconsiderando aspectos outros da vulnerabilidade, ou mesmo mostrando que, mesmo com as campanhas e/ou informações de prevenção, as pessoas não buscam se prevenir, como pode ser observado nos discursos a seguir:

“Eu creio que é a falta de prevenção realmente. Não é nem a falta de orientação, realmente é só o cuidado em se prevenir, porque orientação sempre a gente recebe, né?” (Part.11 – ACS)

“Falta de responsabilidade, eu não diria nem falta de informação... (...) e acho que por empolgação mesmo, a questão da responsabilidade mesmo... Se arriscam! Se arriscam!” (Part.17 – Dentista)

“É negligenciar os cuidados no relacionamento. (...) É essa a principal coisa, é a falta de cuidado mesmo, porque conhecimento eu acho que todo mundo tem, tem ciência e informação, mas não tem consciência. É diferente, né?!” (Part.6 – Médica)

“Ainda assim é a questão da prevenção. As pessoas, elas aproveitam o momento, infelizmente não teve esse amadurecimento, houve muitas campanhas de DST/ Aids, mas mesmo assim as pessoas ainda se contaminam por falta de cuidado. É a questão da prevenção.” (Part.4 – Enfermeira)

Observa-se, a partir dos discursos, que a forma como o profissional concebe o contágio pelo HIV não se diferencia do senso comum, associando-o à responsabilização

individual, ou seja, culpabilizando a pessoa por esse contágio. Em contrapartida e consequentemente, o profissional torna-se isento do processo de prevenção, visto que, conforme apontam suas crenças, cabe ao indivíduo se cuidar e se proteger.

Porém, considerar não só os aspectos individuais, mas também todos os demais aspectos da vida dessa pessoa que a levem a diminuir sua exposição ao contágio do HIV, é uma maneira de promover subsídios mais sólidos na prevenção da doença. Assim, Ayres et al. (2003) aponta que todos os indivíduos são vulneráveis ao HIV, porém, de formas diversas, quando se consideram outros fatores que não só os individuais.

Ao se analisar a vulnerabilidade numa perspectiva ampla, considerando a dimensão individual, a social e a programática, percebe-se que o contágio perpassa um conjunto de aspectos individuais e também coletivos contextuais, colocando, dessa forma, alguns indivíduos e grupos sociais em situações de maior vulnerabilidade. Além disso, responsabiliza não apenas o indivíduo, mas também a estrutura social e as instituições (serviços de saúde, educação, cultura) que também fazem parte do movimento da vulnerabilidade, visto que estes aspectos estão interligados e se influenciam mutuamente (Toledo, 2008; Ayres et al., 2003).

Ainda sobre essa responsabilização individual do contágio, também se percebe nos discursos dos profissionais de saúde aspectos referentes às crenças sobre o preservativo, criando barreiras para seu uso, visto que usá-lo incomoda e implica perder o prazer no momento da relação sexual:

“Eu acho assim, principalmente os homens, eles ainda relutam muito em usar o preservativo, né? Os adolescentes hoje em dia já são mais preparados, mas eles são mais resistentes, eu acho, os homens. (...) é a resistência ao uso do preservativo, não só dos homens, como das mulheres, porque a gente escuta: “Ah, eu não me dou com camisinha, num sei o quê, eu tenho alergia”. ” (Part.12 – Téc. Enfermagem)

“E tem preservativo que não pega legal, não encaixa legal, às vezes ta apertado demais, é complicado (...)” (Part.15 – ACS)

“Então, ainda assim o tabu, a questão do clímax, de estar em um momento legal e não quer usar camisinha, não quer se prevenir.” (**Part.4 – Enfermeira**)

“E tem aquilo também... No momento, o desejo da carne é maior! A cabeça não pensa, né? O desejo da carne fala mais alto!” (**Part.2 – Médica**)

“Na grande maioria eu percebo que é o embalo do momento, aquela fixação gostosa que você tem no momento do... Que você está se relacionando com alguém. E aí para não perder essa sensação então você termina não se prevenindo. Eu acho muito que é isso. (...) quando estou naquele embalo tal, eu não gostaria de, de repente: “Tem preservativo aí?”. Aí vai lá tirar o preservativo, tentar colocar... (...) então quebra totalmente aquele clima.” (**Part.15 – ACS**)

Sobre isso, o estudo de Ribeiro, Silva e Saldanha (2011) também apontou a dificuldade no manejo do preservativo como um dos fatores que levam os jovens a não usarem o preservativo nas relações sexuais, também indicando que a relação sexual fica mais prazerosa quando este não é utilizado. Tais dificuldades também são apontadas por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), que também colocam a disponibilidade do preservativo no momento da relação como fator preditivo para a prevenção, como também pode ser visto no discurso abaixo:

“É o momento, né? A ocasião faz o ladrão, diz assim, né? Não tem esse ditado? Aí, dependendo do momento, se tá desprevenido, não tem preservativo... E aí naquele momento ele não ta pensando em nada! Ele quer se satisfazer e pronto! Depois vem a consequência, né? Que a maioria dos casos de gravidez é tudo isso, né? É a questão do momento. Se tá desprevenido, fazer o quê?” (**Part.3 – Téc. Enfermagem**)

Porém, também no sentido do contágio, foi apresentada na subcategoria *desinformação* a crença de que ainda faltam as pessoas receberem informações de prevenção, inclusive por parte dos pais, que acabam evitando falar sobre isso com os filhos adolescentes:

“Se elas adquiriram foi por falta de conhecimento (...)” (**Part.16 – Enfermeira**)

“(...) falta de orientação dos pais, de trabalho na escola, é uma coisa que falta muito. Os pais não querem que falem de camisinha, nem pensar!” (Part.16 – Enfermeira)

“Falta de informação também, porque eles não tem estrutura para receber, eles aprendem mais na escola e na rua (...)” (Part.17 – Dentista)

“Mas ainda existe uma resistência dentro de casa, dos pais, em falar a respeito disso. (...) É como se ele estivesse estimulando ao sexo, não é? É aquela história, com estímulo ou não dentro de casa, ele vai se relacionar do mesmo jeito.” (Part.16 – Enfermeira)

Visto que a disponibilidade de informações sobre prevenção às DST/Aids deve ser garantida pelos serviços de saúde como forma estratégica para a diminuição de casos (Brasil, 2004a), percebe-se a necessidade de também garantir a qualidade dessas informações, considerando as particularidades das populações alvo. Isto porque, conforme apontam Vasconcelos e Saldanha (2009), orientações prescritivas que visem apenas a transmissão de informações não irão contribuir para a discussão e reflexão das crenças e percepções que as pessoas possuem acerca dessas doenças.

Por outro lado, alguns profissionais responsabilizam as próprias pessoas por essa falta de informação, apontado que não há interesse por parte delas, ou seja, a informação pode até existir, porém as pessoas não as buscam:

“(...) falta de orientação, porque a gente marca aqui reuniões, palestras, mas você pensa que vem? Não vem não!” (Part.1 – Enfermeira)

“A falta de conhecimento, a cultura mesmo. Até os casados mesmo que tem parceiro fixo pensa assim: “Não, ele não vai, eu to com ele, eu posso não contrair”. Mas é engano. Eu acho que é falta de cultura mesmo, de conhecimento, mas que ta tudo ai na mídia falando, mas eles não absorvem, nem todos, né?” (Part.18 – Enfermeira)

Como pôde ser observado, os resultados trazidos por essa categoria apontam algumas questões que podem determinar as principais dificuldades para lidar com essa

demanda e, consequentemente, com o trato psicossocial do paciente, a exemplo das crenças estereotipadas acerca da doença e do contágio, além da responsabilização, culpabilização e estigmatização da pessoa que vive com HIV/Aids. Essa compreensão que os profissionais de saúde demonstraram ter da Aids pode sinalizar para um despreparo pessoal e uma inadequação profissional em suas práticas de cuidado e prevenção, dificultando, por sua vez, a acessibilidade e a inclusão dessas pessoas nos serviços de AB à saúde.

7.2.2.2. O indivíduo soropositivo ao HIV

As crenças que os profissionais de saúde possuem acerca dos usuários dos serviços repercutem na qualidade do atendimento prestado a esses, influenciado nas suas práticas de cuidado e estratégias em saúde (Amato et al., 2008). Tal repercussão não é diferente com usuários que vivem com HIV, uma vez que o olhar diferenciado a esta população forma barreiras para um bom atendimento, uma vez que os profissionais acabam criando estereótipos e preconceitos deste e/ou da sua doença, como pode ser visto na subcategoria *diferenças*, nos discursos abaixo:

“Até eles mesmo têm um certo preconceito, são mais retraídos, não querem relatar. A gente vê que eles têm um comportamento diferente.” (**Part.17 – Dentista**)

“Eles se sentem mais retraídos, né? Eles se sentem... Eles mesmos se acham diferentes.... Nem todos.” (**Part.18 – Enfermeira**)

“E, assim você percebe que o olhar deles é diferente. (...) Você vê assim que eles não têm aquele vigor! Aquela vontade! (...) Digamos, não são felizes, totalmente felizes.” (**Part.11 – ACS**)

“Assim, eu acho que a maioria gira em torno da ignorância, da falta de conhecimento, então acho que eles diferem na escolaridade. Não quer dizer que precise ter um terceiro grau para... Existem pessoas que tem o terceiro grau e não tem informação.” (**Part.16 – Enfermeira**)

Ainda nesse aspecto, também pôde ser observado durante as entrevistas, que os profissionais possuem algumas crenças relacionadas à percepção sobre a vida e ao estilo de vida das pessoas que vivem com HIV, seja de forma positiva ou negativa, como relatado a seguir:

“Eu acho que eles se preocupam muito com o tempo de vida deles. (...) A perspectiva é diferente. É menor. (...) Eu creio que é mais assim em relação à perspectiva. Eles acham que por questão da doença vai ter um tempo de vida menor.” (**Part.11 – ACS**)

“Só na vida dele mesmo é que vai ter diferença, mais pra viver assim...” (**Part.13 – ACS**)

“Assim, por questão dele saber que tem Aids, isso tudo, eu acho que ele se sente, assim, como se tivesse, a vida... Assim, não tem consciência que fazendo o acompanhamento e o tratamento vai ter uma vida igual a de qualquer outra pessoa.” (**Part.11 – ACS**)

Apesar da Aids trazer indiscutíveis consequências negativas, os discursos abaixo, porém, remontam a um novo contexto de vida, pois a ideia de morte iminente, estabelecida no início da epidemia, foi desfeita após o advento da TARV, o que possibilitou um prognóstico bastante positivo para essas pessoas. Assim, o foco estaria, a partir de então, não mais nessas consequências da doença, inclusive a morte, mas na qualidade de vida dessas pessoas, no viver/conviver com a doença (Seidl, 2005; Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001).

“Hoje a diferença de média de vida de uma pessoa que tem Aids e outra que não tem é de cinco anos. Não sei se estou... Mas meu conhecimento é esse. Então hoje é possível viver. (...) hoje se vive perfeitamente, sem problema nenhum.” (**Part.16 – Enfermeira**)

“Pelo menos os que tem aqui, vive uma vida normal, entra em contato com todo mundo, a gente sai, conversa, tem amigo, tudinho.” (**Part.13 – ACS**)

Diante desse novo contexto, percebe-se a importância da assistência familiar, social, psicológica, além das relacionadas ao tratamento, ou seja, da assistência dos serviços de saúde, contribuindo para a expectativa e qualidade de vida dessas pessoas, como visto no discurso a seguir:

“Porque, de qualquer modo, eles têm uma saúde, têm a saúde deles. Quando eles estão sendo bem atendidos, eles são pessoas que trabalham, que fazem exercício, são pessoas normais, só que têm um problema, uma doença que ta sempre sendo monitorada.” **(Part.7 – ACS)**

Observa-se então que, mesmo diante da possibilidade de um novo prognóstico, receber o diagnóstico e viver com o HIV não é tarefa fácil, visto que as próprias crenças sobre a doença estigmatizam esse viver/conviver. Neste sentido, a subcategoria *formas de enfrentamento* apresenta alguns discursos dos profissionais de saúde que revelam a diferentes formas de aceitação (ou não) da doença, como pode ser visto abaixo:

“Existem as pessoas que lidam naturalmente com o problema, já vem e expõe o seu problema naturalmente até mesmo. E aqueles que querem esconder o seu problema e escondem (...)” **(Part.6 – Médica)**

“(...) aí existe a atitude de cada um em relação à doença que porta (...) tem pessoas que se sentem super mal, como se a vida tivesse acabado, não tão nem aí. E tem pessoas que tem atitude de alegria, de continuar vivendo, isso e aquilo outro. Cada pessoa vai reagir diferente mesmo.” **(Part.15 – ACS)**

“(...) tem outros que aceitam e querem o quê? Passar pra todo mundo, contaminar todo mundo. Quando tá no começo assim tem uma mentalidade assim: “já que eu vou, então eu quero que vá uma reca comigo. É! Tem uns que é assim, né?!” **(Part.10 – Téc. Enfermagem)**

“(...) eu tenho uma que é tão contente, chega aqui é abraçando, é trazendo presente pra gente, é excelente! Parece que ela não teve nunca isso! Nunca ela teve! Já os outros são mais fechados! Eu acho que eles pensam que a gente não sabe o problema, né?” **(Part.1 – Enfermeira)**

Em estudo realizado por Maliska, Padilha, Vieira, e Bastiani (2009), verificou-se que há um despertar de vários sentimentos nas pessoas que recebem o diagnóstico positivo

para o HIV, entre eles o medo do desconhecido e do que poderá acontecer, sendo este diagnóstico, a maioria das vezes, interpretado como um sinal de alerta para o fim dos sonhos e possibilidades de vida. Tais emoções podem se tornar mais intensas devido às crenças socialmente compartilhadas sobre a doença, gerando um estado patológico não só a nível fisiológico, mas também social. Os discursos a seguir mostram o quanto que esses aspectos psicossociais influenciam no enfrentamento da doença:

“Tem uns que conseguem, eu acho assim, aceitar melhor do que outros. Depende muito de cada um, né? O psicológico de cada um, né?” (**Part.12 – Téc. Enfermagem**)

“Eu acho que ele se sente psicologicamente mais afetado. Até a questão psicológica já foi comprovado que ela ajuda na melhoria da doença, né? O paciente consegue a cura mais rápido e esse tipo de doença deve abater muito a pessoa psicologicamente, até por uma questão social, e eu sei que tem o preconceito também.” (**Part.14 – Dentista**)

“E, assim, é difícil até a questão do enfrentamento perante a sociedade.” (**Part.2 – Médica**)

Sobre as diversas formas de enfrentamento de uma doença, a literatura tem apresentado a religiosidade e/ou a espiritualidade como um dos aspectos a serem considerados no auxílio da cura e do tratamento de doenças, inclusive no caso da Aids, e influenciado diretamente na qualidade de vida e no bem estar subjetivo das pessoas (Medeiros, 2010; Faria & Seidl, 2006). Tal forma de enfrentamento também fora citada em um dos discursos, como pode ser visto:

“(...) tem muitos que conseguem superar melhor. Aquelas pessoas que tem uma prática religiosa, eu acho que eles conseguem, né? A religiosidade faz uma diferença.” (**Part.12 – Téc. Enfermagem**)

Alguns profissionais entrevistados ressaltaram as dificuldades de adesão ao tratamento no processo de enfrentamento da doença:

“Tem deles que aceitam a doença, tem aqueles que não fazem uso dos medicamentos, tem outros bastante resistentes.” (**Part.9 – Téc. Enfermagem**)

“Tem alguns que são bem revoltados! Dizem: ‘Eu tenho que ter alta porque eu tenho que trabalhar!’. ” (**Part.3 – Téc. Enfermagem**)

“Tem paciente que ele é muito agressivo, não aceita a doença, não faz o tratamento, foge, bebe, há a associação de tuberculose, entendeu? Tinha um paciente nosso que tinha associação com TB e que não fazia o tratamento, esse paciente passava meses e meses sumido e voltava. (...) Agora tem pacientes que enfrenta normal.” (**Part.4 – Enfermeira**)

“Então, tinha pacientes que aceitavam numa boa o tratamento, frequentava a unidade, fazia tratamento bucal, tudinho (...)” (**Part.4 – Enfermeira**)

Sobre essa adesão ao tratamento da Aids, a literatura aponta a importância de observar os vários aspectos que a dificultam, visto que a qualidade de vida dessas pessoas depende do sucesso do tratamento (Guaragna, Ludwig, Cruz, Graciotto & Schatkoski, 2007; Narciso & Paulilo, 2001). Entre eles, os aspectos psicossociais também devem ser considerados, como apontado em estudo realizado por Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro (2006), que aponta o fenômeno da depressão como um fator que influencia diretamente, entre outras coisas, na adesão ao tratamento.

Porém, alguns autores também apontam que, ao analisar os fatores que colaboram para a adesão da TARV, é fundamental levar em consideração a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, a fim de melhorar as políticas e práticas de saúde, efetivando o tratamento da Aids (Nemes et al., 2009).

Também é citada por Melchior (2000), a importância dos profissionais dos serviços de saúde estabelecerem uma relação aberta e de confiança com a pessoa logo no início do tratamento, o que facilitará a continuidade do mesmo. Tal prática remete ao uso das tecnologias leves no cuidado à saúde, enfatizadas por Merhy (2004), visto que o objeto

principal no campo da saúde não é a cura, mas é a produção do cuidado, por meio do qual se atingirá a cura e a saúde.

Diante dos discursos emergentes nessa Classe Temática, percebe-se a presença de crenças voltadas para a responsabilização individual e preconceitos relacionados ao HIV/Aids, trazendo à tona questões fortalecidas desde o início da epidemia, marcando grupos e estigmatizando pessoas frente à infecção pelo HIV. Neste sentido, muitas são as implicações que essas crenças trazem para o atendimento ao usuário que chega ao serviço de saúde trazendo esse tipo de demanda, visto que, conforme apontado por Amato et al. (2008), as crenças que os profissionais de saúde possuem interferem diretamente na qualidade do atendimento prestado, no desenvolvimento de estratégias de saúde e na execução de práticas de cuidado adequadas.

Tais resultados expressam que as crenças apresentadas pelos profissionais estruturam-se na interface da complexidade, colocando em jogo conhecimentos científicos e do senso comum, compartilhados por essas pessoas, bem como valores sociais e contextuais. Conforme Oliveira e Albuquerque (2008), tais crenças, carregadas de estereótipos, comprometem, além da qualidade do atendimento, as orientações de prevenção e cuidado que os profissionais deveriam fornecer aos usuários.

Assim, percebe-se a importância de rediscutir essa temática não só dentro dos serviços de saúde, mas em toda a sociedade, visto que, antes de profissionais, estes são pessoas que possuem suas crenças arraigadas em seus valores culturais, religiosos, sociais, entre outros, o que repercute, inevitável e diretamente, no âmbito profissional e, consequentemente, na qualidade no atendimento oferecido aos usuários dos serviços.

7.2.3. Percepções e práticas no trabalho

7.2.3.1. Percepção do cuidado

O trabalho com doenças transmissíveis, como o HIV/Aids, traz aos profissionais de saúde sentimentos que podem ameaçar a qualidade do atendimento prestado, a exemplo do medo do contágio. Tal sentimento surge, de acordo com Meneghin (1996), a partir do momento em que as pessoas identificam a Aids como uma séria ameaça à sua integridade física e à sua própria vida. Dessa forma, segundo ele, o medo dessa doença perpassa pelos valores individuais e pelas crenças da população, evidenciando os significados simbólicos da Aids, como a punição e a morte, intimamente ligados à contaminação.

A subcategoria *atendimento* revela como os profissionais se portam (ou se portariam) ao trabalhar com pessoas que vivem com HIV/Aids, alguns indicando que atenderiam normalmente:

“Eu não tenho problemas, eu amo fazer o citológico, eu gostei demais do curso de detecção de AIDS, de teste rápido, fazer o teste rápido. Eu não tenho problema nenhum de saber que uma paciente tem AIDS e tratá-la, eu vou me prevenir de não me contaminar, lógico, né? (...) não tenho problema nenhum saber que o paciente tem, pelo contrário eu adoro essa área de DST/AIDS.” **(Part.5 – Enfermeira)**

“Olhe, a gente trata como os outros pacientes. Eles são iguais, assim, né? São pessoas que precisam de atenção, precisam de cuidado, de orientação, como todos os outros. Sinceramente, assim, a gente não diferencia não! A gente trata todos iguais, né? Todo mundo do mesmo jeito.” **(Part.2 – Médica)**

“(...) mas hoje em dia esse paciente, que é o único paciente que eu tenho com HIV, ele realmente é um paciente comum! Normal, normal vai pro dentista, vem pra cá, tomas as vacinas, faz o teste da glicemia, normal entendeu?” **(Part.4 – Enfermeira)**

“Eu não tinha nenhum problema em atender, de jeito nenhum. Quando precisa eu atendo.” **(Part.12 – Téc. Enfermagem)**

“Assim, eu atendo normal o paciente. Até porque, assim, se você tiver, tipo, como é que eu posso dizer... Se você tiver um excesso de cuidado com ele, ele vai se sentir diferente. Porque, assim, se você priorizar o atendimento para uma pessoa só porque ela tem soropositivo, parece que você está dando uma estampa a ela. E, assim, ele é um paciente como outro.” **(Part.11 – ACS)**

Enquanto outros profissionais revelaram medo e/ou receio em trabalhar com esse tipo de patologia, por parte deles e também dos colegas de trabalho:

“Mas, eu acho que quando a gente sabe que aquele é o portador a gente fica um pouco com receio... De acontecer algum acidente e a gente se contaminar mesmo.” **(Part.17 – Dentista)**

“Elas ficam assim... Espantadas, né? ‘Soropositivo aqui? Não era pra ta no Clementino? A gente não tem nada com o que se proteger aqui!’. É tanto que quem mais lida com os pacientes é o médico, a técnica e eu.” **(Part.1 – Enfermeira)**

“Minha filha, olhe, a gente trabalha com os soropositivos com medo! Com medo! Mas a gente não pode demonstrar esse medo! Esse medo fica interno, e a gente rindo pra eles. Sempre rindo! (...) Graças a Deus, eu não tenho medo de doença nenhuma! Eu tenho sim, desse HIV eu tenho! Eu tenho muito medo! (...) E eu tenho que conversar com eles, eu tenho que escutar o que eles dizem, mas, firme, dando conselho, dizendo como é que se previne, né?” **(Part.1 – Enfermeira)**

A infecção pelo HIV em profissionais de saúde por via ocupacional, ou seja, no ambiente de trabalho, tem sido estudada por alguns autores, apontando que é necessário que esses tomem todas as medidas profiláticas necessárias, independente do diagnóstico ou estado presumido de infecção, uma vez que, constantemente, estão expostos (Moura, Gir & Canini, 2006; Gir, Costa & Silva, 1998; Meneghin, 1996).

Neste sentido, observou-se que, ao se falar em trabalhar com DST/Aids, os profissionais de saúde logo apontavam questões relacionadas à necessidade de atenção e cuidado redobrados, registrada na subcategoria *auto proteção*:

“Vamos supor que alguém venha a ter algum resultado, a gente também tem que repassar pras pessoas que tá ali no convívio, por exemplo o dentista, o técnico, que a gente lida muito com injeção, essas coisas, pra gente ficar atento, com mais cuidado, né? (...) É um cuidado conosco porque a gente já pensa na nossa família, nos parentes e tudo mais, então o nosso cuidado dobra quando a gente sabe que aquela pessoa é um soropositivo. É relação ao cuidado mesmo, ao cuidado.” **(Part.10 – Téc. Enfermagem)**

“Ter um cuidado maior, né? Tratar da mesma forma como se trata qualquer outro tipo de paciente. A questão só do cuidado redobrado, né?” **(Part.14 – Dentista)**

“Aí a gente tem que furar veia, colhe sangue, entendeu? Fica com um contato direto. Então o cuidado tem que ser bem maior.” (**Part.3 – Téc. Enfermagem**)

“Quando o ACS sabe, ele já chega no profissional e já dá um toque, então a gente vai dobrar a nossa proteção, o nosso cuidado. Mas eu acho que cabe a cada profissional. Eu procuro ser o mais natural possível, enxergo aquele paciente até como um usuário normal. Agora eu vou ter um cuidado dobrado!” (**Part.17 – Dentista**)

“Principalmente com objeto perfuro-cortante a gente que é profissional de saúde, a gente tem que ter esse cuidado, seja com qualquer doença que possa... Ou hepatite B, a gente tem que ter os cuidados necessários, né?” (**Part.12 – Téc. Enfermagem**)

Diante de tais discursos, percebe-se que, como apontado por Gir et al. (1998), para o trabalho em saúde, são necessárias boas condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI), além de bom senso e conscientização dos profissionais, independente da situação de saúde dos pacientes, diminuindo, assim, os diversos riscos no ambiente de trabalho, como pode ser visto nos seguintes discursos:

“Um pouco com receio, mas da mesma forma que eu me protejo pros demais eu me protejo pra esse portador. Até porque tem uns que talvez tenham a doença e nem sabe, então a minha prevenção é igual pra todos.” (**Part.17 – Dentista**)

“É com muita... Com excesso de cautela, ta entendendo? Aí é numa hora dessas que lembra da máscara, que lembra dos equipamentos de proteção... É numa hora dessas que acha que tem que esterilizar bem as coisas, quando a gente tem que fazer independente de...” (**Part.16 – Enfermeira**)

Porém, Gir et al. (1998) ressaltam que tomar essas precauções não implica promover um contexto situacional e um atendimento indesejáveis para o paciente, permeado por preconceitos, desinformação, tabus e medos. Mas, conforme apontam Sadala e Marques (2006) o trabalho com DST/Aids é permeado por dificuldades, principalmente no que se refere ao relacionamento entre profissional e paciente, visto que ainda há o medo do contágio, a persistência do preconceito e discriminação, além da

estigmatização das pessoas que vivem com HIV/Aids, comprometendo a qualidade do atendimento. Tais aspectos podem ser observados na subcategoria *preconceito*, a exemplo dos discursos abaixo:

“(...) porque ele é um paciente excluído. Realmente, ele se ajustar à sociedade também é o que está faltando. Ainda sim o preconceito é grande.” (Part.4 – Enfermeira)

“Porque eles tem medo, né? Até a cadeira eles tem medo. As meninas que trabalham tem medo... ‘Fulana, tem que passar álcool, num sei o quê...’ (...)” (Part.1 – Enfermeira)

“Hoje em dia o povo ainda tem, quer queira quer não, com o passar dos dias, tem muito preconceito em relação a isso. Eu tiro mesmo pelas meninas aqui, se chegar um negocinho a mais: ‘Ai, meu Deus do céu, bem longe de mim’, eu acho que é bastante relativo a isso.” (Part.9 – Téc. Enfermagem)

“(...) na própria área, na questão de saúde mesmo, aqui e acolá os profissionais... Por exemplo, a gente tem um paciente HIV positivo, aí fica aquele fuxico dentro da unidade, ‘Olha, fulaninho tem HIV’.” (Part.16 – Enfermeira)

“(...) se com o caso de tuberculose que a gente tem aqui o pessoal já tem preconceito, imagina com HIV/Aids?” (Part.14 – Dentista)

“Quando os funcionários não sabem que ele tem o problema, ele é mais um paciente. Quando sabem, muitas vezes tem essa questão meio do preconceito, do olhar diferente pra eles e não no sentido positivo, sabe? Mas é aquela coisa assim, já aconteceu isso na unidade: ‘Vamo atender logo ele rápido, bota ele primeiro, porque tem HIV!’. (...) não existe esse acolhimento não! O que existe é o preconceito, tem que quebrar muito esse preconceito nas unidades, na atenção básica de saúde, sabe?” (Part.7 – ACS)

Alguns justificam a presença desse preconceito pela falta de informação e que também há dificuldade em lidar com essa temática:

“Mas a sociedade enfrenta, assim, com restrição, eu acho. Até mesmo pelo impacto da doença, fica meio receoso de ta se aproximando, eu acho. Tem gente que ainda pensa assim, não é todo mundo, mas... (...) Mesmo que faça palestras, oriente, tudinho. Que não pega com aperto de mão, tudinho. Mas mesmo assim

“eles ainda se retraem. A gente sabe que não se pega com um abraço, mas tem gente que num botou na cabeça que é diferente.” (Part.18 – Enfermeira)

“Tem resistência... Na falta de conhecimento, eles acham até que no contato próximo, no aperto de mão, no falar, tal, se adquire essa doença, então há uma resistência sim, um preconceito de todos.” (Part.17 – Dentista)

“Há, de certa forma, um preconceito de você chegar aqui e falar, todo mundo vai lhe ignorar. É um assunto muito difícil. É um assunto, assim, muito complicado de se abordar.” (Part.8 – Enfermeira)

Os discursos dos profissionais também apontam para a permanência de crenças estereotipadas acercadas pessoas que vivem com HIV/Aids, ligadas aos grupos de risco, reforçadas no início da epidemia:

“Mas aí o pessoal acha que não, que só quem pega ainda é... Ainda tem aquele tabu, por exemplo, se é mulher, no mínimo, ou ta botando gaia ou é prostituta, ou é extremamente promíscua. E se for homem é homossexual, quando, na verdade, esses parâmetros já foram mudados, não é?” (Part.16 – Enfermeira)

“Dizem: ‘Eu tenho que ter alta porque eu tenho que trabalhar!’. E sabe o que é esse trabalho? Trabalho de programa! Já pensou um negócio desse?” (Part.3 – Téc. Enfermagem)

“E quando o paciente chega, ele realmente é visto com outros olhos! (...) Enquanto não mudar assim a questão social, questão até de amadurecimento do ser humano mesmo, vai ta sempre relacionado ao homossexual, prostituta e promiscuidade. Então essas pessoas que tem o HIV elas só podem ser uma dessas coisas. Até o idoso... ‘Ah, esse homem aí era o maior quengueiro, menino! Aí passou pra pobe da mulher, a besta!’, entendeu? Não pensa que talvez aquela pessoa pudesse ter contraído de outro jeito, que pode ter nascido, né? (...) Aí tem esse problema. Infelizmente são e vão ser, por muitos e muitos anos...” (Part.7 – ACS)

Apesar de muitos profissionais terem citado a presença de preconceito e discriminação dentro dos serviços, alguns negaram tais questões, indicando não serem preconceituosos e/ou que no serviço não há preconceito:

“Nunca percebi isso aqui não. Se eles tem, eles não comentam comigo, porque eles sabem que eu não admito isso aqui não.” (Part.6 – Médica)

“(...) Não tem discriminação não. É normal, como se fosse outra pessoa que não tivesse nada.” (**Part.13 – ACS**)

“Bem, pra mim não muda nada, né? Assim, em termo de... Porque eu não tenho preconceito! Tanto faz ser um soropositivo como uma pessoa que não seja soropositivo.” (**Part.19 – Téc. Enfermagem**)

“Eu acho que não há preconceito não, pelo menos dentro da unidade de saúde...” (**Part.8 – Enfermeira**)

“(...) isso aí de preconceito não existe aqui não.” (**Part.10 – Téc. Enfermagem**)

Vale ressaltar que, como indicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006c), é fundamental que a forma de organização dos serviços o torne acessível, humanizado, acolhedor e isento de quaisquer barreiras, garantindo a qualidade do cuidado prestado à população. No discurso a seguir percebe-se essa tentativa de trazer o paciente que vive com HIV/Aids para a USF, evitando que ele encontre barreiras, como o preconceito, neste acesso:

“Aqui no começo eu enfrentei problemas no seguinte: se você tinha um paciente com tuberculose, HIV ou hanseníase, então ficava um problema muito grande com relação ‘Cuidado com esse paciente pra tu não pegar’, ta entendendo? Mas graças a Deus isso aí foi superado, porque aí teve um momento que a gente passou a ver como uma patologia como outra qualquer. Ia criar outro tabu. Mas, na verdade o que a gente queria era trazer esse paciente pra ele frequentar a unidade e não se afastar da unidade.” (**Part.4 – Enfermeira**)

Também pôde ser visto nos discursos dos profissionais, a comparação do HIV/Aids com outras doenças, principalmente no sentido de colocar a gravidade de se trabalhar com outras patologias e não somente com o HIV/Aids, visto na subcategoria *comparação com outras doenças*, apresentada logo abaixo:

“Então eu acho muito mais interessante trabalhar com o pessoal do HIV do que com outras doenças crônicas, sabe? Com as pessoas que tem câncer... Porque, de qualquer modo, eles têm uma saúde, têm a saúde deles.” (**Part.7 – ACS**)

“Pior é você entrar na casa de uma pessoa com hepatite A, tuberculose (...) Aí sim! Agora, uma pessoa com HIV? Pelo amor de Deus! É o de menos!” (Part.7 – ACS)

“Porque na nossa área, na minha área até, não tem só essas doenças, como doenças consideradas graves, como a questão da Aids. Você também tem a tuberculose, e a tuberculose é uma doença muito pesada.” (Part.15 – ACS)

“(...) apesar de que hoje em dia tem o câncer e tem gente que diz: ‘Não... É melhor ter câncer do que ter HIV’.” (Part.8 – Enfermeira)

Percebe-se a necessidade de intensificar o preparo em lidar, não só com as DST/Aids, mas também com outras patologias consideradas graves nos serviços de atenção básica, visto que acabam ficando apenas sob a responsabilidade da atenção secundária e terciária. Porém, a exemplo dos ACS, a atenção básica sempre estará em contato com essas pessoas, prestando cuidado, estabelecendo vínculos e realizando a interlocução entre a rede de saúde. Dessa forma, este setor da saúde também deve se responsabilizar por tais usuários.

7.2.3.2. Capacitação no manejo das DST/Aids

A assistência integral à saúde da população, proposta pelo SUS, remonta à necessidade de integração entre os serviços de saúde, unificando as ações curativas e preventivas, incluindo àquelas voltadas às DST/Aids. Visto que a AB é porta de entrada do usuário nesse amplo sistema de saúde, faz-se necessário as USF realizem ações integradas com os serviços especializados em HIV/Aids, intensificando o acompanhamento das pessoas infectadas. Tal colaboração assegurará a assistência contínua, necessária para o acompanhamento da pessoa em todos os estágios, desde a prevenção ao tratamento (Silva et al., 2005).

Para tanto, os profissionais de saúde da AB precisam ser capacitados de forma permanente quanto ao diagnóstico precoce das DST/Aids, seu tratamento e competência para decidirem quando deverão encaminhar as pessoas para os serviços especializados, gerando uma parceria, articulação e corresponsabilização com estes (Silva et al., 2005).

A subcategoria *ausência de orientação* mostra o posicionamento dos profissionais entrevistados, quando indagados sobre a existência de cursos de capacitação ou orientações acerca do manejo do HIV/Aids:

“Não, nunca recebi orientação devido ao meu tempo, do meu trabalho. (...) Mas nunca teve aqui orientação de como a gente receber o pessoal não, sabe?”
(Part.19 – Téc. Enfermagem)

“Não, eu nunca recebi orientação nesse sentido não. Aqui só foi a médica uma vez. Mas, assim, pra mim nunca.” **(Part.18 – Enfermeira)**

“A gente conversa assim mais quando está em reunião com o distrito, que o distrito passa alguma semana aqui dentro, semana de HIV, aí é quando é mais discutido.” **(Part.9 – Téc. Enfermagem)**

Visto que esse é um tema recorrente no cotidiano das USF, estudos mostram a necessidade dos profissionais de saúde participarem continuamente de cursos de capacitação, além de se fomentar espaços de discussão sobre as DST/Aids, inclusive sobre as crenças que permeiam tais doenças, garantindo maior conhecimento e informação sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento (Oliveira & Albuquerque, 2008; Diniz & Saldanha, 2007). Tal necessidade já havia sido apontada, pois, como pôde ser visto anteriormente nos resultados quantitativos, são poucos os profissionais qualificados para a abordagem sindrômica e para o aconselhamento, por exemplo.

Sabe-se, cada vez mais, que determinados modos de ser e de fazer nos serviços de saúde, comprometem e prejudicam não apenas os profissionais, mas principalmente, afeta o cuidado prestado aos usuários (Lunardi, Lunardi Filho, Silveira, Soares & Lipinski,

2004). Assim, além de gerar maior conhecimento para os profissionais, certamente discutir questões relacionadas aos aspectos psicossociais das DST/Aids potencializa o cuidado humanizado e integral às pessoas acometidas por tais doenças.

Sobre isso, a subcategoria *humanização e acolhimento* vem apresentar a importância do usuário ter à sua disposição um serviço capaz de acolhê-lo e atender as suas necessidades de forma humanizada:

“A gente sempre fala com as pessoas que estão ali na recepção, porque começa dali, pra depois vir pra outras partes. A gente sempre diz assim a maneira que deve tratar, tal, tudo mais (...)” (**Part.10 – Téc. Enfermagem**)

“Mas, um contexto ideal, assim, é o acolhimento, porque não tem mais o que você fazer, a não ser acolher. Incentivar ele a não parar com o tratamento, né?” (**Part.2 – Médica**)

“Eu acredito que seria o seguinte, a princípio, nós normalmente se soubéssemos de algum caso assim, primeiro seria a conscientização da própria equipe, ou seja, porque tudo é questão de procedimentos. Você tem uma pessoa com Aids, como é que você recebe essa pessoa aqui na unidade? O agente administrativo, como é que ele vai agir quando a pessoa tem Aids? Como é que os profissionais devem agir? Por isso que nós debatemos isso nas próprias reuniões, como nós devemos nos comportar em relação a certas atitudes, a esse tipo de situação.” (**Part.15 – ACS**)

“Então, eu tratei com uma naturalidade tão grande por experiência do que eu já havia passado que até a paciente se emocionou na hora e saiu e fez o citológico e saiu tudinho e passou a frequentar mais a unidade.” (**Part.4 – Enfermeira**)

Esse contexto ideal, de um serviço humanizado, também deve garantir a privacidade, o sigilo e o respeito às situações particulares de cada pessoa, principalmente quando se trata de uma doença tão estigmatizada socialmente, como a Aids:

“(...) agora nos casos particulares o agente de saúde fica mais próximo da enfermeira e do médico pra saber como se relacionar, como chegar até a residência, como falar, como perguntar, para não invadir a privacidade.” (**Part.5 – Enfermeira**)

“Assim... Sabe-se que é uma questão de sigilo, digamos se souber de alguém na área que tem, procurar mandar vir na unidade, falar com o médico.” (Part.12 – Téc. Enfermagem)

“Então é uma coisa bem íntima, que a gente não espalha, a gente não coloca em reunião geral, “Olha fulaninho de tal que tem DST da área não sei de quem”, não! Aquele usuário é da área de fulano, então fulano vem e como é que está o acompanhamento, tudo é mais reservado e a gente tem o cuidado de garantir o anonimato e reservar aquela informação para o mínimo de pessoas possíveis. (...) então a gente não espalha essa informação... Só pra quem está relacionado diretamente com aquele paciente.” (Part.5 – Enfermeira)

“Olhe, aqui a gente só diz que o paciente tem soropositivo ao agente de saúde, e a gente, assim, não diz pra todo mundo, né? Só ao agente de saúde e à técnica de enfermagem. Nem a recepcionista sabe. (...) porque tem hora que a gente não pode nem dizer o nome do paciente pra eles, porque a gente tem medo que se espalhe, entendeu?” (Part.1 – Enfermeira)

Diante da necessidade de integrar as ações de prevenção e de cuidado acerca das DST/Aids nos serviços de saúde da AB, visto que esta é a porta de entrada do usuário e, por isso, a acessibilidade deve ser garantido perante essa temática, a subcategoria *linhas de atuação* mostra algumas estratégias que estão sendo, ou que podem ser, utilizadas nas USF, apontadas pelos profissionais, para que essas ações sejam incorporadas no serviço, como grupos de cuidado, palestras, sala de espera, entre outros, apesar dessas estratégias não terem sido tão frequentes nos dados do questionário:

“Olhe, o trabalho que é feito aqui, a gente faz o acompanhamento para o planejamento familiar e nesse trabalho se faz palestras com jovens nesse momento e a gente dá a informação a eles. É informação através de mini palestras.” (Part.6 – Médica)

“(...) então à noite uma vez por mês a gente está abrindo o citológico à noite, que é na quarta feira, geralmente a última quarta feira de cada mês. Então, assim, pra atingir essas mulheres também que trabalham o dia todo e não podem vir durante o dia para o citológico.” (Part.4 – Enfermeira)

“Então, assim, eu acho que a solução seria inserir essas pessoas no funcionamento da unidade, trazer pra gente fazer palestras, explicar, sem externar que eles são portadores da doença, pra eles explicarem as experiências que eles têm no

convívio deles com o hospital especializado, que seria até uma forma também de prevenir os adolescentes (...)" (Part.7 – ACS)

"Esse trabalho é o que a gente tem: panfletagem, boca-a-boca, é o que dá pra fazer." (Part.18 – Enfermeira)

"Seria bom mais palestras na faixa etária menor, porque aqui nos bairros populares tudo começa mais cedo, é tudo muito precoce. E eu acho que além das escolas, da família em si, conscientizar, e continuar com os métodos de prevenção (...)" (Part.17 – Dentista)

Alguns profissionais enfatizam bastante a prevenção como uma estratégia a ser utilizada na AB, como pode ser visto nos discursos abaixo:

"PSF é prevenção! O tratamento é uma mera consequência da prevenção que não deu certo, mas infelizmente os postos só trabalham tratamento. São raros os postos que trabalham com prevenção. A gente sempre ta lá com a camisinha no balcão, mas não diz pra quê serve (...) Então, fica difícil!" (Part.7 – ACS)

"Em relação ao soropositivo eu acho que deveria ter mais palestras, a equipe se reunir, sempre ta fazendo... Conversar, conscientizar a comunidade, principalmente a faixa etária dos adolescentes, né? Idosos mesmo, as vezes tem idoso que eu acho que nem sabe! E quando tem as vezes até se espanta 'Ah, meu marido já é de idade, meu marido já é tão velho', mas ela não escolhe idade, ta entendendo? O que vale é a prevenção e o que eu acho, assim, que numas palestras... Prevenir! Eu acho que a prevenção é o ideal!" (Part.19 – Téc. Enfermagem)

Sobre a prevenção, Ayres (2002) indica que esta tem sido uma estratégia crucial para os programas de controle da Aids, desde o início da epidemia, e não é diferente nos dias atuais. Apesar de não haver indícios desta tendência, é comum afirmar que o avanço no tratamento da Aids pode produzir um relaxamento nas pessoas em termos de prevenção. Porém, como apontado por este autor, é preciso atentar para os novos significados sociais que está se construindo acerca da infecção pelo HIV, potencializando as estratégias e trazendo novos cenários, sujeitos, valores e experiências nas ações preventivas.

Todavia, não é suficiente pautar a prevenção em modelos orientados por uma comunicação unidirecional, baseada na transmissão de informações, na ideia de que a aprendizagem acontece a partir da aquisição de informações (Ayres, 2002). Deve-se levar em consideração as peculiaridades dos contextos a serem alcançados, oportunizando a ampliação de espaços que debatam as crenças e as percepções em saúde, conforme apontam Vasconcelos e Saldanha (2009). Em tais espaços, é preciso que os atores estabeleçam uma relação tal que permita que ambos entrem efetivamente em contato com a questão em pauta, possibilitando que ambos apreendam o que se trata, de fato, e o que pode ser feito acerca (Seffner, 2002 citado por Ayres, 2002).

De acordo com estudo realizado por Rosário, Oliveira e Portugal (2009), a realização de oficinas em grupo para discutir DST/Aids, dando vez e voz aos participantes enquanto sujeitos do discurso, traz a possibilidade de reconstrução e ressignificação dos sentidos atribuídos à sexualidade, às questões de gênero e ao contexto social, contribuindo para a mudança de crenças e de práticas.

7.2.3.3. DST/Aids na atenção básica à saúde

Alguns estudos realizados (Paula & Guibu, 2007; Ferraz, 2008; Ferraz e Nemes, 2009; Silva et al., 2005), têm apontado a importância da implementação e articulação de políticas públicas voltadas à prevenção e à assistência das DST/Aids na AB, foco também do presente estudo.

Sob essa perspectiva, buscou-se conhecer, a partir das entrevistas realizadas, a avaliação dos profissionais de saúde acerca da implementação dessas ações nas USF, o que constituiu a subcategoria *avaliação*. Alguns avaliaram positivamente, como pode ser visto nos discursos a seguir:

“Não, olhe, em relação às DST e Aids eu acho que o trabalho é bom como prevenção, eu acho que não deixa a desejar não, é muito bom. (...) em relação à

atenção básica, a atenção primária eu acho que ta ótimo! Assim, com relação a isso, porque é bem trabalhado!” (Part.10 – Téc. Enfermagem)

“Na unidade de saúde, assim, eu acho que não tá deficitário não.” (Part.8 – Enfermeira)

“Eu acho assim, que se tem sim uma prevenção no trabalho, mas normal feito nas unidades, que dá para as pessoas terem noção do que é, como é que se previne, pelo menos as informações básicas, né?” (Part.8 – Enfermeira)

Porém, outros avaliaram negativamente o trabalho com DST/Aids na AB, indicando que, mesmo o trabalho de prevenção, ainda deixa muito a desejar:

“Dentro de unidade de saúde, eu acho que não funciona não (...)” (Part.9 – Téc. Enfermagem)

“Não é ideal não. Principalmente a questão da prevenção, da informação, né?” (Part.16 – Enfermeira)

“A prevenção não é discutida não! Tem uma caixa de camisinha lá no balcão, se quer pegar quer, e tchau! Se vire! (...) Então, não existe prevenção!” (Part.7 – ACS)

“Ele é deficiente. Pela quantidade pequena que ainda é, eles não enfocam muito, a gente não recebe nenhum treinamento, é mais a distribuição de camisinha... E tem outras formas de prevenção.” (Part.17 – Dentista)

“Prevenção? Pelo que até você anotou aí que eu fui dizendo é claro que praticamente não existe esta prevenção!” (Part.15 – ACS)

Em um estudo realizado por Ferraz (2008) sobre a implantação de ações de DST/Aids em uma USF, percebeu-se que apesar de algumas atividades preventivas ocorrerem, elas ocupavam lugar secundário no processo de trabalho da equipe. E, mesmo quando realizada, possuía um caráter controlador, de modificação de comportamentos, partindo da ideia de que repassar informações e prescrever condutas seria suficiente.

A partir das entrevistas, observou-se que muitos profissionais alegavam que esta não era uma temática abordada no cotidiano do trabalho, e até justificavam a falta de ações de DST/Aids na unidade, ou dificuldades no próprio manejo, devido à ausência de casos no território, como mostrado na subcategoria *invisibilidade*:

“Porque é como eu te falei, eu vejo esse tipo de assunto pouquíssimo abordado dentro desse PSF.” (**Part.14 – Dentista**)

“(...) no dia-a-dia da unidade não é muito falado nisso não. Não tem muito essa questão mesmo, porque não tem paciente na área, soropositivos. Aí não tem muito esse questionamento da gente saber como discutir com eles, conversar, porque não tem paciente. Porque se vier algum paciente, aí vai facilitar mais.” (**Part.9 – Téc. Enfermagem**)

“(...) não é uma coisa que você faz campanha, não é uma coisa grande (...) Eu acho que pela questão da gente ter um número pequeno, assim, realmente comprovado que a gente tem um número pequeno, eu acho que é um trabalho pequeno também.” (**Part.11 – ACS**)

“Porque não há mais o que a gente fazer, até porque são poucas pessoas, e fica difícil a gente programar alguma coisa pra tão pouca gente, né? Então, assim, o que vai ser possível vai ser feito no dia-a-dia mesmo. Quando tem um grupo maior, a gente tem uma assistência voltada pra aquele grupo, mas infelizmente o HIV, assim... Ou felizmente, né? Não tem!” (**Part.2 – Médica**)

“Eu acho que é porque não é uma epidemia, não é um surto, uma coisa assim em grande quantidade que vá chamar a atenção do Estado, do governo federal. São casos isolados, então eles não tem interesse em estar com campanhas pra prevenção, essas coisas... Pelo número mesmo, assim, que é menor (...) Se o número fosse maior talvez tivesse uma atenção maior pra eles, entendeu? E isso, assim, é o que a gente acha, né? Talvez se fizesse uma campanha mesmo a fundo, se descobrisse muito mais de infectados, número muito maior.” (**Part.17 – Dentista**)

Assim como já apontado nos resultados quantitativos, quando os profissionais foram indagados sobre a presença de usuários que vivem com HIV/Aids no território, sendo citados poucos casos, em estudo realizado por Silva et al. (2005), também verificou-se o desconhecimento dos profissionais da AB perante estes, não havendo nenhum

atendimento dessa demanda nesse serviço. Este desconhecimento de casos interfere diretamente na corresponsabilização entre os serviços de referência e a AB.

Mas, também foi apontado por alguns profissionais entrevistados que essa temática não é prioridade na AB, ou que falta interesse e cobrança da gestão:

“Não é prioridade na atenção básica.” (Part.16 – Enfermeira)

“Eu acho que é discutido pouco sobre isso aí. Não tem muito debate, palestra, esses negócios não. Porque tem outras prioridades. (Part.13 – ACS)

“Falta cobrança mesmo, interesse dos profissionais, cobrança da gestão. Se fosse uma meta tava todo mundo fazendo, mas como não é, não é de interesse.” (Part.17 – Dentista)

“DST, deveria ter um treinamento pra mim, pra gente, pra mostrar mais alguma coisa nova pra gente, pra poder a gente passar pros outros. Mas aí não tem! Porque eu acho que eles não se interessam!” (Part.1 – Enfermeira)

Dessa forma, mesmo quando há casos no território, os profissionais acabam responsabilizando os serviços especializados pela prestação de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids, como visto na subcategoria *responsabilização*, vista nos discursos abaixo:

“Porque quanto a fazer o exame e o tratamento essas coisas, como não faz na unidade, de certas DST's ou no caso da AIDS, então a gente não se preocupa muito com isso. (...) mas eu acho que como já tem centro de referência, o paciente é tratado nesse centro de referência, a unidade de saúde eu acho que seria mais o trabalho de conscientização e como receber esse paciente. Só!” (Part.5 – Enfermeira)

“(...) porque a gente nunca fica com paciente desse jeito na unidade, a gente envia mesmo pra referência. (...) Então a unidade não tem. Acaba responsabilizando a referência.” (Part.9 – Téc. Enfermagem)

“E é aquilo, infelizmente, assim... Nós somos a assistência básica e eles normalmente são acompanhados pela assistência secundária, terciária, né? A especializada, né? Então tudo que tem de orientação especial com relação à

“doença deles, quem dá é o médico de assistência deles, especializado.” (Part.2 – Médica)

“(...) então, pelo fato de saber que o pessoal do Clementino está quinzenalmente na casa dele, meio que descansa, sabe? ‘Não, ele ta sendo atendido lá... Tem o fisioterapeuta, tem o psicólogo, tem a enfermeira lá’, então de qualquer modo ele ta sendo atendido, então acaba despriorizando essas pessoas. Aí sim ele se sente excluído, entendeu? (...) Então tem isso assim, esse acomodamento da atenção básica.” (Part.7 – ACS)

E ainda quando surge a demanda de se trabalhar com o cuidado voltado às DST/Aids dentro da USF, eles responsabilizam profissionais específicos, ou seja, não se corresponsabilizam, evitando entrar em contato com essa temática:

“A questão da prevenção isso é feita com o doutor, com o enfermeiro. Eu geralmente falo deles dois porque vem pra eles dois. Esse tipo de coisa não vem pra mim, só vem pra eles dois, né?” (Part.12 – Téc. Enfermagem)

“Aí é mais com a médica, né?” (Part.3 – Téc. Enfermagem)

“Eu acho que deveria ter os aconselhamentos, o psicólogo, porque é muito importante pra poder orientar, conversar, porque eles ficam muito debilitados e o enfermeiro não pode fazer tudo isso, inclusive o papel do psicólogo. Então eu acho que o psicólogo seria muito importante, pra melhorar, porque vai ter atendimento médico, atendimento do enfermeiro, mas eu acho que o psicólogo ajudaria bastante a gente. Porque ele já sabe mais como conversar, como lidar com o... Eu acho.” (Part.18 – Enfermeira)

“Na verdade eu acho que em cada unidade de saúde deveria ter um dia de ginecologia com médico específico entendeu, só pra esse tipo de atendimento, porque nós somos enfermeiras, mas nós não temos embasamento científico pra esse tipo de coisa entendeu? Existem coisas que no decorrer do tempo você consegue diagnosticar e você consegue fazer, mas eu não sou a pessoa mais indicada para fazer esse tipo de diagnóstico.” (Part.4 – Enfermeira)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010b), devido ao volume de atendimento e à rotinização de algumas atividades, como o pré-natal e a realização do exame Papanicolau, além da persistência de mitos e preconceitos relativos à epidemia, os

serviços de AB criam resistência para incorporarem práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/Aids, por exemplo.

Na verdade, observa-se, a partir dos discursos dos profissionais, que muitas vezes quando esse tipo de demanda chega na USF é mais no sentido de prestar cuidado às doenças oportunistas, ou seja, o atendimento às DST/Aids passa desapercebido por esse nível de atenção, como pode ser constatado na subcategoria *atendimento secundário*:

“Porque, assim, eles já vão fazendo o tratamento quando descobrem a doença, então eles já vêm conscientizados. Quando vem pra aqui é pra tratar de uma outra coisa, entendeu?” (Part.3 – Téc. Enfermagem)

“(...) porque como eles já têm o acesso a um lugar específico no acompanhamento a gente só dava apoio a outras vulnerabilidades deles, dava apoio pra outras doenças pra outras coisas e fazia como a gente faz visita domiciliar, saber como é que tava a saúde de um modo geral, a alimentação. É esse o apoio que a gente dá. Um acompanhamento de uma pessoa que tem um problema crônico e que precisa manter a saúde em dia.” (Part.6 – Médica)

“Então, por acaso se vierem a sentir alguma coisa mais simples... Às vezes ta gripado, com uma dor de cabeça, aí que pode vir... Quando eles vem aqui já vem com outros problemas, né? Porque, assim, eles já vem fazendo o tratamento, já vem de lá orientado.” (Part.2 – Médica)

Sabe-se que, como o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) indica, para que a promoção de saúde ocorra de forma humanizada é necessário fornecer boas condições de trabalho, de ambiência, além da capacitação dos profissionais que trabalham nos serviços. Porém, na subcategoria *entraves*, percebe-se que muitas são as dificuldades relacionadas pelos profissionais, como já apontado nos dados do questionário, sendo estas utilizadas, inclusive, para justificar a ausência de ações acerca das DST/Aids no serviço de AB. A começar dos entraves a nível organizacional, percebe-se a falta de tempo, devido à grande demanda de situações, além da falta de treinamento/capacitação, dificultando o processo de trabalho perante essa temática:

“É tanta coisa pra gente que a gente já tentou começar outros grupos até de gestante, e acaba... Porque chega a hora e é tanta coisa pra fazer, que a gente acaba deixando pra lá, né?” (Part.12 – Téc. Enfermagem)

“(...) até porque pela demanda do dia a dia é até complicado você trabalhar com evento, com qualquer coisa desse tipo. É mais, assim, um acompanhamento rotineiro.” (Part.11 – ACS)

“(...) a gente não faz palestras aqui porque a gente não tem tempo de fazer palestra aqui, porque a demanda é grande.” (Part.4 – Enfermeira)

“Então, se eu tiver treinamento, suporte... eu trabalharia normalmente! Mas se eu não tiver, aí eu gostaria de evitar! (...) Eu tenho certeza que qualquer profissional vai pensar a mesma coisa. Agora... Ele tendo suporte, tendo treinamento, ele trabalha com qualquer coisa, é assim que funciona!” (Part.15 – ACS)

“Eu acho que precisa de muita coisa aqui na atenção básica, eu acho que é tudo. Os profissionais ter mais cursos, treinamentos para lidar com... Porque sempre aparece, né? Então tem que ter um curso, um treinamento pra aperfeiçoar mais.” (Part.18 – Enfermeira)

“(...) o pessoal deveria estar assim mais bem treinado pra lidar com o paciente, no sentido de receber, de treinar, de orientar, de não ter esse medo de que a doença vai pegar, entendeu? Mas, assim, deveria ter mais essa conscientização (...) Então a equipe toda estando preparada, tomando conhecimento, feito treinamento, sabendo de como é, de como prevenir, de como fazer, eu acho que a coisa flui melhor. Devia ter assim um pouquinho mais de informação, mais treinamento quanto a isso, sabe?” (Part.5 – Enfermeira)

Também são apontados entraves a nível estrutural, principalmente a dificuldade de um espaço físico e condições de trabalho apropriadas, como também a disponibilidade de materiais:

“Porque o acolhimento ele é... Ele é, a princípio, ali na frente, é todo mundo ouvindo todo mundo. Então não dá pra você chegar e dizer a sua doença, esse é o primeiro ponto. (...) Na escuta, aí sim, ele pode até falar, mas aí dependeria da estrutura. Esse posto aqui, eu não sei se você percebeu, mas o agente de saúde pega os nomes ali no terraço e essa mesa aqui é onde se faz a escuta. Se a pessoa sentir vergonha, ela só vai dizer que é soropositivo quando tiver na sala.” (Part.15 – ACS)

“Se oferecesse as condições realmente, que fossem cabíveis pra eu estar com aquelas pessoas, de fazer o tratamento com aquelas pessoas, eu não tinha nenhuma restrição. Ia sem problema nenhum.” (**Part.10 – Téc. Enfermagem**)

“Olhe, o problema é que falta muito material, aí fica difícil, né?” (**Part.3 – Téc. Enfermagem**)

“Porque aqui, se você procurar, digamos, um panfleto pra falar sobre as doenças, você não encontra, ta entendendo? A gente só consegue mais quando a gente vai fazer feira de saúde, aí é que vem essas coisas. Mas a não ser isso, não vem material didático. Aí a gente usa as armas que a gente tem, que é a fala!” (**Part.2 – Médica**)

Além dos entraves psicossociais, apontando questões relacionadas à dificuldade de alguns profissionais lidarem com as DST/Aids, sendo também necessária a capacitação para o atendimento humanizado:

“Se você não se sente bem num lugar, não tem soropositivo, não tem ninguém que vai conseguir vir. (...) Nós temos a necessidade de sentir confiança na outra pessoa! Mesma coisa que acontece aqui é em qualquer outro posto de saúde, isso não é um problema especial daqui não. Eu conheço postos lá de baixo, conheço de outras pessoas áreas, de outros bairros pra cá, tentando e tentando, sabe, encontrar condições de atendimento, porque elas se sentem humanas e aí às vezes o atendimento não acontece. (...) Ou seja, o profissional, que é treinado tecnicamente, não consegue atender o usuário como uma pessoa. Ele atende tecnicamente aquela pessoa, mas não como uma pessoa (...)” (**Part.15 – ACS**)

“Até porque, assim... É uma coisa mais complicada de se trabalhar. (...) É diferente de qualquer outra patologia.” (**Part.8 – Enfermeira**)

“Olha, eu acho que deveria ter um preparo antes para não haver barreira entre a preocupação do trabalhador e até junto ao preconceito da vítima (...). Então eu acho que deveria ter um preparo maior da gestão pra gente poder recepcionar mais esse tipo de paciente.” (**Part.14 – Dentista**)

A complexidade de se trabalhar com as questões relacionadas à sexualidade, aponta, ainda mais, para a necessidade do conhecimento das normatizações sobre a AB em relação à prevenção das DST/Aids, realização de capacitações e supervisões sobre essa

temática e articulação com os demais equipamentos de prevenção que existam na rede do município (Ferraz, 2008).

Em pesquisa realizada por Rios (2008) sobre humanização e ambiente de trabalho em um serviço de referência em DST/Aids, constatou-se a importância de promover mudanças preconizadas pela humanização da saúde, cuidando daqueles que têm a missão de cuidar. Além disso, esta autora apontou a necessidade de intensificar a educação permanente dos profissionais, aprimorando o seu processo de trabalho através de capacitações e discussões sobre a própria humanização, a organização do trabalho e a gestão participativa.

De acordo com Ferraz (2008), para se criar novas ações e modificar as práticas de cuidado em saúde no que se refere às DST/Aids, é preciso, além da formação e atitude individual de cada profissional, organizar as atividades de forma que a prevenção esteja entre as prioridades e que se promovam espaços de discussão e reflexão sobre o processo de trabalho, a partir de reuniões, capacitações/treinamentos e supervisões. Isto porque, segundo Paula e Guibu (2007), a falta de profissionais preparados torna-se um entrave no processo de articulação entre as ações de prevenção às DST/AIDS e os serviços de AB.

Conhecer o que está sendo realizado pelos outros profissionais, observar sistematicamente se as práticas estão sendo efetivas, e poder modificá-las a partir da necessidade da população – exercendo o princípio da participação popular, asseverado pelos princípios do SUS – também são importantes medidas de atualização das práticas de cuidado em DST/Aids (Ferraz, 2008).

7.2.3.4. Manejo do HIV/Aids

Entre as diretrizes do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/Aids (Brasil, 2004a) estão a ampliação da cobertura do diagnóstico e tratamento das DST/Aids.

O próprio Ministério da Saúde vem indicar a importância de inserir o diagnóstico, juntamente com o aconselhamento, nos serviços de AB, ampliando o acesso ao diagnóstico, e, consequentemente, evitando que o tratamento seja tardio (Brasil, 2005a).

Com relação ao manejo das DST/Aids na AB, além de outras possibilidades, a realização de aconselhamento para os testes diagnósticos e a identificação precoce de casos, pela abordagem sindrômica, são importantes ações a serem incorporadas no cotidiano dos serviços (Brasil, 2006c). De acordo com Brasil (2004a), a necessidade de prevenção e a maior disponibilidade do diagnóstico contribuem para evitar novas infecções, assegurar o direito ao acompanhamento especializado precoce e, consequentemente, à manutenção de uma qualidade de vida boa para essas pessoas.

Sobre essa disponibilização do diagnóstico, a subcategoria *testagem* aponta algumas posturas dos profissionais entrevistados:

“A gente solicita de imediato! Aí ele faz no laboratório, porque o marcador ele já olha lá no sistema os que tão disponível, aí ele já vai direto, e o resultado vem pra gente.” (**Part.10 – Téc. Enfermagem**)

“A gente só solicita mesmo.” (**Part.3 – Téc. Enfermagem**)

“Assim, aqui na unidade não faz, né? Mas eu mesma já solicitei várias vezes, aí eles vão e fazem, né? Aqui a gente não tem laboratório e não tem teste rápido.” (**Part.2 – Médica**)

“A gente encaminha direto para o CTA.” (**Part.11 – ACS**)

Apesar da importância de ampliar a cobertura do diagnóstico, como apontado nos resultados do questionário, nenhuma USF pesquisada disponibiliza a testagem anti-HIV, sendo necessário o encaminhamento para outros serviços da rede, a exemplo do CTA, como visto em um dos discursos. Observa-se que tal situação distancia os profissionais da condição sorológica das pessoas que buscam o serviço para a realização do teste, visto que

esses são encaminhados para a referência ou quando não vão diretamente para tais serviços, sem passar, sequer, pela AB, que também fica sem retorno dos casos.

Após o resultado da testagem, foi indagado aos profissionais que tipos de orientações são dadas. Quando negativo, percebe-se que alguns profissionais realizam uma espécie de aconselhamento pós teste, como observado nos seguintes discursos:

“Nesse caso, eu daria. Para ter mais cuidado, pra usar camisinha, usar preservativo, mas a gente sabe que a maioria não... Os adolescentes, as mulheres mesmo não...” (**Part.18 – Enfermeira**)

“Se der negativo aí a gente continua conversando do mesmo jeito, pra ele não ficar muito tenso!” (**Part.1 – Enfermeira**)

“(...) se der negativo, a enfermeira sempre conversa com o paciente.” (**Part.9 – Téc. Enfermagem**)

“Dou! Ah, principalmente quando pede um VDRL, quando existe um comportamento de risco, quando a gente aborda um paciente de risco, aí a gente vai lá e vai logo dizendo. Olha, pegar uma paciente que tenha HPV, eu já vou dizendo: “você pegou HPV, mas você poderia ter contraído um HIV”. Aí eu dou a orientação.” (**Part.16 – Enfermeira**)

Em caso de resultado positivo, alguns profissionais citaram condutas que promovem um maior acolhimento, também realizando tipo um aconselhamento:

“A gente vai acolher. Eu acho que é muito difícil uma pessoa receber uma notícia dessa. (...) primeiro é avisar que a Aids não é uma penalização de morte.” (**Part.16 – Enfermeira**)

“Orientar e encaminhar pra o... Poderia até dar uma orientação, mas eu acho, assim, o melhor mesmo era encaminhar.” (**Part.18 – Enfermeira**)

“Olhe, primeiro tem que confirmar, né? Tem que explicar ao paciente que aquele exame deu positivo, mas que existe o falso positivo e tal, por isso tem que confirmar. Mas aí diz que hoje em dia é uma doença tratável. Até porque eu já até fiz um curso de aconselhamento, mas em outro município.” (**Part.2 – Médica**)

“A gente vai orientar assim... Se ele é casado pergunta, procura saber com eles se a sua esposa está sabendo, sua esposa já é, ou você acha que se contaminou... Se você é uma pessoa assim que a vida sexual é muito... Se tem muitas parceiras, ta entendendo? Se você, lá fora, se você se previne lá fora, e se previne com a sua esposa também... Quando você descobriu, qual foi a sua reação, o que você vai fazer... Aí orienta, ta entendendo?” (**Part.19 – Téc. Enfermagem**)

Enquanto outros apresentaram as seguintes condutas:

“Se der positivo, encaminha pra referencia (...)” (**Part.9 – Téc. Enfermagem**)

“Encaminha pra um serviço especializado e continua acompanhando.” (**Part.11 – ACS**)

“(...) pelo perfil dos funcionários, se chegasse um caso desses aqui eles se preocupariam, pra poder viabilizar uma complexidade competente pra resolver isso aí.” (**Part.14 – Dentista**)

“(...) porque o paciente quando ele é detectado que está com HIV ou a gente manda pro hemocentro pra fazer as avaliações e o hemocentro encaminha pro Clementino, ou então a gente encaminha direto pro Clementino Fraga para o setor de HIV/Aids, de DST/Aids aliás.” (**Part.4 – Enfermeira**)

Percebe-se que a conduta destes é encaminhar para a referência, deixando o usuário sob a responsabilidade de outro serviço, que não o da AB. O ideal, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), seria encaminhar os casos de HIV para os serviços de referência, porém, a AB deveria fazer o acompanhamento conjuntamente, havendo uma articulação e corresponsabilização entre ambos, possibilitando o cuidado integral desse indivíduo.

A inserção do aconselhamento na AB é uma das estratégias do Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), possibilitando maior qualidade na disponibilização da testagem aos usuários, permitindo identificar diversas situações de vulnerabilidade no território. Porém, é necessária a qualificação técnica dos profissionais e a sensibilização para a capacidade de escuta e vínculo, promovendo um espaço de diálogo e reflexão entre profissional e usuário.

Mas, ainda sobre essas orientações posteriores ao resultado, alguns, inclusive, responsabilizavam profissionais específicos dentro da USF, ou até profissões específicas, o que denota certo afastamento da temática:

“Aí eu não sei bem lhe explicar... Ou o médico ou a enfermeira eu acho que essa fase aí eles explicam.” (**Part.19 – Téc. Enfermagem**)

“Isso tudo fica na mão da médica.” (**Part.15 – ACS**)

“No caso, se tivesse um psicólogo pra resolver, assim, porque a gente não pode dar orientação. É porque é muito difícil você dar o resultado, dizer pra aquela pessoa que ta com... A gente fica receoso de falar, né? Como o CTA tem esse tipo de profissionais, seria o ideal.” (**Part.18 – Enfermeira**)

Sobre a realização de encaminhamentos para a testagem e a responsabilização do cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids para serviços especializados, havendo a isenção da AB nesse processo de cuidado, tal problemática pode ser melhor vista nos discursos a seguir, nos quais os profissionais responsabilizam, de fato, a referência:

“Quando existe a queixa ou a suspeita eles são encaminhados para o setor de DST/AIDS que é lá no antigo Pam de Jaguaribe, né? Então eles vão pra lá e fazem todo o procedimento lá. A orientação sempre eles se encaminham pra lá, eles retornam pra gente, mas o acompanhamento é feito lá.” (**Part.6 – Médica**)

“Nós não temos teste rápido aqui de HIV e eu honestamente acho até bom, porque, na verdade, muita gente ia deixar de procurar o serviço referência, que é o Clementino Fraga ou Hemocentro, pra vir procurar o posto do PSF certo? Então eu acho que deveria ainda continuar nas referências, a não ser que a gente tivesse pra uma evidência, um caso, por exemplo, de algum paciente que se contaminou com algum material cortante a gente fazer esse primeiro atendimento, como a gente faz de tétano, faz a prevenção da vacina e do soro. Deveria ter pra esses casos, mas pra um caso corriqueiro, rotineiro eu acho que deveria ser na referência mesmo.” (**Part.4 – Enfermeira**)

A necessidade de melhor articulação entre a AB e os serviços de referência interfere diretamente na integralidade do cuidado à saúde, conforme aponta Silva et al. (2005), um dos princípios fundamentais do SUS. Porém, o que pôde ser visto nos

discursos dos profissionais foi a dificuldade em estabelecer um diálogo entre esses serviços, conforme pode ser visto na subcategoria *referência e contra referência*:

“O que a gente não tem hoje no município, e eu acho que no Brasil inteiro... É a referencia e a contra referência! A gente não tem essa mesma contrapartida, não tem esse elo com o HIV, DSTs, a gente não tem! Não existe! Eu não vejo eles procurarem a unidade de saúde para estar fazendo a referência e a contra referência não... Muito difícil.” (**Part.8 – Enfermeira**)

“A contra referência nos serviços de saúde primária ainda é muito pequena, você referencia, mas a contra referência formal, escrita, ainda é muito difícil.” (**Part.6 – Médica**)

“A contra resposta basicamente nunca vem, só vem contra resposta mesmo com referência à medicação, quando manda pra tomar, que o agente de saúde tem que deixar na casa. A contra referência é essa! Fora isso, nenhuma!” (**Part.9 – Téc. Enfermagem**)

Apesar dessa fragilidade, muitos profissionais apontaram a importância de ter essa contrapartida por parte dos serviços de referência, visto que, dessa forma, tomariam conhecimento dos casos e poderiam participar do processo de cuidado às pessoas diagnosticadas com o HIV:

“Se tem usuário naquela área, eu acho que a referência, que está atendendo ele, devia comunicar (...)” (**Part.8 – Enfermeira**)

“Assim, o ideal seria que, aqueles que fossem acompanhados, se isso pudesse realmente ter um retorno do Clementino...” (**Part.2 – Médica**)

“É o ideal ter, né? Porque, como é que a gente vai saber se o usuário... Se ele não vem pra cá, aí vai direto pra lá... Se ele é daqui, desse PSF. Como é que a gente vai saber? Pode saber por conta do agente, mas nem sempre é possível, não vai dizer ao agente. E nem vem pra cá conversar com a gente, aí fica difícil. Aí eles não mandam nada de... Poderiam encaminhar pro PSF saber, né? Conversar, ficar tratando, né? Fazer uma ponte... Mas não tem isso não.” (**Part.18 – Enfermeira**)

Porém, observam que um dos entraves para que haja essa articulação é o sigilo e a privacidade das pessoas diagnosticadas no território, impedindo que a referência comunique os casos às USF:

“Se realmente o usuário não quiser que ninguém saiba que ele tem aquilo, infelizmente também elas lá não podem ta se reportando pra gente.” (Part.8 – Enfermeira)

“Mas aí também depende do paciente, porque às vezes o paciente não quer que o pessoal saiba porque acaba que dissemina na comunidade aquele conhecimento. Então, se pudesse, se fosse possível, deles mandarem pra gente um relatório, mas, não sei... Porque aí você quebra, né? Até o sigilo mesmo...” (Part.2 – Médica)

“E outra, a questão do sigilo... Pense! É um problema muito sério! Porque o ideal seria aquela história, identificou um paciente, articula logo com o seu PSF local. Mas tem o problema do sigilo.” (Part.16 – Enfermeira)

Sobre isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a) assegura que todo e qualquer profissional de saúde deve manter as informações prestadas aos usuários sob sigilo, podendo este ser interrompido somente com o expresso consentimento do usuário. Esse sigilo também é essencial com relação aos exames anti-HIV, não só por causa do preconceito e das crenças negativas que ainda existem na sociedade perante a pessoa que vive com HIV/Aids, mas também para reforçar a confiabilidade do trabalho de aconselhamento realizado e do serviço.

Dessa forma, o acesso à contra referência acaba dependendo dos próprios usuários, que, caso queiram, voltam à USF e realizam o repasse da sua situação de saúde, de acordo com o que fora visto pela referência; ou sob a responsabilidade dos ACS, que, por terem um contato direto com os usuários, acabam tendo maior acesso à essas informações:

“A gente fica sabendo o que aconteceu na consulta porque o paciente volta e conta a história todinha. Mas, por escrito e por referência não vem não.” (Part.11 – ACS)

“Se o paciente não trouxer, a gente não sabe o resultado. Porque, por exemplo, no caso da gestante que a gente já pede, a gente já sabe o resultado porque ela vai continuar o pré-natal a gente vai descobrir se ela tem ou não tem. (...) Mas, sendo um paciente que só vem a unidade uma vez para pedir exame, a gente não tem como saber.” (**Part.5 – Enfermeira**)

“Se o paciente quiser voltar com a notícia, com o resultado, com o que o médico falou, bem! Se ele não voltar... Só se o agente de saúde se lembrar na visita e perguntar. Se não perguntar, pronto! Mais um que se foi e a gente não sabe onde é que ta.” (**Part.7 – ACS**)

“Depende do usuário. Tem uns que possam ser que venha, leve a serio o tratamento, tem outros que não vem... E esse diagnóstico talvez nem apareça mais, como aconteceu já com outras patologias.” (**Part.17 – Dentista**)

“Pode saber por conta do agente, mas nem sempre é possível, não vai dizer ao agente. E nem vem pra cá conversar com a gente, aí fica difícil.” (**Part.18 – Enfermeira**)

Sobre isso, Fortes e Spinetti (2004) indicam que um fator a ser considerado é o sigilo das informações passadas para os ACS, que, seguindo os critérios éticos, tais informações não deveriam ser passadas para o restante da equipe.

Para Silva et al. (2005), conseguir articular os serviços de referência em HIV/Aids com os serviços de AB, promovendo a corresponsabilidade e a integralidade em saúde, é um grande desafio. Segundo estes autores, apesar da proposta do SUS contemplar a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo a assistência em HIV/Aids, muitas mudanças são necessárias para que isso ocorra, entre elas ter um novo perfil de trabalhadores.

O próprio desconhecimento dos casos de HIV/Aids existentes no território de saúde da AB, já apontado em outra sub categoria discutida, é um ponto crítico na assistência a essas pessoas, indicando a falta e, por sua vez, a importância da comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde que compõem o SUS, visto que interfere diretamente na articulação entre os mesmos (Silva et al., 2005).

7.2.3.5. Demanda

Conforme apontado em estudos realizados (Paula & Guibu, 2007; Ferraz, 2008; Ferraz & Nemes, 2009), a inserção de ações de prevenção às DST/Aids é um importante componente no combate a esses agravos. Porém, na tentativa de realizar ações ou orientações de prevenção na USF, muitos profissionais alegavam a dificuldade em lidar com a falta de interesse e participação dos usuários, discursos estes contemplados na subcategoria *desinteresse*:

“Quando a gente marca uma reunião em uma comunidade que tem muito jovem, aparece dois, três, são poucos. (...) Não temos, assim, não tem tido um proveito muito grande como a gente gostaria que fosse esse planejamento com esses jovens.” (Part.6 – Médica)

“E pode-se dizer que enfrenta outro obstáculo em relação à comunidade porque tudo que tenta combinar aqui em prol da comunidade eles são muito faltosos!” (Part.14 – Dentista)

“Ai eu vou, oriento, aí digo... Camisinha e tal, e oriento mais. A gente cansa de falar, tem umas que ainda realmente utilizam, mas as mais jovens são as mais que eu sinto dificuldade que elas usem a camisinha.” (Part.5 – Enfermeira)

Já sobre a ausência (ou o desconhecimento) de casos de HIV/Aids no território, já mencionada em sub categorias anteriores, fazendo com que não haja demandas específicas desses agravos na USF, a subcategoria *barreiras psicossociais* aponta alguns motivos para que esses usuários não frequentem o serviço de AB:

“É, eu acho que... Sei lá, o medo do preconceito, talvez, né? Eu acho que isso pode também afastar uma pessoa da unidade e tudo, não sei.” (Part.12 – Téc. Enfermagem)

“(...) ela não acessa aqui a unidade justamente com medo do preconceito.” (Part.16 – Enfermeira)

“Eu acho que é com vergonha também, porque eles acham que lá na comunidade vai sair comentando, eles pensam assim. Acho que é vergonha mesmo.” (Part.18 – Enfermeira)

“Eles têm medo de relatar pra gente, tem medo de não ser atendido, de ser discriminado, preconceito mesmo.” (Part.17 – Dentista)

“Eu acho que é mais por questão de esconder a doença, por medo que outros saibam.” (Part.11 – ACS)

“Muitas vezes eu acho, assim, que eles sabem, aí não querem vir, porque eu acho assim que ta... Se vierem pra cá, acha que a comunidade vai ficar sabendo, tem a história do preconceito, né? Como os agentes de saúde visitam as casas, ele acha assim, eu penso assim, que os agentes de saúde vai saber porque, assim, eles não procuram saber as doenças? E acha que vai espalhar pra comunidade, tem isso também...” (Part.19 – Téc. Enfermagem)

Percebe-se que a vergonha de expor sua situação sorológica e o medo da disseminação da informação no território são entraves no cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids pelos profissionais das USF. Tais dificuldades perpassam o tabu de se estabelecer um diálogo aberto sobre a sexualidade dentro dos serviços de saúde, bem como sobre uma doença tão estigmatizada como a Aids.

De acordo com estudo realizado por Figueiredo, Moya e Souza (2007) a dificuldade das pessoas que vivem com HIV/Aids compartilharem o diagnóstico perpassa pelo medo da exposição, sendo o ACS visto em alguns momentos como facilitador para a formação de vínculo, visto que tem um contato maior com as famílias, porém, em outros como inibidor, já que ele é um profissional que reside no próprio território de atuação.

Por outro lado, para Fortes e Spinetti (2004), parece haver um consenso entre as equipes de saúde da família sobre colocar alguns limites nas informações sobre a saúde dos usuários perante os ACS, principalmente quando se trata de agravos que podem gerar discriminação ou estigmatização, a exemplo do HIV/Aids.

Assim, aponta-se para a necessidade de efetivar a acessibilidade das pessoas que vivem com HIV/Aids nos serviços de saúde, promovendo a integralidade e a equidade na produção do cuidado, sensibilizando os profissionais a trabalharem com a temática de forma mais humanizada, respeitando a privacidade e o sigilo das informações e garantindo que o serviço de saúde seja confiável, acessível e de qualidade.

Para tanto, faz-se importante ressaltar a relevância da formação acadêmica/profissional para a consolidação de práticas de cuidado efetivas, visto que a mesma é responsável por direcionar essas práticas no campo de atuação. Conforme aponta Deslandes (2004), é necessário rever a formação eminentemente biomédica nos cursos da área da saúde e promover mudanças para implementação de novos conceitos e práticas, focando na humanização da assistência.

“São pessoas que precisam de atenção, precisam de cuidado, de orientação, como todos os outros (...)” (Part.2 – Médica)

Exercer práticas de cuidado efetivas e ações de prevenção acerca das DST/Aids nos serviços de AB à saúde não é tarefa fácil. Falar de uma estrutura complexa, como é a do âmbito da saúde, e organizá-la de forma a garantir a inserção de uma temática relevante, porém, não visibilizada, como as DST/Aids, torna-se um desafio constante na prática da promoção do cuidado.

Ao se propor trabalhar com sexualidade, com DST, com HIV/Aids, propõe-se trabalhar com temáticas que envolvem tabus, estigmas, preconceitos, crenças estereotipadas e, para tanto, é necessário, além de serviços preparados e acessíveis, profissionais capazes de estabelecer uma relação de confiança, de escuta, tornando-se parte do processo de cuidado, implicando-se e responsabilizando-se por ele, juntamente com a pessoa. Tal implicação deve ser feita isenta de interesses, de intenções e julgamentos. É preciso saber lidar com as diferenças e entender que a cura de patologias torna-se secundária quando se otimiza o estabelecimento de um cuidado integral, compreendendo a pessoa em suas nuances e proporcionando o respeito pela sua individualidade.

A partir do exposto, aponta-se que os objetivos desse estudo foram alcançados, possibilitando a investigação das crenças, das práticas de cuidado e das ações de prevenção acerca das DST/Aids em serviços da atenção básica à saúde de João Pessoa-PB, a partir do olhar institucional, ou seja, do serviço em si, mas também do olhar do profissional de saúde que trabalha nesse serviço. Assim, foi possível enxergar de que forma as crenças e as práticas destes estão relacionadas, garantindo, ou não, um serviço de saúde acessível e de qualidade.

Aponta-se também que, diante da discussão proposta nesse estudo, considerar os aspectos subjetivos envolvidos nesse processo de cuidado foi importante, visto que, de

fato, as crenças perpassam as práticas dos profissionais de saúde, repercutindo na qualidade desse cuidado. Assim, ressalta-se a contribuição desse estudo na investigação das práticas de cuidado em saúde, levando-se em consideração as bases teóricas fornecidas pela Psicologia Social, nesse caso através do estudo das crenças, ampliando também o debate na perspectiva da Saúde Coletiva e da Psicologia Social da Saúde.

Ressalta-se que os resultados desse estudo apontaram para dois momentos distintos na fala dos entrevistados. O primeiro diz respeito ao momento em que, quando solicitados a falar sobre a Aids, os profissionais falavam a partir de sua pessoa, sem a regulação de um papel social definidor. Neste caso, emergiram crenças estereotipadas e preconceituosas frente à pessoa que vive com HIV/Aids e à própria doença. O segundo momento emergiu quando eles falavam a partir de sua profissão, ou seja, assumindo o papel de profissional de saúde. Neste caso, apresentaram discursos considerados como “politicamente corretos”, que se referiam à importância de uma prática de cuidado efetiva frente às DST/Aids e da inclusão dessa temática na rotina do serviço, prejudicadas pela restrição do tempo e das diversas atribuições que a AB têm, sendo, portanto, o serviço especializado o melhor lugar para receber essas pessoas e essa demanda, justificado pela falta de preparo técnico. Entretanto, observa-se que não se trata de competência técnica, mas sim de preparo psicossocial em reconhecer e saber lidar com suas próprias dificuldades.

Assim, fica claro que, desde o início da epidemia, há grandes barreiras no trabalho com HIV/Aids, onde, como esse estudo apontou, o medo da contaminação afasta os profissionais de saúde da AB desse tipo de demanda. Evidencia-se que a “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, não se encontra aberta para todas as demandas, nem preparadas para todos os atendimentos. Ainda há muitos entraves para garantir, de fato, a acessibilidade às populações vulneráveis às DST/Aids, às pessoas que vivem com HIV/Aids e, mais além, à essa temática.

Neste sentido, é necessário definir as prioridades em termos de DST/Aids; propor ações estratégicas para aproximar a prevenção da assistência; desconstruir fluxos e processos de trabalho que causam entraves dentro do serviço e em toda a rede e, para tanto, reorganizar e articular os serviços; e garantir a efetividade da referência e contra referência, descentralizando o cuidado. Mas também é necessário estruturar os serviços, garantindo a disponibilidade de insumos; capacitar os profissionais clinicamente, tornando-os capazes para identificar as diversas vulnerabilidades presentes no território e nos próprios usuários, além de promover espaços de debates para que se possa rever crenças pessoais e aquelas que estejam sendo compartilhadas pelos profissionais, que repercutem diretamente na qualidade do cuidado. Assim, ao preparar os profissionais para um atendimento humanizado, são garantidos os princípios da universalidade, integralidade e equidade dentro da AB.

A ampliação do acesso ao diagnóstico em serviços de AB e a incorporação, nas linhas de cuidado desenvolvidas nas USF, como grupo de mulheres, idosos, entre outros, de temáticas relevantes, como sexualidade, direitos reprodutivos, sinais e sintomas de DST, são medidas estratégicas de prevenção que podem ser colocadas em prática pelas equipes. Para isso, é necessário o comprometimento e a responsabilização da gestão, organizando a definição de prioridades na agenda da AB e garantindo os insumos e os treinamentos necessários para que se tenham recursos humanos e materiais nas USF para se trabalhar com as DST/Aids.

Aponta-se, dessa forma, para a necessidade de implantar um sistema de monitoramento e avaliação das ações referentes às DST/Aids nas USF, visto que esse estudo foi realizado apenas com uma amostra de USF isoladas, sendo também necessário acompanhar essas ações em todos os serviços da AB, ou seja, USF isoladas e integradas. Também se faz necessária a ampliação do debate acerca das DST/Aids nas unidades,

abrangendo todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho, aproveitando a multidisciplinaridade que a ESF oferece para a garantia da integralidade e permitindo a reflexão do que é feito, de como se faz e do que deve ser realizado para se aprimorar as práticas de cuidado e os modos de se fazer saúde nas USF.

- Amato, T. C., Silveira, P. S., Oliveira, J. S. & Ronzani, T. M. (2008). Crenças e comportamentos sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde. *Estudos e Pesquisas em psicologia*, UERJ, ano 8, 3, pp. 744-758.
- Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), pp. 455-464.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Comunic, Saúde, Educ*, 6 (11), pp. 11-24.
- Ayres, J. R. C. M. (2004a). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8 (14), pp. 73-92.
- Ayres, J. R. C. M. (2004b). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), pp. 16-29.
- Ayres, J. R. C. M., França, I., Júnior, Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: In: Czeresnia D, Freitas ECM. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, pp.117-139.
- Bar-Tal, D. (2000). *Shared beliefs in a society: Social Psychological Analysis*. Sage Publication Inc.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), pp. 401-412.
- Braga, P. P. (2006). *Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994, - 17. Ed. Brasília: 405p. – (Série textos básicos; nº 25).
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080* - de 19 de setembro de 1990 - DOU de 20/9/90 - Lei Orgânica da Saúde - alterada.
- Brasil. (1996). *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Dispõe sobre a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.
- Brasil. (1997). *Saúde da família*: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1998). *Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade*: Manual do Agente Comunitário de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1999). *Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes*. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS)*: princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001). *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01*. Regionalizando a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *Regionalização da Assistência à Saúde*: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação

complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2004a). *Plano estratégico do Programa Nacional de DST/Aids 2004 – 2007*.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil (2004b). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil (2005a). *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. p. 64 (Série Manuais n.º 66).

Brasil. (2005b). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher – Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).

Brasil. (2006a). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, v.7).

Brasil (2006b). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

- Brasil (2006c). *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil (2007). *Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS. p. 291. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).
- Brasil. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009a). *13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e Desenvolvimento: relatório final*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009b). *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009c). *Saúde na escola*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24).
- Brasil (2009d). Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação: Paraíba. Brasília-DF.
- Brasil. (2010a). *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. (Série Manuais, n. 46).

Brasil (2010b). *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento*. Consultora Wilza Vieira Villela. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV.

Brasil. (2011a). *Portaria 2.488/2011, 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.

Brasil (2011b). *Versão preliminar Boletim Epidemiológico Aids DST*. Ministério da Saúde. Ano VIII, nº 01.

Brito, A. M., Castilho, E. A. & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 34 (2), pp. 207-217.

Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, 3 (1-2), jan.-dez., pp. 51-74.

Campos, G. W. S. (2007). Há pedras no meio do caminho do SUS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), p. 298.

Castanha, A. R, Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *PSICO*, 37 (1), jan.-abr., pp. 47-56.

Cruz, M. C. C. (2009). *O conceito de cuidado à saúde*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.

- Cruz, E. & Brito, N. (2000). *Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de Aids.* Brasília: – Grupo de Incentivo à Vida. Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 9 (1), pp. 7-14.
- Diniz, R. F. & Saldanha, A. A. W. (2007). Representações sobre AIDS na velhice por Agentes Comunitários de Saúde. In: *VIII Congresso Virtual HIV/AIDS: Novas perspectivas sobre a infecção VIH/SIDA e doenças relacionadas*, Lisboa.
- Dittz, E. S. (2006). *A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
- Duarte, G.A. (1998). Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1), pp. 125-130.
- Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V. & Rodrigues, M. A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), pp. 669-681.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), jan.-abr., pp. 155-164.
- Fekete, M. C. (2000). A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa*

- metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS/OMS, pp. 51-57.
- Ferraz, D. A. S. (2008). *Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa Unidade de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Ciências – Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP.
- Ferraz, D. A. S. & Nemez, M. I. B. (2009). Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (2), pp. 240-250.
- Ferreira, C. T. & Silveira, T. R. (2004). Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 7 (4), pp. 473-87.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26 (3), pp. 393-407.
- Figueiredo, M. A. C. (2001). Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2 (1), jan.-mar., pp. 17-24.
- Figueiredo, M. A. C., Moya, A. L. & Souza, L. B. (2007). O cuidado em HIV/aids no contexto da Saúde da Família. In: *VIII Congresso Virtual HIV/AIDS: Novas perspectivas sobre a infecção VIH/SIDA e doenças relacionadas*, Lisboa.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1), pp. 105-109.
- Fortes, P. A. C. & Spinetti, S. R. (2004). O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, 20 (5), out, pp. 1328-33.

Freire, F. M. S. (2009). A Psicologia na atenção básica à saúde: uma relação dialógica com o SUS? Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

Galvão Neto, C. J. M., Pereira, L. B., Wiese, I. R. B. & Saldanha, A. A. W. (2011). Práticas Sexuais e Prevenção às DST/Aids: Discursos de adolescentes do Agreste Paraíbano. In: *16º Encontro Nacional da ABRAPSO*, Recife, PE. Anais do 16º Encontro Nacional da ABRAPSO.

Giovanella, L., Lobato, L.V.C., Carvalho, A.I., Conill, E. M. & Cunha, E. M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 26 (60), pp. 37-61.

Gir, E., Costa, F. P. P. & Silva, A. A., (1998). A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Revista Esc Enf USP*, 32 (3), out., pp.262-72.

Gomes, R., Nascimento, E. F. & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23 (3), mar., pp. 565-574.

Gouveia, V.V. (2006). *Psicologia Social dos Valores Humanos*. São Paulo: Editora SENAC.

Guaragna, B. F. P., Ludwig, M. L. M., Cruz, A. L. P., Graciotto, A. & Schatkoski, A. M. (2007). Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/AIDS: relato de experiência. *Rev HCPA*, 27, pp. 35-8.

Henrique, F. & Calvo, M. C. M. (2008). Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (4), pp. 809-819.

- João Pessoa (2009). *Guia de Serviços do SUS – A saúde avança com a sua voz*. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). João Pessoa, PB.
- Krügher H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima, M. E. O. & Pereira, M. E., (Orgs.). *Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas*. Salvador: EDUFBA, pp. 7-25.
- Le Bon, G. (2002). *As opiniões e as crenças* (N. J. Garcia, trad.). São Paulo: Ícone Editora. (Publicação Original 1921). Formato e-book. Disponível em: <<http://ateus.net/ebooks/>>.
- Lopes, M. J. M. & Leal, S. M. C. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24, jan.-jun., pp. 105-125.
- Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., Silveira, R. S., Soares, N. V. & Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 12 (6), nov-dez, pp. 933-9.
- Maliska, I. C. A., Padilha, M. I., Vieira, M. & Bastiani, J. (2009). Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/Aids. *Rev Gaúcha Enferm*, 30 (1), mar., pp. 85-91.
- Mann, J. & Tarantola, D. J. M. (Eds.) (1996). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Mattos, R. A. (2001). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R., Mattos R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, pp. 39-64.
- Medeiros, B. (2010). A relação entre religiosidade, culpa e avaliação da qualidade de vida. no contexto do HIV/Aids. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

- Melchior, R. (2000). *Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: uma análise qualitativa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Gonçalves, R. B. M. (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Meneghin, P. (1996). Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. (1996). *Rev. Esc. Enf. USP*, 30 (3), dez., pp. 399-415.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Capos, C. R., Malta, D. C., Reis, A. T., Santos, A. F. & Merhy, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed.
- Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 108-137.
- Monteiro, M. J. & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psic., Saúde & Doenças*, 7 (1), pp. 125-136.

- Moura, J. M., Gir, E. & Canini, S. R. M. S. (2006). Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais, Brasil. *Cienc. enferm.* [online], 12 (1), pp. 29-37.
- Narciso, A. M. S. & Paulilo, M. A. S. (2001). Adesão e Aids: alguns fatores intervenientes. *Serv. Soc. Rev. Londrina*, 4 (1), pp. 27-43.
- Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Helena, E. T. S., Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., Alves, M. T. S. S. B., Alencar, T. M. D. & Ferraz, D. A. S. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online], 55 (2), pp. 207-212.
- Oliveira, A. C., Oliveira, J. C., Pita, J. R. & Cardoso, S. M. (2009). A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista Referência*, II série, 11, dez., pp. 7-22.
- Oliveira, I. C. V., Araújo, L. F. & Saldanha, A. A. W. (2006). Percepções dos Profissionais de Saúde acerca da Aids na Velhice. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18 (2), pp. 143-147.
- Oliveira, S. F. & Albuquerque, F. J. B. (2008). Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.* [online], 20 (2), pp. 237-246.
- Paim, J. S. (2003). Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, pp. 161-174.
- Paim, J. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Públ.*, 32 (4), pp. 299-316.

- Paiva, V. (2002). Sem Mágicas Soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, 6 (11), pp.25-38. 2002.
- Paula, I. A. & Guibu, I. A. (Orgs.) (2007). *DST/aids e rede básica: uma integração necessária*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.
- Pereira, L. B. (2009). As relações de gênero e o conhecimento de métodos contraceptivos na adolescência. Monografia, Curso de Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.
- Pereira, L. B., Wiese, I. R. B. & Saldanha, A. A. W. (2009). Contracepção, adolescência e as relações de gênero. In: *I Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais*, João Pessoa, PB. Anais do I Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais.
- Pimentel, P. L. B., Silva, J. & Saldanha, A. A. W. (2008). Uso de preservativo e atitudes de estudantes universitários frente ao HIV/AIDS: entre o saber e o exercício do saber. In: *IX Congresso Virtual HIV/AIDS - A infecção VIH e o direito*, Lisboa.
- Ribeiro, M. M. (2005). *Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: Uma Investigação do Padrão Etário por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
- Ribeiro, K. C. S. & Saldanha, A. A. W. (2010). Vulnerabilidade dos Adolescentes Paraibanos à DST/HIV: prevalência do uso do preservativo. In: *X Virtual Congresso: Infecção HIV/SIDA nos Países de Língua Portuguesa*, Lisboa.
- Ribeiro, K. C. S., Silva. J. & Saldanha, A. A. W. (2011). Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens. *DST – Jornal Bras Doenças Sex Transm*, 23 (2), pp. 84-89.

- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 17 (4), p.151-160.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2002). *Psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues Júnior, A. L. & Castilho, E. A. (2004). A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37, pp. 312-17.
- Rokeach M. (1981). *Crenças, Atitudes e Valores*. Teoria de organização e Mudança. Rio de Janeiro: Interciênciam.
- Ronzani, T. M. (2007). A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (1), pp. 38-43.
- Rosário, F. P. P., Oliveira, M. C. & Portugal, M. A. L. (2009). Experiência em oficinas: Enlaçando saberes, sexualidades e prevenção às DST/aids. In: Universidade Estadual da Bahia. *Anais do I Seminário Internacional Enlaçando sexualidades: educação, saúde, movimentos sociais, direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Salvador, BA: EDUNEB.
- Russo, G. H. A. (2003). Aids: convivendo com um filme de terror? *Expressão*, 34 (1-2), jan.-dez, pp. 9-23.
- Sadala, M. L. A. & Marques, S. A. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], 22 (11), pp. 2369-2378.
- Sala, A., Nemes, M. I. B. & Cohen, D. D. (2000). Avaliação na prática programática. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Gonçalves, R. B. M. (Orgs.) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, pp. 173-93.

- Saldanha, A.A.W. (2003). *Implantação de um Programa de Pesquisa e Atendimento Psicossocial à Aids. Estudo de Representações sobre a Aids e seus Determinantes Visando a Formação Profissional para o Atendimento Psicossocial a Pacientes.* Programa de pesquisa financiado pelo CNPQ. São Paulo/USP.
- Schraiber, L. B. (1997). No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (1), pp. 123-38.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), pp. 421-429.
- Silva, D.C., Alvim N.A.T. & Figueiredo P.A. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 12 (2), pp. 291 - 298.
- Silva, G. R., Rodrigues, T. P., Carvalho, D. P. & Lourenço, L. M. (2005). Um estudo das crenças no que concerne à utilização de Armas de fogo enquanto causa da violência/agressividade. *Revista Virtú (UFJF)*, 1, p. 7.
- Silva, J., Fontes, K. S. & Saldanha, A. A. W. (2009). AIDS é uma doença de jovens: vulnerabilidade ao HIV/AIDS em pessoas na maturidade e velhice. In: *Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia*, São Paulo. Anais do Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia - Subjetividade, Cultura e Poder, pp. 1-7.
- Silva, J., Fontes, K. S., Saldanha, A. A. W. & Araújo, L. F. (2008). Aids , Estigma e Preconceito: a percepção da Terceira Idade. In: *IX Congresso Virtual HIV/AIDS - A infecção VIH e o direito*, Lisboa.
- Silva, L. M. S., Guimarães, T. A., Pereira, M. L. D., Miranda, K. C. L. & Oliveira, E. N. (2005). Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a corresponsabilidade entre o

- Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online], 14 (2), p. 97-104.
- Silva Júnior, A. G., Merhy, E. E. & Carvalho, L. C. (2003). Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, pp. 113-28.
- Simon, C. P., Silva, R. C. & Paiva, V. (2002). Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública* [online], 36 (4). pp. 82-87.
- Siqueira, S. A. V.; Senna, M. C. M.; Oliveira, P. T. R. & Pinto, L. F. (2002). Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 26 (60), pp. 25-36.
- Toledo, M. M. (2008). Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/Aids: uma revisão integrativa. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. São Paulo, SP.
- Valdes, T. L. (2004). González. Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Psicol. Am. Lat.*, 1, fev., pp. Disponível em: <http://psicolatina.org/Uno/las_creencias.html>.
- Vasconcelos, I. & Saldanha, A. A, W. (2009). Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. In: *IX Congresso Virtual HIV/AIDS: A Infecção VIH e o Direito*, Lisboa.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

C E R T I D Ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 72ª Reunião Ordinária realizada em 30.11.2010 com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **Avaliação das ações de promoção e prevenção às DST/AIDS na rede de Atenção Básica à Saúde na cidade de João Pessoa-PB** da pesquisadora responsável **Lidianny Braga Pereira**.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2010.


Uania Catão Maribondo Trindade
Coordenadora do CEP-SES/PB

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
JOÃO PESSOA-PB**



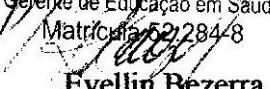
**Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde**

João Pessoa, 17 de janeiro 2011.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a), **LIDIANNY BRAGA PEREIRA**, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada **“Avaliação das ações de promoção e prevenção às DST/Aids na rede de atenção básica à saúde na cidade de João Pessoa- PB”**, a ser realizada no **DI, DII, DIII, DIV e DV** processo nº 00574/2011.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrecio-me,

Atenciosamente,
Evellin Bezerra
Gerente de Educação em Saúde
Matrícula 62.284/8

Evellin Bezerra

Gerente de Educação na Saúde

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SR(A). PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA,

Esta pesquisa intitula-se “Cuidado e prevenção às DST/Aids na rede de atenção básica à saúde”, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora mestrande Lidianny Braga Pereira, sob a orientação da Profª. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado) da Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de um trabalho exclusivamente acadêmico, **sem nenhum vínculo com qualquer órgão ou instituição governamental**.

Estamos realizando esta pesquisa em diversas Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de João Pessoa-PB, sendo nosso objetivo conhecer como cada serviço trabalha com o tema das doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e as hepatites B e C, e da Aids, auxiliando na identificação de alternativas para a inserção ou melhoria das atividades de cuidado e prevenção.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será aplicado um questionário com o responsável pela USF e serão feitas observações pelo pesquisador, para compreendermos o funcionamento da mesma. Posteriormente, serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde (como médico, enfermeiro e psicólogo) que trabalham na USF, para compreendermos suas crenças acerca da temática DST/Aids. Após, os dados serão organizados e analisados pelo pesquisador, facilitando a discussão dos resultados e as posteriores considerações.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, sua identificação será mantida em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará sempre monitorando a coleta dos dados, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado que o conhecimento dessas informações, dados e/ou material será usado pelo (a) responsável pela pesquisa apenas com propósitos científicos. **Lembrando que não se trata de uma supervisão que objetive alguma punição.**

Caso precise de alguma informação adicional ou tenha dúvidas, estamos à disposição! Desde já, obrigado!

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO I: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO ACERCA DO CUIDADO E DA E PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS NOS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA-PB

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA USF

1. Distrito Sanitário: _____ 2. Bairro: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

3. Sexo: () F () M 4. Idade: _____ anos 5. Profissão: _____

6. Quanto tempo trabalha na Atenção Básica: _____

7. Quanto tempo trabalha nesta Unidade: _____

ATENÇÃO: A seguir teremos uma série de perguntas sobre diversos aspectos das ações realizadas por esta Unidade. **Solicitamos que seja marcada apenas uma alternativa em cada questão**, ao menos nas questões que possibilitem mais de uma, sendo estas devidamente anunciadas.

➤ ABORDAGEM DAS DST/Aids

8. Se um paciente chega à unidade referindo prurido, corrimento, ferida em região genital ou dor pélvica, qual o procedimento padrão?

- (1) É realizado o atendimento no mesmo dia
- (2) É agendada consulta, no balcão ou recepção
- (3) É feito encaminhamento para outro Serviço
- (4) Não existe essa demanda

9. A sua unidade faz atendimento das DST?

- (1) Sim, através de atendimento por abordagem sindrômica (tratamento imediato).
- (2) Sim, após realização de exames (atendimento etiológico).
- (3) Não, os casos de DST são encaminhados para serviço especializado.
- (4) Outro. _____

10. Com relação ao parceiro de paciente com DST/Aids qual a conduta da unidade?

- (1) Convoca o parceiro
- (2) Envia o medicamento pelo(a) paciente
- (3) Realiza visita domiciliar
- (4) Não realiza nenhum tipo de abordagem

11. Qual a situação em que se encontra a Unidade em relação ao diagnóstico e tratamento das DST/Aids?

DST/Aids	TRATAMENTO NA UNIDADE	ENCAMINHA PARA OUTRO SERVIÇO	NÃO SABE
HIV/Aids			
Sífilis			

Hepatite B			
Hepatite C			

12. Caso o teste HIV seja oferecido aos usuários, esta unidade realiza o aconselhamento:

(1) Pré-teste (2) Pós-teste (3) Pré-teste e Pós-teste (4) Não realiza

13. Considere os Recursos Humanos desta Unidade hoje e responda. (Caso não haja a categoria profissional na unidade, indique com zero e não responda às perguntas referentes a treinamento, pulando para a próxima categoria)

PROFISSIONAIS DA UNIDADE	Quantidade	Treinados em Aconselhamento	Treinados em Abordagem Sindrômica	NÃO SABE
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de Enfermagem				
Dentista				
ACS		-	-	-
ACD		-	-	-
Recepção		-	-	-
Serviços Gerais		-	-	-
Marcador		-	-	-
Vigilante		-	-	-

➤ ACESSO AOS INSUMOS DE PREVENÇÃO

14. O preservativo masculino está disponível para a população no atendimento desta Unidade?

(1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

15. O preservativo feminino está disponível para a população no atendimento desta Unidade?

(1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

16. Na distribuição (entrega), é realizada orientação de uso do preservativo?

17. Geralmente qual a quantidade de preservativos que a unidade recebe por mês?

= Total de preservativos

18. Esta quantidade é suficiente?

(1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

19. Em 2010, a Unidade ficou algum tempo/mês sem preservativos?

- (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

20. Qual a conduta frente aos adolescentes que solicitam preservativos?

- (1) São fornecidos independentemente de estarem acompanhados de um adulto
 (2) São fornecidos somente se estiverem acompanhados do pai ou responsável
 (3) Não são fornecidos aos adolescentes

21. Sobre a distribuição dos preservativos nesta unidade:

- (1) É livre, ou seja, o usuário pega quantos quiser – não há um controle;
 (2) É controlada, ou seja, há uma quantidade específica a ser entregue por pessoa.

Qual é a quantidade/pessoa? _____

22. Qual população pega/solicita mais preservativo nesta unidade?

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| (1) Mulheres | (6) Gays e outros HSH |
| (2) Homens | (7) Travestis |
| (3) Idosos | (8) Profissionais do Sexo |
| (4) Adolescentes/Jovens | (9) Outros. _____ |
| (5) Usuários de Drogas | |

23. Sua Unidade recebe Gel Lubrificante íntimo?

- (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

Caso sim...

24. Qual população pega/solicita mais Gel lubrificante íntimo nesta unidade?

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| (1) Mulheres | (6) Gays e outros HSH |
| (2) Homens | (7) Travestis |
| (3) Idosos | (8) Profissionais do Sexo |
| (4) Adolescentes/Jovens | (9) Outros. _____ |

➤ **INTEGRAÇÃO COM AS AÇÕES DE CONTRACEPÇÃO E ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL**

25. Nesta unidade quais os métodos contraceptivos disponíveis para a população?

MÉTODOS	SEMPRE TEM	ÀS VEZES TEM	NUNCA TEM	NÃO SABE
Pílula				
Minipílula				
Pílula do Dia Seguinte				
Injetável				
DIU				
Diafragma				
Espermicida				
Preservativo Masculino				

Preservativo Feminino				
-----------------------	--	--	--	--

26. Sua unidade realiza atividades de planejamento reprodutivo para adolescentes?

- (1) Sim, somente se estiverem acompanhados de um adulto (pai/mãe ou responsável)
 (2) Oferece independentemente da companhia de um adulto.
 (3) Não realiza.

27. O teste de gravidez é feito na própria Unidade?

- (1) Sim, em todos os dias e horários.
 (2) Sim, em alguns dias e/ou horários.
 (3) Não, mas é colhido na Unidade.
 (4) Não.

28. Quando uma usuária chega com o resultado do teste de gravidez positivo, qual é o procedimento padrão?

- (1) Inicia-se o pré-natal, sendo feito já um primeiro atendimento na Unidade.
 (2) É agendada uma consulta de pré-natal na própria Unidade.
 (3) Esta unidade não realiza o pré-natal.
 (4) Outra: _____

29. No pré-natal são oferecidos os exames de:

EXAMES	SIM, SEMPRE	SIM, ÀS VEZES	NÃO	NÃO SABE
HIV				
Sífilis				
Hepatite B				
Hepatite C				

30. É oferecido o teste HIV para os parceiros das gestantes?

- (1) Sim, sempre (2) Sim, em caso de necessidade (3) Não (4) Não sabe

31. Qual a conduta da unidade frente às gestantes com VDRL e/ou HIV positivo que não comparecem durante o pré-natal?

- (1) É feita busca ativa através da própria unidade
 (2) É feita busca ativa através de outro serviço. Qual? _____
 (3) A vigilância epidemiológica é acionada
 (4) Não se aplica.

32. Com relação ao(s) parceiro(as) da gestante com VDRL e/ou HIV positivo a sua unidade faz a alguma ação para o comparecimento deste parceiro?

- (1) Sim. Qual ação? _____ (2) Não (3) Não sabe

33. Quantas gestantes HIV positivo foram identificadas/atendidas na sua unidade em 2010?
(Resposta numérica)

_____ = Total de gestantes HIV positivo

34. Quantas gestantes com outras DST foram identificadas/atendidas na sua unidade em 2010? (Resposta numérica)

_____ = Total de gestantes com outras DST. Qual tipo? _____

➤ **VACINAÇÃO**

35. Esta unidade oferece a vacina de Hepatite tipo B?

(1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

➤ **AÇÕES DE PREVENÇÃO**

36. A Unidade dispõe dos seguintes itens para a realização de atividades educativas?

ITENS	SIM	NAO	NAO SABE
Espaço Físico			
Televisão			
Vídeo/Aparelho de DVD			
Álbum Seriado de DST			
Modelo de Pênis			
Modelo Pélvico Feminino			
Retroproyector/ Data Show			
Kit de Planejamento Familiar			
Fitas de vídeo/DVD educativos			
Folhetos sobre DST/Aids			

37. Em que momentos assistenciais a prevenção às DST/Aids é discutida?

ITENS	SIM, SEMPRE	SIM, ÀS VEZES	NAO	NAO SABE
Atendimento às queixas ginecológicas				
Exame de Papanicolau				
Planejamento familiar				
Realização do teste de gravidez				
Atendimento às gestantes				
Entrega de preservativos				
Realização do teste de HIV				
Atendimento aos idosos				
Atendimento aos adolescentes				
Consulta médica				
Consulta de enfermagem				

38. A sua unidade realiza alguma atividade fora da unidade/serviço de prevenção às DST/Aids? (Aceita mais de uma alternativa)

- () Não realiza tais atividades
 () Escola () Associações de amigos do bairro
 () Comunidade () Atividades de esporte, lazer e cultura
 () Festas Comemorativas () Delegacias e presídios
 () Espaços Religiosos () Empresas
 () Outros. _____

39. Sua unidade realiza com regularidade alguma atividade de prevenção às DST/Aids para estas populações? (Aceita mais de uma alternativa)

- () Lésbicas () Gays
 () Bissexuais () Travestis
 () Idosos () Usuários de Drogas
 () Adolescentes () Profissionais do Sexo
 () Homens () Transexuais
 () Mulheres () Pessoas privadas de liberdade
 () Adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas
 () Outros. _____
 () A unidade não realiza ações de prevenção com estas populações.

40. Atualmente, esta unidade tem condições de participar de uma campanha de testagem para o HIV?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sabe

➤ **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

41. Nesta cidade, os medicamentos para DST/Aids ficam centralizados?

- (1) Sim, em Serviço Especializado (3) Sim, no Distrito
 (2) Sim, na Secretaria da Saúde (4) Não

42. Sua unidade recebe regularmente os medicamentos para tratamento de DST/Aids?

- (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

43. No momento em que o paciente soropositivo recebe medicamentos, é feito atendimento e orientação?

- (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (3) Não (4) Não sabe

➤ **LABORATÓRIO**

44. A coleta dos exames abaixo citados é realizada em sua unidade? (Indique o tempo de espera pelo resultado em dias)

EXAME	SIM	NÃO	NÃO SABE	DIAS DE ESPERA PELO RESULTADO
VDRL				
HIV				
Confirmatório HIV				

Sorologia Hepatite B e C			
Citológico			

45. Qual o procedimento para entrega de exames aos usuários?

- (1) O usuário recebe o exame sem precisar da avaliação de um profissional
 (2) Quando o usuário solicita esclarecimento, o exame é avaliado no momento da entrega
 (3) Quando o usuário solicita esclarecimento, o exame só será avaliado em outro momento
 (4) O usuário só recebe o exame após a avaliação de um profissional, ou seja, sempre recebe esclarecimento
 (5) Depende do tipo de exame
 (6) Outra: _____

➤ **VISÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELA USF**

46. Qual a população mais assistida, ou seja, que mais freqüenta, esta Unidade?

- 1º lugar: _____
 2º lugar: _____
 3º lugar: _____

47. Quais as 03 populações mais vulneráveis para adquirir HIV/Aids que você identifica na sua Unidade? (Assinale numericamente - 1,2 e 3 - em ordem crescente de vulnerabilidade)

- | | |
|------------------|---------------------------|
| () Mulheres | () Paciente com DST |
| () Gestantes | () Usuários de drogas |
| () Homens | () Travestis |
| () Idosos | () Profissionais do Sexo |
| () Adolescentes | () Outros. Quais? _____ |

48. A unidade realiza alguma ação específica em HIV/Aids para as populações mais vulneráveis, identificadas anteriormente?

- () Não () Sim. Quais ações? _____

49. Na sua opinião, os homens freqüentam esta unidade de saúde?

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| (1) Nunca | (4) Mais que as mulheres |
| (2) Menos que as mulheres | (5) Sempre |
| (3) Tanto quanto as mulheres | |

50. Quantidade de usuários que vivem com HIV na cobertura da USF: _____

Observe com atenção o questionário e verifique se você preencheu todas as questões. Agradecemos a sua colaboração!

APÊNDICE C – INSTRUMENTO II: ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES

**OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR ACERCA DO CUIDADO E DA E
PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS NOS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE
JOÃO PESSOA-PB**

Ande pela Unidade de Saúde e verifique a existência dos seguintes materiais educativos.

- Há cartazes afixados sobre os seguintes temas?
() Uso de preservativos masculinos
() Uso de preservativos femininos
() Incentivo à realização do teste HIV
() Transmissão Vertical
() HIV/AIDS
() Hepatite B e C
() Outras DST
() Câncer de Colo do útero
 - São oferecidos folhetos educativos sobre DST/Aids para a população? (1) Sim (2) Não
 - Há preservativos disponíveis no balcão/recepção? (1) Sim (2) Não
 - Em caso de mais observações: _____

APÊNDICE D – INSTRUMENTO III: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS ACERCA DO CUIDADO
E DA PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS NOS SERVIÇOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE
DE JOÃO PESSOA-PB**

OBS: Essa entrevista se reporta ao contexto das DST/Aids.

- 1 – Em sua opinião, o que leva as pessoas a se contaminarem com o HIV?
- 2 – Como você se sente trabalhando com pessoas soropositivas ao HIV?
- 3 – Todos os pacientes são iguais? Quais as diferenças?
- 4 – Quais as orientações dadas para o atendimento às DST/Aids aqui na Unidade?
- 5 – Como você vê o trabalho com DST/Aids aqui na Unidade e na Atenção Básica?
- 6 – O que leva os usuários que vivem com HIV/Aids a não freqüentarem a USF?
- 7 – Quais as condições que você considera difícil no contexto do atendimento às DST/Aids?
- 8 – Como você acha que deveria ser?
- 9 – Quais as estratégias utilizadas para superá-las?
- 10 – Como é o acolhimento dos profissionais de saúde da Unidade com os pacientes soropositivos ao HIV?
- 11 – Como é feita a detecção de casos de HIV?
- 12 – Após o diagnóstico positivo quais orientações são dadas?
- 13 – Após o diagnóstico negativo, quais orientações são dadas?
- 14 – Como funciona a referencia e contra referencia com relação ao HIV/Aids?
- 15 – Você preferia outra opção de trabalho?