UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

Ferla Maria Simas Bastos Cirino

**AÇÕES DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DA VULNERABILIDADE
PROGRAMÁTICA**

São Paulo
2011

FERLA MARIA SIMAS BASTOS CIRINO

**AÇÕES DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DA VULNERABILIDADE
PROGRAMÁTICA**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da USP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP.

Área de concentração:

Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:

Profª Drª Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

São Paulo

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cirino, Ferla Maria Simas Bastos

Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade programática / Ferla Maria Simas Bastos Cirino – São Paulo, 2011.

177 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

1. HIV 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida 3. Vulnerabilidade 4. Pesquisa qualitativa 5. Estudo de caso. I. Título.

NOME: FERLA MARIA SIMAS BASTOS CIRINO

TÍTULO: Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família
sob a ótica da vulnerabilidade programática.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da USP, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre
em Ciências junto ao Programa de Pós-
Graduação da Escola de Enfermagem da
USP

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Matheus, minha grande
inspiração, sem o qual tudo perderia o
significado;

Ao meu marido Claudio pelo companheirismo,
pela cumplicidade, pelo incentivo e pelo
apoio incondicionais;

Aos meus pais Maria Antonia, Ney, Marilene
e Mario pelas bases morais, educacionais e
pelo grande apoio e carinho durante toda
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, soberano ser que ilumina minha vida, por ter guiado meus passos nesta minha trajetória de sucesso;

À Profa. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata, pela minha inserção na Saúde Coletiva, pelo auxílio na elaboração desta dissertação, pelas horas extras, mas principalmente, pela amizade, pelos ensinamentos e pelo incentivo contínuo;

À Fernanda Aparecida Franco, amiga sempre presente e dedicada, por ter dividido comigo todas as dúvidas, as incertezas, as angústias e as alegrias desse mestrado;

Aos membros do grupo de pesquisa "Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva" da Escola de Enfermagem da USP pela oportunidade do aprendizado e pela contribuição no aperfeiçoamento deste estudo;

Às professoras do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial à Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi pelo estímulo e pela confiança em mim depositada;

À Profa. Dra. Renata Takahashi e Profa. Dra. Lislaine Fracolli, pela preciosa contribuição no Exame de Qualificação;

À UNASP por ceder, gentilmente, o campo para realização desta pesquisa;

Às gerentes e às equipes de saúde da família do Capão Redondo pela valiosa participação nos grupos focais;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico - CNPq que apoiou financeiramente o desenvolvimento do projeto (Processo no.571057/2008 0);

A todos os meus colegas de trabalho, a minha gerente Vânia Martins e em especial, a minha **Equipe A** - Dr. Roberto Higa, Conceição Santos, Patricia Fraga, William Florêncio, Angela Santos, Claudia Dornelas, Fátima, Mirtes Almeida e Paula Graziela pela amizade, pelo carinho e pela confiança no meu trabalho;

À amigas Hellen Werneck, Jacilene Souza, Naide Oliveira, Rosilene Amorim e Wilma Everti pela amizade e pelo carinho;

Por fim, gostaria de estender os meus agradecimentos a todos aqueles que anonimamente ajudaram, fornecendo informações, idéias e críticas, algumas das quais essenciais para a execução deste trabalho.

"Senhor dá-me serenidade para aceitar tudo aquilo que não pode e não deve ser mudado. Dá-me força para mudar tudo o que pode e deve ser mudado. Mas, acima de tudo, dá-me sabedoria para distinguir uma coisa da outra."

Dr. Reinhold Niebuhar

Cirino FMSB. Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade programática. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2011.

RESUMO

As ações de prevenção ao HIV/aids na ESF foram objetos desse estudo, cujo objetivo foi analisá-las, sob a ótica da vulnerabilidade na sua dimensão programática, identificar como as equipes de saúde da família reconhecem a vulnerabilidade ao HIV/aids nos seus territórios; descrever as ações de prevenção direcionadas às populações reconhecidas pelas equipes como vulneráveis e caracterizar as dificuldades, as potencialidades e os desafios na prevenção ao HIV/aids na ESF. Para alcançar tais objetivos optou-se por um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando-se a metodologia do Estudo de Caso. O conceito de vulnerabilidade, em sua dimensão programática, foi usado como quadro teórico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com gerentes de UBS de Saúde ou pessoas indicadas por eles e mediante técnica de grupo focal com equipes de saúde da família. O estudo foi conduzido no período de junho a dezembro de 2009, em 11 Unidades do distrito de Capão Redondo, região sul do Município de São Paulo, Brasil. Os resultados apontam que as equipes reconhecem a vulnerabilidade ao HIV/aids em seus territórios atrelada à dimensão individual, fundamentada na noção de risco da epidemiologia tradicional, identificando grupos ou comportamentos de risco. Fundamentadas nos mesmos conceitos, percebeu-se o predomínio de intervenções informativas, de caráter prescritivo e normativo, que tinha como principal finalidade a mudança de comportamento do indivíduo. Ações fortemente baseadas no modelo biomédico hegemônico. Como dificuldades encontradas destacaram-se àquelas relacionadas ao processo de trabalho das equipes, que apontam sobrecarga de trabalho pelas demandas dos programas prioritários; alta rotatividade dos profissionais e falta de capacitação dos mesmos para a prevenção ao HIV. A maior potência da ESF na prevenção da aids encontra-se no princípio da longitudinalidade, que permite qualificar o reconhecimento da vulnerabilidade do território e planejar as ações de prevenção de acordo com as necessidades da população. O maior desafio apontado pelas equipes está em reconhecer o processo de produção e reprodução social como determinante da vulnerabilidade ao HIV. Por fim, conclui-se que o modelo técnico-assistencial vigente na atenção básica, apesar de sua reconhecida potencialidade, ainda apresenta práticas embasadas na noção de risco e no modelo biomédico hegemônico, determinando, assim, a vulnerabilidade programática na prevenção ao HIV/aids.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Vulnerabilidade, Pesquisa Qualitativa, Estudo de Caso.

Cirino FMSB. Actions to prevent HIV/AIDS in the Family Health Strategy from the perspective of programmatic vulnerability. [dissertation]. São Paulo (SP): Nursing School of USP; 2011.

ABSTRACT

Actions to prevent HIV/AIDS in the FHS were objects of this study, whose objective was to analyze them from the perspective of vulnerability in its programmatic dimension, to identify how the family health teams recognize the vulnerability to HIV/AIDS in their territories; describe the preventive actions directed to the populations recognized by the teams as vulnerable and characterize the problems, potentiality and challenges in the prevention of HIV/AIDS. To achieve these goals was chosen an exploratory study with a qualitative approach, using the methodology of the Case Study. The concept of vulnerability in its programmatic dimension, was used as a theoretic framework. Data collection was conducted through semi-structured interviews with managers of Basic Health Units or people appointed from them and through focus group technique with family health teams. The study was conducted from June to December 2009, in 11 units in the district of Capão Redondo, south of São Paulo city, Brazil. The results show that teams recognize the vulnerability to HIV / AIDS in their territories linked to the individual dimension, grounded in the notion of risk in traditional epidemiology, identifying risk groups or risk behaviors. Reasoned on the same concepts, it was noted the predominance of interventions informational, and normative and prescriptive character that had as main purpose to change the behavior of individual. Actions strongly based on the hegemonic biomedical model. As difficulties faced stood out to those linked to the process of work teams, which aim to work overload by the demands of the priority programs, high turnover and lack of professional training to prevent HIV/AIDS. The biggest potential of the FHS is in the principle of longitudinality, which allows to qualify the recognition of the vulnerability of the territory and to plan preventive actions according to the needs of the population. The biggest challenge is appointed by the teams in recognize the process of social production and reproduction as a determinant of vulnerability to HIV/AIDS. Finally, we conclude that the current technical health care model in primary care, despite its recognized potential also presents practices based in the notion of risk and the hegemonic biomedical model, thus determining the programmatic vulnerability in preventing HIV/AIDS.

KEYWORDS: HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome, Vulnerability, Qualitative Research, Case Study.

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário da Saúde
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA	-	Unidade de Assistência Médica Ambulatorial
ARV	-	Antirretrovirais
COAS	-	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CRT	-	Centro de Referência e Tratamento
CTA	-	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	-	Homens que fazem sexo com outros homens
MS	-	Ministério da Saúde
ONGs	-	Organizações Não Governamentais
PAS	-	Plano de Atendimento a Saúde
PE-DST/aids-SP	-	Programa Estadual de DST/aids de São Paulo
PM-DST/aids-SP	-	Programa Municipal de Prevenção e Controle de DST/aids
PN-DST/aids	-	Programa Nacional de DST/aids
PSF	-	Programa Saúde da Família
QUALIS	-	Qualidade Integral à Saúde
SAE	-	Serviço de Assistência Especializada
SF	-	Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SUVIS	-	Supervisão Vigilância em Saúde
TARV	-	Terapia Antirretroviral
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde e da Família
UNIAIDS	-	Joint United Nations Programmers on HIV/AIDS
UNASP	-	Centro Universitário Adventista de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Objeto de estudo, categoria analítica e subcategorias.	51
Figura 1 - Mapa com a localização da área da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e seus respectivos distritos administrativos, Município de São Paulo, 2009.	52
Figura 2 - Mapa com a distribuição das 11 Unidades Básicas de Saúde, localização da área da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, Distrito Administrativo de Capão Redondo. Município de São Paulo, 2009.	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família, em relação ao ano de implantação, quantitativo de equipes, número de famílias cadastradas e população, segundo faixas etárias. Capão Redondo, São Paulo, 2009.	55
Tabela 2 - Distribuição das unidades segundo suas características em relação à estrutura física e equipamentos. Capão Redondo, São Paulo, 2009.	58
Tabela 3 - Caracterização dos participantes das equipes de saúde nos grupos focais, segundo sexo, faixa etária, religião, tempo de trabalho na área da saúde e na ESF por categorias profissionais. Capão Redondo, São Paulo, 2009.	61
Tabela 4 - Distribuição das unidades segundo populações que consideraram vulneráveis ao HIV/aids e o número de atividades de prevenção ao HIV/aids realizadas por elas. Capão Redondo, São Paulo, 2009.	68
Tabela 5 - Distribuição das unidades segundo grupos populacionais em que é oferecido o teste anti-HIV. Capão Redondo, São Paulo, 2009.	69

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Aids: estatísticas e tendências da epidemia	18
1.2	Histórias dos programas brasileiros de enfrentamento da epidemia no âmbito nacional, estadual e municipal	23
1.3	O enfrentamento do HIV/aids na atenção básica	30
1.3.1	O fortalecimento e reorganização da atenção básica de saúde e a criação do Programa Saúde da Família	30
1.3.2	O processo de descentralização no enfrentamento do HIV/aids.....	35
2	OBJETIVOS	47
2.1	Geral.....	47
2.2	Específicos	47
3	CAMINHO METODOLÓGICO	48
3.1	Opção metodológica.....	48
3.2	Base teórico-conceitual	49
3.2.1	Vulnerabilidade ao HIV/aids	49
3.3	Campo de estudo	52
3.4	Fonte do material empírico	59
3.5	Sujeitos e instrumentos da pesquisa	59
3.6	Etapas do estudo.....	62
3.7	Análise dos dados	63
3.8	Aspectos éticos.....	65
4	RESULTADOS E ANÁLISE.....	66
4.1	Reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV/aids	66
4.1.1	Reconhecendo a vulnerabilidade ao HIV/aids do território, segundo a ótica dos gerentes das unidades	66
4.1.2	Reconhecendo a vulnerabilidade ao HIV/ aids do território, segundo a ótica das equipes de saúde da família	69
4.2	Prevenção do HIV/aids na estratégia saúde da família	76
4.2.1	Ações de prevenção voltadas para populações reconhecidas como vulneráveis ao HIV/aids sob a ótica das equipes	76

4.2.2	Dificuldades e potencialidades apontadas pelas equipes na prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família ..	85
4.2.3	Desafios apontados pelas equipes na prevenção do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família.....	94
5	DISCUSSÃO	97
6	À GUIA DE CONCLUSÃO	116
7	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	128
	Apêndice 1 - Questionário semi-estruturado aplicado aos gerentes .	114
	Apêndice 2 - Roteiro para realização do Grupo Focal.....	122
	Apêndice 3 - Frases temáticas	125
	ANEXO	176
	Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido	176

APRESENTAÇÃO

Minha primeira aproximação à Estratégia Saúde da Família foi através do meu esposo, médico de uma equipe num município do interior da Bahia, onde em algumas oportunidades pude realizar trabalhos voluntários, me familiarizando com a Estratégia que a cada momento se tornava mais interessante para mim. Formada em Medicina Veterinária e trabalhando na área há cinco anos na cidade de Salvador (BA), em 2005, por questões pessoais mudei para São Paulo e resolvi ingressar numa nova graduação, desta vez em Enfermagem, a fim de redirecionar minha vida profissional para objetivos mais próximos às minhas novas expectativas – Saúde Pública. Durante o curso, na disciplina de Saúde da Mulher, tive meu primeiro contato com a iniciação científica quando realizei pesquisa com a temática “câncer de colo uterino em adolescentes e adultas jovens”, resultando em um trabalho apresentado em evento científico.

Na segunda metade do curso de enfermagem resolvi realizar pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em PSF a fim de subsidiar ainda mais minha formação. Desenvolvi tema de TCC aprofundando a temática de câncer de colo uterino na população adolescente, com término ainda na graduação de Enfermagem. Da experiência de orientação do TCC da especialização, fui convidada a ingressar no Grupo de Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, cadastrado no CNPq, aonde venho participando ativamente das reuniões de discussão.

Ainda na graduação desenvolvi pesquisa na temática HIV/aids na perspectiva da vulnerabilidade individual, apresentado como TCC, ganhando na ocasião o prêmio de melhor apresentação de TCC.

Atualmente sou Enfermeira e trabalho atuando na ESF do Município de Diadema, desde 2009, onde tenho a oportunidade de vivenciar diariamente as limitações e os obstáculos que dificultam o enfrentamento do

HIV/aids nesta Estratégia. Mas, permite-me, também, identificar as potencialidade desta na prevenção às DST/aids e na melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

Esta vivência cotidiana me deu subsídios para qualificar as discussões sobre esse tema, contribuindo para o aperfeiçoamento desta investigação.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no desafio que o grupo de pesquisa vem assumindo de desenvolver pesquisas no sentido de adensar o conceito de vulnerabilidade em saúde, aqui especificamente em HIV/aids.

A produção científica sobre a epidemia de HIV/aids é vasta, porém são poucos estudos que analisam as práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica e, em particular, na Estratégia Saúde da Família (ESF), na prevenção ao HIV/aids. Justifica-se, assim, a realização do presente estudo, cujos resultados subsidiarão as práticas das equipes e a produção de novas investigações.

O envolvimento da Atenção Básica com as questões da aids ainda é bastante recente. No município de São Paulo iniciou-se com a implantação da disponibilização do mais importante insumo de prevenção ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) – o preservativo masculino, em 1996, em todos os serviços de saúde, o que caracterizou a primeira ação oficializada de prevenção ao HIV/aids na Atenção Básica.

A partir de então houve uma crescente tendência a descentralização das ações de prevenção ao HIV motivada pelas mudanças no perfil da epidemia e pela necessidade de ampliação do acesso às ações de prevenção. Em 1999 inicia-se o processo de articulação do Programa de DST/aids com a Atenção Básica, para a implementação de ações programáticas e, em 2003 ocorreu a introdução da testagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A prevenção ao HIV/aids na ESF é objeto desta investigação. Parte-se do pressuposto que esta Estratégia tem como principal objetivo *“melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um*

modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade” (Brasil, 2001).

Tem-se como hipótese que as práticas de prevenção ao HIV/aids das equipes da ESF expressam vulnerabilidade na dimensão programática, relacionada às contradições entre as políticas de enfrentamento ao HIV/aids e o trabalho concreto das equipes. Sem desconsiderar as outras dimensões da vulnerabilidade, o presente estudo busca identificar e analisar os marcadores que indicam tal vulnerabilidade nas Unidades investigadas.

Para melhor definição e construção do objeto de estudo recorreu-se ao resgate histórico dos trinta anos de epidemia de aids. Inicialmente, apresentou-se as estatísticas, o panorama epidemiológico, a magnitude e as tendências da aids no Brasil e no mundo. Posteriormente enfatizou-se o enfrentamento do HIV/aids, ao longo desses anos, através do resgate histórico das políticas brasileiras no âmbito nacional, estadual e municipal e seus respectivos programas de enfrentamento. E, por fim aborda-se o enfrentamento do HIV/aids na atenção básica e o processo de descentralização das ações.

1.1 AIDS: estatísticas e tendências da epidemia

O surgimento da epidemia de aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no início da década de 80 causou grande impacto social. A imagem da doença foi construída baseada no estigma e no preconceito, acreditando que se tratava de uma doença de homossexuais, chegando a ser identificada pela imprensa nacional e internacional como “*câncer gay*” (Mann et al, 1993; Souza, Leite, 2008).

O mundo não se dava conta de que estava diante de uma doença incurável e devastadora. Os mecanismos conhecidos de enfrentamento das doenças infecciosas a que estavam acostumados não eram suficientes para responder e controlar esta nova epidemia, desafiando as autoridades sanitárias mundiais, bem como as tecnologias e saberes ditos modernos para a época. Os serviços de saúde não estavam preparados para absorver esta nova demanda que a ciência ainda não conseguia explicar em sua totalidade (França, 2008; Marques, 2002).

A disseminação do vírus parece ter iniciado no final da década de 1970, sendo descrita pela primeira vez, em 1981, em jovens homossexuais americanos, mas, rapidamente, se disseminou, acometendo logo nos primeiros anos cerca de 20 países. É possível que já houvesse, no início, por volta de 100.000 pessoas infectadas em todo o mundo (Mann et al, 1993).

Atualmente, há cerca de 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e 25 milhões de mortes por aids. Em 2009, foram registrados 2,6 milhões de novos casos, 2 milhões de mortes e 370 mil crianças nascidas com HIV. A África Subsaariana é a mais afetada, representando cerca 70% de todas as pessoas soropositivas no mundo e 3/4 (75%) das mortes por aids (Un aids, 2010).

Na América Latina, 1,4 milhões de pessoas vivem com o vírus, sendo observado 92 mil novos casos e 58 mil óbitos por aids em 2009. Observam-se as maiores taxas no Brasil e no México (Un aids, 2010).

No Brasil a doença foi notificada pela primeira vez em 1982, porém, tempos mais tarde, num estudo retrospectivo, detectou-se a ocorrência de um caso de aids no estado de São Paulo, no ano de 1980, passando-se este a ser considerado como marco inicial da epidemia no país (Marques, 2002).

Até junho de 2010, foram notificados 592.914 casos de aids no país. O estudo da série histórica brasileira das taxas de incidência de aids no país sugere que a epidemia apresentou crescimento significativo até meados da década de 1990, quando começou a apresentar tendência à estabilização, no entanto, epidemiologistas consideram que a análise desses dados isoladamente é insuficiente para uma afirmação decisiva sobre o futuro da epidemia (Unids, 2010; Brasil, 2010).

Observa-se que a mortalidade por aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996, atribuindo esta queda à introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) e à descentralização do atendimento, entretanto, a aids segue como uma das principais causas de morte no mundo (Unids, 2010; Brasil, 2010).

São Paulo é o estado brasileiro que apresenta o segundo maior número de casos do país, perdendo apenas para o estado do Rio de Janeiro. Dados da Base Integrada Paulista de aids (BIP-aids) indicam que, até junho de 2009, foram notificados 179.403 casos de aids. O Boletim Estadual 2009 aponta redução da mortalidade por aids desde o ano de 1996. Em 1995, ano que registrou maior taxa de mortalidade, ocorreram 22,9 mortes para cada 100 mil habitantes, passando para 8,2 mortes para cada 100 mil em 2008, com uma tendência de estabilização desde 2004 (São Paulo, 2009).

O município de São Paulo concentra o maior número de casos notificados do estado. Foram 74.310 casos de aids entre 1983 e junho de 2010, sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a mais predominante. Invariavelmente, as estatísticas apresentadas sobre a epidemia tratam dos casos de aids notificados ao sistema de vigilância epidemiológica, segundo critérios de doença, não sendo contabilizados os casos de pessoas com a infecção. Calcula-se que a taxa de prevalência na população em geral seja de 0,6%. Desde o ano de 2002, o Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/aids-SP) e o Programa Municipal de DST/aids (PM-DST/aids) vêm

recomendando a notificação de casos de HIV positivo, porém esta notificação ainda não é compulsória (São Paulo, 2010).

Inicialmente, a aids foi vinculada aos chamados “grupos de risco” como homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, classificação usada pela epidemiologia tradicional para descrever a distribuição temporal, espacial e as características dos indivíduos afetados pela infecção, dados estes ligados ao padrão geral de ocorrência da enfermidade. No entanto, a epidemia da aids foi se disseminando, atingindo mulheres, crianças e homens heterossexuais e, em pouco tempo, esta forma de classificação passou a ser questionada, por tratar-se de mais uma forma de discriminação e preconceito (Santos et al, 2002).

De fato, com o avanço da doença, reconhece-se que houve, nestes 30 anos, muitas mudanças nos perfis da epidemia. Ocorreu o que alguns pesquisadores chamam de pauperização, feminização, heterossexualização, juvenilização e, mais recentemente, também o envelhecimento da epidemia.

A pauperização da epidemia é atribuída principalmente à identificação, cada vez maior, de pessoas com aids que possuem baixo grau de instrução. Conforme já se previa, à medida que a doença se disseminasse, um maior contingente ela atingiria, com impacto particularmente nas populações com piores condições de vida. No Brasil, cerca de 40% dos indivíduos que convivem com a doença têm escolaridade até o primeiro grau (Souza, Leite, 2008). A pauperização é um processo visto apenas entre os homens, tanto heterossexuais quanto homens que fazem sexo com homens (HSH), porque entre as mulheres a epidemia já começou entre aquelas de baixa escolaridade (Santos et al, 2002; Barreira, 2002).

A feminização foi caracterizada pela velocidade de crescimento da epidemia entre as mulheres, mesmo que seja até hoje maior o número de casos na população masculina. Houve decréscimo da razão

masculino/feminino (M:F) tanto dos casos notificados quanto dos óbitos por aids. No Brasil, em 1983, a razão de óbitos era de 40:1, diminuindo para 15:1 em 1986 e 1,5:1 em 2006 (Souza, Leite, 2008; Brasil, 2010; Santos et al, 2002; Pottes et al, 2007). Os comportamentos individuais e sociais que estão associados à identidade de gênero podem estar relacionados com esta mudança e poderiam explicar o maior destaque para infecções em mulheres casadas ou com parceiro fixo (Amaro, 2005).

A epidemia também sofreu um processo de heterossexualização, ou seja, na medida em que a epidemia avança, passou-se a identificar maior número de casos entre homens que fazem sexo com mulheres, diferentemente do início da epidemia. Isto pode ter sido facilitado pelo fato de que, os heterossexuais, no início da epidemia, se achavam imunes a aids, por estarem fora dos chamados “grupos de risco”. Houve um crescimento dos casos em homens que se declaravam heterossexuais e um predomínio desta forma de transmissão também entre as mulheres (Souza, Leite, 2008; Santos et al, 2002).

A juvenilização se caracteriza pelo aumento de jovens infectados pelo HIV (Camargo, Bertoldo, 2006). Dados apontam para um avanço da epidemia entre adolescentes de ambos os sexos entre 13 a 19 anos. Pensando-se que esses dados referem-se aos casos de aids e não de infecção pelo HIV, e que as manifestações clínicas demoram cerca de cinco a dez anos para aparecerem, esses adolescentes devem estar se contaminando com o vírus entre 7 e 15 anos de idade, provavelmente em suas iniciações sexuais. Alguns autores chegam a pensar num processo de “infantilização” da epidemia, sem ser por transmissão vertical (Rios, 2003). Nota-se, através de estudos dos dados epidemiológicos da série histórica, que entre HSH ocorreu um decréscimo dos casos de aids nas idades acima de 24 anos e uma tendência de crescimento em idades inferiores a 24 anos (Barreira, 2002).

A epidemia também vem sofrendo um processo de “envelhecimento” (Souza, Leite, 2008; Pottes et al, 2007). Enquanto os

dados revelam tendência de queda da incidência de aids em ambos os sexos e em outras faixas etárias, observa-se crescimento da epidemia em indivíduos com 50 anos ou mais, ressalvado, a partir do início da década de 1990, com o crescimento da transmissão heterossexual, em maior percentual no sexo masculino. Este crescimento é evidente, sendo foco de discussão do Boletim Epidemiológico – aids e DST de dezembro de 2008 (Brasil, 2010). É provável que este aumento esteja relacionado aos avanços tecnológicos, surgimento de drogas que atuam no desempenho sexual e possibilidades de reposições hormonais, que trouxeram mudanças na sexualidade com aumento na qualidade e na freqüência das relações sexuais entre os mais velhos (São Paulo, 2009).

As primeiras mobilizações e investimentos em políticas públicas para enfrentamento desta doença se deram logo no início da identificação dos primeiros casos, por meio da criação de programa para responder à epidemia, como será visto a seguir.

1.2 Histórias dos programas brasileiros de enfrentamento da epidemia no âmbito nacional, estadual e municipal

A epidemia chega ao Brasil no início da década de 80 e encontra o país numa fase de transição entre o período de governo Militar e a democracia. Aconteciam as primeiras eleições após um longo período de autoritarismo. No campo da saúde, o Brasil encontrava-se em meio a Reforma Sanitária, movimento organizado da sociedade civil empenhado em enfrentar problemas estruturais e organizacionais a que passava o sistema de saúde brasileiro. Trazia um novo e mais amplo conceito de saúde, relacionado a condições gerais de vida como moradia, educação, saneamento, segurança, trabalho e lazer, além de defender saúde como um direito do cidadão e, portanto, como um dever do Estado (França, 2008).

Com a Constituição Federal de 1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz em sua essência, definida através de seus princípios, um sistema público de acesso universal, com garantia de equidade e integralidade da assistência, resolubilidade através de uma rede hierarquizada e com a participação da população. Princípios sancionados apenas em 1990 através das Leis 8080/90 e 8142/90 (Brasil, 1990a, 1990b).

O aparecimento e enfrentamento do HIV/aids vieram no bojo do movimento nacional de conquistas pelo direito à saúde. No início da epidemia, o primeiro programa oficial de controle da doença no país é formulado e implementado no estado de São Paulo, em 1983, numa ação conjunta entre a Secretaria de Estado da Saúde e a comunidade gay organizada (França, 2008).

É importante destacar que a Secretaria de Saúde tinha à sua frente militantes engajados no movimento da Reforma Sanitária, que propunham além da expansão e da melhoria da cobertura de saúde no país, a participação popular e reformulação da atenção à saúde no Brasil. E desta forma, o setor público de saúde acolhe as demandas do movimento de homossexuais, que exige resposta do governo para a questão da aids, no momento colocada como uma ameaça à saúde (França, 2008).

Em São Paulo, com a primeira eleição democrática pós 1964 foi eleito o governador Franco Montoro, que nomeou como secretário estadual de saúde João Yunes, importante militante do Movimento (França, 2008).

Este pioneirismo do Programa Paulista não se caracterizou apenas por ter sido a primeira resposta oficial à epidemia no país, mas, principalmente, porque explicitou em quais referenciais éticos e políticos esta resposta deveria ser alicerçada, afirmando o comprometimento com os movimentos, entendendo que a participação popular, como referencial fundamental para o alcance das conquistas, pode ter sido este o primeiro referencial político para o enfrentamento da aids (Marques, 2002).

A criação do Programa Estadual DST/aids-SP (PE-DST/aids-SP) também foi uma medida pioneira na América Latina. Em pouco tempo o programa paulista tornou-se referência nacional e local para equipes de outros estados e até mesmo de países vizinhos como Argentina, Uruguai e Bolívia (França, 2008).

A nível federal, numa resposta mais tardia, o Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids) entra em vigor apenas em 1986, e contou com influências dos referenciais éticos e políticos e contribuições das respostas do PE-DST/aids-SP. Muitos atores sociais do programa paulista prestaram consultoria ao programa nacional (França, 2008).

Segundo Parker (1997), a resposta federal deu-se, principalmente, pela pressão de um número cada vez mais crescente de respostas estaduais e municipais de enfrentamento da aids, através da implantação de seus programas.

Algumas ações do PN-DST/aids destacaram-se, tais como: a inclusão em 1986 da aids no rol das doenças de notificação compulsória (Brasil, 2010); a realização das primeiras campanhas nacionais ligadas à aids, em 1987, mesmo sendo muito criticadas por disseminarem conteúdo que geravam medo e preconceito (Ayres, 2002), foram importantes ao tornar público a epidemia da aids; a formalização, em 1988, do calendário nacional com o Dia Internacional de Luta Contra a aids, acatando a sugestão da Organização Mundial da Saúde como parte da estratégia de mobilização, conscientização e prevenção da infecção pelo HIV no mundo (Brasil, 2010).

Destaque também à ação política com vistas à diminuição da disseminação do vírus, também em 1988, estabelecendo-se a obrigatoriedade do controle laboratorial do sangue e seus derivados, e cadastramento dos doadores nos serviços hemoterápicos em todo o território nacional. O cumprimento desta lei resultou em queda no número dos casos de aids por transfusão de sangue e hemoderivados no país (Brasil, 2004a).

Outra ação política de destaque foi tomada pelo Ministério da Saúde, a partir de 1987/88, estimulando a implantação de serviços de saúde especializados, destinados à realização de aconselhamento para o teste anti-HIV. Assim, foram criados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), no Rio Grande do Sul, em 1988, e em seguida o COAS Henfil, no estado de São Paulo, sob gestão municipal. Esta é considerada a mais importante estratégia de enfrentamento brasileiro à epidemia, que se caracterizou pela criação de serviços que respondem à demanda espontânea para a realização de testes sorológicos, com vistas ao diagnóstico precoce, realizado de forma anônima e confidencial (Brasil, 2004a; Grangeiro, 2007; Ferla et al, 2006).

Em termos de Secretaria de Estado, destaca-se a criação da central de vagas para distribuição de leitos hospitalares aos pacientes e a inauguração, ainda em 1988, do Centro de Referência e Treinamento em aids (CRT-A), cujos objetivos prioritários eram atuar como capacitador e gerador de normas técnicas para todo o Estado de São Paulo, funcionando também como unidade hospitalar, com alternativas assistenciais, como o hospital dia e assistência em domicílio (França, 2008).

As diretrizes programáticas no Estado de São Paulo mantiveram-se centralizadas no Programa de DST/aids, por meio do trabalho do CRT, sendo que, a realização das ações de assistência e vigilância era restrita aos hospitais sob gestão da Secretaria de Estado, os filantrópicos, universitários e o próprio CRT. As poucas ações de prevenção eram basicamente realizadas pelos serviços de assistência especializada e pelas organizações da sociedade civil (França, 2008).

Já no final da década de 1980, a epidemia tomava grandes proporções no país, particularmente no Estado de São Paulo, onde concentrava os maiores números de casos. A rede pública de saúde entrou em colapso e a rede privada se recusava a atender os doentes de aids. A falta de infra-estrutura hospitalar, desavenças com o programa nacional e mudanças no cenário político estadual por conta de novas eleições levaram

a um período de caos, com severas críticas de desamparo aos doentes, despreparo das equipes e falta da assistência (França, 2008). Segundo Parker (1997), após um período de centralização das ações em nível de Secretaria de Estado passa-se a um período crítico, quando as ações assistenciais, de prevenção e mesmo de vigilância epidemiológica não acompanhavam a progressão da epidemia.

Por intermédio do CRT procurou-se, então, estruturar uma resposta mais condizente com a dimensão do problema, entre outras coisas, estendendo as ações para outros municípios do estado, que passaram a organizar a rede de atenção ao HIV/aids nos seus territórios de abrangência. Era evidente a necessidade do envolvimento dos municípios no enfrentamento da epidemia, desta forma, o PE-DST/aids-SP passou a atuar em parceria com os programas municipais de DST/aids e com a rede de serviços que estes ofereciam para o desenvolvimento do processo de descentralização das ações, com gestão municipal. Desta forma, de 1983 a 1988 houve importante expansão, descentralização e consolidação das ações programáticas voltadas à prevenção e controle da aids no estado (França, 2008).

A descentralização das ações, não só as voltadas especificamente para o enfrentamento da epidemia, mas também as ações de saúde em geral, já vinha sendo amplamente discutida pelo Movimento da Reforma Sanitária, reconhecendo ser esta uma política necessária, que permitiria respostas às necessidades de saúde mais condizentes com as peculiaridades de cada região e município. De fato, o processo de descentralização desencadeado no Brasil significou redistribuição de recursos financeiros para estados e municípios, mas também partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde. Desta forma, estados e municípios passaram a partilhar com o ente federado, a tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde.

O processo de descentralização das ações de HIV/aids, no Estado de São Paulo, iniciado na década de 1990, estava em consonância com as diretrizes nacionais. A descentralização das ações programáticas foi impulsionada, especialmente, a partir de 1994, quando o Brasil, através do Ministério da Saúde, passa a receber recursos advindos de empréstimo do Banco Mundial, para o desenvolvimento do plano estratégico para o enfrentamento da epidemia no país. Isso significou transferência de recursos para os estados e municípios, com ênfase no desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento da gestão descentralizada. Segundo avalia um coordenador de um programa municipal do Estado de São Paulo, na medida com que o processo de descentralização das ações avançou, os municípios tiveram que melhorar sua capacidade técnica e administrativa instalada nas secretarias municipais, para dar resposta às demandas de planejamento. (França, 2008).

De fato, já vinha sendo reconhecido que o sucesso do programa dependia, fundamentalmente, que as ações voltadas ao HIV/aids estivessem integradas às ações desenvolvidas nos diferentes níveis do SUS (Barbosa, Lago, 1997; Brasil, 2006a; São Paulo 'Estado', 2003).

Se, num primeiro momento de enfrentamento da doença, a necessidade de dar visibilidade política à epidemia e a gravidade com que a epidemia vinha se disseminando justificaram a implementação de programas estruturados, predominantemente, em sistemas verticais, nos moldes tradicionais dos programas de controle de doenças, na década de 1990, uma das questões postas para o seu enfrentamento passa pela descentralização e integração das ações, no conjunto das ações que visam à melhoria das condições de saúde da população.

Nestes 28 anos de existência, o Programa Estadual estruturou o serviço de vigilância epidemiológica, juntamente com os grupos de vigilância epidemiológica municipais e regional de saúde do estado de São Paulo. Também organizou uma rede assistencial e laboratorial em todo o estado, com sistema de distribuição de medicamentos, criou centros de testagem

para o HIV, serviços de atendimento especializado, tanto ambulatorial quanto de retaguarda hospitalar e rede de laboratórios (São Paulo, 2009).

Hoje o estado de São Paulo conta com ampla rede de serviços sob gestão estadual e municipal, composta por 184 Serviços de Assistência Especializada - SAE (26 deles possuem leitos-dia), 19 hospitais-dia, 22 Assistência Domiciliar Terapêutica, 556 leitos públicos e privados (filantrópicos), 232 Serviços de Referência às DST e 72 CTA que, além de oferecer o teste de HIV, realiza trabalho de prevenção e assistência às pessoas vulneráveis ou portadoras de DST/aids, garantindo acesso gratuito à medicamentos anti-HIV e infecções oportunistas, provendo ações de prevenção, como distribuição de preservativos e do kit de redução de danos, garantindo acesso aos exames laboratoriais específicos e realizando ações que visam diminuir os diferentes graus de vulnerabilidade às DST e à aids (São Paulo 'Estado', 2009; Paula, Guibu, 2007).

A complexidade exigida na atenção às pessoas que vivem com HIV/aids requer a ampliação das ações de assistência. A aids é considerada, atualmente, como uma doença crônica e que, por isso, há um maior investimento nas ações que fortalecem a adesão ao tratamento, e que visam melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids e, neste sentido, a Atenção Básica tem papel importante no apoio aos serviços especializados, por sua aproximação com a realidade local. Desta forma, são necessários investimentos para a ampliação das ações de prevenção, particularmente no âmbito dos serviços da Atenção Básica e necessária articulação dos vários serviços do SUS no desenvolvimento de um trabalho integrado (Paula, Guibu, 2007)

Reconhece-se que, em virtude da assistência aos indivíduos que já se encontram vivendo com o HIV, doentes de aids ou não, prioritariamente, o nível da atenção destes deve se dar no âmbito secundário do sistema (ambulatórios especializados e centros de referência). No entanto, a Atenção Básica possui um papel fundamental na compatibilização das ações de alcance coletivo que visem à promoção da saúde e à redução

da vulnerabilidade ao HIV/aids, tanto com ações no âmbito individual e coletivo, quanto na realização de ações de assistência das pessoas que vivem com HIV/aids. Isto significa organizar as ações de saúde num dado território, considerando as necessidades de saúde de uma determinada comunidade, alguns inclusive vivendo com HIV/aids, e não de populações-alvo do programa.

Na seqüência, discutir-se-á como se ocorreu o envolvimento da Atenção Básica com as questões do HIV/aids.

1.3 O enfrentamento do HIV/aids na atenção básica

1.3.1 O fortalecimento e reorganização da atenção básica de saúde e a criação do Programa Saúde da Família

Na década de 1990, houve uma intensa mobilização mundial em torno do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada, em 1994, no Cairo (Egito), enfatizou que todos os países deveriam permitir o acesso aos cuidados básicos de saúde e deveriam prover recursos suficientes, de modo que, os serviços primários cobrissem toda a população, através de acesso universal e equitativo, com vistas à redução da mortalidade e da morbidade e aumento da expectativa de vida da população nos países signatários (United Nations, 1994).

No Brasil, a descentralização se caracterizou como um princípio ético-político da reformulação do sistema de saúde e do fortalecimento da atenção primária à saúde, mas a descentralização não pode ser confundida como a simples transferência de responsabilidades de uma esfera para outra. Diz respeito à responsabilidade do município pela gestão do sistema

de saúde no âmbito do seu território com co-responsabilidade do MS e das secretarias estaduais (Ferla et al, 2006).

A partir de 1994, num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, o governo federal assumiu a implantação do Programa Saúde da família (PSF), como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial à saúde no país, com uma proposta de reestruturação em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2001; Bodstein, 2002).

O MS definiu o PSF como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (Brasil, 2001, p. 5), com o objetivo de reorganização da prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional de assistência - curativo e hospitalocêntrico. A Saúde da Família (SF), estratégia prioritária da Atenção Básica, tem suas ações centradas na família como uma estrutura física e social, permitindo uma visão mais ampliada do processo saúde-doença (Brasil, 2001, 2006b).

A Atenção Básica tem como fundamentos (Brasil, 2006b):

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo, com qualidade e resolubilidade, sendo considerada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e com território adscrito que permita o planejamento e a programação de forma descentralizada e equitária;
- II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação, de forma interdisciplinar e em equipe;

- III - Garantir a continuidade da assistência e a longitudinalidade do cuidado através das relações de vínculo e responsabilização que devem ser construídas entre as equipes e a população adscrita;
- IV - Valorizar os profissionais de saúde através do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - Avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - Estimular a participação popular e o controle social.

O PSF foi estruturado a partir de Unidades de Saúde da Família (USF), com uma ou mais equipes compostas, minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados outros profissionais a depender das necessidades e possibilidades locais. O MS recomenda que cada equipe fique responsável pelo acompanhamento de, no máximo 4.500 pessoas (Brasil, 2001).

São características do processo de trabalho das equipes de SF conforme a Portaria 648 de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006b):

- I - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

- III - Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;
- IV - Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI - Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII - Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- IX - Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A partir da NOB/96 (Norma Operacional Básica) o governo tem criado vários incentivos para programas que fortaleçam a descentralização da gestão como o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), que têm proposta de planejamento centrado nas necessidades de saúde local (Bodstein, 2002).

Desde então, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – como atualmente é denominado o PSF – vem sendo implantada em todo o Brasil, como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde e perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura dos serviços de saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua (Brasil, 2001; Bodstein, 2002).

Neste período de expansão da ESF no país, o município de São Paulo apresentava um modelo de estruturação dos serviços de saúde pública sem pactuação com o SUS. Existia, na capital paulista, uma situação bastante peculiar onde o município não se integrava a qualquer modalidade de gestão do SUS: herança deixada pela administração Maluf – Pita (1993 – 2000), que implantou o Plano de Atendimento a Saúde (PAS), onde os recursos públicos eram repassados para agentes privados - as chamadas cooperativas. Política esta que causou atraso na implantação da ESF na capital paulista (Capistrano, 1999).

A ESF chega à São Paulo em 1996, no distrito de Itaquera, graças ao convênio que reuniu o MS, Secretaria Estadual da Saúde e o Hospital Santa Marcelina, denominado Projeto QUALIS (Qualidade Integral à Saúde), numa ação pontual e diferente da sua implantação nas outras cidades brasileiras, onde o programa estava ligado à estratégia de municipalização da atenção básica (Capistrano, 1999).

A partir de então, o projeto QUALIS chega a outras regiões da capital, expandindo-se em parcerias com fundações e organizações não-governamentais com a Secretaria Estadual da Saúde. Somente em 2001, de forma tardia em comparação à outros municípios, a ESF foi assumida como estratégia de reorganização da atenção a saúde pela Secretaria Municipal.

Desde então, a cidade de São Paulo concentra o maior número de equipes de SF e ACS em atividades no país (Capistrano, 1999; Brasil, 2001).

Diante do exposto, entende-se que a ESF, por suas particularidades, torna-se um campo de grande potencial para o enfrentamento do HIV/aids, tendo como principais potencialidades a aproximação com a realidade local e a construção de vínculo que pode facilitar na discussão sobre sexualidade e na negociação de melhores formas de prevenção que possam diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids tanto do indivíduo como do coletivo.

1.3.2 O processo de descentralização no enfrentamento do HIV/aids

O processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no sistema de saúde do Brasil desde a década de 80 e que culminou com a criação do SUS teve como diretrizes orientadoras desse processo a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da população (Brasil, 1988).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo (Egito), as Nações Unidas propôs que os países signatários, através de programas de saúde sexual e reprodutiva, incluíssem a atenção às DST e à aids entre as ações prioritárias, visando a prevenção, detecção e tratamento, e enfatiza a implantação de serviços de atenção básica e formação especializada a todos os profissionais desta rede básica, na prevenção, detecção e aconselhamento sobre as DST/aids, além de distribuir preservativos de alta qualidade como componente integrante dos serviços de saúde reprodutiva (United Nations, 1994; Ferraz, Nemes, 2009).

Neste mesmo ano, o governo federal assumiu o PSF como estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil. No município de São Paulo, enquanto para a ESF o PAS significou um entrave, com atraso na sua implantação, para o programa de enfrentamento do HIV/aids significou um incremento tanto no nível de recursos humanos quanto no nível de financiamento do programa. Os profissionais de saúde que se posicionaram contra o PAS foram realocados dentro do PM-DST/aids-SP, permitindo uma ampliação deste programa. Além disto, o programa paulistano pôde contar com financiamento do Banco Mundial, trazendo importante incremento financeiro ao programa (Mesquita, Souza, 2003).

Atualmente, uma das principais preocupações da política de enfrentamento do HIV/aids é a transmissão vertical do vírus. Após a evidência de que, com o uso do AZT durante a gestação, no pré, intra e pós-parto, assim como pelo recém-nascido, possibilitou a redução em 67,5% da transmissão vertical do HIV, muitos foram os esforços para redução desta modalidade de transmissão (Connor et al, 1994; Dorenbaum et al, 2002). No Brasil, desde 1996, a atenção básica foi chamada a organizar seu processo de trabalho para a identificação das possíveis gestantes soropositivas. Além de oferecer o teste anti-HIV para todas as gestantes, a UBS deve ter estabelecidas as referências para acompanhamento dessa gestante soropositiva para o HIV: SAE e os serviços de pré-natal e parto de referência para gestante/parturiente com risco acrescido (entre elas, as portadoras do HIV) (Brasil, 2006a).

A nível local, o MS defende que a unidade deve monitorar estas gestantes e, para tanto, deve conhecer o número de gestante testadas na sua área de abrangência; prevalência de gestantes HIV positivas; e a taxa de transmissão vertical, permitindo uma avaliação da cobertura da testagem em gestante da área de abrangência. É importante que a UBS adotem rotinas que assegurem a testagem de todas as gestantes e que garantam o acesso ao tratamento e acompanhamento dos casos positivos (Brasil, 2006a). A meta do MS é de que, em dezembro de 2011 o percentual de

parturientes testadas para o HIV no pré-natal chegue ao percentual de 90%. Em 2004, a taxa de mulheres que chegavam ao parto sem conhecer sua condição sorológica era de 48% (Brasil, 2007).

Alguns resultados positivos deste investimento do governo federal na atenção básica já podem ser vistos. A Atenção Básica tem se mostrado uma importante estratégia na redução da transmissão vertical do HIV (Ferraz, Nemes, 2009). Em locais onde já foram implantadas na rotina do pré-natal as medidas profiláticas recomendadas pelo MS, a transmissão vertical caiu para taxas inferiores a 2% (Brasil, 2007).

Em 2006, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica nº 18 – HIV/aids, hepatite e outras DST trazendo informações pertinentes, com protocolos e rotinas para o trabalho das equipes de Atenção Básica no enfrentamento desses agravos (Brasil, 2006a). Além disso, teve como objetivo:

[...] indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade da atenção básica no sistema de saúde, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários e sua articulação com as unidades de referência específicas (Brasil, 2006a, p. 6).

Segundo o MS a *Atenção Básica/Saúde da Família* deve se responsabilizar, segundo o princípio da territorialização, por todas as pessoas residentes em sua área de abrangência, mesmo aquelas que, num dado momento, esteja sendo atendidas em outros níveis de complexidade do sistema de saúde. Portanto, uma pessoa vivendo com HIV que é acompanhado no serviço especializado deverá também ser acompanhado pela unidade básica, devendo haver uma integração das ações entre as duas equipes (Brasil, 2006a).

Na perspectiva da prevenção ao HIV/aids a Atenção Básica também deve atuar em conjunto com os serviços especializados, tendo como objetivos (Brasil, 2006a, grifo nosso):

- Identificar populações vulneráveis ao HIV/aids na sua área de abrangência, promover a redução desta vulnerabilidade e realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV;
- Adotar rotinas que favoreçam o diagnóstico precoce e encaminhamento para o serviço especializado.

Neste sentido, a organização da Atenção Básica também se tornou estratégia para ampliar o acesso às ações de prevenção e um importante passo é a articulação desta com os programas de DST/aids. Espera-se com esta integração: a ampliação do oferecimento de testagem sorológica; a detecção precoce dos casos positivos de HIV; diminuição da transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis congênita; tratamento das DST/aids de forma rápida e eficiente; estabelecimento de fluxo laboratorial dentro do município; identificação de populações mais vulneráveis; diminuição das subnotificações; e interpretação dos dados epidemiológicos pelo gestor municipal como instrumento de planejamento (Paula, Guibu, 2007).

Em depoimento Paulo Roberto Teixeira, que foi coordenador do PE-DST/aids-SP na sua fundação, em 1983, e coordenador do PN-DST/aids de 2000 a 2003, diz que até hoje há críticas ao Programa de aids pelo seu caráter vertical. Ele declara que hoje existe uma aproximação maior com outros programas de saúde como a saúde mental e sexual e reprodutiva, mas o programa de enfrentamento da aids ainda mantém sua identidade e autonomia. Ele defende que as ações, intervenções e o acesso têm que acontecer no nível da atenção básica, sem desconsiderar a importância das outras instâncias secundárias e terciárias de assistência (França, 2008).

Segundo o MS, as inúmeras mudanças que sofreu a epidemia demandaram atenção para novos grupos populacionais e a necessidade de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico e às ações de prevenção como sua ampliação na rede básica de saúde (Grangeiro et al, 2007). A integração entre esta rede básica e os serviços especializados tem sido objeto de discussão e formulação de propostas, e a incorporação das ações de prevenção na rede de unidades básicas ainda constitui um grande desafio (Brasil, 2009).

A promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DST e a integralidade no cuidado permanecem como desafios a serem superados. Os CTA, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde, representam uma estratégia importante nesse processo (Grangeiro et al, 2007).

Além disto, com o advento da terapia antirretroviral mais efetiva, a aids assumiu um caráter crônico, com aumento da sobrevida dos portadores do HIV, e diante desta tendência surgem outros desafios que apontam para a necessidade de novas práticas (Brasil, 2009, 2008).

O PN-DST/aids reconhece que a

[...] atenção básica 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 e aids e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (Brasil, 2004b, p. 8).

O PE-DST/aids-SP tem dentre seus pressupostos, a descentralização das ações de prevenção e assistência às DST/aids e reconhece as unidades básicas como sendo local privilegiado para o cuidado integral à saúde da população, na tentativa de promover a sustentabilidade dessas ações. A descentralização das ações de prevenção

às DST/aids já estão presentes em 221 (34%) dos 645 municípios do estado (Paula, Guibu, 2007).

O CRT-A vem realizando monitoramento dessas ações municipais, apontando as fragilidades e potencialidades, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho das unidades básicas. Dados preliminares deste monitoramento indicam que, 100% das unidades básicas dos 221 municípios pesquisados disponibilizam preservativos masculinos, a maioria identifica populações mais vulneráveis, porém nem todos realizam ações para essas populações (Paula, Guibu, 2007).

Os estudos que tratam da atenção ao HIV/aids na ESF são escassos. Analisando estudos que tratam da atenção ao HIV na Atenção Básica Kajimoto, Oyafuso, Nichiata (2008) encontram 10 artigos em periódicos nacionais e seis teses/dissertações nas bases de dados LILACS da Bireme e no banco de teses e dissertações da Capes, de 1999 até 2008. Verificaram que, na sua maioria, são abordadas as questões que envolvem ações de aconselhamento aos usuários sobre HIV/aids, associado ao oferecimento do teste para detecção do vírus, com destaque a atenção ao pré-natal. A análise destes materiais mostrou que há fragilidades do ponto de vista das práticas desenvolvidas na Atenção Básica, voltadas ao HIV/aids, particularmente na perspectiva de uma atenção ampliada para ações que extrapolam o âmbito da assistência à gestação e pré-natal e, mesmo nestas situações, ocorrem de forma fragmentada.

Em levantamento bibliográfico realizado por Acioli e colaboradores (2007) foram encontrados 12 trabalhos publicados, que trataram das seguintes temáticas: “Ações de Saúde desenvolvida por enfermeiros”, “A vulnerabilidade de determinados grupos [gestante] ao HIV/aids na visão do enfermeiro”, “o processo de implantação do sistema de informação do Centro de Testagem anônima e aconselhamento ao teste anti-HIV”, “Competência técnica do enfermeiro para desenvolver atividades educativas voltadas ao HIV/aids”, “qualificação da equipe de enfermagem para trabalhar com aids”, não sendo encontrado nenhuma publicação que

buscasse refletir sobre a prática de enfermagem voltada para o HIV/aids na atenção básica. Os autores concluíram que a produção científica ainda é muito limitada.

Tomando como objeto a privacidade das informações sobre o diagnóstico de HIV nas equipes de saúde da Atenção Básica, particularmente na ESF, outro estudo identificou outra ordem de questões sobre as práticas das equipes de saúde, verificado na dificuldade de articular internamente seu trabalho, no sentido de equipe, sendo neste caso, fragmentado. Além disso, mostrou que há dificuldades na comunicação entre as unidades de saúde da Atenção Básica e os demais níveis de atenção, mostrando que as práticas em muitos casos também são realizadas de forma descontínua (Ferreira, Nichiata, 2008).

Silva e colaboradores (2006) tomaram como objeto a comunicação entre a Atenção básica e a referência. Segundo os autores, a atenção integral ao HIV/aids é dificultada porque inexiste um sistema efetivo de referência e contra-referência. Não há oferta organizada de assistência, numa rede articulada de distintos níveis de complexidade do sistema, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda; tanto os profissionais da Atenção Básica quanto das unidades especializadas desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimento de cada um dos serviços, não havendo comunicação entre os profissionais e, com experiência e formação distintas.

Em estudo qualitativo realizado com 17 profissionais de UBS que acompanhavam pelo menos um caso de aids mostrou que todas as atividades mencionadas faziam parte do rol de atribuições preconizadas pelo MS, porém, ressaltou que a maioria dos entrevistados não mencionou desenvolver atividades que identificassem possíveis populações vulneráveis, que visassem a mudança no comportamento sexual e adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde. Com bastante ênfase, o apoio à adesão ao tratamento apareceu na fala da maioria dos entrevistados, mostrando a

predominância das atividades de cunho curativo neste estudo (Nery, Tocantins, 2005).

Neste estudo os autores realizaram uma análise compreensiva da intencionalidade da assistência, o que o profissional referiu ter em vista ao assistir a pessoa infectada pelo HIV, e segundo eles, foi encontrada apenas uma categoria: melhora dos sintomas, indicando mais uma vez a finalidade curativa da assistência (Nery, Tocantins, 2005).

[...] percebe-se que há uma divergência de prioridades entre as propostas do SUS e a prática assistencial na Unidade Básica. Os profissionais permanecem dentro de um modelo assistencial fundamentado na objetividade da ciência médica, enquanto o SUS prevê a busca por uma assistência integral, incluindo tanto aspectos objetivos quanto subjetivos na atenção às necessidades de saúde da população (Nery, Tocantins, 2005, p. 93).

Em outro estudo, de abordagem qualitativa, realizado por Pires e colaboradores (2008), no Pará, analisou a integralidade da assistência entre o PSF e um centro de referência (CR) em DST/aids e constatou que as equipes de saúde da família não conhecem as rotinas e serviços oferecidos pelo CR, assim como os profissionais do CR também desconhecem as rotinas e dinâmicas do PSF. Na opinião dos profissionais do CR, as equipes de saúde da família não têm capacitação suficiente para abordagem das DST/aids.

Este estudo mostrou que são muitas as dificuldades apontadas, refletindo a fragmentação da assistência. A principal dificuldade foi a falta de comunicação e articulação entre a ESF e o CR, seguida pela falta de capacitação dos profissionais da atenção básica e pelo desconhecimento dos serviços e rotinas de ambos os níveis de atenção. Os autores assinalam que, devido a complexidade exigida no atendimento ao paciente portador do HIV, é necessário que haja articulação entre todos os níveis da atenção,

através do sistema de referência e contra-referência e, para que este sistema seja efetivo, torna-se imprescindível que os agentes desse sistema conheçam os processos que envolvem a assistência prestada nos diversos níveis de atenção (Pires et al, 2008).

Pires e colaboradores enfatizaram que os fatores impeditivos para a integralidade da assistência, entre as unidades pesquisadas, seria a falta de um sistema de referência e contra-referência efetivo na atenção às DST/aids e de comunicação entre os serviços; a falta de conhecimento das equipes de saúde da família acerca dos portadores de HIV/aids da sua área de abrangência; as ações voltadas às DST/aids do PSF que se restringem ao planejamento familiar, coleta de Papanicolaou e encaminhamento dos casos para a referência, desvinculando-os da atenção básica e transferindo-se a responsabilidade pelo acompanhamento; e a falta de conhecimento de ambos os serviços (atenção básica e referência) acerca das rotinas e dinâmicas um do outro.

Souza (2006), em seu estudo, realizou avaliação normativa das ações de testagem e aconselhamento em unidades básicas do município de Manaus e identificou que as UBS além de priorizarem as gestantes, ferem questões éticas por tornar a testagem sorológica uma solicitação compulsória, sem realizar o aconselhamento pré-teste como preconizado pelo MS.

Demonstra também, que a atenção básica, em Manaus, não vem cumprindo seu papel na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, em especial à população mais vulnerável (Souza, 2006).

No município do Rio de Janeiro, um estudo qualitativo com enfermeiros, realizado em 2007, analisou fatores que facilitavam ou dificultavam as práticas de saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/aids na ESF. Dentre os fatores facilitadores estavam: a própria Estratégia Saúde da Família, com destaque para a construção do vínculo com a comunidade e a presença do ACS, visto como elo de ligação

entre a comunidade e a equipe; a participação popular; e o apoio da rede social (Heringer, 2007).

Para Heringer (2007), os fatores que dificultam as práticas dos enfermeiros, voltadas para o enfrentamento do HIV/aids foram: o processo de trabalho dos enfermeiros, tendo como principal queixa a sobrecarga de trabalho e a falta de capacitação para acompanhar os portadores de HIV/aids; a dificuldade de interlocução com as unidades de referência, demonstrando uma ineficiência no sistema de referência e contra-referência; falta de confiança dos portadores do HIV/aids na equipe de SF, pela alta rotatividade dos profissionais e pela presença do ACS, que, por fazer parte da comunidade, distancia o portador do HIV/aids da unidade pelo medo de tornar pública sua condição sorológica; e a violência do narcotráfico, vista como um fator impeditivo das práticas (Heringer, 2007).

O aconselhamento pré-teste anti-HIV foi a prática mais observada por Heringer (2007) em seu estudo. A autora considerou que o aconselhamento era feito de forma superficial, detendo-se muitas vezes à orientação sobre os possíveis resultados, sem vínculo com o que é preconizado pelo MS (Heringer, 2007).

Estudo realizado pelas autoras Feliciano e Kovacs (2003), em Recife (PE), evidenciou que nenhuma USF estudada realizava o aconselhamento pré-teste, que as práticas educativas tinham caráter prescritivo, com escassez de informações sobre DST/aids e os profissionais não estavam capacitados para desenvolver um trabalho de escuta ativa, individualizado e centrado no paciente.

Ferraz e Nemes (2009), em estudo avaliativo sobre a implantação de atividades preventivas em DST/aids, na ESF, num município da região metropolitana de São Paulo, detectaram alguns impasses, tais como: insuficiência de recursos humanos, insipiência tecnológica e burocratização do trabalho, dificuldade na articulação técnica do trabalho, determinação da tradicional oferta de serviços sobre a demanda; baixa priorização de

atividades preventivas e dificuldades na abordagem e resolução de problemas de saúde associados ao que elas chamam de “temas tabus” como é o caso da sexualidade.

Neste estudo, as autoras sugerem dois tipos de tensionamento no processo de implantação de ações preventivas das DST/aids na atenção básica: o primeiro tensionamento está relacionado ao “desafio da superação da fragmentação em prol da integralidade”. As autoras destacam que “embora longe de superar esse desafio, o modelo confronta os serviços de saúde com necessidades da comunidade que requerem uma atuação que transcenda a abordagem estritamente biomédica”. O outro tensionamento está relacionado aos valores éticos que permeiam as atividades de prevenção das DST/aids no Brasil e valores normativos observados nas práticas da unidade pesquisada (Ferraz, Nemes, 2009).

A pouca definição tecnológica, no campo programático, sobre como as atividades de prevenção das DST/aids devem ser implantadas favorece abordagens pautadas por conhecimentos não técnicos, com base no senso comum, frequentemente orientadas pela moral e pelas características individuais de cada profissional (Ferraz, Nemes, 2009, p. S247).

Se por um lado, observam-se avanços na atenção ao portador do HIV/aids a nível secundário, são muitos os desafios para que sejam implementadas ações no nível da Atenção Básica. Apesar do movimento político de fortalecimento desta atenção no Brasil e do reconhecimento da importância desta no enfrentamento da epidemia da aids, ainda há distanciamento entre a proposição das políticas e programas com as ações no nível local, mais especificamente entre os profissionais que se encontram diretamente envolvidos com a execução das políticas nos serviços de saúde.

É importante salientar que já se tem observado progressos em algumas áreas da Atenção Básica no enfrentamento do HIV/aids, como por

exemplo a ampliação expressiva da testagem para o HIV em gestantes no pré-natal, o que contribuiu para a redução da transmissão vertical no Brasil. Porém, ainda são escassas as experiências e os estudos que tratam do trabalho das equipes no reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV/aids da população adscrita e das ações desenvolvidas com o intuito de reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

Diante do exposto, o presente estudo tendo como finalidade fornecer subsídios para a qualificação da atenção ao HIV/aids na ESF, elege-se os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade na sua dimensão programática.

2.2 Específicos

1. Identificar como as equipes de saúde da família reconhecem a vulnerabilidade ao HIV/aids nos seus territórios;
2. Descrever as ações de prevenção ao HIV/aids direcionadas às populações reconhecidas pelas equipes de saúde da família como vulneráveis;
3. Caracterizar dificuldades, potencialidades e desafios na prevenção ao HIV/aids na ESF.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Opção metodológica

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, optou-se por um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando-se a metodologia do Estudo de Caso em uma dada região do Município de São Paulo, utilizando-se a categoria analítica *vulnerabilidade*, difundida no Brasil por Ayres e colaboradores (1996; 2006).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004), permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A escolha do caminho metodológico se justifica pelo fato de que a abordagem qualitativa facilita o estudo do mundo empírico sob a perspectiva dos sujeitos. Dentro de uma pesquisa descritiva esta abordagem possibilita responder questões que não podem ser quantificadas ou que dificilmente retratarão a realidade através da quantificação. E, partindo de uma perspectiva qualitativa, preocupa-se "menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão" (Minayo, 2004).

3.2 Base teórico-conceitual

3.2.1 Vulnerabilidade ao HIV/aids

A epidemia da aids, embora tenha como elemento indispensável para sua ocorrência a presença do vírus (dimensão biológica), considera-se que resulta de um complexo hierarquizado de determinações (relação entre o biológico e o social).

Partindo-se desta premissa, entende-se que esta relação entre o biológico e o social determina a vulnerabilidade ao HIV/aids de um dado indivíduo ou população. Desta forma, um aporte teórico que auxiliou na discussão sobre a prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família encontra-se no conceito de *vulnerabilidade*, desenvolvido pelos pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard, no início da década de 90, fazendo uma interlocução com as discussões de Direitos Humanos, por Mann e colaboradores (1993) e, difundida no Brasil por Ayres e colaboradores (1996; 2006), com destaque aos estudos desenvolvidos por enfermeiras (Rogers, 1997; Takahashi, Oliveira, 2001; Takahashi, 2006; Sánchez, Bertolozzi, 2007).

O conceito de *vulnerabilidade*, além de ampliar o conceito de risco, trouxe uma nova forma de apreender a epidemia da aids considerando três planos analíticos interdependentes: a) *vulnerabilidade individual*; b) *vulnerabilidade programática ou institucional* e c) *vulnerabilidade social*.

a) *Vulnerabilidade individual* – refere-se ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos possuem sobre os

problemas de saúde, a elaboração das informações e sua aplicação prática;

- b) *Vulnerabilidade programática ou institucional* – constitui-se na avaliação dos programas para responder ao controle dos agravos e doenças, além do grau de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção; e
- c) *Vulnerabilidade social* – avalia o acesso aos meios de comunicação, o grau de escolaridade, a disponibilidade de recursos materiais, o poder de participar nas decisões políticas, a possibilidade de enfrentar barreiras culturais, dentre outros.

O presente estudo utilizou os marcadores desenvolvidos por Takahashi (2006), que considera que um dos alcances do conceito é dado pelo seu potencial de ampliação sobre a compressão dos fenômenos da saúde, resultante do entrecruzamento de comportamento e vivências individuais, subjetivas, condições sociais, políticas e culturais, juntamente com as ações de saúde voltadas para a prevenção e controle dos agravos.

Sem desconsiderar as demais dimensões, mas entendendo que a dimensão programática, como expressão de uma política pública, é um determinante de destaque da vulnerabilidade das pessoas ao HIV/aids, busca-se esclarecer o modo como se dá a prevenção ao HIV/aids na atenção básica, mas especificamente na ESF.

Tomando como objeto as ações de prevenção ao HIV/aids, segue Quadro 1 síntese dos elementos que compõem a análise da vulnerabilidade, na dimensão programática:

Quadro 1 – Objeto de estudo, categoria analítica e subcategorias.

OBJETO DE ESTUDO	CATEGORIA ANALÍTICA	SUBCATEGORIAS
PRÁTICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NA ESF	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	<ul style="list-style-type: none">• ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO• RECURSOS HUMANOS• AÇÕES DE PREVENÇÃO

3.3 Campo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido no segundo semestre de 2009, entre os meses de junho e dezembro, no município de São Paulo, na Supervisão de Área de Saúde de Campo Limpo da Coordenadoria de Saúde Sul, no Distrito Administrativo do Capão Redondo (Figura 1).

Figura 1 - Mapa com a localização da área da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e seus respectivos distritos administrativos, Município de São Paulo, 2009.

Fonte: UNASP, 2009

Foram incluídas no estudo apenas as unidades que adotavam como modelo técnico-assistencial a Estratégia Saúde da Família e que estavam alocadas nas Supervisões de Área descritas acima, perfazendo um total de 11 unidades de saúde da família (Figura 2).

Figura 2 - Mapa com a distribuição das 11 Unidades Básicas de Saúde, localização da área da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, Distrito Administrativo de Capão Redondo. Município de São Paulo, 2009.

Fonte: UNASP, 2009

Justificou-se a escolha destas regiões por este estudo fazer parte de um projeto mais amplo denominado “Vulnerabilidade programática ao HIV/aids e os desafios da integralidade: enfrentamento do HIV/aids na estratégia saúde da família”. E, a escolha pelo Capão Redondo dado o desenvolvimento de projetos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em parceria com o Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), desde o ano 2000.

O distrito conta com uma rede de serviços de saúde constituída por um Pronto Atendimento instalado na UBS Jardim

Macedônia, duas unidades de Assistência Médica Ambulatorial – AMA (AMA Parque Fernanda e AMA Capão Redondo), um Centro de Atenção Psicossocial Adulto Jardim Lidia, um Centro de Convivência e Cooperativa Santo Dias, 11 Unidades Básicas de Saúde sob a gestão da UNASP/Secretaria Municipal e um sob a gestão exclusiva da Secretaria Municipal e que contam com uma unidade de referência para assistência à pessoas que vivem com HIV/aids.

O processo de municipalização da saúde, na cidade de São Paulo, é bastante recente. Iniciou-se em 2000, quando a Secretaria Municipal da Saúde optou pela implantação da ESF em suas Unidades Básicas de Saúde. Algumas das primeiras equipes foram implantadas no Capão Redondo, que hoje acumula uma das experiências mais antigas de ESF do Município.

Até 2002, o distrito do Capão Redondo integrava um conjunto de 13 distritos, localizados nas regiões periféricas do Município de São Paulo, com maior cobertura média de ESF, atingindo, naquele momento, 40% da população total (Bousquat, Cohn, Elias, 2006). Desde então, até dezembro de 2009, 75 equipes de saúde da família foram implantadas nas 11 unidades do distrito. Como a população estimada era de 272.103 habitantes em 2009, a cobertura da ESF no Capão Redondo era de 94,7% (Nakamura et al., 2008).

Em três Unidades Básicas de Saúde, a implantação da ESF está no mesmo imóvel e estrutura física onde ainda operam as Unidades de Saúde no modelo convencional de atenção básica (mista UBS e ESF) e onde também foram instaladas Unidades de Assistência Médico Ambulatorial – AMA (mista ESF e AMA) (Tabela 1).

Em relação à estrutura física e equipamentos das 11 Unidades de Saúde, observa-se que em duas, a implantação da ESF ocorreu em 2008, com previsão de abertura de mais uma Unidade em 2010, assim, sete funcionam em imóveis da Secretaria Municipal, em

edifícios construídos nas décadas de 1970 e 1980, onde antes funcionavam Centros de Saúde e quatro delas encontravam-se instaladas em imóveis reformados e alugados.

Ao analisar o número de equipes por Unidade de Saúde, embora algumas extrapolem o recomendado de até cinco equipes por Unidade, manteve-se o indicativo de cobertura de até vinte mil habitantes para cada cinco Unidades como preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008).

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família, em relação ao ano de implantação, quantitativo de equipes, número de famílias cadastradas e população, segundo faixas etárias. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

Unidade de Saúde	Ano implantação ESF	Equipe (N)	Famílias cadastradas ESF (N)	População cadastrada por faixa etária (anos)			Total pop cadastrada
				0 a 19	20 a 59	> 60	
J São Bento	2001	9 [#]	9.698	11.114	19.863	2.504	33.481
J Comercial	2002	9	8.317	10.644	18.104	2.409	31.157
Pq Engenho II	2002*	8	8.670	10.935	18.027	1.897	30.859
Pq Fernanda	2002**	6	6.310	8.234	13.747	1.739	23.720
J Germânia	2002	3	3.756	3.894	8.061	1.306	13.261
J Lídia	2002	6	6.798	7.326	14.514	2.726	24.566
J Macedônia	2002	7	7.163	8.729	14.864	1.647	25.240
Luar Sertão	2005	6 [#]	5.771	7.582	12.441	1.187	21.210
J Marcelo	2006*	8	7.934	10.494	17.336	2.116	29.946
J Magdalena	2008	5	4.825	6.514	10.386	1.220	18.120
J Maracá	2008	8 [#]	8.026	8.430	16.091	2.742	27.263
Todas	2001 a 2008	75	77.268	93.896	163.434	21.493	278.823

* Mista (UBS + ESF); ** mista (UBS + AMA);

[#] Equipe incompleta

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – Relatório do Consolidado de Famílias – novembro de 2009. Coordenação da Estratégia Saúde da Família – UNASP.

O perfil das famílias cadastradas é composto majoritariamente pela população jovem, concentrada na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Mais de 50% das pessoas cadastradas são do sexo feminino. Há 34,8%

dos domicílios das famílias que consomem água sem tratamento, e o esgoto proveniente de 12,6% das residências corre a céu aberto.

As Unidades Básicas pesquisadas são compostas por recepção; sala de espera; sala para guarda de prontuários; sala para administração e gerência; copa; sanitários para pacientes e trabalhadores; consultórios médicos e de enfermeiros; sala de procedimentos de enfermagem (coleta de exames para laboratório, curativo, inalação e administração de medicações); sala de imunização, dispensário de medicações; expurgo de material para limpeza, desinfecção e preparo para esterilização e sala para realização de atividades de grupo.

Na Tabela 2 segue o que se considerou como essencial na caracterização das Unidades Básicas de Saúde, em termos de estrutura física e equipamentos para que as práticas das equipes possam ser realizadas na atenção em HIV/aids.

Em uma região de alta densidade populacional e com restrições no acesso aos serviços de saúde, como é o caso do Capão Redondo foi possível verificar dificuldades de organização da agenda e dos fluxos operacionais que garantam as práticas de saúde necessárias ao modelo de atenção proposto na ESF, com rodízio de consultórios e salas para a realização de atividades de grupo entre os profissionais.

Cinco unidades não dispõem de instalações que comportem de forma adequada os profissionais, conforme se pode constatar no quantitativo de Unidades que não possuem sala exclusiva para as reuniões de equipe (Tabela 2) e em seis Unidades pesquisadas há necessidade de rodízio entre médicos e enfermeiros. As reuniões são realizadas nos próprios consultórios, o que pode ser considerado um espaço limitado, dado que as equipes são compostas por oito a dez pessoas e que as reuniões ocorrem com frequência diária.

Todas as Unidades possuem uma sala para a realização de atividades educativas, no entanto, em número insuficiente para suprir as necessidades das equipes, o que demanda busca por espaços fora da unidade, utilizando inclusive residências de ACS.

Em relação ao mínimo de recursos materiais e equipamentos necessários para a realização das consultas, de um modo geral, as Unidades disseram dispor de mesa ginecológica, lençol, espéculos, luvas descartáveis e materiais para realização do exame de Papanicolaou. Há materiais para abordar especificamente as DST/aids, tais como: modelos penianos, pélvicos, preservativos masculinos e femininos, fitas de vídeo e folhetos sobre a temática.

É importante lembrar que sete das Unidades de Saúde estudadas foram construídas na década de 1970/1980, com uma estrutura que respondia ao modelo de Programação em Saúde, cuja assistência era centrada no atendimento a grupos populacionais específicos (gestantes, crianças, adultos e programas que se dirigiam às demandas de agravos de saúde e doenças, tais como tuberculose e hanseníase).

A estrutura das Unidades Básicas é um limitador na proposta de desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, esta pode ser justamente a condição para incentivar práticas criativas, com o desenvolvimento de ações que extrapolem as paredes das Unidades de Saúde e que possam aproximar os profissionais da saúde das famílias sob sua responsabilidade.

Tabela 2 - Distribuição das unidades segundo suas características em relação à estrutura física e equipamentos. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE	UNIDADE DE SAÚDE (N=11)	%
1) Sala exclusiva p/ reunião		
Sim	6	55
Não	5	45
2) Disponibilidade de equipamentos/materiais no consultório		
Mesa ginecológica	11	100
Lençol descartável	11	100
Biombo	10	91
Espéculo de aço	1	9
Espéculo descartável	11	100
Luvas descartáveis	11	100
Material Papanicolaou	11	100
Pia	11	100
Sabão Líquido	11	100
Papel toalha	11	100
Suporte Papel toalha	11	100
Lâmpada	11	100
3) Privacidade nos consultórios		
Sim	11	100
Não	0	0
4) Sala para atividade educativa		
Sim	11	100
Não	0	0
5) Disponibilidade de equipamentos/materiais para atividade educativa		
Cadeira móvel	11	100
Cadeira fixa	8	73
Material arte manual	9	82
Cartazes e/ou álbum seriado	10	91
Modelo pênis	9	82
Modelo pelvic	10	91
Videocassete / DVD	10	91
TV	11	100
Retroprojektor	2	18
Preservativo masc	11	100
Preservativo fem	11	100
Fitas VHS/DVD DST/aids	9	82
Folhetos DST/aids	11	100

3.4 Fonte do material empírico

Como fontes de dados primários, foram considerados os conteúdos das entrevistas realizadas com os gerentes e a transcrição das falas dos membros das equipes tomadas em reunião, segundo técnica de grupo focal.

3.5 Sujeitos e instrumentos da pesquisa

Foram sujeitos da pesquisa, os gerentes das 11 UBS ou pessoas indicadas por ele e membros das equipes de saúde da família.

Com os gerentes, foram realizadas entrevistas individuais, por meio de um questionário com respostas fechadas (Apêndice 1). Este instrumento de coleta teve como propósito caracterizar a unidade de saúde em termos de infraestrutura e equipamentos voltados à prevenção ao HIV/aids; e caracterizar a organização e o funcionamento da ESF da unidade.

Quanto à equipe de saúde da família, esta foi convidada a participar de uma única reunião de grupo focal. O roteiro para o Grupo Focal (Apêndice 2) foi elaborado para abordar a percepção dos participantes sobre pessoas e famílias vulneráveis ao HIV/aids, destacando as ações de prevenção da infecção. Na transcrição das gravações dos grupos focais, optou-se por não identificar as falas de cada categoria profissional, considerando o discurso como representativo da fala da equipe.

Ao todo foram 15 sessões de grupos focais com 23 equipes. Na Tabela 3 foram reunidas algumas das características dos 185 participantes dos grupos focais: 122 ACS, 23 enfermeiros, 21 auxiliares

de enfermagem, 18 médicos e um participante não declarou a profissão. Quase a totalidade era do sexo feminino (91,3%). A média de idade encontrada foi de 34,5 anos, variando de 21 a 67 anos e mediana de 29 anos (Tabela 3).

Indagados sobre suas orientações religiosas, a maioria informou ser católica (n= 95) ou protestante (n= 70). Desses últimos, mais da metade se disse Adventista do Sétimo Dia (57,14%). Entre os ACS e os médicos, a maioria era católica e quase a totalidade dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem era Adventista do Sétimo Dia.

O tempo médio de trabalho, na área da saúde, dos profissionais, foi de 67,2 meses, mínimo de dois e máximo de 360 meses, com mediana de 84 meses. Já a média de tempo de trabalho na ESF foi de 49,7 meses, com variação de dois a 276 meses e mediana de 84 meses. Os profissionais com maior tempo de experiência na ESF, em ordem decrescente, são os auxiliares de enfermagem, os ACS, os enfermeiros e, por ultimo, os médicos.

Importante lembrar que esses instrumentos de pesquisa fazem parte de um projeto mais amplo, como já referido, portanto, aproveitou-se destes instrumentos apenas aquelas informações que respondiam aos objetivos propostos.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes das equipes de saúde nos grupos focais, segundo sexo, faixa etária, religião, tempo de trabalho na área da saúde e na ESF por categorias profissionais. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

Caracterização	Categorias profissionais									
	ACS		Aux Enferm		Enfermeiro		Médico		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
1) Sexo^(a)										
Masculino	5	4,0	2	10,0	7	31,0	2	11,0	16	8,7
Feminino	117	96,0	19	90,0	16	69,0	16	89,0	168	91,3
Total	122	100,0	21	100,0	23	100,0	18	100,0	184	100,0
2) Faixa etária^(b)										
21 a 30	41	34,0	6	32,0	9	45,0	8	44,0	64	35,9
31 a 40	44	37,0	8	42,0	6	30,0	3	17,0	61	34,4
41 a 50	31	26,0	6	26,0	5	15,0	4	22,0	46	25,8
51 a 60	2	1,5	0	0,0	0	0,0	3	17,0	5	2,8
61 a 70	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Total	120	100,0	20	100,0	20	100,0	18	100,0	178	100,0
3) Religião^(c)										
Católica	74	69,0	9	45,0	0	0,0	12	70,6	95	56,55
Protestante										
Adventista do Sétimo Dia	6	18,8	10	90,9	21	95,4	3	60,0	40	57,1
Outros	26	81,3	1	9,0	1	4,5	2	40,0	30	42,9
Subtotal	32	29,6	11	55,0	22	95,6	5	29,4	70	41,7
Outros	2	1,9	0	0,0	1	4,3	0	0,0	3	1,8
Total	108	100,0	20	100,0	23	100,0	17	100,0	168	100,0
4) Tempo trabalho na saúde (mês)^(d)										
0 - 12	20	17,0	0	0,0	1	5,0	1	6,0	22	11,9
13 - 24	20	17,0	1	5,0	4	18,0	5	27,0	30	16,3
25 - 48	30	24,0	2	5,0	8	36,0	4	22,0	44	23,9
49 - 96	44	37,0	14	66,0	3	14,0	1	6,0	62	33,8
acima de 96	8	5,0	4	24,0	7	27,0	7	39,0	26	14,1
Total	122	100,0	21	100,0	23	100,0	18	100,0	184	100,0
5) Tempo trabalho na ESF (mês)^(e)										
0 - 12	20	16,0	2	10,0	1	4,0	5	28,0	28	15,2
13 - 24	21	17,0	3	14,0	6	26,0	5	28,0	35	19,0
25 - 48	30	25,0	2	10,0	8	35,0	4	22,0	44	23,9
49 - 96	49	41,0	14	66,0	8	35,0	2	11,0	73	39,7
acima de 96	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2	11,0	4	2,1
Total	122	100,0	21	100,0	23	100,0	18	100,0	184	100,0

Observação:

(a) - 1 não indicou a profissão

(b) - 6 não indicaram a idade e 1 a profissão

(c) - 16 não indicaram a religião e 1 a profissão

(d) - 1 não indicou a profissão

(e) - 1 não indicou a profissão

3.6 Etapas do estudo

O instrumento de coleta (questionário aplicado aos gerentes) foi submetido a um pré-teste em duas Unidades de Saúde com implantação da ESF de outras regiões do Município de São Paulo e foram feitas as reformulações necessárias.

A UNASP, instituição parceira no projeto, fez o contato com os gerentes das Unidades de Saúde, agendando as entrevistas com seus gerentes, realizadas no mês de julho de 2009.

Após a explanação do objetivo da pesquisa e a resposta positiva sobre sua participação, os gerente da UBS assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras, uma aluna de mestrado e uma de doutorado, nas dependências de cada uma das Unidades de Saúde. Foram esclarecidos quanto ao caráter voluntário de sua participação e da possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa. Não houve recusas para participar. O preenchimento do instrumento, realizado pelas pesquisadoras demandou um tempo aproximado de 45 minutos.

Os resultados preliminares das entrevistas com os gerentes das Unidades de Saúde foram discutidos com a Coordenação da UNASP e subsidiaram a elaboração e modificação do roteiro para a realização do grupo focal. O convite foi feito pela UNASP que também se responsabilizou pelo agendamento dos grupos. Contou-se com a assessoria do laboratório de estatística da Escola de Enfermagem da USP para definir o número de participantes dos grupos focais. Desta forma, do universo das 75 equipes estimou-se um quantitativo de 29 equipes para realização dos grupos focais.

As equipes foram numeradas, sequencialmente, e sorteadas de modo aleatório pelo pacote estatístico Minitab 15.1.

A realização de um grupo focal por equipe de saúde foi prevista com a participação de uma equipe completa, composta de um médico, um enfermeiro, agentes comunitários de saúde, um a dois auxiliares de enfermagem. No entanto, em alguns grupos não foi possível contar com todos os seus membros, seja pela falta dos profissionais no quadro de trabalhadores, seja pelo não comparecimento na ocasião da realização do grupo.

Foram previstos dois grupos focais no período da manhã e dois à tarde, em salas separadas, no prédio localizado no campus da UNASP. No entanto, em três grupos focais foi necessário reunir duas equipes em um mesmo grupo, por equívoco na compreensão da data de agendamento. Para evitar a perda de oportunidade e o desconforto em relação às equipes que compareceram ao grupo, optou-se por realizar a atividade em conjunto com outra equipe. Três grupos foram reagendados, seis equipes não compareceram no dia e horário marcado. Três gravações, infelizmente não puderam ser aproveitadas em razão da péssima qualidade do áudio. Desta forma, foram aproveitadas 15 transcrições de grupos focais.

3.7 Análise dos dados

Os questionários foram codificados, tabulados e receberam tratamento estatístico segundo estatística descritiva.

O material empírico resultante da gravação dos grupos focais foi transcrito na íntegra por pesquisador experiente. A pesquisadora

responsável pelo projeto procedeu a revisão dos depoimentos, por meio da escuta das fitas de áudio, acompanhada da leitura de material transcrito.

As falas transcritas foram submetidas à técnica qualitativa de análise do discurso segundo Fiorin e Savioli (1991) que permite a depreensão de frases temáticas.

Na análise dos discursos, buscou-se identificar figuras presentes nas falas (elementos concretos) e os temas (elementos abstratos). As figuras, segundo Fiorin e Savioli (1991), são palavras ou expressões referidas à fala concreta (substantivos concretos, verbos que indicam atividades físicas e adjetivos que expressam qualidades físicas). Já os temas são palavras ou expressões que contem elementos que organizam, categorizam e ordenam a realidade percebida. No texto, todos estes elementos estão relacionados, e o que dá sentido as figuras e um tema e, desta forma, encontrar o sentido de figuras encadeadas e o tema subjacente a elas. Os temas evidenciam os sentidos e os significados de cada ação contida no discurso.

Desta forma, na análise dos depoimentos das equipes procedeu-se a sua desconstrução e reconstrução, partindo da estrutura narrativa, ou seja, do concreto, decodificando-o na estrutura de sentidos subjacentes ao texto, constituindo-se, assim, as frases temáticas. Estas frases foram agrupadas, segundo os marcadores de vulnerabilidade e constituíram um corpus temático.

A análise dos discursos permitiu identificar as representações dos depoentes, com base no discurso textual (Apêndice 3)

Buscou-se analisar de que forma as equipes reconhecem a população vulnerável ao HIV/aids e quais ações desenvolvem com esta população, como parte da estratégia de enfrentamento do HIV/aids na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família.

Os dados foram analisados segundo a categoria analítica *vulnerabilidade*.

3.8 Aspectos éticos

O Projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Processo nº 783/2006) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Parecer 124/09 CAAE: 0066.0.186.000-098 e Parecer 366/09 CAEE: 0174.0.162.000-09).

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do projeto e após tomarem ciência assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), em conformidade com a Resolução 196/96.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV/aids

4.1.1 Reconhecendo a vulnerabilidade ao HIV/aids do território, segundo a ótica dos gerentes das unidades

Os gerentes das UBS foram considerados informantes-chave porque são eles os responsáveis pela execução da política pública de saúde no âmbito municipal na área da Atenção Básica. São responsáveis pela organização e o funcionamento da unidade, bem como a organização dos processos de trabalho das equipes de saúde. Os gerentes das unidades, todos os enfermeiros, respondem ainda às exigências da UNASP, no que diz respeito ao alcance das metas, ações e atividades estabelecidas para atender as necessidades de saúde da população adscrita.

Entre os 11 gerentes das Unidades de Saúde da região estudada, a visita domiciliária e mapeamento da área foram os recursos mais apontados para reconhecer a vulnerabilidade ao HIV/aids do seu território.

Todos os gerentes reconhecem, de alguma forma, a presença de vulnerabilidade ao HIV/aids na área de abrangência da Unidade de Saúde sob sua responsabilidade, sendo identificados como pessoas ou grupos vulneráveis: adolescente, o mais lembrado (8/11), seguido dos usuários de drogas (5/11) e o profissional do sexo (3/11). Também foram lembrados, os idosos (2/11), adultos jovens (1/11) e homossexuais (1/11). Os homens

heterossexuais e as mulheres não foram considerados vulneráveis ao HIV/aids pelos gerentes (Tabela 4).

Todas as Unidades desenvolvem alguma atividade de prevenção ao HIV/aids voltadas para populações que consideram como vulneráveis e, embora reconheçam outras populações, a maioria das atividades é destinada aos adolescentes. Algumas destas, realizadas em conjunto com equipamentos sociais locais como escolas, igrejas, locais de comércio de prostituição e ONGs, sendo esta última citada apenas por uma das Unidades.

Mais da metade das unidades (6/11) não possui ação específica para outras populações reconhecidas por elas como vulneráveis, que não o adolescente, e quatro citaram a oferta do teste anti-HIV, como única ação realizada sem associar outra ação preventiva.

Das Unidades que reconhecem os usuários de drogas como populações vulneráveis, uma única refere alguma ação de prevenção direcionada a estes, relatando abordagem preventiva nas consultas e nas visitas. Outra unidade identifica os homens que fazem sexo com homens (HSH), mas não relatou nenhum tipo de abordagem preventiva.

A tendência de envelhecimento da epidemia da aids passou despercebida pela maioria dos gerentes. Dois deles destacaram a população idosa como vulnerável, sendo que uma delas desenvolve algum tipo de ação de prevenção (Tabela 4).

Uma unidade entende que as condições econômicas familiares influenciam na vulnerabilidade ao HIV/aids, ao reconhecer como vulnerável a população de baixa renda.

Tabela 4 - Distribuição das unidades segundo populações que consideraram vulneráveis ao HIV/aids e o número de atividades de prevenção ao HIV/aids realizadas por elas. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

População que reconhecem como vulnerável (n= unidade)	Atividade de prevenção ao HIV/aids							
	Consulta	Grupo	Visita domiciliária	Redução danos UDI	Atividades em conjunto com equipamentos sociais locais			
					Escolas	Igrejas	Comércio de prostituição	ONG
Adolescentes (8)	3	10	2		9	2	1	1
Idosos (2)	1	5	1			1		
Usuários de drogas (5)	1		1					
Profissional do sexo (3)								
População de baixa renda (1)								
Homossexual (1)								
Adultos jovens (1)								
Mulheres (0)	1	7	1	1	1	3	2	
Homens (0)	1	1	1	1	1	1		
População em geral (0)	1	1				2		
Total	8	25	5	2	11	9	3	1

Todas as Unidades Básicas de Saúde disponibilizam o teste anti-HIV e, com exceção de uma Unidade, todas oferecem o teste às gestantes como protocolo da Atenção à Saúde da Mulher no acompanhamento pré-natal (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das unidades segundo grupos populacionais em que é oferecido o teste anti-HIV. Capão Redondo, São Paulo, 2009.

A quem é oferecido teste anti-HIV	Unidade (N=11)	%
Gestante	10	91
Demanda espontânea	9	82
Pessoas c/ solicitação médica	7	64
Profissional do Sexo	6	55
Profissional de Saúde	5	45
Homossexual	4	36

4.1.2 Reconhecendo a vulnerabilidade ao HIV/aids do território, segundo a ótica das equipes de saúde da família

Pode-se observar nas falas das equipes que os conceitos de “comportamentos de risco” e “grupos de risco” muitas vezes se sobrepunham ao conceito de *vulnerabilidade*. Desta forma, o comportamento mais interpretado como de risco foi, segundo eles a “promiscuidade”, no sentido da relação sexual com multiplicidade de parceiros (GF 1.4, GF 1.9, GF 1.24, GF 2.4, GF 4.3, GF 5.4, GF 6.4, GF 6.5, GF 7.1, GF 9.7, GF 11.3, GF 12.1, GF 13.3, GF 14.13, GF 15.6). O uso de drogas e a prática do sexo sem preservativo, também foram comportamentos apontados como de risco.

Da mesma forma que os gerentes, a maioria das equipes de saúde da família identificam os adolescentes como população vulnerável ao HIV/aids.

Pôde-se perceber, nas falas das equipes, que muitos profissionais utilizam como marcador desta vulnerabilidade a crescente procura pelo teste de gravidez nas Unidades e o alto índice de gravidez na adolescência.

Interpretam que a procura pelo teste sugere que o uso do preservativo foi de alguma forma negligenciado (GF 1.1, GF 1.2, GF 3.5, GF 8.1, GF 11.9, GF 12.2).

Consideram que a iniciação sexual cada vez mais cedo é muito visível na população de baixa renda que elas atendem (GF 5.3) e que a iniciação sexual traz para os adolescentes problemas da esfera sexual e reprodutiva, traduzido em altos índices de gravidez e aumento da vulnerabilidade às DST/HIV e à aids (GF 3.6, GF 5.3, GF 8.5, GF 9.2, GF 13.1, GF 14.1). Associam esta vulnerabilidade à baixa adesão ao preservativo (GF 1.11, GF 1.18, GF 6.1, GF 8.6, GF 9.1, GF 11.1, GF 12.1, GF 12.2).

Discordando, uma equipe avalia que a adesão ao preservativo vem aumentando entre os adolescentes. Como evidência, relatam que ao percorrem as vielas da sua área de abrangência, encontram vários preservativos usados e que, desta forma, ponderam que vem diminuindo a sua vulnerabilidade ao HIV/aids (GF 15.31).

Outro grupo valia que há dificuldade do adolescente, principalmente do sexo feminino, na negociação do uso do preservativo com os seus parceiros sexuais (GF 10.3). Observam que os adolescentes expressam vergonha ao pedir o preservativo na UBS (GF 1.26, GF 2.10, GF 10.4). Outra equipe lembra que há situações em que, quando o adolescente conhece sua condição sorológica negativa, deixam de usar métodos preventivos e, assim, aumentam sua vulnerabilidade (GF 1.12).

Segundo as equipes, persiste entre os adolescentes a interpretação de que “o pior que pode acontecer numa relação sexual desprotegida é a gravidez”, assim, esquecem-se dos riscos de contrair uma DST (GF 3.19, GF 8.7, GF 9.3, GF 10.2, GF 11.6). Avaliam que com o advento da “pílula do dia seguinte” e a crescente procura por este recurso, houve um aumento da vulnerabilidade dos adolescentes às DST, justificando

que encontram neste dispositivo, mais uma ferramenta para evitar uma gestação, resultado de um ato sexual desprotegido (GF 8.6, GF 11.21).

A multiplicidade de parceiros entre adolescentes também foi apontada como uma “prática” que aumenta a vulnerabilidade nesta população (GF 1.24, GF 4.3, GF 6.5, GF 11.3, GF 12.1, GF 14.13). Num grupo focal, as equipes identificam que há casos de prostituição de adolescentes em seus territórios, inclusive infantil (GF 6.6).

Uma das equipes manifesta preocupação com crescente “tendência homossexual” entre adolescentes do sexo masculino, em seu território, o que segundo eles aumenta as chances de exposição ao vírus (GF 12.4).

Na opinião de alguns profissionais, os adolescentes têm conhecimento sobre a prevenção das DST/aids, mas não é suficiente para mudar suas práticas (GF 1.11, GF 6.1, GF 11.1, GF 15.19). Outros acreditam que os adolescentes tornam-se vulneráveis por não terem a percepção sobre sua própria vulnerabilidade (GF 2.2, GF 9.4).

Um grupo manifestou preocupação e associou a vulnerabilidade do adolescente ao contexto familiar. A equipe pondera que a longa ausência dos pais por motivo de trabalho tem como consequência a negligência na criação dos seus filhos. A falta de estrutura familiar e de diálogo com os filhos foram identificados como marcadores de vulnerabilidade ao HIV (GF 11.5, GF 11.7).

Um tema comum entre os grupos focais diz respeito ao uso de drogas entre os adolescentes como incremento na sua vulnerabilidade ao HIV/aids (GF 1.18, GF 1.22, GF 1.23, GF 4.5, GF 6.3, GF 6.6, GF 9.1, GF 9.9, GF 11.3, GF 14.13).

Um grupo focal verbaliza que o uso de drogas aumenta a vulnerabilidade por diminuir o poder de negociação ao uso do preservativo

nas relações sexuais, por alterar a capacidade de discernimento ou a percepção do indivíduo (GF 9.9).

Presente nas falas das equipes, o uso da droga entre os adolescentes é uma preocupação que extrapola o aspecto ligado à vulnerabilidade ao HIV/aids.

Associam, por exemplo, o alto índice de prostituição entre as adolescentes ao consumo de drogas ilícitas. Segundo as equipes, as crianças e adolescentes envolvem-se com a prostituição em troca do acesso à droga ou para saldar dívidas contraídas com os traficantes (GF 5.2, GF 6.6, GF 11.4). Trabalham no comércio e na distribuição da droga, conhecidos como “aviãozinho”, muitas vezes para sustentar o próprio consumo. Uma das equipes cita que as meninas são oferecidas como “moeda de troca entre traficantes” (GF 6.6).

Nos grupos focais, o uso da droga entre os adolescentes é uma preocupação presente, que extrapola o aspecto ligado à vulnerabilidade ao HIV/aids.

Fora do contexto específico dos adolescentes, o usuário de drogas em geral é outra população mais lembrada como vulnerável ao HIV/aids pelas equipes. O convívio com as drogas no território faz parte do cotidiano das equipes. Uma das equipes relaciona o aumento do consumo de drogas ao processo de favelização das grandes cidades (GF 1.3) muito comum na região estudada.

Foram apontados como vulneráveis, tanto os usuários de drogas injetáveis pelo compartilhamento de seringas e agulhas, quanto os usuários de drogas lícitas e ilícitas não-injetáveis (GF 1.3, GF 1.4, GF 1.8, GF 2.6, GF 3.1, GF 4.1, GF 5.1, GF 6.3, GF 6.6, GF 6.24, GF 7.1, GF 7.2, GF 8.2, GF 8.4, GF 9.1, GF 10.1, GF 12.3, GF 13.2, GF 14.18, GF 15.2).

A maioria dos profissionais associa o uso e o abuso de álcool e outras drogas ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids, no entanto, não

deixam claro quais seriam os seus marcadores (GF 2.6, GF 3.1, GF 4.1, GF 6.3, GF 6.6, GF 6.24, GF 9.1, GF 10.1, GF 13.2, GF 14.1, GF 15.2). Apenas quatro equipes relacionam o uso de substâncias psicoativas à prática do sexo sem proteção (GF 5.1, GF 7.2, GF 8.4, GF 12.3) como na frase: “naquele momento que eles estão drogados, eles estão dopados, eles não vão usar a camisinha mesmo” (GF 7.2). Outra equipe associa as drogas à múltipla parceria sexual, como na fala: “o cara depois que ele está drogado, aí ele dorme com qualquer uma, ele fica com qualquer uma, o que vier para ele é lucro” (GF 1.4, GF 1.8).

Ao contrário dos gerentes, as equipes identificaram as mulheres como vulneráveis ao HIV/aids, principalmente as casadas ou em união estável. Numa das falas, “as mulheres casadas dificilmente usam camisinha” (GF 4.2).

Os profissionais acreditam que esta vulnerabilidade está associada à confiança em seus parceiros sexuais (GF 1.9, GF 2.4, GF 8.3, GF 15.38). Esta confiança faz com que a mulher negligencie o uso do preservativo nas relações sexuais. Segundo eles, mesmo aquelas que “não acreditam na fidelidade”, têm muita dificuldade na negociação do uso do preservativo, muitas vezes até por medo que desconfiem da fidelidade delas (GF 2.1, GF 2.4, GF 3.13, GF 4.2, GF 5.4, GF 6.7, GF 8.3, GF 15.7). Uma equipe sinaliza que a decisão de usar ou não o preservativo é do homem (GF 5.4). E que o fato dos homens manterem várias parcerias sexuais fora do casamento, tornam suas esposas vulneráveis ao HIV/aids (GF 1.9, GF 2.4, GF 15.7).

O uso de drogas entre as mulheres adultas também é percebido pelas equipes. Muitas se prostituem para conseguir a droga (GF 6.6). Preocupa uma equipe a “inversão de valores”, ao observar em sua área um sentido de aquisição de “status social” o fato das mulheres envolverem-se com ex-presidiários e com pessoas envolvidas com o tráfico de drogas, os chamados “donos da boca”. (GF 1.19).

A mulher gestante foi lembrada num dos grupos focais. Expressaram preocupação com mulheres gestantes sem acompanhamento pré-natal, reconhecendo a necessidade do conhecimento da condição sorológica antes do parto (GF 1.25).

Assim como os gerentes, os idosos também foram reconhecidos como população vulnerável pelas equipes de saúde da família (GF 1.5, GF 1.6, GF 1.7, GF 1.27, GF 2.3, GF 3.3, GF 6.2, GF 6.8, GF 10.5, GF 10.6, GF 11.8, GF 15.3). Porém, nem todas as equipes referiram conhecer que a epidemia da aids atinge cada vez mais a população idosa, ou pelo menos não apontou esta como uma população vulnerável ao HIV.

Foi lembrado que a terceira idade atualmente frequenta bailes e mantém vida sexual ativa (GF 1.5, GF 15.39), principalmente após o surgimento dos medicamentos que melhoram o desempenho sexual dos idosos (GF 15.23).

A baixa adesão ao uso do preservativo foi identificada como um dos marcadores da vulnerabilidade do idoso (GF 1.27, GF 2.3, GF 6.8, GF 11.8, GF 15.39). Existe resistência ao uso do preservativo pela própria dificuldade de se adaptar a algo novo, população esta que teve sua iniciação sexual antes do surgimento da aids, diferentemente dos jovens que são incentivados a usar o preservativo desde a sua iniciação sexual (GF 1.27, GF 6.8).

A vulnerabilidade destes idosos, também foi atribuída à dificuldade de falar sobre sexualidade. Os idosos de hoje nasceram e viveram a maior parte de suas vidas numa cultura em que não se discutia abertamente sobre sexualidade, permitindo assim que os mitos e tabus fossem construídos e passados de geração em geração (GF 15.32).

Ao contrário do que pensam os gerentes, os homens foram citados como vulneráveis ao HIV pelas equipes. Para os heterossexuais três foram os marcadores de vulnerabilidade identificados: dificuldade em falar

sobre sexualidade, baixa adesão às ações de prevenção e sua percepção “curativa” do serviço de saúde, com procura pelos serviços de saúde, somente quando apresenta sintomas de doença (GF 2.12, GF 6.9, GF 6.10).

Os HSH (GF 3.1, GF 4.1, GF 9.5, GF 12.4) e as profissionais do sexo (GF 2.5, GF 13.3, GF 14.3) foram pouco citados pelas equipes como vulneráveis, assim como os gerentes. Não foram identificados marcadores que expressem a vulnerabilidade dos HSH nas falas das equipes.

Já entre as profissionais do sexo, identificam-se como marcadores de vulnerabilidade nas falas das equipes, a multiplicidade de parceiros sexuais e a dificuldade de negociação do uso do preservativos com os seus clientes (GF 2.5, GF 13.3).

E, por fim, uma equipe aponta como vulnerável ao HIV, a população de ex-presidiários, referem que há muitos casos de HIV nas penitenciárias. A equipe mencionou que existe no território intensa movimentação de pessoas que estão em liberdade ou são presas a todo instante. Ao reconhecer esta população como vulnerável ao HIV, lembram que as mulheres, parceiras destes, também se encontram vulneráveis (GF 1.10, GF 1.15, GF 1.17).

4.2 Prevenção do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família

4.2.1 Ações de prevenção voltadas para populações reconhecidas como vulneráveis ao HIV/aids sob a ótica das equipes

Neste capítulo, são apresentadas as ações de prevenção às DST/aids relatadas pelas equipes de saúde da família e de que forma são desenvolvidas nas Unidades.

As ações de prevenção ao HIV/aids nas Unidades pesquisadas, de modo geral, se dão de forma pontual, sem planejamento prévio, não sendo considerado pela maioria das equipes como uma prioridade de atenção da ESF.

Ao identificar os adolescentes como vulneráveis ao HIV, as Unidades relataram que a maioria de suas ações está voltada à eles. A maioria das ações está baseada na oferta do teste anti-HIV e no incentivo ao uso e acesso aos preservativos (GF 1.43, GF 4.8, GF 6.15, GF 8.13, GF 9.10, GF 10.11, GF 11.10, GF 11.19, GF 13.5).

Considerando que os adolescentes têm vergonha de adquirir o preservativo na Unidade, as ACS o ofertam durante as visitas domiciliares ou quando os encontram no território. (GF 1.33, GF 8.13).

Nas visitas, algumas equipes referem que, além de incentivarem o uso do preservativo, abordam sobre sexualidade com os adolescentes (GF 2.15, GF 2.23, GF 9.11, GF 11.17) e falam da importância do preservativo como prevenção às DST/aids e não somente como contraceptivo (GF 12.9). Uma equipe lembra que é importante a formação de vínculo para que o

adolescente procure o serviço de saúde (GF 2.29). Outra relata que, por meio dos pais, desenvolve ações de prevenção junto ao adolescente (GF 14.12).

Ainda sobre acesso ao preservativo, uma das equipes refere manter *displays* com preservativo em locais estratégicos, no sentido de que não é necessária identificação para adquiri-lo, como banheiro e sala de procedimentos e curativos onde são realizados os testes de gravidez (GF 9.19).

Outra equipe foi além da ampliação do acesso ao preservativo, capacitaram jovens multiplicadores da própria comunidade para que estes distribuam o preservativo no território, orientando sobre seu correto uso e sobre sua importância, não só como contraceptivo, mas principalmente na prevenção às DST, HIV e à aids (GF 6.28).

A consulta também foi citada como instrumento utilizado para as ações de prevenção. Duas equipes referem que nas consultas são abordados com os adolescentes temas como sexualidade, uso de drogas e prevenção (GF 2.24, GF 10.8). Na opinião de uma delas, há mais facilidade de diálogo com o médico ou com a enfermeira (GF 2.24). Nas consultas, uma equipe refere que incentiva o uso do preservativo como forma de prevenção às DST/HIV e à aids e não apenas como contraceptivo (GF 10.8).

Algumas adolescentes aproximam-se dos serviços de saúde após a sua primeira relação sexual. Por medo de engravidar procuram a equipe para orientá-las sobre métodos contraceptivos. É um momento em que se encontram mais receptivas para abordagens individuais preventivas do HIV (GF 10.15).

Uma equipe lembra que existe mobilização de algumas Unidades para desenvolverem projetos pilotos com adolescentes para prevenção da gravidez precoce e das DST, sendo o HIV incluído nestes. Tem um sentido amplo de cuidado com a saúde do adolescente (GF 15.10). Na Unidade que

esta equipe trabalha, o projeto encontrava-se em fase inicial de planejamento no momento em que o grupo focal foi realizado.

Algumas Unidades realizam grupos específicos direcionados aos adolescentes, muitas vezes de forma esporádica, que discutem temas variados, entre eles uso de drogas, gravidez na adolescência e prevenção às DST/HIV e à aids (GF 1.46, GF 2.17, GF 2.27, GF 3.14, GF 6.35, GF 8.12, GF 9.13, GF 10.10, GF 11.15, GF 14.10).

Nos grupos, os adolescentes são de difícil adesão, porém quando aderem são bastante receptivos, participativos, interessados e contribuem muito com as discussões (GF 15.12). Além disto, os adolescentes já nasceram na “era” da aids, sendo estimulados a usarem o preservativo desde a sua primeira relação sexual. Isso facilita a discussão sobre a prevenção ao HIV/aids com esta população (GF 1.27, GF 15.33). E, a presença do profissional médico nos grupos aumenta a aceitação e a participação (GF 15.17).

Três Unidades referem ações coletivas planejadas e de forma contínua com intuito de minimizar a vulnerabilidade do adolescente. Uma delas refere realizar grupos de adolescentes uma vez por mês, direcionado especificamente a crianças e adolescentes, de 10 a 14 anos, ligados ao tráfico de drogas, muitos sem acesso os serviços de saúde (GF 1.46). A falta de registro de identificação de crianças e adolescentes os impede inclusive ao atendimento na unidade, dado que é solicitada documentação na matrícula.

Uma enfermeira de equipe, percebendo a necessidade de inclusão desta população ao serviço, realiza um grupo de jovens fora da Unidade, junto a uma comunidade com precárias condições de moradia, que se reúnem mensalmente. Neste grupo são feitas orientações gerais sobre drogas e prevenção às DST. A equipe relata que uma forma de aumentar a adesão ao grupo foi associá-lo ao atendimento médico e odontológico (GF 1.49) e, após a criação do vínculo, tenta trazê-los para a Unidade (GF 1.50).

Um dos profissionais relembra o último grupo, onde se discutiu sobre drogas com estes adolescentes. Foi considerado um grupo bastante participativo, “todos eles se abriram”, com relato de experiências e muitos questionamentos (GF 1.51). Ainda nesta Unidade, são realizados grupos de aconselhamento pós-teste, que eles denominam “grupos de resultados” (GF 1.35).

Outra refere que mantém uma "Sala do Adolescente" com fluxo pré-estabelecido para atender esta população, onde oferece o teste anti-HIV e o preservativo. A adolescente chega para realizar o teste de gravidez e é direcionada para esta sala. Depois é encaminhada para a equipe da sua área, que a acolhe, orienta sobre contracepção e uso do preservativo na prevenção às DST (GF 4.10). Além disto, mensalmente, nas primeiras segundas-feiras de cada mês, desenvolve grupos com esses adolescentes que frequentemente realizam o teste de gravidez. O convite para participação é feito pelas ACS nas visitas (GF 5.2). São contemplados nestas ações apenas os adolescentes do sexo feminino.

E, por último, uma Unidade refere ter iniciado um Grupo de DST, programado para acontecer com frequência mensal, direcionado aos adolescentes identificados como vulneráveis nas visitas ou nas consultas. Este grupo discute sobre prevenção às DST e ao HIV e demonstra a utilização do preservativo com utilização de recurso áudio-visual. Pela falta de espaço na unidade, a enfermeira oferece a sala de sua própria residência para a realização do grupo. (GF 3.16).

Algumas equipes referem que, na maioria das vezes, existe uma abordagem sobre DST/HIV e aids de forma superficial, dentro de outros grupos não específicos, como grupo de diabéticos, de hipertensos, de idosos e de planejamento reprodutivo, porém, a maioria não descreve como são realizadas essas abordagens (GF 1.42, GF 2.20, GF 3.14, GF 6.14, GF 9.13, GF 10.10, GF 13.8). Uma equipe relata que nos grupos de planejamento reprodutivo são destacadas as diferenças de gênero, principalmente na visão sobre sexualidade e envolvimento sexual, como forma de “explicar a

traição masculina pela atração física, para que as mulheres entendam a importância do uso do preservativo com seus maridos” (GF 9.22).

Três unidades realizaram, em algum momento, ação conjunta com uma escola da área. Uma relata que eram grupos que aconteciam esporadicamente, direcionados a adolescentes, com enfoque na prevenção às DST/HIV (GF 8.10). A equipe relembra uma atividade, onde se discutiu dúvidas dos adolescentes, principalmente quanto ao uso do preservativo e sobre sexualidade. Avaliam que houve bom aproveitamento por parte dos alunos (GF 8.12). Mas, relatam que, atualmente, as questões relacionadas ao HIV não são mais prioridades, e que estão mais preocupados com os hipertensos, diabéticos e gestantes e “a questão do HIV acaba ficando de lado” (GF 8.11).

Outra equipe relata que já realizou um grupo de adolescente na escola com a participação de um ginecologista da Unidade, onde foram feitas orientações quanto ao uso do preservativo. Os profissionais perceberam que os meninos têm maior conhecimento sobre o preservativo que as meninas, principalmente em relação ao manuseio e forma de usar (GF 11.15).

A terceira Unidade relata que realizou duas ações de prevenção na escola da área. Como atividades, foram apresentadas duas peças teatrais. Uma abordando o tema aids, onde o ator principal protagonizava um soropositivo *gay* que contava tudo o que havia vivido e por fim o ator vestiu-se com um invólucro que simbolizava o uso do preservativo. Em outra peça teatral, um soropositivo, em fase terminal da aids, contava sua história por meio de um *rap* (estilo musical popular que usa rimas e poesia para expressar determinados valores e sentimentos) (GF 12.5).

A equipe relata que utilizaram uma música que já existe como *rap*. Sua letra conta a história de um garoto soropositivo que foi a uma festa e lá conheceu uma adolescente. Ao final da festa eles tiveram relação sexual e passou o vírus para ela. No final a música conta como é a fase terminal da

doença e o arrependimento do rapaz por não ter usado preservativo. A equipe fez o cenário baseado na música para mostrar que a fase terminal do “aidético” (como se referem ao paciente que vive com aids) é assustadora, pensando ser esta uma abordagem capaz de sensibilizar as pessoas para práticas preventivas. Exemplo na fala: “...e a gente fez o cenário com o rapaz doente de HIV, já nas últimas...aí nós colocamos o aidético deitado na cama, ele contando para o amigo porque que ele se ferrou, porque não usou camisinha e tal” (GF 12.5).

Há um movimento das unidades para estabelecer um “Dia do Adolescente”, com uma programação com atividades que visam à prevenção da gravidez precoce e das DST, orientando e, caso necessário, encaminhando-os para o atendimento médico individualizado. Este projeto ainda não colocado em prática (GF 15.10).

Diferentemente das ações de prevenção voltadas aos adolescentes, são poucas dirigidas a outras populações. Quanto aos usuários de drogas, há escassez de ações preventivas. Uma equipe refere oferta de preservativos voltados à eles no território, por meio da ACS, mesmo reconhecendo que há baixa adesão no seu uso (GF 7.7). Outra equipe relata que a realização de um grupo de recuperação de usuários de drogas, com incentivo ao uso do preservativo, oferecendo o teste anti-HIV e orientando as famílias (GF 3.14).

Um grupo relata que encaminha os casos de usuários de drogas para os serviços de referência em saúde mental (GF 14.16), não desenvolvendo ação de prevenção ao HIV com esta população.

Para as mulheres também há reduzido número de ações de prevenção em HIV, sendo basicamente, o oferecimento do teste anti-HIV (GF 1.37, GF 3.18) e a distribuição de preservativos (GF 6.16). Sem abordar diretamente questões que envolvem o HIV, duas equipes relatam como oportunidade de aproximar-se destas mulheres o incentivo para a realização do exame de Papanicolaou (GF 1.30, GF 5.5). Duas outras equipes

incentivam o uso do preservativo para mulheres casadas ou em união estável (GF 6.17, GF 9.22); e outra diz que “para não dizer que não tem nenhum programa que comente sobre DST”, lembra que o faz somente na atividade de planejamento reprodutivo, quando comentam sobre as doenças (GF 5.7).

Como são as mulheres as quem mais freqüentam os grupos de planejamento reprodutivo, estas acabam sendo contempladas com ações de prevenção às DST/HIV e à aids nestes grupos, mas, em sua maioria, resume-se a incentivar o uso de preservativos como método contraceptivo (GF 2.20, GF 3.14, GF 5.7, GF 9.13, GF 10.10). E, apenas uma delas, refere que nestes grupos de planejamento são discutidas as diferenças de gênero, principalmente nas formas de se pensar o sexo e a sexualidade e, assim, busca-se pelo convencimento incentivarem as mulheres casadas a usarem o preservativo.

Outra equipe relata que uma vez por ano, no Dia Internacional da Mulher, realizam grupo voltado para a oferta e realização do Papanicolaou. Neste mesmo dia aproveita-se para desenvolver ações de prevenção às DST/aids, com distribuição de preservativos (GF 2.36). A equipe avalia que são ações que tem boa aceitação por parte da população, com adesão de grande número de mulheres, de todas as idades. Um dia inteiro dedicado às mulheres (GF 2.37), inclusive com um grupo dedicado exclusivamente às adolescentes, com utilização de recursos áudios-visuais, com projeção de filme e distribuição de pipoca, para atrair a atenção desta população, sendo avaliado de forma positiva pela equipe (GF 2.38).

A mulher, na condição de gestante, tem uma ação de prevenção especificamente voltada a ela que é o oferecimento do teste anti-HIV, como protocolo de acompanhamento do pré-natal. Porém, isso é feito sem aconselhamento pré e pós-teste, muitas vezes, de forma compulsória (GF 4.13, GF 7.12, GF 8.9, GF 9.21, GF 14.18).

Para a população idosa é oferecido o teste anti-HIV por uma das equipes (GF 6.19) e três incentivam o uso do preservativo e a prática do sexo seguro (GF 1.48, GF 6.19, GF 11.18). A população idosa é a que mais frequenta as Unidades de Saúde, especialmente nos grupos de doenças crônicas e degenerativas, e desta forma, as equipes abordam transversalmente, mas de forma pontual, a temática das DST/HIV (GF 1.29, GF 1.48, GF 6.35, GF 13.8).

Especificamente sobre a abordagem junto a idosos das temáticas “sexualidade e prevenção das DST/HIV” há o relato de uma equipe (GF 10.13). Outra faz orientação sobre prevenção nas consultas com os idosos (GF 6.29).

Nenhuma equipe relatou ação de prevenção às DST/HIV direcionada aos homens heterossexuais, contrariando um gerente que apontou ação de prevenção à esta população. Uma referiu que “a aproximação é sempre feita por meio das esposas”, esperando desta forma que o trabalho de prevenção direcionado à elas chegue a eles (GF 2.32). A vulnerabilidade ao HIV dos HSH é identificada nas consultas, quando é feito o oferecimento do teste anti-HIV, relatado por uma das equipes (GF 9.15). Outra, cita ter em sua área uma “colônia de homossexuais” e que a única ação, é a oferta de preservativo pelo ACS na viela de acesso a esta “colônia” (GF 4.12).

A prevenção aos presidiários, apontados como população vulnerável por uma das equipes, resumiu-se ao oferecimento do teste anti-HIV. A equipe relata que “se aproveita da preocupação que estes apresentam em relação à tuberculose para oferecer o check-up geral, incluindo o teste de HIV e sífilis” (GF 1.40).

E, por fim, das quatro equipes que identificaram a profissional do sexo como vulnerável ao HIV/aids, apenas uma oferta o teste anti-HIV e o preservativo (GF 2.18). Outra equipe menciona realizar visita domiciliária a uma casa de prostituição, não especificando ações de prevenção que

desenvolvem com esta população (GF 14.6), discordante dos gerentes que não apontaram ações de prevenção para esta população.

As equipes realizam outras ações de prevenção destinadas a populações em geral. Referem facilitar o acesso ao preservativo, não só ao adolescente, mantendo *displays* nos banheiros e em outros pontos estratégicos da Unidade (GF 9.19), desburocratizando a dispensação do preservativo (GF 14.11), outras realizando grupos ou palestras de DST (GF 3.14, GF 9.13) e de planejamento reprodutivo (GF 2.20, GF 3.14, GF 5.7, GF 9.13, GF 9.18, GF 10.10).

4.2.2 Dificuldades e potencialidades apontadas pelas equipes na prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família

Foram relatadas dificuldades de diversas ordens na prevenção ao HIV/aids. Vão desde problemas relacionados ao cotidiano das equipes, suas crenças e valores, até problemas de ordem institucional, todas afetando negativamente o planejamento e/ou a execução das ações de prevenção ao HIV/aids. Outras dificuldades estão relacionadas aos conceitos e valores que permeiam à abordagem das equipes e da população nas discussões sobre a infecção pelo HIV e o adoecimento por aids.

A maior dificuldade apontada pelas equipes está em abordar sobre sexualidade. Segundo elas, esta dificuldade está relacionada à resistência delas próprias em abordar o assunto, traduzido nas falas: “certos assuntos, eu não toco, até para não criar problema”, “até para não deixar elas constrangidas”, e “sinceramente, eu não toco, não pergunto se usa preservativo...até para não causar mau entendimento” “e depois você vai orientar, aí ele vai dizer que você mandou ele transar” (GF 5.6, GF 6.30, GF 9.12, GF 10.9, GF 12.6, GF 15.46).

Há, também, dificuldade da população em falar sobre sexualidade, conforme algumas falas: “a mulher fica com vergonha porque tem alguém em casa, então ela não quer falar”; “eles travam na hora que a gente vai falar sobre sexualidade”; “eles têm vergonha até de falar que está tendo relação, está tendo contato íntimo” (GF 2.16, GF 2.26, GF 6.9, GF 6.18, GF 6.20, GF 10.7, GF 11.13, GF 15.36).

De uma forma geral esta foi uma dificuldade apontada na abordagem, tanto de adolescentes (GF 2.16, GF 2.26, GF 8.14) quanto de idosos (GF 2.11, GF 6.18, GF 6.35, GF 15.36), de mulheres (GF 5.6), de homens (GF 2.12, GF 6.9, GF 6.18), ou seja, da população de uma forma

geral, inclusive dos próprios profissionais de saúde (GF 4.6, GF 5.6, GF 9.12). Esta dificuldade está relacionada aos tabus construídos, geração após geração, que giram em torno do sexo/sexualidade e que impõe certo ar de proibição e de mistério. E, é esse tabu o maior entrave nas discussões sobre a sexualidade (GF 2.31, GF 2.33, GF 4.6, GF 5.6, GF 6.12, GF 6.32, GF 12.6).

Além de mitos e tabus que giram em torno da sexualidade, acresce-se o preconceito e o estigma relacionados à aids, muito presentes nas falas dos profissionais, como nos exemplos: “o aidético nunca se assumi como tal, continua a praticar o sexo, muitas vezes de forma insegura, então ele também é um risco”; e “um aidético custa muito para o Estado, e acho que se você prevenir mais... o salário da gente aumentaria mais” (GF 4.16, GF 6.32, GF 12.6, GF 12.13, GF 15.21, GF 15.45). Além disto, existe o preconceito das equipes em relação a determinado grupo já estigmatizado no início da epidemia, como pode ser avaliado nas falas: “deu uma onda de sapatão, de gay na minha área”; “os homossexuais são vulgares, debocham, viram purpurina”; “é uma gayarada, um monte de sapatão, é uma coisa medonha” (GF 4.16, GF 12.8). Estes estigmas interferem negativamente no desenvolvimento das ações de prevenção ao HIV por criarem barreiras na comunicação entre os profissionais e a população (GF 2.44).

Além disto, observa-se preconceito do profissional de saúde em relação ao preservativo, como na fala: “é um saco usar a camisinha” (GF 12.11).

A falta de preparo para abordar sobre o tema foi apontada pelos profissionais (GF 5.6, GF 6.30, GF 6.33, GF 9.12, GF 13.4). Admitem que muitos dos seus mitos e tabus - maiores responsáveis pela sua dificuldade em abordar sobre sexualidade e prevenção ao HIV, estejam associados à falta de capacitação profissional (GF 3.9, GF 4.6, GF 5.6, GF 6.11, GF 13.4, GF 14.19). Não há capacitação da equipe da atenção básica para o trabalho de prevenção ao HIV/aids, desta forma, muitas de suas dúvidas são

sanadas em panfletos educativos direcionados para população em geral ou na internet (GF 4.6).

Quando se trata de adolescentes, a maior dificuldade está em falar sobre sexualidade quando há algum familiar próximo - mãe, pai ou irmãos -, de quem, muitos escondem informações sobre sua vida sexual, como na fala: "Porque é um assunto um pouco delicado de se comentar em casa, onde tem os familiares. Eles não querem que saibam que tem vida sexual ativa" (GF 1.26).

Em particular, os adolescentes têm medo de falar sobre sua sexualidade com as equipes por não sentirem confiança na garantia da confidencialidade das informações (GF 11.13, GF 12.10). O ACS mora na área e, ser vizinha ou até mesmo amiga dos pais dos adolescentes dificulta esta relação, como aparece em um discurso: "porque elas mesmas falam - não conta para minha ACS, por favor, porque ela conhece a minha mãe e meu pai" (GF 10.17, GF 11.14). Além disto, o ACS tem dificuldade em abordar o tema nas visitas com os adolescentes por medo que os pais achem que está incentivando o sexo (GF 9.12).

Para os profissionais, os adolescentes não levam a sério as informações sobre sexualidade e prevenção. São difíceis de serem sensibilizados, não gostam de receber orientações da equipe e acreditam que nunca vão ficar doentes (GF 3.17, GF 11.12, GF 15.29). Uma equipe sente-se impotente diante dos adolescentes por não conseguir fazer com que compreendam sua própria vulnerabilidade (GF 1.36).

Há dificuldade de abordar sobre sexualidade e uso do preservativo também com os idosos, particularmente quando envolve crenças religiosas, segundo a equipe, isto chega a impedir a abordagem sobre esse tema (GF 5.6). Segundo uma fala: "sinceramente eu não toco [no assunto], não pergunto se usa preservativo, várias coisas eu não toco, até para não criar mal entendimento". Oferecer o teste anti-HIV ao idoso é encarada como uma ofensa então a equipe não oferece o teste por medo de

constranger a pessoa (GF 2.11, GF 6.12). Os idosos têm muito preconceito com o exame, e isso também está ligado ao tabu que existe em torno da sexualidade, nesta população (GF 2.11).

Há, também, resistência ao uso de preservativos entre os idosos, pela dificuldade de se adaptar a algo novo, diferentemente dos jovens como já foi apontado (GF 1.27).

Os homens têm maior dificuldade em falar sobre sexualidade que as mulheres (GF 2.12, GF 6.9, GF 6.20). Além disto, entre os homens parece haver uma compreensão de que os serviços de saúde respondem à necessidade de tratamento de doenças já instaladas. Desta forma, procuram os serviços de saúde somente quando apresentam sinais e/ou sintomas de agravos. Segundo a equipe, após resolução do problema de saúde não há procura pela Unidade. Tudo isto dificulta sua adesão às ações de prevenção (GF 6.21).

Na opinião de uma equipe, os homossexuais não se mostram abertos às equipes de saúde, mostrando certa resistência em falar sobre sexualidade e medidas de prevenção. Na opinião da equipe eles são “vulgares, debocham e chegam até a maltratar os profissionais, dificultando as ações de prevenção”. (GF 4.11, GF 4.16).

Os usuários de drogas também, segundo as equipes, “não dão abertura para a equipe desenvolver ações de prevenção em relação ao HIV”. (GF 10.7). Acresce a isto, a dificuldade de abordar o uso da droga, segundo a equipe “é complicado porque como é que você vai falar, olha, não usa isso [drogas], não faz isso” (GF 12.7).

As equipes apontam que também há dificuldades na prevenção ao HIV que não são particulares de uma dada população, mas acontecem independentemente da raça, sexo, idade ou condições sócio-econômicas. Como por exemplo, o medo e a vergonha que a população tem de realizar o teste anti-HIV. O medo ocorre pela possibilidade do diagnóstico positivo e a

vergonha por sentir-se julgada pela equipe como infiel ou promíscua por estar solicitando o exame (GF 1.26, GF 2.8, GF 4.17, GF 15.40).

Além disto, destacaram que a população tem dificuldade em cumprir as ações preventivas “prometidas” à equipe, como a fala: “a gente vê lá aquela pessoa fazendo a coisa que já prometeu que não ia fazer” (GF 1.58). Percebe-se o caráter prescritivo de conduta e não um projeto terapêutico pactuado e acordado entre profissional e paciente.

Exceção feita às gestantes, cujo pedido de exames ocorre no conjunto dos exames de rotina de pré-natal, é incomum a oferta de do exame para a população em geral. Isso dificulta o diagnóstico precoce (GF 8.9) e, como sinaliza uma equipe, o diagnóstico tardio coloca outras pessoas em risco de infecção pelo vírus (GF 15.41).

A visão imediatista da população também foi apontada como um entrave para o enfrentamento da epidemia. É difícil convencê-los dos benefícios da prevenção já que seus resultados não são imediatos (GF 11.16)

As equipes avaliam que a população em geral possui compreensão da saúde como ausência de doença (GF 2.13, GF 6.21, GF 10.12). “As pessoas não param para pensar na prevenção, elas ainda estão com aquele pensamento que é melhor a cura, [...] no momento que está sentindo alguma coisa, vamos tratar, melhorei, então está bom” (GF 10.12). Ponderando, uma equipe afirma que não só a população tem uma visão curativa, como também os profissionais de saúde, explicando que isto se deve à sua formação ser essencialmente curativista (GF 7.11). Segundo uma equipe, para além da formação, há descompromisso de alguns profissionais para o desenvolvimento das ações de prevenção do HIV (GF 6.11).

De forma geral, “o trabalho de prevenção não é fácil, é um trabalho de formiguinha, muito desgastante”. Não depende somente da

equipe, depende também, entre outras coisas, de fatores ligados diretamente ao receptor da ação, tanto do grau de escolaridade como da própria aceitação da pessoa em receber as informações e transformá-la em efetiva redução da sua vulnerabilidade. (GF 1.52, GF 2.34, GF 6.25, GF 7.3).

Algumas dificuldades apontadas estão diretamente relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. Para algumas, o processo de trabalho dificulta as ações de prevenção ao HIV/aids, principalmente pela excessiva cobrança em atingir as metas dos programas prioritários (GF 4.7, GF 8.11, GF 13.7). As equipes alegam que a aids não é uma “questão prioritária da atenção básica e sim, os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças”, desta forma, as ações de prevenção ao HIV acabam ficando esquecidas (GF 3.11, GF 8.11, GF 13.7).

Sinalizam a dificuldade na formação de vínculo entre a equipe e a população (GF 2.16, GF 7.3), principalmente pela rotatividade dos profissionais (GF 7.3), o que dificulta ainda mais o planejamento e execução das ações de prevenção. Uma equipe lembra que essa alta rotatividade de profissionais dificulta também o trabalho em equipe, “pois desenvolver um bom trabalho necessita que a equipe trabalhe numa certa sintonia” (GF 7.13).

Ao mesmo tempo em que valorizam o vínculo, acreditam que a proximidade das ACS com a população dificulta a abordagem das questões relacionadas à sexualidade e a prevenção do HIV. Acreditam que esta dificuldade está ligada a falta de confiança no sigilo profissional, principalmente relacionada ao fato do ACS residir no território (GF 2.16, GF 2.26, GF 3.10, GF 11.13).

Duas equipes também sinalizam que existe preocupação quanto aos riscos que correm na área, onde o tráfico de drogas interfere direta ou indiretamente no seu trabalho, dificultando a realização das ações de prevenção ao uso de drogas e impedindo o acesso ao território (GF 1.44, GF 12.6).

As equipes assinalam dificuldade na realização de grupos de prevenção ao HIV/aids. São diversas as justificativas para a não realização das ações coletivas. A primeira é a baixa adesão da população, principalmente dos adolescentes (GF 1.28, GF 1.41, GF 2.16, GF 2.25, GF 6.9, GF 8.16, GF 10.14, GF 11.20, GF 13.6, GF 14.7, GF 15.9, GF 15.12).

A segunda é a inapropriada estrutura dos serviços de saúde. A falta de espaço físico foi apontada como sendo empecilho para o desenvolvimento das ações de prevenção em grupo (GF 3.15, GF 4.9, GF 6.11, GF 8.16). Contornando estas dificuldades, três Unidades utilizam espaços privativos de moradores e profissionais das equipes, como salas ou garagens, para realizar ações coletivas de prevenção (GF 1.46, GF 3.16, GF 4.9).

Duas unidades referem que usam como atrativo para aumentar a adesão aos grupos, atrelar esta ação ao atendimento médico, como aparece na fala: “qualquer grupo você tem que oferecer no final uma receita, senão para eles não foi válido o grupo, se a doutora não trocar a receita do anticoncepcional que está vencendo, elas não vão” (GF 1.49, GF 4.19). A distribuição de algum tipo de “brinde” como chocolates, balas, pipocas ou sorteios de objetos também são usados pelas equipes como barganha para melhorar a adesão aos grupos (GF 1.41, GF 2.38).

Outra dificuldade na realização das ações de prevenção ao HIV, apontada pelas equipes, é a abordagem que a mídia faz em relação ao HIV/aids, realizando campanhas preventivas pontuais, em datas comemorativas como o carnaval, única oportunidade em que são intensificadas as ações de prevenção. Entendem que se a mídia abordasse mais sobre o tema facilitaria o trabalho preventivo das equipes (GF 8.8, GF 8.18, GF 11.22).

Uma equipe avalia que há dificuldade na abordagem da prevenção ao HIV/aids por não haver formas de alertar a população em relação a epidemia. Segundo algumas falas, o alerta tem o sentido de

“amedrontar” a população, como na fala: “o HIV é mais difícil [de abordar] do que das outras DST por não haver foto que possa causar medo nas pessoas, já que a aids de hoje não tem cara”. Há no discurso, o sentido de que o aprendizado sobre as medidas preventivas tem como base a ameaça: “a pessoa se choca com o que ela vê, não com o que ela ouve, então você tem uma DST, a gente mostra em foto, ela causa aquele impacto [...] o HIV não, muitas pessoas tem e não demonstra isso, então não tem tanto impacto” (GF 15.26).

Porém, os profissionais da ESF não apontaram apenas dificuldades. Potencialidades para a prevenção ao HIV foram identificadas nos discursos das equipes. Pode-se observar que a mesma situação apontada por algumas equipes como dificuldade, foi apontada por outras como potência.

Assim como as dificuldades, as potencialidades também foram de diversas ordens. Para compreensão, foi considerada “potência” tudo aquilo que, de alguma forma, atuava positivamente no desenvolvimento e/ou execução das ações de prevenção na ESF, segundo as equipes pesquisadas.

Da mesma forma em que a aproximação da equipe à comunidade, principalmente por meio do ACS, foi apontada como dificuldade no enfrentamento do HIV, também foi assinalada como uma potência para o desenvolvimento das ações de prevenção. A presença do ACS na área propicia a criação de vínculo das equipes com a população, aumentando a confiança na garantia da confidencialidade das informações (GF 1.34, GF 1.45, GF 2.19, GF 2.21, GF 6.31, GF 10.16). O ACS tem se mostrado elemento importante na ESF, pois é um interlocutor das necessidades de saúde da população.

O fato do ACS morar na área propicia também o acompanhamento mais próximo dos indivíduos e das famílias. Mesmo fora dos seus horários oficiais de trabalho, ele continua no território, como

morador e como agente de saúde, desempenhando papéis indissolúveis, como visto na fala: “às vezes a gente está fora do nosso horário de serviço e eles vêm e perguntam, no mercado ou então na porta de casa” (GF 1.56).

Na ESF, a visita domiciliária tem sido importante instrumento para apreensão da vulnerabilidade ao HIV no território, embasando, segundo as equipes, as ações de prevenção (GF 1.33, GF 3.16, GF 9.23, GF 11.17, GF 14.6).

É no território, através das visitas, onde frequentemente são desenvolvidas ações de prevenção, seja no oferecimento do teste anti-HIV, no incentivo ao uso de preservativos, ou mesmo em “bate-papos” informais com a população sobre sexualidade (GF 1.33, GF 2.15, GF 7.5, GF 8.16, GF 9.11, GF 10.11, GF 11.17).

A reunião de equipe também é uma potência da ESF na prevenção em HIV. É o espaço utilizado pelas equipes para discussão de casos, planejamento de ações, decisão de condutas em conjunto e também um espaço de aprendizado, onde um profissional aprende com a experiência do outro (GF 1.33, GF 1.57, GF 2.47, GF 3.20, GF 6.37, GF 10.21, GF 11.23). Em todas as Unidades pesquisadas, a reunião de equipe acontece todos os dias da semana.

A própria ESF foi apontada como potência no enfrentamento da aids, por possibilitar maior acesso a informação e as ações de prevenção já que o trabalho da equipe de SF é fundamentalmente preventivo (GF 1.34, GF 1.47, GF 2.40, GF 7.4, GF 7.14, GF 10.18, GF 15.14), como pode ser visto na fala: “A prevenção é o nosso dia-a-dia” (GF 10.18).

Pensando no princípio da longitudinalidade, um grupo focal sinalizou que a ESF possibilita que as equipes acompanhem seus usuários ao longo do tempo, permitindo assim a criação do vínculo – elemento essencial para o trabalho preventivo das equipes (GF 10.19).

Além disto, uma equipe apontou que a ESF possibilitou maior acesso ao teste anti-HIV à população de uma forma geral (GF 1.47, GF 1.55) e outra reconheceu a ESF como potência na redução da transmissão vertical do vírus (GF 7.15).

4.2.2 Desafios apontados pelas equipes na prevenção do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família

As equipes apontaram alguns desafios da ESF no enfrentamento do HIV/aids.

É um desafio, para a equipe, fazer com que as pessoas entendam que a ESF foi idealizada para desenvolver ações de prevenção de agravos e doenças e para promover a saúde, contrária ao modelo curativista (GF 2.40).

Segundo eles, há necessidade de mudança de paradigma e de cultura, não somente da população em geral, mas também dos profissionais de saúde (GF 7.6). Para haver uma melhora nas ações de prevenção do HIV/aids na ESF, primeiramente, deve haver uma conscientização dos profissionais de que “a aids não tem cor, idade, classe social e que todos são susceptível ao vírus”. (GF 3.12).

É importante que as pessoas entendam que a aids não tem cura, mas que é considerada, na atualidade, uma doença crônica, que há tratamento que aumenta a expectativa e a qualidade de vida dos soropositivos. E, o Brasil é referência mundial no tratamento deste agravo (GF 2.43, GF 6.36).

Como se viu anteriormente, a maior preocupação e, portanto, a maior parte das ações de prevenção em HIV está voltada para a população adolescente. Duas equipes apontam que o desafio é estendê-las a outros

grupos que vivem situações de vulnerabilidade ao HIV (GF 2.14, GF 2.28). Uma equipe expressa que o ideal seria abordar sobre a prevenção ao HIV, incentivando medidas preventivas efetivas, de forma constante e planejada, inserida transversalmente em grupos que já acontecem na unidade, como o dos hipertensos, diabéticos, idosos, entre outros (GF 1.54).

Os profissionais precisam entender que somente melhorar ou garantir o acesso ao preservativo não é suficiente, devendo estar associada à ações educativas. O desafio é fazer com que a pessoa entenda a importância do seu uso na prevenção ao HIV e passe a utilizá-lo como prática preventiva (GF 9.20).

Além disto, a população precisa ver a aids como uma doença como outra qualquer, sem preconceitos e tabus, para facilitar a discussão sobre prevenção (GF 8.19, GF 15.44). Da mesma forma, os profissionais precisam abordar a aids igualmente como abordam qualquer outra doença como a hipertensão e a diabetes, sem preconceitos e tabus (GF 15.43). O ideal seria que os profissionais de saúde pudessem se desprender dos seus valores e preconceitos em relação à aids impedindo que estes interfiram nas ações de prevenção (GF 2.44). Ao mesmo tempo reconhecem que é difícil despir-se de seus valores no desenvolvimento das ações. Para as equipes, é um grande desafio abordar sobre sexualidade, HIV e aids sem tabus. (GF 10.20).

A equipe reconhece que as formas tradicionais de abordagem não são suficientes para sensibilizar as pessoas para a prevenção (GF 15.18). Que as ações fossem menos prescritivas e autoritárias, como os apelos das campanhas “Previna-se! Use camisinha!” (GF 2.45)

Porém, reconhecem que sensibilizar as pessoas à prática efetiva de prevenção também é um desafio. Cada um é sensibilizado de uma forma diferente do outro, assim, a prevenção é um trabalho onde a equipe tem que se mostrar criativa (GF 2.35).

Melhorar a qualificação das equipes de saúde, por meio de formação, educação permanente é um desafio na ESF (GF 5.6).

As equipes consideram necessário tomar ciência do nível de conhecimento da população adscrita em relação ao HIV/aids para o planejamento das ações. (GF 1.53).

Outro desafio identificado no discurso diz respeito aos profissionais de saúde, que devem perceber o indivíduo inserido no contexto familiar, no trabalho, tendo uma dada condição de vida, com suas crenças, seus valores e seus sonhos (GF 2.42). Portanto, reconhecer o indivíduo dentro do seu processo de produção e reprodução social.

5 DISCUSSÃO

As ações de prevenção ao HIV desenvolvidas na ESF do Capão Redondo, sob a ótica da vulnerabilidade em sua dimensão programática, foram analisadas segundo dois aspectos interdependentes. O primeiro diz respeito ao entendimento, noção e conceitos utilizados pelas equipes no reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV. O segundo trata do entendimento, noção e conceitos utilizados pelas equipes na realização das ações de prevenção do HIV.

No reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV pelas equipes de saúde da família pesquisadas está implícito o conceito de risco da epidemiologia tradicional. Pôde-se observar em suas falas que elas estavam mais empenhadas em identificar “grupos de risco” e “comportamentos de risco”.

O conceito de risco tem sua base na “lei da ação de massas” da década de 30, apoiada na busca da explicação causal sobre os fenômenos epidêmicos, designando chances probabilísticas de suscetibilidade do indivíduo a um dado agente agressor (Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al, 2006). Na epidemia de aids, “o recurso às análises de risco permitiu à epidemiologia identificar rapidamente grupos mais afetados pela doença, mas agregou pouca informação acerca dos significados dessa distribuição de casos” (Ayres, Paiva, França-Junior, 2010).

Sob influência das noções de risco da epidemiologia tradicional a aids foi vinculada aos chamados “grupos de risco”, que levou a criação de identidades reais rotuladas e estigmatizadas. Esta forma de interpretar além de produzir preconceito e estigmatização não foi suficiente para explicar a disseminação da epidemia. Como ampliação do conceito, propôs-se a noção de “comportamentos de risco” como forma de identificação de condutas que colocavam os indivíduos sob risco de exposição ao vírus. Esta forma de interpretar teve como possibilidade a universalização das estratégias de

prevenção por não serem focadas em determinados grupos (Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al, 2006).

A análise da epidemia segundo “comportamento de risco” também se mostrou limitada, principalmente após a “explosão” da epidemia entre às populações socialmente vulneráveis, denominada por estudiosos de “pauperização da epidemia” e por ainda manter como núcleo central o conceito de risco, desconsiderando questões sociais que condicionam a maior ou menor exposição ao vírus (Ayres, França-Junior, Calazans, et al, 1999).

Como proposição, Mann e colaboradores (1993) sugeriram a noção de *vulnerabilidade*, como superação do conceito de risco, e que parte do entendimento de que a epidemia da aids, embora tenha como elemento indispensável para sua ocorrência a presença do vírus (dimensão biológica), considera que resulta de um complexo hierarquizado de determinações (relação entre o biológico e o social). Sob esta ótica,

toda pessoa que não é soropositiva tem um grau potencial de vulnerabilidade à infecção e suas consequências, que podem não ser significativas no presente, mas que podem aumentar à medida que o ambiente no qual o indivíduo evolui desafia valores pessoais ou priva-o dos meios de obter e sustentar o menor nível possível de vulnerabilidade (Mann et al, 1993, p. 275)

Passados 30 anos após a identificação do primeiro caso de aids no Brasil e de todas essas mudanças na forma de pensar a epidemia, ainda é possível verificar que se encontra impregnada nas falas das equipes de saúde da família das Unidades pesquisadas, a noção de que há grupos específicos sob maior ou menor risco de contrair o HIV/aids, a depender de seu “pertencimento” a um certo grupo populacional ou a determinados comportamentos e práticas. Mesmo na produção do conhecimento é hegemônica a noção de “comportamentos de risco”, conforme analisou

Guanilo (2008) num estudo de revisão sistemática sobre vulnerabilidade feminina ao HIV/aids.

Sob a influência da noção de risco as equipes apontaram como vulneráveis, os usuários de drogas, os profissionais do sexo e os HSH, mesmos grupos populacionais que, no início da epidemia, foram classificados e estigmatizados como “grupos de risco”.

O adolescente, o idoso, a mulher e o homem também foram lembrados como vulneráveis ao HIV, porém atrelada sua vulnerabilidade à comportamentos interpretados, pelas equipes, como de risco.

Desta forma, a maioria das equipes elencou três comportamentos como sendo responsáveis pelo aumento da aids: a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de drogas e o uso inconsistente do preservativo. Basear as práticas segundo o conceito de “comportamento de risco” tem como consequência tendência à culpabilização do indivíduo, imprimindo nele a responsabilidade pela eventual falha na prevenção (Ayres, França-Junior, Calazans, et al, 1999).

O comportamento não pode ser interpretado como sendo exclusivamente da vontade do indivíduo. Está diretamente relacionada ao grau de consciência que esse indivíduo tem das consequências que tais comportamentos podem lhe trazer e, mais que isso, da capacidade que tem de transformar esta consciência em atitudes e práticas preventivas (Ayres, 2002).

Além disto, para Ayres (2002), vincular o HIV aos chamados grupos de risco, tem uma série de consequências: “rotula”, “generaliza”, “cristaliza”, “isola” e “paralisa”. E elencar um rol de comportamentos de risco, segundo ele, “universaliza”, “dessubjetiva”, “despolitiza”, “descontextualiza”, por desconsiderar outros importantes determinantes da infecção. Alerta ainda, que ambos os conceitos (grupo/comportamento), quando utilizados acriticamente, além de limitados e ineficientes, pode produzir violência de diversas ordens.

O comportamento em si, quando analisado de forma crítica, levando-se em consideração o contexto social que o permeia, pode contribuir com a

análise da vulnerabilidade do indivíduo, da família e da comunidade. Por exemplo, Oliveira, Paiva e Valente (2007), em estudo qualitativo realizado com usuárias de drogas no município de Salvador (BA) mostrou que o comportamento “uso de drogas” tem relação muito próxima com a vulnerabilidade ao HIV/aids. O estudo observou que independente da substância psicoativa e da modalidade de uso, o fato de consumir a substância e de conviver com outros usuários de drogas e envolver-se sexualmente e afetivamente com estes, as torna mais vulneráveis ao vírus. O tipo de droga, a modalidade e a rede social do uso influencia no nível de vulnerabilidade individual, social e programática. A relação droga e sexo mostra ser bastante complexa por envolver demandas de ordem individual e social permeadas por questões subjetivas como sentimentos, valores, crenças, acesso a informações e que interferem direta e indiretamente nas práticas e atitudes das pessoas (Oliveira, Paiva, 2007).

Num outro exemplo, Nunes (2005) associa criticamente a prostituição e o uso de drogas de adolescentes em situação de rua como comportamentos que levam à vulnerabilidade ao HIV/aids. Desta forma, analisou que a prostituição ocorre pela busca frenética por dinheiro para pagamento de dívidas contraídas para uso da droga e que o comércio sexual muitas vezes é uma estratégia de sobrevivência e que a prostituição, parte desta estratégia, associa-se à manutenção do uso da droga. Uma vez existindo essa associação droga e prostituição, as adolescentes não conseguem sair deste ciclo por essas duas condições se retro-alimentarem.

Na tentativa de reconhecer a vulnerabilidade do território, nas falas das equipes, pode-se perceber que o conceito de risco predominou, aproximando mais ao conceito de vulnerabilidade quando levaram em consideração que na produção da aids há determinantes sociais amplos, ao analisarem as condições de vida e de trabalho da população adscrita e consideraram a influência das questões de gênero e geração na vulnerabilidade ao HIV/aids.

Na perspectiva da vulnerabilidade, Ayres (2002) destaca alguns de seus determinantes, como:

a pobreza; a exclusão de base racial; a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero; a intolerância à diversidade, especialmente de opção sexual; o limitado diálogo com as novas gerações e a conseqüente incompreensão dos seus valores e projetos; o descaso com o bem estar das gerações mais idosas e a impressionante desintegração da sociedade civil no mundo globalizado (Ayres, 2002, p. 12).

Para as equipes, constitui um grande desafio perceber o indivíduo inserido um contexto histórico e social, com “suas crenças, seus valores e seus sonhos”. Schaurich e colaboradores (2006) destacam que para alcançar este objetivo no enfrentamento do HIV/aids

é preciso, então, lançar um olhar que transcenda a percepção de doença como um fato meramente biológico, para entendê-la como vinculada, também, à cultura, ou seja, como um estado – transitório ou permanente – vivido pelo indivíduo e que se encontra localizado no íterim entre o biológico e o cultural (Schaurich, Coelho, Motta, 2006, p. 459).

As equipes sinalizam que existe dificuldade da população em falar sobre sexualidade. Essa dificuldade está relacionada aos tabus construídos, geração após geração, que giram em torno do sexo/sexualidade e que impõe certo ar de proibição e de mistério, considerado pelas equipes como o maior entrave nas discussões sobre o tema.

Paiva (2002) destaca que esta dificuldade esta associada à dicotomia de uma sociedade que não estimula as discussões sobre sexualidade, embora seja “sexo-estimulante”.

Problemas conhecidos dos que trabalham com a prevenção permanecem: numa sociedade que não estimula a comunicação franca sobre as conseqüências do sexo, embora seja “sexo-estimulante” a qualquer hora do dia nos meios de comunicação (Paiva, 2002, p. 29).

A análise dos grupos focais permite inferir que os marcadores utilizados pelas equipes para reconhecer vulnerabilidade em seus territórios são, em sua maioria, os mesmos “*Marcadores de Vulnerabilidade na Dimensão Individual*” identificados por Takahashi (2006). Dentre os marcadores mais utilizados pelas equipes destaca-se: a dificuldade da aplicação dos conhecimentos em práticas protetoras; a falta de percepção da sua própria vulnerabilidade; as precárias condições sócio-econômicas e culturais condicionando o acesso (ou não) à informação e a capacidade de assimilar orientações e, por fim, a parceria conjugal traduzida como confiança na fidelidade conjugal e na subalternidade da mulher em relação ao homem, expressos nas relações de gênero.

Reconhecer e mapear a vulnerabilidade ao HIV/aids do território é um passo importante para o planejamento das ações de prevenção. O envolvimento da Atenção Básica na prevenção ao HIV foi um questionamento que surgiu em meados da década de 90, motivado, principalmente, pelas grandes mudanças do perfil epidemiológico da aids e, também, pela necessidade da ampliação da cobertura populacional às ações de prevenção.

No município de São Paulo, iniciou-se em 1996 por meio da implantação da disponibilização de preservativos em todos os serviços da rede. Em 1999, buscou-se articular o Programa de DST/aids à Atenção Básica, com a implementação de ações programáticas e, em 2003 ocorreu a ampliação do acesso à testagem nas UBS, ação particularmente voltada às gestantes. (Ferraz, 2008).

A partir de então se observa crescente tendência à descentralização das ações de prevenção ao HIV/aids, destacando a participação efetiva dos serviços de saúde da Atenção Básica na vulnerabilidade das pessoas.

Como ações de prevenção do HIV/aids as equipes referem a realização de orientações individuais nas consultas, nas visitas domiciliares e no momento da realização do teste de gravidez; orientações coletivas nos grupos, principalmente, o de adolescentes e o de planejamento reprodutivo; e oferta de teste anti-HIV. Ações estas semelhantes às aquelas identificadas

por Ferraz em 2008 quando avaliou a implantação de ações de prevenção numa unidade de saúde da família do município de São Paulo (Ferraz, 2008).

Através da análise das ações de prevenção ao HIV/aids, desenvolvidas pelas as Unidades pesquisadas, pôde-se evidenciar vulnerabilidade na sua dimensão programática. A maioria das ações de prevenção ainda tem se baseado na mudança do comportamento de pessoas, com o objetivo de reduzir sua vulnerabilidade na dimensão individual, de forma prescritiva e diretiva, convencendo-as a adotar práticas sexuais seguras pelo uso do preservativo. Não poderia ser diferente já que é este o referencial utilizado pelas equipes para interpretar a vulnerabilidade ao HIV/aids dos seus territórios.

Segundo Ayres e colaboradores, ao longo do tempo, a maioria das ações de prevenção esteve baseada na mudança de comportamento, por meio do repasse de informações, voltadas para os comportamentos ditos de risco, com caráter prescritivo, autoritário e diretivo. Para os autores, uma das maiores limitações das ações de prevenção ao HIV/aids é está fundamentada no conceito de risco, que se baseia na probabilidade de o indivíduo se infectar pelo HIV e que se concentra em estratégias com o objetivo de modificar o comportamento individual ou o “isolamento epidemiológico” de um dado grupo considerado como de risco (Ayres, 2002, Ayres, Calazans, Saletti Filho, et al, 2006).

Para Paiva, a mudança de comportamento está imbricada em questões que envolvem condições socioeconômicas, políticas, culturais e morais, muito além do que o simples acesso à informação (Paiva, 2000). Obter a informação e transformá-la em práticas efetivas de prevenção submerge ao plano social da vulnerabilidade que abarca, além do acesso à informação, acesso e qualidade dos serviços de saúde; aspectos sociopolíticos e culturais; grau de liberdade de pensamento e expressão; condições de bem-estar social, como moradia, acesso aos bens de consumo, nível de escolarização, dentre outros aspectos (Ayres, 2002).

Nas Unidades pesquisadas as ações de prevenção ao HIV/aids se davam de forma pontual, não consolidadas, sem planejamento prévio, centrada na figura do profissional médico e, baseadas fortemente no repasse de informações e na prescrição de condutas.

O modelo tradicional de prevenção baseia-se em ações voltadas à transmissão de conhecimento científico, aproximando-se de um modelo médico-centrado, onde, de um lado está um detentor do saber, e de outro, um receptor, o que, de certa forma, explica o fato de a informação, por si só, não garantir a redução da vulnerabilidade ao HIV/aids (São Paulo, 2003).

Com base no “*modelo de conhecimento científico*”, estas práticas de prevenção, podem estar fundamentadas na idéia de que a aquisição de conhecimento é suficiente para que aconteça a mudança de comportamento, onde se propõe o fortalecimento de informações sobre aids, de modo imparcial e científico (Figueiredo, 1998).

Ações baseadas apenas na informação não são suficientes para a prevenção do HIV, mas sim aquelas que envolvem meios que fortalecem os indivíduos, as famílias e a comunidade, em especial àqueles ligados aos direitos humanos, de forma a capacitá-los para transformar seus conhecimentos em práticas. (UNIAIDS, 2010).

Identifica-se vulnerabilidade programática quando as intervenções são restritas aos aspectos clínicos, no modelo biomédico tradicional, com foco na doença e na cura, negligenciando os determinantes das condições que aumentam a vulnerabilidade individual (Takahashi, 2006).

Para Fracoli e Zoboli (2004), as “práticas [de saúde] são determinadas pela finalidade social do trabalho e se referem a um projeto de ação que traduz uma dada concepção de processo saúde-doença e cuidado” (Fracoli, Zoboli, 2004, p. 145), portanto, dependem da visão de mundo do profissional de saúde. De uma perspectiva biológica e multicausal, a finalidade das práticas será a normalização da máquina corpórea, do biológico (a cura) e o objeto, a doença. E da perspectiva multidimensional, que engloba determinantes psicossociais, culturais e biológicos, portanto,

coletivos, a finalidade das práticas consiste na *promoção da saúde* e na *emancipação dos sujeitos* (Fracolli, Zoboli, 2004).

Merhy acredita que a grande questão do trabalho em saúde não está no entendimento propriamente das finalidades. Estas, apesar de distintas entre si, já estão postas e se configuram na promoção e proteção à saúde, individual e coletiva, ou na cura. Mas sim, na forma de se conseguir isto, “considerando-se que em última instância o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde” (Merhy, 1999, p. 307). Nesta lógica todo processo de trabalho em saúde, destinado a produzir o *cuidado* (finalidade), antes, tem que ter produzido *atos de saúde* (instrumentos). Porém, não dá para inferir que todo *ato de saúde* é *cuidador* (Merhy, 1999).

As produções de atos de saúde podem ser simplesmente *centradas em procedimento* e não nas necessidades de saúde dos *usuários*, e a finalidade última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado e ponto final, aliás, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil (Merhy, 1999, p. 307).

Para Merhy, o modelo de atenção à saúde cujas práticas baseiam-se em procedimentos médicos está mais ancorado na competência do profissional na produção do procedimento do que na produção do cuidado em si, “de alguém real que vive necessidades a serem satisfeitas”. Neste modelo “tornamo-nos, como usuários, meros objetos e como profissionais meros insumos produtores de outros insumos” (Merhy, 2007).

Partido-se deste pressuposto, a análise das falas permite inferir que, de modo geral, as equipes pesquisadas não produzem práticas “cuidadoras”, ao contrário, muitas vezes produzem práticas autoritárias e, porque não, “ameaçadoras”, distanciadas das necessidades de saúde da população.

O modelo biomédico propicia “o *distanciamento da promoção à saúde e prevenção de agravos*, o *velamento do indivíduo obscurecido pela doença*, a *dificuldade em considerar os aspectos culturais como valores e crenças*

individuais e coletivos, entre outros” (Schaurich, Coelho, Motta, 2006, p. 256).

A superação deste modelo hegemônico foi apontada pelas equipes como um desafio para o enfrentamento do HIV/aids na ESF. Sabe-se que esta superação já tinha sido uma proposta inicial da ESF, desde o seu documento oficial, em 1994, porém, passado os anos de implantação da estratégia, o que se pode observar é que este modelo ainda não foi superado.

Estar implantada a ESF numa dada unidade não indica que todos os seus princípios e diretrizes estejam garantidos. Exemplificando, Merhy e colaboradores pontuam que o simples fato do médico realizar a visita domiciliar como um instrumento da ESF não significa que ele tenha abandonado sua prática centrada no procedimento e nem mesmo que a prática dos outros profissionais da equipe “deixaram de ser estruturado pelos atos e saberes médicos” (Merhy, Malta, Santos, 2010, p. 16).

A ESF ainda apresenta práticas centradas nas queixas e direcionadas ao atendimento de doenças cujas intervenções também se baseiam em procedimentos, consultas e exames (Morais, 2008).

Percebe-se o despreparo das equipes em abordar sobre adoecimento, morte e, especialmente, sobre sexualidade, apontada pelas equipes como sendo consequência da falta de capacitação na atenção ao HIV/aids. De modo geral, esta falta de capacitação e qualificação, apontadas pelas equipes investigadas, resulta em ações pautadas no senso comum, no conhecimento não técnico e nas características individuais de cada profissional. Para Ferraz e Nemes (2009) a pouca definição tecnológica no campo da ESF na atenção ao HIV/aids favorece este tipo de abordagem.

Santos (1989) faz crítica ao senso comum quando afirma que

[...] o senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência

cognitiva e à competência lingüística. O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre as pessoas e as coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano da vida. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade (Santos, 1989, p. 40).

Práticas baseadas no senso comum e no conhecimento não técnico constituem importante marcador de vulnerabilidade programática, implicando em condutas e informações inadequadas que repercutem na vulnerabilidade do indivíduo, da família e da comunidade (Takahashi, 2006).

A análise das falas dos grupos focais permite inferir que estavam permeadas por valores morais e normativos pessoais, carregadas de mitos, tabus e preconceitos, tanto em relação à aids quanto a grupos reconhecidamente estigmatizados no início da epidemia, e que, certamente, exerce alguma influência nas práticas desenvolvidas por estas equipes. Alguns discursos mostram ações estigmatizantes, valorizando estereótipos construídos em torno da aids, grande motivador do preconceito e da discriminação durante todos esses anos de epidemia.

Como desafios postos pelas equipes na prevenção ao HIV/aids, na ESF, pode-se destacar mudanças nas formas de pensar a aids, até então vista pelas equipes como uma doença permeada por um grande estigma e preconceito que levam à exclusão, discriminação e à iniquidade. Também entendida como uma doença incurável e que tem como única certeza, a morte.

A aids é, realmente, uma doença que não tem cura, porém, o desenvolvimento técnico-científico, com destaque aos métodos de diagnóstico e terapêutico-farmacológicos “têm oportunizado aos indivíduos com aids um viver com a doença, e não para a doença como nos anos iniciais”, possibilitando um olhar para a aids não como uma doença com morte anunciada, mas uma doença que atualmente apresenta uma

perspectiva de cronicidade. No Brasil, o sucesso da política de acesso à terapia antirretroviral aliada à eficácia das associações terapêuticas têm permitido vislumbrar a cronicidade da doença nos dias atuais (Schaurch, Coelho, Motta, 2006).

Ayres (2002) avalia que os avanços tecnológicos e a assistência de qualidade foram indispensáveis para o controle da epidemia, porém:

é impossível não considerar que esse controle também depende radicalmente da construção de uma cultura preventiva ainda mais universalizada, sustentada, plural e versátil para o conjunto da sociedade [...] e mesmo com todos os avanços apontados, a importância da prevenção não é menor nos dias de hoje. Os enormes progressos do conhecimento e da técnica não esvaziaram os desafios da prevenção, uma vez que tais avanços não chegaram a alterar substantivamente os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e à Aids de significativos contingentes populacionais (Ayres, 2002, p. 14).

Desta mesma forma, as equipes também apontam que a prevenção tem representado grande desafio. Sinalizam a necessidade de capacitação e qualificação das equipes para uma abordagem menos prescritiva e mais dialogada e pactuada com o usuário, pautada na escuta ativa e acolhimento, para construção de um projeto terapêutico mais cuidador, como defende Merhy (2007).

Nas transcrições foi possível identificar ações de prevenção com apelos de ameaça e medo, conotando o sentido de que o aprendizado sobre as medidas preventivas tem como base a ameaça.

O “*modelo do amedrontamento*”, muito utilizado na prevenção ao uso de drogas nas escolas, defende a estruturação de campanhas de prevenção enfatizando de forma dramática as consequências negativas da não adoção de medidas preventivas, acreditando que o medo funciona como um aliado da prevenção (Carlini-Marlatt, 2001). Identifica-se nas campanhas, no início da epidemia de aids, a aplicação deste modelo, como nas chamadas “Quem vê cara não vê aids”, “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar!”. Este

modelo ainda persiste em questões diversas, como nas campanhas contra o tabaco e uso de drogas (Figueiredo, 1998).

Pensando na prevenção da aids, Ayres (2002) acredita que uma das primeiras lições aprendidas, ainda nos primeiros anos de enfrentamento da epidemia, “é que o caminho do terror, do susto, de que quanto mais assustadora a propaganda melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitado”. Ações baseadas neste propósito mostraram-se ineficientes e limitadas, “afastando mais que aproximando as pessoas do problema”, pois dificilmente as pessoas se identificam, fazem associações e motivam-se para práticas protetoras após este tipo de abordagem (Ayres, 2002). Este é um modelo ainda muito utilizado, mesmo comprovadamente ineficiente.

Evidencia-se vulnerabilidade programática mesmo em ações já consolidadas pela ESF como a testagem das gestantes, recomendada como protocolo de acompanhamento do pré-natal. Pode-se observar que esta prática vem sendo realizada nas Unidades pesquisadas, sem aconselhamento pré e pós-teste e, muitas vezes, solicitada de forma compulsória pelas equipes.

Corroborando, estudo realizado por Ferraz e Nemes (2009), que avaliou a implantação de atividades de prevenção às DST/HIV na atenção básica. Apontam que o teste anti-HIV nas gestantes era realizado sem o aconselhamento. As autoras observaram que durante a consulta de pré-natal o médico entregava o resultado do exame anti-HIV, juntamente com os demais exames solicitados. Tais resultados eram apenas informados, sem quaisquer orientações preventivas. Outro estudo, realizado em Manaus, também apontou a solicitação compulsória do teste para as gestantes (Souza, 2006).

Mas, oferecimento do teste sem aconselhamento não é uma particularidade das gestantes. De uma forma geral, a análise das transcrições permitiu inferir que as Unidades pesquisadas vêm realizando o teste sem o aconselhamento recomendado tanto nas gestantes quanto na população que consideram como vulneráveis.

Segundo os marcadores de Takahashi (2006), a falta de aconselhamento evidencia vulnerabilidade programática. O aconselhamento deve ser realizado independentemente do resultado positivo ou negativo do teste, com o intuito de superar o medo do diagnóstico e do estigma da aids, reforçando, assim, a importância da adoção de práticas protetoras.

Pôde-se observar que grande parte das ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes é de âmbito individual, realizada, principalmente, no território e tem como principal finalidade a adoção de práticas protetoras. Estavam baseadas na oferta do teste anti-HIV, no incentivo ao uso de preservativos e em “bate-papos” informais sobre sexualidade com a população.

A maioria das Unidades pesquisadas não desenvolve ações preventivas em conjunto com equipamentos sociais locais. E, mesmo às poucas observadas nos discursos mostraram-se pontuais e descontínuas.

Segundo o MS (Brasil, 2006a) constitui uma atribuição da atenção básica na prevenção do HIV: “identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade”. Para Takahashi (2006), a desarticulação dos serviços de saúde com os equipamentos sociais é um marcador de vulnerabilidade na sua dimensão programática.

Marcadores relacionados ao processo de trabalho das equipes pesquisadas também evidenciam vulnerabilidade programática ao HIV/aids. Equipes sinalizam a sobrecarga de trabalho associada à elevada demanda de serviços e à cobrança excessiva de metas dos programas prioritários da ESF como entraves para o desenvolvimento de ações preventivas ao HIV.

Nos discursos, pode-se observar também o descontentamento das equipes com a alta rotatividade dos profissionais, principalmente do profissional médico, apontada como dificuldade na formação do vínculo com o usuário, corroborando com estudo realizado por Heringer (2007).

A quebra de vínculo pela rotatividade e absenteísmo dos profissionais evidencia vulnerabilidade programática, segundo marcadores de Takahashi (2006). O vínculo torna-se de suma importância no reconhecimento da vulnerabilidade individual, que é construído através do acolhimento e da

escuta ativa, e que influencia na adesão às ações de prevenção propostas pela equipe.

Existe angústia por partes das equipes quanto ao fato do ACS residir na área de abrangência da Unidade. Essa angústia está relacionada a dois aspectos: o primeiro diz respeito à desconfiança no sigilo e confidencialidade das informações e, segundo as equipes, esse clima de desconfiança dificulta o trabalho preventivo. Outra questão refere-se à tensão causada pela falta de privacidade dos ACS por trabalharem na mesma área em que residem, corroborando com estudo realizado por Heringer (2007).

Outras tensões observadas nos discursos foram: o relacionamento interpessoal com os usuários, destacando-se a resistência de algumas pessoas em receber a equipe em suas residências e a dificuldade em “acatar” as suas orientações. Muitas vezes, a equipe demonstra frustração diante dos usuários que não aceitam as orientações propostas, perpetuando hábitos e atitudes considerados pelas equipes como impróprios, além disto, outra queixa é de que os usuários exigem respostas às suas demandas, na maioria das vezes imediatista, corroborando com outros estudos (Lunardelo 2004, Wai, 2007, Ferraz, 2008).

Lunardelo (2004) identificou que a equipe, em particular, o ACS, sofre pressões cotidianamente por seu envolvimento com a população. Morar na área de abrangência da equipe gera incômodo e ansiedade já que, mesmo fora do seu horário de trabalho, são muitas vezes procurados pelas famílias, referindo dificuldades para impor limites.

O convívio cotidiano com o tráfico e uso de substâncias psicoativas no território também tem sido ponto de tensionamento nas equipes, que demonstram sentimentos de medo, ansiedade, estresse, insegurança e desconforto ao lidar com a questão da droga, mesmos tensionamentos encontrados por Heringer (2007) em seu estudo.

O impacto individual e social causado pela droga tem sido alvo de muitas discussões e objeto de muitas pesquisas científicas, porém, sua compreensão e análise vão além do que se propõe o presente estudo.

No início da epidemia os usuários de drogas injetáveis foram considerados grupo de risco, porém, atualmente sabe-se que o uso de qualquer substância psicoativa, lícita ou ilícita, altera a capacidade de discernimento ou a percepção do indivíduo e, desta forma, pode colocá-lo em situação de maior vulnerabilidade ao HIV (Brasil, 2006a).

As equipes reconhecem suas limitações no enfrentamento das questões ligadas às drogas. E, se por um lado reconhecem que é imperativa a aproximação dos usuários de drogas às Unidades, por outro restringe suas ações ao encaminhamento para tratamento nos serviços de referência em álcool e droga. Além disto, na presente pesquisa, não se identificou ações de redução de danos, no que tange o uso de drogas, como prevenção ao HIV/aids.

O MS recomenda que a ESF esteja preparada para promover ações educativas e garantir o acesso aos insumos de prevenção dentre eles, o kit de redução de danos. As ações denominadas de redução de danos incluem atividades educativas destinadas aos usuários de drogas e à sua rede social e a disponibilização de material estéril, de uso único e individual, chamado de “*kit de redução de danos*” (Brasil, 2006a).

A análise das ações de prevenção desenvolvidas pela ESF, da região pesquisada, permitiu identificar muitos marcadores de vulnerabilidade, na sua dimensão programática, porém, pôde-se observar também algumas ações positivas, com potencial para minimizar a vulnerabilidade do indivíduo, da família e da comunidade. Como destaque, as ações realizadas por uma Unidade, na “Sala de Adolescentes”, que visam à emancipação dos adolescentes em situações de vulnerabilidade. Destaque, também, para as ações realizadas extramuros, como: a iniciativa de uma enfermeira de equipe em montar um grupo de crianças e adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas; e atuação de jovens multiplicadores, capacitados pela equipe na prevenção ao HIV/aids, para atuarem no território junto aos seus pares. Analisa-se que estas são ações “solitárias” de profissionais como iniciativas pessoais não como uma ação estratégica.

Mesmo identificando vulnerabilidade, na dimensão programática, nas ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes, observa-se que, aos poucos, a Atenção Básica vem se apropriando das questões ligadas ao HIV/aids e, mais que isto, pôde-se inclusive destacar algumas potencialidades da ESF na prevenção a este agravo.

Ao mesmo tempo em que a proximidade do ACS à comunidade foi apontada como dificuldade pelas equipes de saúde da família, também foi apontada como uma potência para o desenvolvimento de ações de prevenção por permitir aproximação com a realidade cotidiana da comunidade, facilitando, assim, o trabalho das equipes no reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV/aids do seu território; por ser ele o elo de ligação da equipe com a comunidade na captação das necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias adscritas; por ter acesso facilitado nas residências; e por “traduzir” orientações preventivas em linguagem informal e acessível para a população em geral, desempenhando papel de interlocutor entre a equipe e a comunidade.

Existe potência das práticas quando há proximidade das equipes com os indivíduos e suas famílias, “criando genuínos espaços de encontros dos sujeitos cujas diversidades e adversidades possam ser reconhecidas e consideradas nas condições de vida em que práticas cuidadoras são possíveis” (Nichiata, 2010, p. 142).

Neste sentido, a visita domiciliária tem sido importante instrumento usado pelas equipes na prevenção ao HIV/aids e, portanto, um diferencial da ESF em relação a outros modelos de atenção à saúde.

A visita domiciliária pode ser vista como estratégia fundamental na realização de ações de promoção e prevenção à saúde na ESF. É um instrumento que permite identificar as reais necessidades dos indivíduos, favorecendo o vínculo e o acolhimento através da escuta qualificada (Martins, Albuquerque, Nascimento et al, 2007, Lopes, Saupe, Massaroli, 2008).

A visita é uma oportunidade de entender melhor a dinâmica familiar, conhecer o ambiente do domicílio, abordar e discutir questões que vão além

do biológico, contemplando questões da esfera social e emocional, proporcionando orientações voltadas para as suas reais necessidades de saúde e buscando singularidades na forma de cuidar (Lopes, Saupe, Massaroli, 2008). Peres e colaboradores entendem a visita domiciliária como *“espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes”* (Peres, Poz, Grande, 2006, p. 209).

A visita domiciliária enquanto ferramenta da equipe de saúde cumpre o seu papel na saúde da comunidade à medida que responde aos quatro princípios básicos da atenção primária - acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação - e aos três princípios doutrinários do SUS, a saber, universalidade de acesso, equidade na assistência e integralidade da assistência (Sossai, Pinto, 2010, p. 575).

Assim como a visita, a existência de um espaço para discussão coletiva, comumente denominado de reunião de equipe, é apontada como uma potência da ESF. É neste espaço que as equipes constroem estratégias para melhoria das ações, discutem casos, planejam e decidem condutas em conjunto.

Em estudo realizado por Heringer, (2007) também identificou a própria ESF como potencialidade na prevenção ao HIV/aids destacando a construção do vínculo com a comunidade, a presença do ACS como elo de ligação entre a comunidade e a equipe, a participação popular e o apoio da rede social como sendo os principais pontos positivos dessa Estratégia.

Por fim, na perspectiva de diminuir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV faz-se necessário destacar como potencialidade da ESF o princípio de longitudinalidade. Na ESF existem elementos que favorecem a longitudinalidade, são eles: a adscrição da clientela, a proximidade da realidade socioeconômica e do ambiente familiar, cadastro das famílias e o uso do prontuário família

Este conceito, pouco utilizado pela literatura brasileira, traduz-se na criação do vínculo dito longitudinal, definido como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de atenção primária à saúde,

que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. Para isto, é necessário que haja: a identificação de uma “*fonte regular de cuidados de atenção primária*” - isso implica que a população adscrita reconheça a unidade como referência habitual para atender a maioria de suas necessidades em saúde; “*estabelecimento de vínculo duradouro*”, garantido através de relação interpessoal contínua, permeada por confiança e responsabilidade; e “continuidade informacional”, considerada a base da longitudinalidade, refere-se à qualidade dos registros nos prontuários como ferramenta favorável ao acúmulo de conhecimento sobre o paciente e que deve servir de base para as intervenções terapêuticas (Cunha EM, Giovanella, 2011).

6 À GUIA DE CONCLUSÃO

As ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família, objeto desse estudo, foram analisadas sob a ótica da vulnerabilidade, em sua dimensão programática.

Para alcançar os objetivos propostos buscou-se capturar das narrativas das equipes de saúde da família, o entendimento, noção e conceitos utilizados por elas no reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV e utilizadas na realização das ações de prevenção, destacando nestas, as dificuldades, as potencialidades e os desafios na prevenção a este agravo.

Evidenciou-se nos discursos que o reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV/aids estava, muitas vezes, fundamentada no conceito de risco da epidemiologia tradicional. A maioria das equipes limitou-se a compreender a vulnerabilidade ao HIV, em sua dimensão individual, ou seja, utilizando indicadores ligados a fatores biológicos e comportamentais dos indivíduos.

Presente nas narrativas, os conceitos de “grupos de risco” e de “comportamento de risco” limitam a compreensão da epidemia como um fenômeno social, cujos determinantes extrapolam a dimensão biológica. Poucas foram as vezes em que as equipes aproximaram-se do conceito de vulnerabilidade, no sentido de situações ou condições que tornam as pessoas vulneráveis, segundo determinantes sociais amplos. Este sentido mostrou-se presente quando foram considerados outros determinantes do processo saúde-doença como condições de vida, de trabalho, de moradia, além das questões de gênero e geração que os permeiam.

Das narrativas das equipes, analisou-se que, assim como no reconhecimento da vulnerabilidade, a noção de risco também embasou a maior parte das práticas preventivas das equipes de saúde da família,

mostrando-se limitadas, pontuais e descontínuas. Pode-se perceber o predomínio de ações com caráter prescritivo e autoritário, médico-centrado e tendo como finalidade última da realização das ações de prevenção, a mudança do comportamento individual, invariavelmente por meio do repasse de informações.

Foram identificadas ações preventivas pautadas no censo comum, em conhecimentos não científicos, permeadas por valores morais e normativos pessoais, com predomínio de dois modelos de abordagem preventiva: o *modelo de conhecimento científico* e o *modelo do amedrontamento*. Estas formas de abordagem, conforme os estudos, mostram-se limitadas, além de propiciar a perpetuação de estigma e de preconceito.

Entre as dificuldades apontadas pelas equipes destaca-se a falta de preparo das mesmas na abordagem sobre temas ligados à sexualidade. Alguns pontos ligados ao processo de trabalho das equipes também foram apontados com entraves para o desenvolvimento de ações de prevenção ao HIV/aids como: a excessiva demanda dos programas prioritários da ESF (hipertensão, diabetes, crianças e gestantes); a sobrecarga de trabalho; a alta rotatividade dos profissionais, dificultando a criação do vínculo e desfavorecendo a longitudinalidade do cuidado; e tensões relacionadas à exigência de que o ACS deve residir na área.

A análise das narrativas permitiu inferir que há distanciamento entre as diretrizes propostas nos documentos oficiais e as práticas das equipes de saúde da família na prevenção ao HIV/aids.

Por todas essas questões postas, a análise das práticas preventivas indica vulnerabilidade programática ao HIV/aids. Não há aqui a intenção de culpabilizar as equipes pela vulnerabilidade de suas práticas, nem de atribuir a elas a responsabilidade pela forma como compreendem o objeto de sua prática, nem pela falta de saberes e de instrumentos que as subsidiam. A questão que se deseja destacar é a desconexão entre o que está posto em

termos de Políticas de enfrentamento de DST/aids e de Políticas da Atenção Básica e a prática concreta das equipes.

Mesmo diante da vulnerabilidade observada, foram evidenciadas potencialidades da ESF na prevenção ao HIV/aids. A principal delas diz respeito à continuidade do cuidado com base no princípio da longitudinalidade, que permite a construção do vínculo através da relação interpessoal contínua, possibilitando a construção de um projeto terapêutico partilhado e pactuado entre profissional e paciente.

Como desafios as equipes enfatizaram a mudança de paradigmas que envolvem as questões da aids e da disseminação do vírus; a superação do modelo biomédico hegemônico; a necessidade de ampliar as ações de prevenção; e a superação da multicausalidade pela determinação social do processo saúde-doença.

Sob esta ótica, torna-se imprescindível para a redução da vulnerabilidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade que as ações ultrapassem a esfera individual e contemplem os aspectos sociais, econômicos e culturais envolvidos no processo saúde-doença, portanto, reconhecer o processo de produção e reprodução social como determinantes da vulnerabilidade ao HIV.

O presente estudo busca fomentar melhorias, tanto do sistema local de saúde como a formação dos enfermeiros e outros profissionais, bem como a educação permanente dos trabalhadores envolvidos na gestão da saúde na região do Capão Redondo, fornecendo subsídios para a qualificação da prevenção ao HIV/aids na ESF e abrindo possibilidades de novas investigações.

7 REFERÊNCIAS

Acioli S, Heringer A, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL, Formozo GA. Produção científica sobre a prática do enfermeiro frente à AIDS na atenção básica de saúde. R Enferm UERJ. 2007; 15(3): 400-5.

Amaro TAA. A questão da mulher e a aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade 2005; 14(2):89-99.

Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface 2002; 6(11): 11-24.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.375-417.

Ayres, JRCM, Paiva V, França-Junior I. (2010). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. In *Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos*. NEPAIDS, SP.

Ayres JRCM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. Vulnerabilidade e Prevenção em tempo de Aids. In: Barbosa RM, Parker R. Sexualidade pelo Averso – *Direitos, Identidade e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.

Ayres JRCM. HIV/aids e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição;1996. p. 4-20.

Barbosa RM, Lago TDG. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: Parker R. Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997. p. 163-75.

Barreira D. Transmissão do HIV/aids entre homossexuais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/aids Junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens. Brasília; 2002. p 24-5.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc saúde coletiva 2002; 7(3):401-412.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.

Brasil. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Diário Oficial da União 31 dez 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família. 2a ed. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS ano VII no1. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. p. 7-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional DST e aids. Plano Estratégico Nacional do Programa Nacional DST/aids 2004-2007. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional DST e aids. Plano Operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília; 2004.

Brasil. Programa Nacional DST e AIDS. [citado em 2009 set 02]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Camargo BV, Bertoldo RB. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. *Estud psicol* 2006; 23(4):369-79.

Capistrano DF. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud av.* 1999; 13(35):89-100.

Carlini-Marlatt B. Estratégias preventivas nas escolas. In: Seibel SD, Toscano Jr. A, organizadores. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 191-7.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med.* 1994; 331(18):1173-80.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 1029-1042.

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 2008.

Dorenbaum A; Cunningham CK; Gelber RD; et al. Two dose intrapartum / newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal hiv transmission: a randomized trial. JAMA. 2002; 288(2):189-198.

Feliciano KVO, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. Rev Bras Saúde Matern Infant 2003; 3:393-400.

Ferla AA, Possa LB, Leal MB et al. Descentralização e políticas públicas para DST/aids : estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro: ABIA; 2006.

Ferraz DAS, Nemes MIB. 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 2009; 25(2):S240-S250

Ferraz DAS. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa Unidade de Saúde da Família. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo da USP.

Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com HIV/aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2008; 42(2): 483-9.

Figueiredo RMMD, Gregori R. Os diferentes modelos de prevenção à aids adotados em campanhas e projetos. In: Figueiredo RMMD. Prevenção às DST/aids em ações de saúde e educação. São Paulo: NEPAIDS; 1998. p. 11-3.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.

Fiorin JL. Elementos da análise do discurso. São Paulo: Edusp; 1989.

Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.

França MSJ. Ciência em tempos de AIDS: uma análise da resposta pioneira de São Paulo à epidemia. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

Grangeiro A, Martinson B, Silva CGM et al. Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento. São Paulo: Instituto de Saúde; 2007.

Heringer A. Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/aids no Programa de Saúde da Família. [dissertação]. São Paulo: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007

Kajimoto AK, Oyafuso MS, Nichiata LYI. Vulnerabilidade das ações de prevenção e assistência ao HIV/aids na Atenção Básica Brasileira: uma revisão bibliográfica. Trabalho de conclusão do IV Curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, 2008./mimeografado/17p

Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saúde 2008; 7(2):241-7.

Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – SP. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo; 2004.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará – ABIA, 1993.

Marques MC da C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. Hist cienc saúde-Manguinhos 2002; 9(0):41-65.

Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGAS, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto Contexto-Enferm 2007; 16(2):254-62.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc saúde coletiva. 1999; 4(2):305-314.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Mesquita F, Souza CR (organizadores). Secretaria Municipal de Saúde. DST/aids: a nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo. São Paulo: Raiz da Terra; 2003.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Morais TCP. Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Nery TA, Tocantins FR. Atenção à pessoa com HIV em unidade básica: concepção acerca da assistência dos profissionais de saúde. Esc Anna Nery R Enferm 2005; 9(1): 88- 94.

Nichiata LYI. Vulnerabilidade da atenção em HIV/aids na estratégia saúde da família: um estudo no Município de São Paulo - Brasil. [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

Nunes ELG. Adolescentes que vivem na rua: um estudo sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids relacionada à droga, à prostituição e à violência. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade São Paulo. 2005.

Oliveira JF, Paiva MS, Valente CML. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2).

Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. Interface 2002; 6(11): 25-38.

Parker R. Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997

Paula IA, Guibu IA, organizadoras. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo; 2007.

Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. R Enferm UERJ 2006; 14(2):208-13.

Pires ON, Santos MVS, Santos WA. Avaliação da integralidade em saúde entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em DST/HIV/aids. IX Congresso Virtual HIV/aids, 01/11/2008. [citado 2009 out 17]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/394.pdf>.

Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(3):338-51.

Rios LF. Juvenilização do HIV/AIDS por via sexual. *Boletim ABIA (Associação interdisciplinar de AIDS)* 2003;(49):8.

Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *Journal Advanced Nursing* 1997; 26: 65-72.

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2):319-24.

Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1989.

Santos NJS, Tayra A, Silva SL, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no estado de São Paulo – As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(3):286-310.

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de DST/AIDS. [citado 2009 jan 29]. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dst aids/novo_site/aids/index.php

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST / AIDS de São Paulo. Boletim Epidemiológico de aids HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo - Ano XIV – nº 13. São Paulo; 2010.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. DST/aids: a nova luta contra a epidemia na Cidade de São Paulo: Raiz da Terra; 2003.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/aids – São Paulo. [citado 2010 mar 03]. Disponível em <http://www.crt.saude.sp.gov.br>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS. Boletim Epidemiológico - AnoXXVI, nº 1. São Paulo; 2009.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Ações de Prevenção às DST/aids na rede de atenção básica à saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 2003.

Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. Rev. enferm. UERJ 2006; 14(3):455-62.

Silva LMS et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(2): 97-104.

Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do Enfermeiro: fragilidades x potencialidades. Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; 9(3):569-576.

Souza FO. Avaliação Normativa das Ações de Testagem e Aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus/Am. [dissertação]. Manaus (AM), Fundação Osvaldo Cruz; 2006.

Souza Z, Leite JL. AIDS e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos. [citado 2008 nov 10]. Disponível em: www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/AIDSENVELHECIMENTO.doc

Takahashi RF, Oliveira MAC. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. In: Manual de enfermagem – Programa Saúde da Família. IDS/Ministério da Saúde; 2001. p.225-8.

Takahashi RF. Marcadores de Vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e aids. [tese de livre-docência]. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Unaid. Joint United Nations Programme on HIV/aids. Report on the global AIDS epidemic 2010. New York, 2010.

United Nations. Summary of the programme of action of the international conference on population and development. New York: United Nations - Department of Public Information; 1994.

Wai MFP. O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatore de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo; 2007.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário semi-estruturado aplicado aos gerentes.

Instrumento “vulnerabilidade programática ao HIV/aids e os desafios da integralidade: enfrentamento do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família” – CNPq 571057/2008 0

FORMULÁRIO – GERENTE DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lembrete: não colocar identificação pessoal do gerente e da Unidade de Saúde pesquisada

Data de preenchimento:

nº:

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE E GERENCIA

1) Coodernadoria de Saúde

- () Centro-Oeste
- () Leste
- () Sul
- () Norte
- () Sudeste

2) Supervisão de área:

- () Butantã
- () Campo Limpo

3) Distrito de Saúde:

- () Butantã
- () Raposo Tavares
- () Rio Pequeno
- () Morumbi
- () Vila Sônia
- () Capão Redondo
- () Campo Limpo
- () Vila Andrade

- 4) OS/Fundação parceira:
- 5) Nome da Unidade de Saúde:
- 6) Tipo:
- () mista; UBS tradicional + ESF
- () exclusivo ESF
- () ESF e PACS
- 7) Quantidade de equipes PSF:
- 8) Formação profissional do informante:
- () assistente social
- () dentista
- () enfermeiro
- () médico
- () psicólogo
- () outro: _____
- 9) Tempo de trabalho do informante na ESF (meses): _____
- 10) Tempo de trabalho do informante nesta unidade (meses): _____
- 11) Tempo de trabalho como gerente nesta unidade (meses): _____
- 12) Capacitação em HIV/aids: () sim () não

II – CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM DST/AIDS

- 13) Foi oferecida à esta Unidade de saúde capacitação/educação permanente na atenção ao HIV/aids?
- () sim () não () não sabe

Se **sim**, foi uma iniciativa da:

- () Unidade
- () Coordenadoria de Saúde
- () Supervisão de Saúde
- () OS/Fundação parceira

- 14) As ações voltadas especificamente às DST/aids são realizadas nesta Unidade?
- () sim () não

De qual forma foram **incluídas** na ESF desta Unidade?

- () Plano de ações e metas municipais
- () Oficinas de discussão de metas, objetivos e ações da unidade
- () Avaliação da Qualidade da Assistência (AMQ)
- () Avaliação da unidade frente aos indicadores epidemiológicos
- () Outros. Qual?

A unidade de saúde dispõe de **consultório** com equipamentos e materiais básicos para atenção às DST/HIV equipado com:

- ☐ Mesa
- ☐ Biombo visando privacidade na troca de roupa
- ☐ Espéculo
- ☐ Luvas descartáveis
- ☐ Material para coleta de Exame de Papanicolaou (lâmina, pinças, soluções, escova endocervical e espátula)
- ☐ Pia
- ☐ Sabão

15) Quem realiza a coleta de material para o Exame de Papanicolaou?

- ☐ Médico, em casos específicos como: _____
- ☐ Enfermeira
- ☐ Aux. Enfermagem rotineiramente

16) Para realização de **atividades educativas** relacionadas às DST/HIV dispõe-se de:

- ☐ sala
- ☐ cadeiras móveis
- ☐ materiais como cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado, cartazes e impressos
- ☐ TV
- ☐ Álbum seriado DST
- ☐ Modelo pênis
- ☐ Vídeo
- ☐ Retroprojeter
- ☐ Kit planejamento familiar
- ☐ Modelo pélvico
- ☐ Fitas de vídeo educativas
- ☐ Folhetos DST/aids
- ☐ Outros: _____

17) Em qual(is) situações a **prevenção** às DST/aids é **realizada**:

- ☐ Atendimento às queixas ginecológicas
- ☐ Exame de Papanicolaou
- ☐ 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
- ☐ Outras: _____

18) Há na área de abrangência da USF populações **mais vulneráveis** para adquirir DST/aids?

() sim () não

Se sim, quais? _____

19) A unidade realiza alguma **ação específica** em DST/aids para as populações **mais vulneráveis**, identificadas acima?

() sim () não

Se sim, quais?

20) Há ações voltadas às DST/aids realizadas em **parceria** com algum outro serviço de saúde?

() sim () não

Se **sim**, quais? _____

21) Há ações voltadas às DST/aids realizadas em **parceria** com alguma destas instituições abaixo:

() Organizações Não Governamentais. Qual ação? _____

() Associação de bairro. Qual ação? _____

() Escolas. Qual ação? _____

() Igrejas. Qual ação? _____

() Outros. Tipo e qual ação? _____

22) Quais dos métodos contraceptivos estão disponíveis para a população?, Anote na casela, correspondente à **frequência da disponibilidade**, a **quantidade** geralmente disponível.

Métodos	sempre	às vezes	nunca	suficiente	insuficiente
() Pílula					
() Minipílula					
() Contracepção de emergência					
() Injetável					
() DIU					
() Camisinha masculina					
() Camisinha feminina					
() Espermicida					
() Diafragma					
() Outro (qual?)					

23) Para **quem** é oferecida a vacina de hepatite tipo B?

- () profissionais do sexo
 () profissionais da saúde
 () outros profissionais com risco potencial para desenvolver hepatite B.

Qual? _____

- () pessoas com solicitação médica
 () outros: _____

24) Quais exames laboratoriais estão disponíveis para a população?

Tipos de exames	Sim	Não	Não sabe
Hemograma			
Toxoplasmose			
VDRL			
Anti-HIV			
Sorologia hepatite			
Papanicolaou			
Bacteriologia de secreção vaginal			
Outros. Quais?			

25) Qual é o fluxo de chegada dos resultados de exames na Unidade?

- () um profissional recebe os resultados, separa os alterados e encaminha aos ACS para convocação dos respectivos usuários
 () um profissional assim que recebe os resultados dos exames e os avalia quanto a alterações.

Especifique qual profissional: _____

- () fica aguardando um dia específico para isso. Especifique o dia da semana: _____

- () é arquivado no prontuário
 () não existe fluxo estabelecido
 () outros: _____

26) O teste de gravidez é feito na Unidade?

- () sim () não

Caso **sim**, com que frequência é oferecida?

- () todos os dias e horários
 () em alguns dias e/ou horários

27) Quando o resultado do teste de gravidez é positivo, qual é o procedimento padrão?

- () Solicita-se um conjunto de exames e é agendada a consulta de pré-natal na própria Unidade, em no máximo _____ dias.
 () Insere as informações no SISPRENATAL
 () Instrui sobre o projeto MÃE PAULISTANA
 () A gestante é encaminhada para outra unidade
 () A gestante é encaminhada para o grupo de gestantes na mesma semana, no qual abrirá o e os benefícios do e agendará, em seguida, a consulta de pré-natal.

- 28) Durante o pré-natal é oferecido exame de Papanicolaou como procedimento padrão?
() sim () não
Se **sim**: () é para todas as gestantes
() se o exame não estiver em dia
- 29) O instrumento de comunicação (cartão da gestante) funciona como referência da **maternidade para a unidade**?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 30) É oferecido o teste HIV para todas as gestantes?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 31) Qual o tempo médio de demora entre a coleta de sangue para sorologia ao HIV e a chegada do resultado? _____
- 32) Se o teste der positivo **quem** comunica à gestante? _____
- 33) A unidade faz a notificação do diagnóstico positivo para o HIV da gestante?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 34) É realizada a “convocação” do parceiro?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 35) É oferecido o teste para detecção de sífilis para todas as gestantes?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 36) É oferecido o teste para detecção de hepatites B e C para todas as gestantes?
() sim () não () não sabe
Se **não**, por quê? _____
- 37) Qual é a referência da Unidade para os partos? _____
- 38) Qual é a referência da Unidade para o acompanhamento da gravidez de risco: _____

39) Qual a situação em que se encontra a Unidade em relação ao tratamento das DST/aids?

Infecção/doença	Trata na Unidade	Encaminha Para qual serviço?	Não sabe
HIV/aids	()		()
Sífilis	()		()
Condiloma	()		()
Tricomonas	()		()
Gonorréia	()		()
Hepatite B e C	()		()

40) Os profissionais realizam o tratamento segundo a Abordagem Sindrômica das DST?

() sim () não () não sabe

Se **não**, por quê? _____

41) Houve **casos de HIV/aids** na área de abrangência da Unidade nos últimos 12 meses?

() sim () não () não sabe

42) Quando a unidade faz o diagnóstico de HIV, para qual unidade é referenciada? _____

43) Como é feito o encaminhamento dos casos de HIV para as referências? Descreva **fluxo** e **impressos utilizados**:

44) Quando a Unidade **não** faz o **diagnóstico**, toma conhecimento sobre casos de HIV/aids na área de abrangência?

() sim () não () não sabe

Se **sim**, por qual(is) meio(s)?

() agentes comunitários

() referência

() família

() comunidade

() outro: _____

45) Após a matrícula do usuário junto à **referência**, a equipe acompanha os casos?

() sim () não

Se **sim**, como acompanha? _____

Se **não**, porque não o faz?

- 46) Em quais dos casos abaixo é realizado o **controle** e a **convocação** de **faltosos**?
Assinale com X.

Controle de faltosos	Sim	Não	Não sabe
Gestante			
Gestante HIV positiva			
Sífilis			
DST			
Outros. Qual?			

- 47) Na sua opinião as ações em relação às DST/aids, desenvolvidas nesta Unidade, contemplam o princípio da integralidade do SUS?

() sim () não

Por quê?

Apêndice 2 - Roteiro para realização do Grupo Focal.

1. Recomenda-se que a disposição dos participantes seja em círculo.
2. Apresentação dos participantes e pesquisadores
3. Explicar que é um projeto de pesquisa que vai:
4. “Analisar as ações realizadas na atenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família”. Esta sendo desenvolvido por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP e que tem financiamento do CNPq.
5. Esclarecer que a Secretaria da Saúde e a UNASP são parceiras na pesquisa, mas que os responsáveis pela realização da coleta nos grupos focais não possuem vínculo com estas instancias.
6. Explicar sobre a participação na pesquisa: Consentimento livre e esclarecido – leitura e assinatura
7. Caso algum membro da equipe não aceite participar ele não participará do grupo focal.

ESCLARECIMENTO QUANTO AOS SEGUINTE PONTOS:

- Explicar necessidade do uso do gravador.
- Sigilo das informações reveladas no grupo;
- Duração do grupo (+/- 90 min);
- Pedir para que os participantes desliguem ou coloque no silencioso o celular.

CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL:

Explicar rapidamente o que é um grupo focal: grupo de discussão, ressaltando que é importante os participantes se sentirem à vontade para expressar suas opiniões sobre os temas levantados. Respeito às opiniões e quando um participante estiver falando.

Reforçar que não há respostas certas e erradas e que a proposta é ouvir as opiniões e experiências dos participantes em relação ao assunto.

Reforçar que a pesquisa não tem caráter de avaliação do trabalho dos profissionais, e sim de analisar as percepções e experiências a respeito das ações realizadas na atenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família.

Suscitar uma discussão aberta a partir de um roteiro no qual os temas do estudo estão definidos. O roteiro responde ao objetivo do estudo. Deve ser adaptado em linguagem simples, claro, contendo questões abertas.

O foco no tema em pauta deve ser mantido, porém criando-se um clima aberto às discussões, livre de ameaças e intimidações. Necessário pesquisador estimular sentimento de confiança.

O apoiador do grupo deve atentar para: momentos de silêncio, momentos de polemica (várias pessoas falando ao mesmo tempo, quando discordam e concordam), gestos verbais e percepção geral sobre o “clima do grupo”.

O condutor do grupo e o apoiador não devem falar de si, expressar suas opiniões ou concordar ou discordar dos participantes.

Na condução do grupo:

- Clarificar: depois que uma pergunta foi respondida por um participante, repetir ou desdobrar a pergunta para aprofundar com o resto do grupo (p.ex.: poderiam contar mais sobre....)
- Substituir: mudar a apresentação da pergunta sem mudar o conteúdo.
- Reorientar: aproveitar uma resposta dada por uma pessoa, refazendo a pergunta para as outras.
- Neutralizar: tomar para controlar os participantes que são dominantes, pedindo uma participação mais ativa do restante do grupo.

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Sobre como identificam pessoas, famílias vulneráveis ao HIV/aids e sobre qual é a percepção sobre as pessoas que são vulneráveis:
 - No território onde atuam, há pessoas que vocês acham que são vulneráveis ao HIV/aids?
 - Porque vocês acham que elas são vulneráveis ao HIV/aids?
- 2) Sobre quais e como realizam as ações na atenção ao HIV/aids:
 - Na opinião de vocês, o HIV/aids é um problema (objeto das ações) para as equipes de saúde da família? Porque sim, porque não.
 - Dentre as atividades que realizam, o que as equipes fazem em relação ao HIV/aids? Ver em que situações eles abordam o HIV/aids (nas consultas, nos grupos, nas visitas)
 - Identificar se há ações de prevenção (educativas, de diagnóstico precoce).
 - Na opinião de vocês, são fáceis ou difíceis de realizar ações de prevenção?
 - Como discutem na equipe e como planejam as ações.
- 3) Sobre como as equipes ficam sabendo dos casos:
 - Vocês já tiveram oportunidade de cuidar na equipe de saúde de alguém com HIV?
 - Poderiam relatar como foi esta experiência? (Caso não tenham experiência, seguir).
 - Houve situação que vocês ficaram sabendo que tinha alguém da família com HIV?
 - A equipe conhece alguma pessoa com HIV/aids sendo acompanhada pela referência em DST/aids? Como ficou sabendo?
 - Na opinião de vocês, o que a equipe pode fazer para estes casos?
 - Existem ações específicas para acompanhar as pessoas que vivem com HIV/aids, tais como, visita domiciliar, grupos e outras?

4) Sobre os processos de trabalho

- Quem é responsável pela notificação e encaminhamentos dos casos para a referência? Existe algum fluxograma para o atendimento?
- Há facilidade para o encaminhamento para as referências em DST/aids?
- Na opinião de vocês, a contra-referência é necessária? Por quê? Ela é feita? Porque é feita ou não.
- Há ações realizadas em conjunto com as referências de HIV/aids?
- Para vocês, os instrumentos de comunicação de referência e conta – referência funcionam?

5) Sobre a percepção e avaliação das práticas

- Em sua opinião, o que é uma boa prática da equipe de saúde da família na atenção ao HIV/aids?

Apêndice 3 - Frases temáticas

GRUPO FOCAL 1 (GF1)

GF 1.1 - Há adolescentes vulneráveis ao HIV, identificadas na sala de medicação, quando procuram teste de gravidez.

GF 1.2 - Interpretam que a procura pelo teste de gravidez está associada ao não uso do preservativo.

GF 1.3 - No território há uso de drogas e isto está relacionado à favelização.

GF 1.4 - O uso da droga faz com que a pessoa tenha relações desprotegidas, o que leva a maior vulnerabilidade ao HIV.

GF 1.5 - Há mulheres viúvas na terceira idade vulneráveis ao HIV porque frequentam bailes e matem relação sexual desprotegida com rapazes mais novos.

GF 1.6 - Há conhecimento de que a epidemia vem aumentando na faixa etária mais avançada.

GF 1.7 - A percepção das mulheres da terceira idade é de que já estão numa fase da vida que não há mais preocupação com a prevenção

GF 1.8 - O uso de álcool aumenta a vulnerabilidade ao HIV entre os homens casados porque muitos acabam se relacionando com outros homens. Identificam abuso sexual de homens contra homens.

GF 1.9 – Identificam mulheres casadas vulneráveis ao HIV quando seus maridos mantêm relação sexual com outros homens sem uso de preservativos.

GF 1.10 - Há grande movimentação de presidiários que saem e voltam dos presídios e isto torna as pessoas vulneráveis, na medida em que as mulheres se relacionam com eles.

GF 1.11 - Os adolescentes têm o conhecimento sobre HIV/aids, mas não usam o preservativo, o que aumenta sua vulnerabilidade.

GF 1.12 - Na medida em que conhecem sua condição sorológica os adolescentes deixam de usar métodos preventivos aumentando sua vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 1.13 - Relata um caso de uma mulher que suspeitava que seu marido estivesse infectado com o vírus e compartilha sua dúvida.

GF 1.14 - Há maior preocupação dos ex - presidiários com a tuberculose e isto os aproxima dos serviços de saúde.

GF 1.15 - Há nos presídios ênfase na prevenção à tuberculose, mas pouco se aborda sobre HIV/aids.

GF 1.16 - Os presidiários procuram pelo serviço de saúde, pois se percebem vulneráveis. A percepção de vulnerabilidade ao HIV nos presídios se mostra presente a partir do conhecimento de pessoas próximas doentes por medo do contágio.

GF 1.17 - O ex-presidiário é uma preocupação para equipe, por causa da tuberculose e HIV.

GF 1.18 - As adolescentes frequentam bailes, usam drogas e fazem sexo desprotegidos, o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV

GF 1.19 - É status namorar com ex-presidiários e donos de "boca".

GF 1.20 - A adolescentes não tem medo de se envolver com traficantes.

GF 1.21 - As adolescentes se abre com maior facilidade nas consultas com a médica e nos grupos de adolescentes.

GF 1.22 - Há uma preocupação com adolescentes que fazem uso abusivo de álcool nas baladas.

GF 1.23 - Existem muitos pré-adolescentes que trabalham com o tráfico de drogas e que não frequentam a unidade porque, para serem atendidos tem que apresentar documentação.

GF 1.24 - Existe promiscuidade muito grande, principalmente entre as meninas, que mantém relação sexual com muitos garotos.

GF 1.25 - Há muitos casos de gestante sem acompanhamento pré – natal.

GF 1.26 - Ainda existe o medo e a vergonha de realizar o teste anti - HIV.

GF 1.27 - Existe resistência ao uso de preservativos pelos idosos pela própria dificuldade de se adaptar a algo novo, diferentemente dos jovens que já usam o preservativo desde a sua primeira relação sexual.

GF 1.28 - Os adolescentes são de difícil adesão à grupos.

GF 1.29 - A equipe informa aos idosos sobre os riscos à exposição ao HIV.

GF 1.30 - Sem abordar diretamente sobre sua vulnerabilidade, em VD incentiva as mulheres a marcar consulta para realizar o Papanicolaou.

GF 1.31 - Abordar as mulheres casadas sobre sexualidade é difícil.

GF 1.32 - Realiza grupo de mulheres que abordam dentre outros temas, o HIV.

GF 1.33 - As ACS andam com preservativos dentro da bolsa para distribuir para os adolescentes nas VD. Foi uma idéia delas, após identificar no território que alguns adolescentes tinham vergonha de pegar o preservativo na unidade. Esta medida visava aumentar o acesso a este insumo de prevenção e foi discutida em reunião de equipe antes de colocada em prática.

GF 1.34 - A construção do vínculo e a confiança na equipe torna esta abordagem mais fácil. O PSF tem isso de bom. A equipe pode até carregar o paciente no colo, ir onde ele está, e formar este vínculo, e levar saúde para aqueles que não vêm até o posto.

GF 1.35 - Há grupos de resultados de exames de teste anti - HIV.

GF 1.36 - Não consegue passar aos adolescentes a autopercepção de vulnerabilidade. Depois do exame negativo param de pegar o preservativo.

GF 1.37 - Orienta as mulheres a passar em consulta e diz que poderá fazer os exames para esclarecer se está infectada ou não.

GF 1.38 – Orientam as mulheres a marcarem consulta, mas não há o seguimento do caso, se passou em consulta ou não.

GF 1.39 - A equipe aproveita a aproximação dos presidiários, preocupados com a tuberculose muito presente nos presídios, e oferece o teste anti - HIV.

GF 1.40 - Oferece um check-up geral; orientam que não é só a tuberculose, mas há AIDS, sífilis e outras doenças.

GF 1.41 - Os adolescentes são de difícil adesão aos grupos. Para melhorar esta adesão a equipe oferece brindes como chocolates, balas ou sorteia alguma coisa nos grupos.

GF 1.42 - A unidade realiza grupos de saúde da mulher e grupo de adolescentes onde são abordados diversos temas, dentre eles DST/aids.

GF 1.43 - As ACS oferecem exames e orientam o uso do preservativo para os adolescentes.

GF 1.44 – A equipe corre riscos na área, pela ameaça de traficantes.

GF 1.45 - A confiança que equipe adquiriu frente aos chefes do tráfico foi importantíssima para a realização do grupo de adolescentes no território.

GF 1.46 - A unidade realiza um grupo de adolescentes, uma vez por mês, fora da unidade, na área mais carente, com meninos que trabalham diretamente com o tráfico de drogas.

GF 1.47 - Entendem que o PSF trouxe maior acesso ao teste anti-HIV e à informação.

GF 1.48 - A equipe discute tenta desmistificar alguns tabus nos grupos.

GF 1.49 - O grupo é formado por crianças e adolescentes de 10 a 14 anos. Neste grupo são discutidas questões relacionadas às drogas e DST. E para aumentar a adesão é oferecido atendimento médico e odontológico.

GF 1.50 - Após a formação do vínculo tenta marcar uma consulta na unidade para os adolescentes vulneráveis.

GF 1.51 - Um dos profissionais relembra o último grupo, onde foi discutido sobre drogas com estes adolescentes, considerando o grupo bastante participativo, “todos eles se abriram”, com relato de experiências e muitos questionamentos.

GF 1.52 - A maior dificuldade está na apropriação do conhecimento.

GF 1.53 - É importante conhecer o nível de conhecimento da população adscrita em relação à aids e, assim, as ACS poderão desenvolver um trabalho de prevenção mais qualificado.

GF 1.54 - O ideal seria abordar sobre a prevenção ao HIV em todos os grupos que acontecem na unidade, de forma constante e planejada: de hipertensos, diabéticos, idosos, entre outros. E, assim, incentivar medidas preventivas efetivas.

GF 1.55 - O PSF mudou o processo da realização do teste anti-HIV, aumentando o acesso ao exame.

GF 1.56 - O ACS mora na área e, por isso, consegue acompanhar a população mesmo nos momentos em que não estão em seu horário de trabalho. Eles são abordados no mercado, na rua ou até mesmo na porta de sua casa.

GF 1.57 - Na reunião há troca de experiências entre os profissionais. Além disto, é um espaço utilizado para planejamento das ações e discussão de casos.

GF 1.58 - O ACS encontra o paciente no território usando drogas. Ele tinha prometido para a equipe que não usaria mais.

GRUPO FOCAL 2 (GF2)

GF 2.1 - As mulheres são vulneráveis ao HIV à medida que não conseguem negociar o uso do preservativo com os seus parceiros.

GF 2.2 - Acreditam que os adolescentes tornam-se vulneráveis por não terem a percepção de sua própria vulnerabilidade.

GF 2.3 - Conhecem a tendência de envelhecimento da epidemia e atrelam este fato a baixa adesão ao preservativo entre os idosos.

GF 2.4 - A confiança no parceiro faz com que as mulheres casadas não usem o preservativo em suas relações e a promiscuidade de seus parceiros as tornam vulneráveis ao HIV.

GF 2.5 - Existem muitas profissionais do sexo na área de abrangência da unidade e que é um grupo reconhecidamente vulnerável ao HIV pela promiscuidade e pela dificuldade em negociar o uso do preservativo com os seus clientes.

GF 2.6 - O uso de drogas injetáveis aumentam as chances de contaminação pelo vírus HIV pelo compartilhamento de agulhas e seringas.

GF 2.7 – Na área têm usuário de drogas injetáveis, mas é maior o número de usuários de drogas não injetáveis.

GF 2.8 - Muitas pessoas não realizam o teste anti - HIV por vergonha.

GF 2.9 - O adolescente é sempre lembrado como população vulnerável.

GF 2.10 - Muitos adolescentes têm vergonha de pedir o preservativo na unidade.

GF 2.11 - É muito difícil falar sobre sexualidade e HIV com os idosos. Oferecer, para o idoso, o teste anti - HIV assim como a sorologia para hepatite e sífilis é uma ofensa. Eles têm preconceito com o exame. Mas isso é um tabu.

GF 2.12 - Os homens têm uma maior dificuldade em falar sobre sexualidade que as mulheres e isto dificulta sua adesão às ações de prevenção.

GF 2.13 - Ainda existe muito forte esta concepção curativa da saúde, onde as pessoas só procuram os serviços de saúde quando estão doentes.

GF 2.14 - Normalmente as ações estão voltadas para adolescentes. Um grande desafio é olhar para esses outros grupos que estão vulneráveis.

GF 2.15 - Na VD as ACS tentam abordar sobre sexualidade com os adolescentes.

GF 2.16 - Difícil adesão aos grupos, dificuldade de formar vínculo e de falar sobre sexualidade.

GF 2.17 – A equipe refere realizar grupos educativos com os adolescentes.

GF 2.18 – A equipe realiza a distribuição de preservativos e oferece o teste para os adolescentes considerados vulneráveis.

GF 2.19 – As profissionais do sexo confiam no sigilo profissional da equipe, isso facilita a abordagem.

GF 2.20 - No grupo de planejamento familiar são abordados temas relacionadas à prevenção às DST/aids.

GF 2.21 - Os pacientes confiam na confidencialidade e sigilo da equipe.

GF 2.22 – Facilita o acesso ao teste anti-HIV sem burocracia. Nem precisa de pedido médico.

GF 2.23 - É abordado sobre sexualidade nas VD com os adolescentes

GF 2.24 - Nas consultas dos adolescentes são abordados temas como sexualidade, uso de drogas e prevenção e eles costumam se abrir com o médico ou a enfermeira.

GF 2.25 – Sinalizam a baixa adesão dos adolescentes ao grupo

GF 2.26 - Nas VD, a maior dificuldade está em falar sobre sexualidade com o adolescente quando tem algum familiar próximo (mãe, pai ou irmãos), onde a grande maioria esconde sua vida sexual da família.

GF 2.27 – Realizava grupo de adolescentes com distribuição de preservativos que discutia temas como gravidez na adolescência, sexualidade e uso de drogas.

GF 2.28 - O desafio maior é olhar os outros grupos como vulneráveis.

GF 2.29 - Tentam aproximar os adolescentes do serviço e criam vínculo de confiança.

GF 2.30 – O desafio é conseguir aproximar os adolescentes dos serviços de saúde.

GF 2.31 - Os mitos e tabus dificultam as discussões sobre sexualidade e HIV/aids com os idosos.

GF 2.32 – Os homens são de difícil acesso. A aproximação é sempre feita através das esposas. Espera-se que o trabalho de prevenção direcionado a ela consiga de alguma forma chegar até ele.

GF 2.33 - Os tabus dificultam as discussões sobre sexualidade principalmente com os homens.

GF 2.34 – Trabalhar com a prevenção não é fácil. É desgastante. É difícil mudar a cultura das pessoas. Mudar hábitos de vida é muito difícil.

GF 2.35 - O maior desafio é sensibilizar as pessoas. E cada um é sensibilizado de uma forma. É um trabalho que você tem que ser criativo demais, tem que ter uma percepção diferente de cada paciente.

GF 2.36 - Uma vez por ano, no Dia Internacional da Mulher, realizam um grupo voltado para a realização do Papanicolaou. Neste mesmo dia aproveita - se para desenvolver ações de prevenção às DST/HIV/Aids, com distribuição de preservativos.

GF 2.37 – Estas atividade do Dia da Mulher tem uma boa aceitação da população. Elas passam o dia inteiro. É um dia dedicado às mulheres de todas as idades e um grupo só para adolescentes.

GF 2.38 - No grupo de adolescentes que aconteceu neste Dia da Mulher passaram um filme sobre prevenção, distribuíram pipoca, e elas prestam muita atenção. Foi muito bom.

GF 2.39 - Os homens acham que a única forma de contaminação pelo HIV é a via sexual. E eles não gostam de receber informações sobre a prevenção.

GF 2.40 - O maior desafio é fazer com que as pessoas entendam que a ESF foi idealizada para prevenir e promover a saúde que vai de encontro com o modelo curativo.

GF 2.41 - O profissional de saúde também é ser humano e acaba negligenciando a sua saúde. Ele não usa para si as orientações de prevenção que faz aos pacientes.

GF 2.42 - O desafio é olhar o indivíduo inserido num contexto familiar, e de trabalho, com uma dada alimentação e com suas crenças, seus valores e seus sonhos.

GF 2.43 - É importante que as pessoas entendam que a aids não tem cura, mas tem tratamento que aumenta a expectativa e a qualidade de vida dos soropositivos. E, o Brasil, é referencia mundial no tratamento deste agravo.

GF 2.44 - O ideal seria que os profissionais de saúde pudessem se desprender dos seus valores e preconceitos em relação à aids impedindo que estes interfiram nas ações de prevenção.

GF 2.45 – O ideal seria que as ações fossem menos prescritivas e autoritária, como o apelo das campanhas “Use camisinha!”

GF 2.46 - O ideal é todo mundo tá motivado pra trabalhar pelo mesmo ideal.

GF 2.47 - Na reunião é um espaço para discussão de casos, orienta a equipe na decisão de condutas e no planejamento de ações.

GRUPO FOCAL 3 (GF3)

GF 3.1 - A equipe reconhece usuário de drogas, homossexuais, adolescentes, jovens e idosos como populações vulneráveis ao HIV/aids.

GF 3.2 - No início da epidemia a aids era muito estigmatizada. Era uma doença de homossexuais e prostitutas. Mas, atualmente, ainda existe muito preconceito.

GF 3.3 - Há o conhecimento de que existe uma tendência de envelhecimento da epidemia da aids, com o aumento das taxas de infecção na população idosa.

GF 3.4 - Existe uma crescente disseminação do vírus na população adolescente.

GF 3.5 - O número crescente de adolescentes grávidas é um indício de que estão mantendo relações sexuais desprotegidas.

GF 3.6 - Os adolescentes vêm iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo o que os torna mais vulneráveis ao HIV/aids.

GF 3.7 - A equipe não reconhece alguns grupos como mais ou menos vulneráveis ao HIV/aids.

GF 3.8 - O indivíduo é que deve procurar o serviço para realizar o teste anti-HIV.

GF 3.9 - Existe dificuldade por parte das equipes em discutir sexualidade por falta de capacitação das mesmas.

GF 3.10 - Apontam para dificuldade de abordar questões relacionadas à sexualidade pelos ACS pela sua proximidade com a população. Na opinião da equipe esta proximidade dificulta a abordagem.

GF 3.11 - O tema HIV/aids não é abordado nas reuniões de equipe pois a equipe não entende que este é um problema presente em sua área de abrangência.

GF 3.12 - Entendem que para haver uma melhora no enfrentamento do HIV/aids no PSF deve primeiro haver uma conscientização dos profissionais de que a aids não tem cor, idade, classe social e que todos são susceptível ao HIV/aids.

GF 3.13 - As mulheres são vulneráveis ao HIV à medida que não conseguem negociar o uso do preservativo com os seus parceiros. Elas têm medo que o marido pensem que elas estão os traindo.

GF 3.14 - Grupos de usuários de drogas, oferecimento de teste anti-HIV, Grupo de DST, Grupo de planejamento familiar, Grupo de adolescente

GF 3.15 - A maior dificuldade na realização de atividades coletivas é que não há disponibilidade de salas para realização.

GF 3.16 - O grupo é formado por adolescentes identificados nas VD ou nas consultas como vulneráveis ou aqueles que realizaram o teste anti-HIV. Neste grupo são discutidas questões relacionadas às DST/aids e prevenção e uso do preservativo. Este grupo acontece fora da Unidade, na casa de uma das enfermeiras do PSF, com utilização de recurso áudio-visual.

GF 3.17 - Os adolescentes não levam a sério as discussões sobre sexualidade e prevenção.

GF 3.18 - A equipe oferece teste anti-HIV quando identificam a vulnerabilidade do adolescente.

GF 3.19 - Quando o assunto é o preservativo, a primeira coisa que vem na mente do adolescente é a contracepção e não a prevenção às DST.

GF 3.20 - Na reunião de equipe discutem casos e tentam resolver "problemas" trazidos pelo ACS, identificados no território.

GRUPO FOCAL 4 (GF4)

GF 4.1 - Identificam como população vulnerável UD, HSH e profissionais de saúde.

GF 4.2 - As mulheres são vulneráveis ao HIV à medida que não conseguem negociar o uso do preservativo com os seus parceiros.

GF 4.3 - A população adolescente apresenta-se vulnerável por manter relação sexual com múltiplos parceiros.

GF 4.4 - Existe na área de abrangência da unidade uma "colônia de homossexuais".

GF 4.5 - Os vizinhos queixam-se de crianças usuárias de drogas pesadas como o crack. Estas crianças são vulneráveis ao HIV.

GF 4.6 - A equipe não aborda o tema HIV/aids, tem vergonha de falar sobre sexualidade e de orientar o uso de preservativo. Não há capacitação da equipe para o trabalho de prevenção ao HIV/aids. Muitas dúvidas da equipe são sanadas em panfletos educativos direcionados para população em geral.

GF 4.7 - O processo de trabalho das equipes de SF dificultam as ações de prevenção ao HIV/aids. A equipe é muito cobrada a atingir as metas dos programas prioritários e refere que não sobra tempo para outros programas como a prevenção ao HIV.

GF 4.8 - O teste anti-HIV é oferecido como rotina, juntamente com outras sorologias como o da sífilis e hepatite. O profissional explica que é rotina, que é para todo mundo, e eles aceitam. É oferecido para gestantes, usuários de drogas e adolescentes. Este último precisa assinar autorizando o teste.

GF 4.9 – A maior dificuldade para realização de atividades coletivas é a falta de espaço. Sempre que precisam realizar uma ação coletiva tem que pedir emprestado uma garagem.

GF 4.10 - A unidade mantém uma "Sala do Adolescente" com um fluxo pré - estabelecido para atender esta população, oferecer o teste anti - HIV, distribuir preservativo e disponibiliza preservativos em todas as salas de

atendimento. E, uma vez por mês está sendo programado para acontecer o grupo de adolescentes.

GF 4.11 - A equipe refere que os HSH não são acessíveis, dificultando as ações de prevenção.

GF 4.12 - Mantém na viela de acesso a “colônia de HSH” distribuição contínua de preservativos.

GF 4.13 - É rotina a solicitação do teste anti-HIV para gestantes, dentro do protocolo de acompanhamento do pré-natal.

GF 4.14 - São realizados grupos de adolescentes, mensalmente. São convidados a participar os adolescentes que frequentemente realizam o teste de gravidez. O convite a participar do grupo também parte das ACS nas VD.

GF 4.15 - Existem, na área, crianças que trabalham para o tráfico de drogas. Muitas delas não são alfabetizadas, filhos de usuárias de drogas e traficantes.

GF 4.16 - Os homossexuais são vulgares, debocham, "viram purpurina" e chegam até a tratar mal a equipe, dificultando as ações.

GF 4.17 - A unidade não realiza o Papanicolaou. O exame é realizado em local distante e que dificulta o acesso. Há muitas mulheres com câncer de colo, com DST e HPV e elas mostram - se resistentes em realizar o exame por vergonha.

GF 4.18 - O ideal era que as equipes conseguissem organizar grupos de orientações em conjunto com outros recursos da comunidade, como escolas e igrejas.

GF 4.19 - Há dificuldade de adesão aos grupos de prevenção. Mas, a equipe oferece "uma receita" no final do grupo para aumentar a adesão.

GF 4.20 - A reunião é o espaço utilizado para o planejamento das ações da equipe.

GRUPO FOCAL 5 (GF5)

GF 5.1 - Os UD são vulneráveis ao HIV/AIDS à medida que o uso da droga diminui o poder de negociação do uso de preservativos nas relações sexuais.

GF 5.2 - Existe na área de abrangência da unidade muita prostituição infantil o que torna esta população vulnerável ao HIV e à outras DST.

GF 5.3 - A iniciação sexual cada vez mais cedo é muito visível em populações de baixa renda. A vida sexual traz para estas adolescentes problemas da esfera sexual e reprodutiva traduzindo - se em altos índices de gravidez na adolescência e aumento da vulnerabilidade às DST/aids.

GF 5.4 - As mulheres são vulneráveis ao HIV à medida que não conseguem negociar o uso do preservativo com os seus parceiros. Muitas confiam na fidelidade dos parceiros e negligencia o uso. Algumas tem medo de sugerir o uso do preservativo e sofrer algum tipo de agressão.

GF 5.5 - Nas VD, oferecem o Papanicolaou para trazer essas mulheres para o serviço para formar o vínculo.

GF 5.6 - Existe uma dificuldade de falar sobre sexualidade com as mulheres, principalmente nas VD. Tais dificuldades estão relacionais a tabus e mitos que envolvem o tema além da falta de capacitação da equipes. A equipe tem medo de constrangê-las, portanto não aborda sobre prevenção e uso de preservativos. A religiosidade dessas mulheres atrapalha um pouco a conversa. A equipe precisa de mais preparo para lidar com essas situações.

GF 5.7 – A equipe refere que só há um momento abordam sobre DST. Apenas no grupo de planejamento familiar, onde apenas comentam os tipos de doenças. Lamentam que, atualmente, não realizam nenhuma atividade preventiva ao HIV.

GRUPO FOCAL 6 (GF6)

GF 6.1 - Mesmo sendo a prevenção ao HIV um tema bastante divulgado, os adolescentes são vulneráveis pois, na hora do sexo, agem por impulso e por prazer e acabam deixando de lado a proteção.

GF 6.2 - A equipe têm o conhecimento de que a aids está crescendo entre os idosos.

GF 6.3 - A alta vulnerabilidade do adolescente está também associada ao uso de drogas.

GF 6.4 - A promiscuidade leva ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids

GF 6.5 - Existe uma promiscuidade muito grande entre adolescentes.

GF 6.6 - Muitas adolescentes se prostituí para conseguir a droga.

GF 6.7 - As mulheres são vulneráveis ao HIV à medida que não conseguem negociar o uso do preservativo com os seus parceiros

GF 6.8 - Os idosos têm maior dificuldade de aceitar o uso do preservativo.

GF 6.9 - Os homens têm maior dificuldade em falar sobre sexualidade que as mulheres e isto dificulta sua adesão às ações de prevenção.

GF 6.10 - Os homens ainda têm uma visão curativa dos serviços de saúde. Só procuram os serviços de saúde quando apresentam sintomas.

GF 6.11 - Não há capacitação da equipe para o trabalho de prevenção ao HIV/Aids. Suas dúvidas são sanadas na internet. Falta seriedade e compromisso dos profissionais com os projetos preventivos. E falta de espaço físico para desenvolver atividades de prevenção.

GF 6.12 - A equipe não oferece o teste anti-HIV por medo de constranger a pessoa.

GF 6.13 - Existe dificuldade da equipe em convencer o adolescente para o uso do preservativo.

GF 6.14 – A equipe distribui preservativo e discute sobre HIV/aids em grupos como de hipertensos e diabéticos.

GF 6.15 - Quando identifica casos de prostituição, principalmente de adolescente se prostituindo em troca de drogas, a equipe orienta a família e encaminha para a referência para realizar o teste anti-HIV.

GF 6.16 – A equipe aconselha uso do preservativo para as mulheres casadas.

GF 6.17 - Tenta convencer as mulheres a negociar o uso do preservativo com seus maridos.

GF 6.18 - Existe dificuldade em falar sobre sexualidade com a população idosa e com os homens.

GF 6.19 – A equipe oferece o preservativo e o teste anti-HIV para os idosos que consideram vulneráveis.

GF 6.20 – É difícil abordar sobre prevenção com a população idosa e principalmente com os homens.

GF 6.21 - Existe uma dificuldade geral na mudança da visão curativa para a visão preventiva.

GF 6.22 - A equipe tem conhecimento de que as pessoas sexualmente ativas estão vulneráveis ao HIV/aids independente da idade.

GF 6.23 – A multiplicidade de parceiros sexuais leva ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 6.24 - O uso de drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids entre os adolescentes.

GF 6.25 - Na opinião da Equipe a população tem dificuldade de entender as orientações pela baixa escolaridade.

GF 6.26 – A equipe distribui preservativos na área.

GF 6.27 - A maior dificuldade está em convencer os adolescentes a usar o preservativo.

GF 6.28 – A equipe capacitou jovens multiplicadores para distribuir preservativos e fazem orientações preventivas.

GF 6.29 - A equipe faz orientação sobre prevenção nas consultas com os idosos.

GF 6.30 - Existe dificuldade na equipe em abordar sobre sexualidade com os idosos.

GF 6.31 - A confiança na equipe facilita a abordagem sobre sexualidade e medidas preventivas.

GF 6.32 - Existem preconceitos e tabus na abordagem sobre sexualidade.

GF 6.33 - Os profissionais não se sentem à vontade para falar sobre sexualidade com a população.

GF 6.34 - A equipe orienta a família do UD quanto à vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 6.35 - O tema HIV/aids é discutido em outros grupos como dos hipertensos e diabéticos, porém ainda há muito preconceito nesta abordagem.

GF 6.36 - Há pouca divulgação de que a aids tem tratamento e este melhora a qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV.

GF 6.37 - A reunião é um espaço utilizado para o aprendizado. Os ACS trazem muitas dúvidas que são discutidas em equipe com os demais profissionais.

GRUPO FOCAL 7 (GF7)

GF 7.1 – A multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de drogas e a aversão ao uso de preservativo leva ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 7.2 - O uso de drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids à medida que diminuem as chances de negociação ao uso do preservativo.

GF 7.3 - Há rotatividade muito grande de profissionais, principalmente médico, o que dificulta a formação do vínculo. De uma forma geral, a equipe acha que o trabalho de prevenção não é fácil, pois depende da aceitação da pessoa. Além disto, a unidade de SF é nova, tem apenas 2 anos e a população ainda não conseguiu compreender bem esta mudança de modelo.

GF 7.4 - O trabalho da equipe de SF é fundamentalmente preventivo.

GF 7.5 - Aborda sobre DST nas consultas e VD.

GF 7.6 – É preciso que haja mudança de paradigma, de cultura das abordagens preventivas.

GF 7.7 – A equipe realiza distribuição de preservativos na área.

GF 7.8 - Não há nenhuma ação coletiva na prevenção ao HIV/aids.

GF 7.9 - O desafio é conhecer a vulnerabilidade da população adscrita.

GF 7.10 - Os profissionais ainda estão focados na doença. Tem que haver uma mudança desta mentalidade.

GF 7.11 - O profissional de saúde tem formação essencialmente curativa.

GF 7.12 - Oferecem o teste anti-HIV às gestante juntamente com outros exames do pré-natal.

GF 7.13 - A alta rotatividade de profissionais dificulta também o trabalho em equipe, pois desenvolver um bom trabalho necessita que a equipe trabalhe numa certa sintonia.

GF 7.14 - O PSF tem como objetivo principal prevenir doenças.

GF 7.15 - A diminuição da transmissão vertical é uma conquista do PSF, que aumentou o acesso ao teste no pré-natal.

GF 7.16 - O ideal é que as equipes conseguissem realizar exames preventivos em 100% do território.

GRUPO FOCAL 8 (GF8)

GF 8.1 - O número crescente de adolescentes grávidas é um indício de que estão mantendo relações sexuais desprotegidas.

GF 8.2 - O uso de drogas e a prostituição aumentam a vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 8.3 - As mulheres casadas confiam na fidelidade os parceiros e negligenciam o uso do preservativo.

GF 8.4 - O uso de drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids à medida que diminuem as chances de negociação ao uso do preservativo.

GF 8.5 - A iniciação sexual cada vez mais cedo traz para crianças e adolescentes problemas da esfera sexual e reprodutiva traduzindo-se em aumento da vulnerabilidade às DST/aids.

GF 8.6 - Com o surgimento da pílula do dia seguinte, as adolescentes estão negligenciando o sexo seguro pois sabem que podem lançar mão desse recurso numa relação desprotegida.

GF 8.7 - Ainda existe a visão de que o pior que pode acontecer numa relação desprotegida é a gravidez não planejada e esquecem-se dos riscos de contágio por uma DST.

GF 8.8 - Responsabilizam o aumento da vulnerabilidade às DST/aids à falta de divulgação da mídia às medidas de prevenção e que esta divulgação facilitaria as ações da equipe.

GF 8.9 - Só há o hábito de oferecer o teste anti-HIV para as gestantes. Isso dificulta o diagnóstico precoce.

GF 8.10 – A equipe realizou um grupo na escola com adolescentes de sétima e oitava séries para prevenção às DST/aids. Atualmente não desenvolvem nenhuma ação coletiva na prevenção às DST/aids.

GF 8.11 - As ações de prevenção ao HIV/aids não são prioridade. A maior preocupação da equipe é com os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. A prevenção ao HIV acaba ficando esquecida.

GF 8.12 - Avaliam último grupo de DST que realizaram em uma escola. Discutiu-se sobre sexualidade e uso de preservativos. Bom aproveitamento.

GF 8.13 - orienta o uso do preservativo. Anda com preservativo no bolso para distribuição na área.

GF 8.14 - Existe dificuldade em abordar sobre sexualidade com os adolescentes.

GF 8.15 - A equipe facilita a distribuição de preservativos para população adolescente, não exigindo identificação para a dispensação.

GF 8.16 - A baixa adesão e a falta de espaço para a realização de ações de prevenção coletiva na unidade são dificuldades encontradas pela equipe. Refere como estratégia realizar pequenas ações de prevenção nos corredores, na pracinha.

GF 8.17 - O adolescente tem medo de pegar camisinha no posto e os pais ficarem sabendo que iniciou sua vida sexual.

GF 8.18 - As questões da aids andam esquecidas pela mídia. As ações de prevenção ao HIV/aids são mais lembradas na época do carnaval.

GF 8.19 - O desafio é olhar as questões da aids da mesma forma que a equipe olha as doenças crônicas.

GF 8.20 - É investir nas ações de prevenção ao HIV da mesma forma em que é investido nas outras doenças crônicas (hipertensão, diabetes).

GRUPO FOCAL 9 (GF9)

GF 9.1 - Prática do sexo sem proteção e uso de drogas levam ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids entre os adolescentes.

GF 9.2 - A iniciação sexual cada vez mais cedo traz para crianças e adolescentes problemas da esfera sexual e reprodutiva traduzindo-se em aumento da vulnerabilidade às DST/aids.

GF 9.3 - Ainda existe a visão de que o pior que pode acontecer numa relação desprotegida é a gravidez não planejada e esquecem-se dos riscos de contágio por uma DST.

GF 9.4 - Existe entre os adolescentes uma baixa percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 9.5 - Os homossexuais são vulneráveis ao HIV/aids.

GF 9.6 - A presença de outras DST aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 9.7 - A promiscuidade leva ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 9.8 - São identificadas adolescentes vulneráveis ao HIV/aids no momento em que estão realizando o exame de gravidez.

GF 9.9 - O uso de álcool e outras drogas aumentam a vulnerabilidade ao HIV entre os jovens, pois diminui o uso do preservativo.

GF 9.11 - Abordam sobre sexualidade nas consultas e nas VD com os adolescentes.

GF 9.12 - Porém ainda existe resistência em falar sobre sexualidade. O ACS tem dificuldade em abordar o tema nas VD com os adolescentes. Tem medo que os pais achem que está incentivando o sexo.

GF 9.13 - Realizam palestra sobre DST, incentiva o uso do preservativo nos grupos de planejamento familiar.

GF 9.14 - Orienta quanto ao risco de exposição ao vírus no momento em que estão realizando o teste de gravidez. Aproveitam também este momento para distribuir preservativo.

GF 9.15 - Identifica vulnerabilidade dos HSH nas consultas e oferecem teste anti-HIV.

GF 9.16 - Oferece o teste anti-HIV para pacientes que estão com sintomas de outras DST.

GF 9.17 - Oferece o teste anti-HIV para pessoas que referem múltiplos parceiros sexuais.

GF 9.18 - Orientam os adolescentes a participarem do grupo de planejamento familiar.

GF 9.19 – Facilitam o acesso ao preservativo disponibilizando-os em locais estratégicos como banheiro e sala de curativos onde é realizado o exame de gravidez.

GF 9.20 - Mas só o acesso fácil ao preservativo não é suficiente. A facilidade do acesso deve ser associada a alguma ação educativa. O desafio é fazer com que a pessoa entenda a importância do seu uso.

GF 9.21 - Na primeira consulta de pré-natal são solicitadas as sorologias, entre elas a do HIV.

GF 9.22 - Nos grupos de planejamento familiar são abordadas as diferenças de gênero para convencer as mulheres casadas a usarem o preservativo.

GF 9.23 - Cita um exemplo de um caso que foi discutido na reunião de equipe de uma paciente portadora do vírus e que recusava o tratamento. Preocupa a equipe o fato de a paciente continuar transmitindo o HIV para outras pessoas.

GRUPO FOCAL 10 (GF10)

GF 10.1 - O uso de álcool e outras drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 10.2 - Há preocupação dos adolescentes em prevenir a gestação, mas não há a mesma preocupação na prevenção de DST.

GF 10.3 - Existe a dificuldade da adolescente em negociar o uso do preservativo, tornando-as vulneráveis ao HIV.

GF 10.4 - O adolescente tem vergonha de pegar preservativo na UBS.

GF 10.5 - Existe uma tendência em enquadrar a população adolescente como vulnerável ao HIV/aids e muitas vezes se esquecem que os idosos também são vulneráveis.

GF 10.6 - Há conhecimento de que a epidemia vem aumentando na faixa etária mais avançada.

GF 10.7 - É difícil a abordagem sobre prevenção com UD. Eles não dão abertura.

GF 10.8 - Incentivam nas consultas o uso do preservativo como método preventivo das DST/aids e não apenas como contraceptivo.

GF 10.9 - Existe dificuldade em abordar sobre sexualidade com os adolescentes.

GF 10.10 - Não há grupos específicos que abordam as DST/aids. Os grupos de adolescentes são esporádicos. No grupo de planejamento familiar é abordada a prevenção.

GF 10.11 - Incentivam o uso do preservativo nas VD com os adolescentes.

GF 10.12 – As pessoas não param para pensar na prevenção, elas ainda estão com aquele pensamento que é melhor a cura, procuram os serviços de saúde quando estão com algum sintoma. Depois da cura ou remissão do mesmo, se distanciam dos serviços.

GF 10.13 - Abordam sobre sexualidade e prevenção nos grupos de idosos.

GF 10.14 - Não existe uma boa aceitação do adolescente aos grupos. Eles ficam pelas ruas jogando, conversando, fumando, mas na hora em que a equipe se aproxima para convidá-los a participar dos grupos eles não querem, parece que assusta.

GF 10.15 - Algumas adolescentes procuram a equipe após a sua primeira relação sexual por medo de engravidar. Mas tem medo de participar dos grupos e a mãe ficar sabendo.

GF 10.16 - A população confia na equipe. Alguns usuários fazem relatos de suas vidas para os profissionais que sua família desconhece.

GF 10.17 - O adolescente tem medo que o ACS conte para seus pais que mantém vida sexual.

GF 10.18 - A prioridade do PSF é trabalhar com prevenção.

GF 10.19 - O PFS permite que as equipes possam acompanhar os usuários ao longo do tempo.

GF 10.20 - O desafio é abordar sobre sexualidade, HIV e aids sem tabus. É difícil saber separar seus valores no desenvolvimento das ações.

GF 10.21 - Nas reuniões de equipe são discutidas as prioridades e, anualmente realizam uma reunião para o planejamento.

GRUPO FOCAL 11 (GF11)

GF 11.1 - Os adolescentes conhecem as formas de prevenção mas não praticam o sexo seguro.

GF 11.2 - Os adolescentes não se preocupam com a aids. A imaturidade os leva a crer que não são vulneráveis.

GF 11.3 - O uso de drogas e a multiplicidade de parceiros aumentam a vulnerabilidade do adolescente ao HIV/aids.

GF 11.4 - Há na área muitas crianças usuárias de drogas e algumas até auxiliam no tráfico.

GF 11.5 - Muitos pais trabalham o dia todo e acabam negligenciando a criação dos seus filhos. Além disto a falta de diálogo e de uma estrutura familiar contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos adolescentes.

GF 11.6 - Há uma preocupação dos adolescentes em prevenir a gestação, mas não há a mesma preocupação na prevenção de DST.

GF 11.7 - Falta de diálogo familiar leva ao aumento da vulnerabilidade do adolescente ao HIV/aids.

GF 11.8 - Os idosos também estão vulneráveis à medida que praticam o sexo desprotegido.

GF 11.9 - Interpretam que a procura pelo teste de gravidez é porque não há uso de preservativo

GF 11.10 - Incentiva o uso do preservativo aos adolescentes.

GF 11.11 - Muito difícil falar sobre sexualidade e uso de drogas com a população adolescente.

GF 11.12 - Os adolescentes são de difícil acesso. Não gostam de receber orientações da equipe, são mal-educados, viram as costas e acreditam que nunca vão ficar doentes.

GF 11.13 - Os adolescentes tem medo de falar sobre sua sexualidade por não ter confiança na confidencialidade;

GF 11.14 - O ACS morar na área e ser vizinha ou até mesmo amiga dos pais dos adolescentes dificulta esta relação.

GF 11.15 - A equipe lembra um grupo de adolescentes que o ginecologista realizou na escola onde os meninos demonstraram maior conhecimento sobre o preservativo.

GF 11.16 – O trabalho de prevenção sempre foi um problema. O trabalho preventivo não tem resultados imediatos.

GF 11.17 - A equipe identifica vulnerabilidade nas VD e conversam sobre sexualidade e formas de prevenção com os adolescentes.

GF 11.18 – Com os idosos, incentiva o sexo seguro e oferece o preservativo.

GF 11.19 - A equipe incentiva o uso do preservativo com os adolescentes.

GF 11.20 - Houve tentativa de montar um grupo de DST/aids, porém a baixa aceitação da população fez com que essa tentativa fracassasse.

GF 11.21 - A crescente procura pela pílula do dia seguinte é um indício que estão praticando o sexo sem preservativo.

GF 11.22 - A mídia não fala mais sobre HIV e aids. Só no carnaval eles fazem campanhas.

GF 11.23 - A reunião é um espaço para discussão de casos trazidos principalmente pelo ACS.

GRUPO FOCAL12 (GF12)

GF 12.1 - A multiplicidade de parceiros e a prática do sexo não seguro aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes.

GF 12.2 - O aumento do número de gestação na adolescência reflete a prática do sexo sem preservativo, indício de vulnerabilidade nesta população.

GF 12.3 - O uso de drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids à medida que diminuem as chances de negociação ao uso do preservativo.

GF 12.4 - Identificam na área forte tendência à homossexualidade entre adolescentes, aumentando a vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 12.5 - Já realizou um teatro sobre DST/Aids numa escola da área.

GF 12.6 - Ainda há tabu e preconceito na abordagem sobre sexualidade.

GF 12.7 - O tráfico de drogas interfere no trabalho da equipe. O acesso ao território é definido pelo tráfico. Eles definem quando e até onde a equipe pode entrar. Relata um caso de visita a uma puerpera. Seu marido tinha um ponto de venda de drogas na residência. Foi uma visita estressante. A venda de drogas acontecia mesmo com a presença da equipe na casa.

GF 12.8 – Usam expressão "gayarada" para referir-se ao HSH.

GF 12.9 - Tenta desmistificar com os adolescentes sobre o uso do preservativo como método contraceptivo simplesmente. Mostrando a importância do seu uso para prevenção às DST/HIV.

GF 12.10 - O medo de que os pais descubra que mantém vida sexual afasta os adolescentes dos serviços de saúde.

GF 12.11 - O profissional refere que acha um saco usar o preservativo.

GF 12.12 - Após realização do teste de gravidez a adolescente passar por uma consulta médica para orientações sobre contracepção e proteção às DST.

GRUPO FOCAL 13 (GF13)

GF 13.1 - Os adolescentes vêm iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo o que os torna mais vulneráveis ao HIV/aids.

GF 13.2 - O uso de álcool e outras drogas aumenta a vulnerabilidade ao HIV/aids.

GF 13.3 - Existem muitas profissionais do sexo na área de abrangência da unidade. É um grupo reconhecidamente vulnerável ao HIV pela promiscuidade e pela dificuldade em negociar o uso do preservativo com os seus clientes.

GF 13.4 – A maior dificuldade na prevenção ao HIV está na falta de conhecimento dos profissionais. Um dos profissionais da equipe relata que foi indagada sobre as formas de contágio do HIV e, no momento, não soube responder.

GF 13.5 - A equipe refere que distribui preservativos para os adolescentes.

GF 13.6 - Existe baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos.

GF 13.7 - Existem poucas ações de prevenção ao HIV/aids e a equipe atribui isso a grande demanda de serviços e a outras prioridades da ESF como a hipertensão e o diabetes.

GF 13.8 - Realizam trabalho educativo em todos os grupos que acontecem na unidade (hipertensos / diabéticos / gestantes) e distribuem preservativos.

GRUPO FOCAL 14 (GF14)

GF 14.1 - Há pessoas vulneráveis no território, são os usuários de drogas e os adolescentes que tem início sexual precoce e vida sexual intensa e descomedida.

GF 14.2 - Não há escola e não há local de lazer na área de abrangência da unidade. Só há um “prostíbulo”.

GF 14.3 - As profissionais do sexo que trabalham neste prostíbulo encontram-se vulneráveis ao HIV/aids.

GF 14.4 - Uma gestante proveniente do prostíbulo procurou a equipe para iniciar o acompanhamento pré-natal e depois de 2 meses não compareceu mais.

GF 14.5 - A equipe soube, por meio de outras pessoas da comunidade que o bebê havia nascido e que havia se mudado de cidade. O dono do prostíbulo a expulsou. Uma família está criando a criança, uma menina.

GF 14.6 - A equipe faz visita ao prostíbulo às mulheres que estão lá. Elas na verdade trabalham e dormem no local, mas não moram.

GF 14.7 - A equipe montou uma programação para realização de grupos com adolescentes em parceria com uma equipe multiprofissional (médico, psicólogo, nutricionista). Após divulgação e convite, destacam a baixa adesão ao grupo, com a presença de apenas quatro adolescentes.

GF 14.8 - A avaliação dos quatro adolescentes que participaram do grupo foi boa. Perguntaram se não poderia ser feito em outros locais. A equipe avaliou o grupo como bom.

GF 14.9 - O convite foi feito nas casas, fala - se que será um papo, para tirar dúvidas, principalmente aquelas que você tem vergonha de perguntar para a mãe. No local só vão ter mulheres, será respondida sobre aids, gravidez.

GF 14.10 - É abordado o assunto aids e gestação na adolescência nos outros grupos que são realizados na unidade, como os hipertensos, diabético, pessoas que são avós, pais. É oferecido preservativo nos grupos realizados.

GF 14.11 - O acesso ao preservativo é aberto, pode pegar a qualquer hora, em qualquer dia.

GF 14.12 - Por meio dos pais tenta-se chegar ao adolescente. A equipe orienta os pais. Aham que de alguma forma as orientações chegaram a eles.

GF 14.13 - Os adolescentes não se importam com a prevenção, pensam em fazer as coisas do momento, acabam fazendo coisas erradas, envolvendo - se com drogas. As meninas se envolvem com usuários de drogas e têm muitos parceiros.

GF 14.14 - A equipe, nos grupos, não aborda somente o HIV/aids, abordam também sobre as DST de uma forma geral e sobre a contracepção.

GF 14.15 - A equipe utiliza materiais lúdicos para facilitar a expressão sobre a interpretação do corpo do adolescente.

GF 14.16 - A equipe encaminha os casos de usuários de drogas para os serviços de referência em saúde mental.

GF 14.17 - A equipe orienta a família dos usuários de álcool.

GF 14.18 - No passado a equipe solicitava autorização das gestantes para a realização do teste anti-HIV, atualmente realizado de forma compulsória.

GF 14.19 - As equipes necessitam ser mais bem capacitadas em relação ao HIV.

GRUPO FOCAL 15 (GF15)

GF 15.1 - Alguns membros da equipe entende que o termo "vulnerável" quer dizer "grupo de risco", outros associam a "comportamentos de risco".

GF 15.2 - Apontam que os usuários de drogas são vulneráveis ao HIV/aids.

GF 15.3 - Apontam a terceira idade como "grupo de risco".

GF 15.4 - Algumas pessoas recusam-se a usar o preservativo e encontram-se vulneráveis.

GF 15.5 - Multiplicidade de parceiros também é tida como "comportamento de risco" pelas equipes.

GF 15.6 - Acreditam que as pessoas mais vulneráveis ao HIV são aquelas que mantêm relação sexual com múltiplos parceiros.

GF 15.7 - Relata que no seu território há muitos casos de mulheres casadas que estão vulneráveis pela infidelidade dos maridos.

GF 15.8 - As mulheres não usam preservativos com seus maridos.

GF 15.9 - Relatam que dão orientações preventivas, realizam grupos, palestras, porem há baixa adesão da população.

GF 15.10 - Atualmente existe uma mobilização de algumas unidades para desenvolver um projeto piloto com adolescentes para prevenção da gravidez precoce e das DSTs. Não é um projeto específico para prevenção do HIV. É para cuidar da saúde do adolescente de um modo geral. A unidade está iniciando o projeto.

GF 15.11 - Apontam que para atrair o adolescente para as ações de prevenção a equipe atrela sua participação ao atendimento médico.

GF 15.12 - A maior dificuldade é convencer os adolescentes a aderir aos grupos mas a partir do momento em que eles comparecem mostram - se bastante receptivos e contribuem com a discussão.

GF 15.13 - A prevenção ao HIV/aids é abordada nos grupos de hipertensos e diabetes.

GF 15.14 - A maior preocupação da equipe é com a prevenção. Entendem que o maior "dever" do PSF é com a prevenção.

GF 15.15 - Não existe um convite à discussão do HIV especificamente. Acham que este convite não seria bem aceito pela população. Ao contrário, o tema assusta.

GF 15.16 - Normalmente é feito um convite para discutir sobre um tema mais abrangente, como Saúde da Mulher, por exemplo. Acreditam que desta forma há ma melhor adesão da população.

GF 15.17 - O profissional médico participa de grupos que discutem sobre HIV isso aumenta a aceitação e a participação.

GF 15.18 - Reconhecem que as formas tradicionais de abordagem do tema não são suficientes para sensibilizar as pessoas para a prevenção.

GF 15.19 - O acesso à informação não é suficiente para mudança de comportamento.

GF 15.20 - Atribuem a disseminação do vírus à falta de responsabilidade das pessoas.

GF 15.21 - A equipe refere-se a aids com muito estigma e preconceito.

GF 15.22 - Tenta convencer as pessoas a se prevenir através de medo da doença. Acreditam que a aids tem como única certeza, a morte.

Amedrontam a população difundindo o “estigma social” do portador do HIV e do “aidético” [como referem os doentes por aids].

GF 15.23 - Reconhecem os idosos como vulneráveis e atribuem a isso o surgimento dos medicamentos que melhoram o desempenho sexual tornando-os ativos sexualmente.

GF 15.24 - Entendem que a infecção pelo HIV significa o fim da vida. E é essa a idéia que tentam passar nas ações de prevenção para convencer a população de prevenir-se.

GF 15.25 - O trabalho preventivo da equipe baseia-se no impacto causado pelas fotos das DST. Acreditam que o medo de se vê com aquela doença faz com que as pessoas se previnam. Esta é a forma como abordam esse tema nos grupos.

GF 15.26 - A abordagem da prevenção ao HIV/aids torna-se mais difícil do que das outras DST, pois não há "foto" que possam causar medo nas pessoas já que a aids de hoje não tem "cara".

GF 15.27 - A experiência de conhecer alguém soropositivo atua de forma positiva na prevenção ao HIV.

GF 15.28 - Os adolescentes sempre têm em mente que são imunes às doenças. E que não tocar no assunto é uma forma de se proteger.

GF 15.29 - Os adolescentes acreditam que se manterem distantes do assunto os protegerá da doença e isso dificulta o trabalho preventivo da equipe.

GF 15.30 - A equipe realizou um grupo com adolescentes utilizando a dinâmica de grupo como forma de sensibilizá-los para o uso do preservativo. Com uma boa aceitação por parte dos adolescentes participantes.

GF 15.31 - Ao andar pelas vielas, os profissionais encontram preservativos usados. Esse não é um local ideal para relação sexual, mas é indício de que vem aumentando a adesão ao sexo seguro entre os adolescentes.

GF 15.32 - Os idosos estão mais vulneráveis ao HIV que os adolescentes principalmente pela dificuldade em falar sobre sexualidade e prevenção.

GF 15.33 - Os adolescentes já nasceram na era da aids e isso facilita a discussão sobre o tema garantindo maior acesso à informação.

GF 15.34 - Mesmo sendo o adolescente o grupo prioritário das ações de prevenção, sabe-se que é entre os idosos que a epidemia mais cresce.

GF 15.35 - A baixa adesão ao preservativo entre os idosos está associada ao baixo acesso à informação e a dificuldade de discutir sobre sexualidade.

GF 15.36 - Existe dificuldade em abordar sobre sexualidade com os idosos.

GF 15.37 - As mulheres casadas têm dificuldade em negociar o uso do preservativo com seus maridos.

GF 15.38 - A confiança no parceiro faz com que as mulheres casadas não usem o preservativo em suas relações e a promiscuidade de seus parceiros as torna vulneráveis ao HIV.

GF 15.39 - O idoso frequenta bailes e mantém vida sexual ativa e não usam preservativo.

GF 15.40 - Muitas pessoas não realizam o teste anti-HIV por medo de se descobrir doente.

GF 15.41 - O diagnóstico tardio coloca outras pessoas em risco.

GF 15.42 - Os profissionais de saúde também estão vulneráveis ao HIV em contato com perfuro-cortantes contaminados. Muitos não realizam o teste.

GF 15.43 - Os profissionais precisam abordar a aids da mesma forma que aborda qualquer outra doença como a hipertensão e a diabetes, sem preconceitos e tabus.

GF 15.44 - As pessoas precisam também aceitar a aids como uma doença como outra qualquer, sem preconceitos e tabus, para facilitar a discussão sobre prevenção.

GF 15.45 - Há muito preconceito entre os profissionais de saúde na abordagem sobre o HIV/aids.

GF 15.46 - Há dificuldade da equipe em falar sobre sexualidade.

GF 15.47 - A aids ainda é muito estigmatizada.

ANEXO

Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

Título: “Vulnerabilidade programática ao hiv/aids e os desafios da integralidade: Enfrentamento do hiv/aids na estratégia saúde da família”

Pesquisador Coordenador: Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

O sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como objetivo “analisar as características dos processos de trabalho, em termos de práticas e instrumentos utilizados para o reconhecimento e enfrentamento do HIV/aids na Estratégia Saúde da Família”.

- A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sr(a).*
- Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais.*
- Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua integridade física e dignidade.*
- Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o coordenador e pesquisadores terão conhecimento dos dados. É importante salientar que será garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes da pesquisa.*
- Ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os desafios do enfrentamento da epidemia de HIV/aids. O pesquisador se compromete a divulgar discutir os resultados do estudo.*
- A sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*
- Sua participação se dará através do preenchimento de questionário semi-estruturado.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem, em duas vias, sendo uma do entrevistado e uma do pesquisador. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome e assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador (Tel: 30617652)