

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP**

Denise Zakabi

Mapeamento dos espaços de comunicação sobre o pedido/resultado de sorologia para o HIV na Atenção Primária à Saúde e avaliação dos encontros/ conversas

Monografia apresentada ao programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada na Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina/ Departamento de Medicina Preventiva

Área: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira

**São Paulo
2008**

Mapeamento dos espaços de comunicação sobre o pedido/resultado de sorologia para o HIV na Atenção Primária à Saúde e avaliação dos encontros/ conversas

Denise Zakabi

Monografia apresentada ao programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira

São Paulo

2008

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da monografia.

*Aos meus pais,
por todo amor, carinho, incentivo e apoio
para que eu trabalhasse com temas de meu
interesse, de acordo com o que acredito.*

Agradecimentos

Aos aprimorandos, que se tornaram grandes amigos no decorrer do aprimoramento: Daiana, que especialmente me ajudou a definir minha questão, com seu jeito prático, objetivo, sensato e ao mesmo tempo acolhedor; Fernando, com quem exercitei minha obsessividade para a tarefa nas longas tardes de análise de prontuários para que não nos perdêssemos na nossa tendência de “conversas sem pressa”¹; Juliana, minha fonte de otimismo e esperança de que tudo daria certo no final; Talita, com quem compartilhava dramas e angústias não somente em relação à monografia, mas sobre a vida no geral; Thaís, sempre a última pela ordem alfabética, porém não menos importante, minha grande amiga com quem além de compartilhar as dificuldades e alegrias da monografia, por termos tantas afinidades, compartilhamos diversos outros momentos juntas.

À Dulce, quem me ajudou a clarear a questão da monografia, escolher o orientador e deu suporte emocional não somente para o processo de escrita da monografia, mas para o aprimoramento no geral.

A todos os funcionários do CSEB, sem os quais este trabalho não seria possível, em particular, o pessoal da secretaria e do SAMI, especialmente a Rita, o Noel, o Bernardo e o Evandro.

À Ana Flávia pela importante dica de referência bibliográfica.

Ao José Ricardo Ayres, que deu dicas valiosas para o Teixeira sobre o meu tema de monografia, particularmente em relação às referências bibliográficas. Para ele, meus agradecimentos vão além, por ter sido minha inspiração para realizar o aprimoramento em Saúde Coletiva.

Ao Rubens, por ter dado ajuda essencial para trabalhar com o banco de dados.

Ao Ricardo Teixeira, por ter sido extremamente atencioso e dedicado, sempre me dando espaço e incentivo para minha criatividade e autonomia. Após nossas reuniões de orientação, saía com sentimentos aumentativos de potência.

¹ Trecho da música “Sua pressa e sua prece” do “Teatro Mágico”

Neste trabalho, pude juntar minhas experiências na área de prevenção e de assistência em relação ao HIV/aids, e estudar questões que já havia me colocado e nunca havia estudado.

ÍNDICE

JUSTIFICATIVA.....	1
O ACONSELHAMENTO NA PRÉ E PÓS TESTAGEM ANTI-HIV.....	2
A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO/ ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS- TESTAGEM ANTI-HIV NAS UBS.....	7
OBJETIVOS.....	12
OBJETIVO ESPECÍFICO	12
MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	16
1. CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS PARA OS QUAIS FORAM PEDIDOS O EXAME DE HIV, DE ACORDO COM A FICHAPAN (FICHA PANORÂMICA)	17
2. REALIZAÇÃO DO EXAME.....	24
3. CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE FOI PEDIDO O EXAME DE HIV.....	26
3.1.1. Características do Encontro/Conversa.....	30
4. COMUNICAÇÃO DE RESULTADO.....	36
DISCUSSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

Lista de Tabelas

TABELA 1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro no laboratório do CSEB, por **sexo**17

TABELA 1.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **sexo**, excluindo-se gestantes17

TABELA 2 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **faixas etárias**17

TABELA 2.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **faixas etárias**, excluindo-se gestantes18

TABELA 3 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB, entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório, por **estado marital**18

TABELA 3.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **estado marital**, excluindo-se as gestantes19

TABELA 4 – Distribuição da frequência de respostas à questão “**Você se acha protegido da aids?**”, da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB20

TABELA 4.1 – Distribuição da frequência de respostas à questão “**Você se acha protegido da aids?**”, da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, excluindo-se os “Sem informação”20

TABELA 4.2 – Distribuição da frequência de **motivos para se sentir protegido da aids**, retirados da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB22

TABELA 4.3 – Distribuição da frequência de motivos para **não** se sentir protegido da aids, retirados da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB..... 23

TABELA 5 – Distribuição de frequência de faltosos e de sem informação que realizaram os pedidos de HIV, a partir dos exames registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários25

TABELA 5.1 – Distribuição de frequência de faltosos e de sem informação que realizaram os pedidos de HIV, a partir dos exames registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários, excluindo-se as gestantes25

TABELA 5.2 – Distribuição de frequência de resultados reagentes e não reagentes de exame de HIV de usuários que realizaram os pedidos de HIV, dentre os que o realizaram entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários26

TABELA 6 – Distribuição de frequência de profissionais que realizaram os pedidos de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/200727

TABELA 6.1 – Distribuição de frequência de profissionais que realizaram os pedidos de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes27

TABELA 6.2 - Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais foram realizados os pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/200728

TABELA 6.3 – Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais foram realizados os pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes29

TABELA 7 – Distribuição de frequência de situações nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/200730

TABELA 7.1 – Distribuição de frequência de situações categorizadas em “Acolhimento/ aconselhamento”, nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/200731

TABELA 7.2 – Distribuição de frequência de situações categorizadas em “Protocolares”, nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/200731

TABELA 8 – Distribuição de frequência de conteúdos categorizados em temas de conversa de atendimentos nos quais ocorreram pedidos de exame de HIV, a partir de registros no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007	34
TABELA 9 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, a partir do registro dos prontuários	36
TABELA 9.1 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, a partir do registro dos prontuários, excluindo-se as gestantes	36
TABELA 10 – Distribuição de frequência de profissionais do serviço que realizaram a comunicação de resultado de exames de HIV, a partir do registro dos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007	37
TABELA 10.1 – Distribuição de frequência de profissionais do serviço que realizaram a comunicação de resultado de exames de HIV, a partir do registro dos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes	37
TABELA 11 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizada por profissional do serviço que era o mesmo que realizou o pedido, conforme registro nos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007	38
TABELA 11.1 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizada por profissional do serviço que era o mesmo que realizou o pedido, conforme registro nos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes	38
TABELA 12 – Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais houve comunicação de resultado de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007	40
TABELA 12.1 – Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais houve comunicação de resultado de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes	42
TABELA 13 – Distribuição de frequência de categorias de temas do encontro/ conversa na comunicação de resultado de exame de HIV, realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007	44

Lista de Anexos

ANEXO I – Modelo de Instrumento de coleta de dados de prontuários

ANEXO II – Tabelas de categorização da resposta à pergunta: “Você se acha protegido da aids?” [a fichapan mais recentemente preenchida] e conteúdo categorizado

ANEXO III – Tabelas de situações de pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, retiradas da análise de prontuários, categorizadas em “Acolhimento/ aconselhamento” e em “Protocolares”

ANEXO IV – Apresentação em forma de “árvore” da frequência dos conteúdos das conversas ocorridas nos pedidos de exame de HIV, registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes, resultando em 77 prontuários analisados

ANEXO IV.I – Tabelas sobre conteúdos categorizados em temas de conversa de atendimentos nos quais ocorreram pedidos de exame de HIV, a partir de registros no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

ANEXO IV.II – Diagrama sobre os temas de conversação do encontro ocorrido no pedido de exame de HIV

ANEXO VI – Modelo para tirar dúvidas da coleta de dados dos prontuários

RESUMO

Introdução - A Atenção Primária em Saúde assume papel fundamental para reduzir as vulnerabilidades à infecção pelo HIV pela sua vocação de 'porta de entrada' e pela lógica do SUS de integralidade e descentralização. **Objetivo** - Mapear os espaços de comunicação sobre o pedido/resultados de sorologia HIV na Atenção Primária à Saúde e avaliação dos encontros/ conversas. **Método** - Visou-se estudar características dos encontros/ conversas entre profissional de saúde e usuário durante o pedido e a comunicação de resultados de teste anti-HIV, no Centro de Saúde Escola S. B. Pessoa. Estudou-se o período em que houve o maior número de casos de HIV positivos durante o ano, correspondente a 27/06/2007 a 03/09/2007. Tratou-se de estudo de desempenho do serviço de cunho descritivo, isto é, que realizou a distribuição de frequência de algumas variáveis qualitativas, através da leitura exaustiva dos registros nos prontuários. **Resultados e Discussão** - Analisou-se a resposta à questão: “Você se acha protegido da aids?”, tendo como base da análise o número de sujeitos, 263. A maioria se sente protegida por confiar no parceiro. A resposta a essa questão pode abrir discussões entre profissionais do serviço e usuários sobre aspectos relacionados às vulnerabilidades dos usuários. Ressalta-se que ele dá acesso a um imaginário coletivo e não aos comportamentos efetivamente adotados. Dentre os 300 pedidos de exame de HIV válidos para análise, 211 casos (70,33%) eram de pedidos para gestantes. A maioria dos pedidos de exame de HIV é realizada por auxiliares/ técnicos de enfermagem, sendo seguidos pelos médicos. Quando os exames eram realizados para gestantes, não houve registro de comunicação de resultados. Poucas comunicações de resultados de exame de HIV foram realizadas pelos mesmos profissionais que realizaram o pedido (27,40%). Os assuntos mais conversados foram os não relacionados diretamente à sorologia, principalmente “Questões reprodutivas” e “Demandas clínicas”. Houve bastante registro sobre “Situação de vida” e “Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde”, que demonstram que as conversas foram além das questões biomédicas. O segundo tema mais conversado foi a sexualidade, principalmente sobre a relação com o parceiro. Chama a atenção o pouco registro relacionado à recomendação do preservativo, sentimentos, dúvidas sobre DST e referência de cuidados

com os comunicantes. Ressalta-se que estes dados indicam orientações para estudos mais aprofundados.

Palavras-chave: acolhimento – aconselhamento – encontros – conversa – conversação – HIV – AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Atenção Primária em Saúde - UBS

JUSTIFICATIVA

No início da epidemia de aids, de 1981 a 1984, cujas primeiras notificações ocorreram nos EUA e na França, conforme AYRES et al. (2003), a aids foi associada aos **grupos de risco**, os chamados 4H – hemofílicos, homossexuais, viciados em heroína e haitianos. A identificação desses grupos foi condição necessária epidemiologicamente para se conhecer a etiologia da doença e norteadora das primeiras ações preventivas. Entretanto, além desta estratégia ser estigmatizante e disseminadora de discriminação, fazia com que as pessoas que não se identificassem com esses grupos, considerassem-se fora de risco de se infectar.

Em São Paulo, os dois primeiros casos diagnosticados eram de homossexuais, dos quais um era usuário de droga injetável, de acordo com Veras, citado por BIANCO et al. (2005), o que pode ter influenciado o imaginário da sociedade em associar a possibilidade de se infectar ao pertencimento aos grupos de risco e a conseqüente desproteção de quem não fazia parte desses grupos, resultando no crescimento da epidemia entre mulheres com relacionamento monogâmico, por exemplo.

Posteriormente, de 1985 a 1988, o vírus HIV foi isolado e se descobriu quais eram suas formas de transmissão, o que possibilitou a prevenção da aids ser pensada pelo comportamento de risco. O surgimento deste novo conceito está associada às manifestações do movimento *gay* norte-americano contra a noção de grupo de risco, o qual criava e reinicava estratégias de redução de danos, como oficinas de sexo seguro para divulgação do uso do preservativo, testagem dos bancos de sangue e troca de seringas para usuários de droga injetável, conforme Bastos e Fernandez, apud AYRES et al. (2005). Isto trazia um avanço em sua eficácia, por suas ações serem pensadas para todos, por existir o risco de se infectar ligado ao comportamento individual.

Apesar desse avanço ético, pensar-se a prevenção com o conceito de comportamento de risco trouxe como agravante a culpabilização individual e uma análise simplista das possibilidades de se infectar, por não se pensar nas condições mais gerais que possibilitariam a adoção pelos indivíduos de um comportamento protetor à

própria saúde, discussão trazida novamente pelo movimento social organizado das mulheres, com a noção de *empowerment*, segundo Batliwala e Heyzer, apud AYRES et al. (2005).

Nos anos 90, com o acúmulo de experiências nesse campo, emerge o conceito de **vulnerabilidade**, conforme Mann e Tarantola, apud AYRES et al. (2005). Este conceito busca compreender a prevenção da aids, para além do comportamento individual, considerando os contextos sócio-econômico-político-culturais, que possibilitariam determinado comportamento e suas mudanças. Tais determinantes mais gerais incluiriam significados da aids, a escolaridade, as relações de gênero, acesso a recursos e políticas governamentais.

Resumidamente, a análise de vulnerabilidade envolve a avaliação articulada de três eixos interligados, segundo AYRES et al. (2005):

- Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo tem, a capacidade e possibilidade de entender essa informação, assimilá-las e transformar seu cotidiano a partir delas.
- Componente social: diz respeito à obtenção de informações e relações do contexto sócio-cultural-político-histórico em que o indivíduo está inserido para lidar com essas informações, como as relações de gênero, gerações, raça, classe social e rede social, que são marcados pela desigualdade de poder e podem ser fatores que dificultam o auto-cuidado.
- Componente programático: refere-se às instituições relacionadas aos indivíduos e a seus contextos e seus esforços programáticos.

O ACONSELHAMENTO NA PRÉ E PÓS TESTAGEM ANTI-HIV

Um exemplo de esforço programático é o Programa Nacional de AIDS, criado em 1988, que acompanhou o movimento da reforma sanitária, o processo de

democratização no Brasil e foi fruto da pressão de movimentos sociais de pessoas afetadas pela aids, grupos feministas e de homossexuais, conforme Parker, apud SAMPAIO e ARAÚJO JR. (2006).

A prática do aconselhamento começou no Brasil através de Organizações Não-Governamentais de militantes *gays*, que o realizavam para dar suporte, apoio emocional e social, e atividades sócio-educativas para as pessoas que realizavam a testagem anti-HIV. Além disso, o grupo que inicialmente se organizou para responder à epidemia de aids “dentro da Secretaria de Estado da Saúde (e posteriormente no Ministério da Saúde), era da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, que já trabalhava há anos com a Hanseníase e, portanto, tinha longa experiência na luta contra o estigma e discriminação.” (PUPO, 2007, p. 65)

Segundo PUPO (2007), neste mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), no Rio Grande do Sul, posteriormente chamado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o “início da distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público de saúde” (GALVÃO, 2002, p. 11). Houve um processo de implantação do COAS em outras regiões do Brasil, paralisado entre 1990 e 1991 (época do governo Collor). A implantação do COAS foi retomada somente em 1992, quando foi criado o Projeto Aids I, para o qual houve um forte investimento financeiro do Bando Mundial e do Tesouro Nacional, apud Parker, citado por PUPO (2007).

Essas ações programáticas foram essenciais para se incentivar a testagem anti-HIV, visando a população no geral, indo além da visão de “grupos de risco”. Ao se buscar reduzir a vulnerabilidade de determinados grupos populacionais, a política governamental brasileira buscou, através desse serviço, atingir a diversos grupos populacionais, de pessoas que quisessem realizar a testagem anti-HIV, com a realização da prática do aconselhamento, como tem sido preconizado pela OMS, desde 1990. Isto para que haja uma maior compreensão do significado da testagem e suas conseqüências, tanto para se conter a epidemia, como prevenir o desenvolvimento da doença no sujeito

que a realizar. Além disso, visa dar um apoio emocional a quem a realiza, por se tratar de um momento difícil pelas implicações que dela decorre, principalmente pelas metáforas que a aids tem carregado, como o horror, a morte, a promiscuidade e o castigo divino, mesmo com os avanços científicos em relação ao seu tratamento.

O aconselhamento, conforme preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde, é entendido como “um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids” (BRASIL, 2004, p. 10). Ainda segundo a mesma publicação, o papel do profissional no aconselhamento é: “ouvir as preocupações do indivíduo; propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades; prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida.” (BRASIL, 2004, p. 10).

A relação entre profissionais de saúde/cuidadores e pacientes, baseada na atenção, respeito, clareza nas informações e possibilidade de autonomia do paciente, é descrita em estudos como fundamental para que os pacientes cuidem da sua própria saúde, o que inclui a adesão ao tratamento.

JORDAN et al. (2000), a partir de uma revisão da literatura médica, mencionam como fator fundamental para a aderência ao cuidado a boa relação entre profissionais de saúde e paciente:

Percepção da competência do profissional; qualidade e clareza na comunicação; percepção de sentimento de compaixão; disposição dos profissionais em envolver os pacientes em decisões referentes ao tratamento; sentimento de apoio; satisfação com a equipe; informações adequadas do que se esperar com relação à duração e severidade dos efeitos colaterais (p. 18).

TUNALA et al. (2000), em estudo com mulheres que vivem com HIV em São Paulo, apontam o momento da comunicação de diagnóstico de HIV positivo e a relação entre elas e os profissionais de saúde, essenciais para que elas lidem com os sentimentos

de raiva e tristeza suscitados, consigam cuidar da saúde e tomar a medicação conforme indicado, sendo aspectos importantes o entendimento sobre os benefícios da medicação, a confiança depositada nos profissionais para acreditarem em suas explicações, a atenção dada por estes e seu 'carisma' (p. 101).

Entretanto, alguns estudos demonstram que nem sempre as normas do Ministério da Saúde são seguidas, como “trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário” (BRASIL, 2004, p. 24], conforme publicação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) sobre implicações éticas do diagnóstico de HIV. Este relata que alguns profissionais de saúde não informam aos seus pacientes sobre o pedido de exame de HIV pelas dificuldades relacionadas às metáforas citadas, pelo estigma e discriminação relacionados à aids, e em se abordar temas como a sexualidade, contrariando desta forma as normas técnicas e levantando sérios problemas éticos, além de configurar “infração a princípios constitucionais ligados a garantias fundamentais (art. 5º, CF, inc. X e ss.)” (p. 23).

FERNANDES E BRITTO (2005) realizaram um estudo com base na teoria comportamentalista em Goiânia sobre a relação médico-paciente, em hospital especializado no atendimento a portadores, no qual gravaram a primeira consulta após diagnóstico positivo de HIV de quatro díades médico-paciente e constataram que os médicos se preocupavam em fornecer explicações aos pacientes sobre exames ou efeitos da infecção e mantinham contato visual com os pacientes, considerado comportamento não-verbal promotor da saúde e facilitador de adesão ao tratamento. Em contrapartida, os comportamentos verbais foram, sobretudo, dificultadores, como citar termos técnicos sem explicá-los, apontar comportamentos passíveis de punição social ou biológica ou não dar oportunidade para que o cliente fale ou se expresse verbalmente, além de apresentarem baixa frequência de comportamentos não-verbais considerados facilitadores, como “sorrir para o paciente, balançar a cabeça afirmativamente e encurvar o corpo em direção ao paciente” (p. 216).

A dificuldade em promover a saúde, o que inclui se realizar o aconselhamento pré e pós-testagem anti-HIV, é relatada em estudos internacionais. Estes demonstram

situações trágicas, como na Nigéria, onde a maioria das pessoas realizou o exame de HIV sem o seu consentimento e as conseqüências funestas disso, como também que, mesmo nos Estados Unidos, um país rico e desenvolvido, há dificuldades em se efetivar uma saúde pública de qualidade.

Na Nigéria (OBI e IFEBUNANDU, 2006), um estudo apontou que a realização da testagem de HIV sem o consentimento das pessoas testadas pode trazer sentimentos como medo, descrença, choque e vergonha no momento da revelação do diagnóstico positivo. Foram entrevistados, através de um questionário estruturado, 320 adultos que tiveram resultado de sorologia positiva para o HIV, dos quais a maioria tinha entre 20 e 39 anos e era de classe social baixa. Dentre os entrevistados, somente aqueles que se apresentaram voluntariamente para testagem anti-HIV e (6,2%) e aqueles que a realizaram porque foram doar sangue (13,5%) tiveram seu consentimento para a realização da testagem anti-HIV obtido. Ainda, dentre os entrevistados, poucos tiveram aconselhamento pré-teste (25,9%) e a maioria teve aconselhamento pós-teste (83,7%), devido à maioria das instituições na Nigéria adotarem a política universal de testagem de HIV no pré-natal, antes de cirurgias e em casais que planejam se casar. O consentimento dos entrevistados não foi pedido por esses testes anti-HIV fazerem parte de uma rotina, segundo os autores. Após o choque inicial do diagnóstico, a maioria deles (81,9%) manifestou satisfação na qualidade do aconselhamento pós-teste, o que freqüentemente era realizado por médicos. Essa satisfação estava associada com a sensação de “reasseguramento, empatia, qualidade da informação dada e a garantia da confidencialidade” (Pergami et al. e Sauka e Lie apud OBI e IFEBUNANDU, 2006, p. 95). “Expressões de raiva e insatisfação no estudo estavam associadas com quebra da confidencialidade” (p. 95).

Segundo Epstein et al. e Gerbert B. et al., citados por METSCH et al. (2004), médicos da atenção primária, nos Estados Unidos, não avaliam ou intervêm rotineiramente sobre seus pacientes em relação aos riscos de se infectar pelo HIV. No estudo realizado por METSCH et al. (2004), no qual foram respondidos 317 questionários por médicos que atendiam pessoas com HIV, trouxe como resultado que

60% deles realizavam aconselhamento pós-teste, 87,7% realizava atendimentos com mais de 15 minutos e 65% considerava que tinha tempo suficiente para atender aos pacientes. Foram descritos como dificultadores da realização do aconselhamento: ter mais de 25% de atendimentos com problemas de saúde mental ou uso abusivo de drogas; atender a muitos pacientes por mês (101-800/mês); atender predominantemente pacientes masculinos. Este último dado, ainda segundo o estudo, “é consistente com outros estudos que mostram que as mulheres falam mais com seus médicos, perguntam e discutem mais sobre questões sexuais do que os homens” (Wallen et al.; Wilson e Kaplan, apud METSCH et al., 2004, p. 1190).

Note que os dados são muito semelhantes em países com realidades sócio-econômico-culturais bastante distintas. Os motivos presumivelmente são distintos, mas os resultados se equivalem: baixo aconselhamento pré-testagem anti-HIV e relativamente alto aconselhamento pós-testagem anti-HIV.

A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO/ ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTAGEM ANTI-HIV NAS UBS

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro recomenda ações programáticas que incluam a testagem anti-HIV, acompanhadas da prática de aconselhamento pré e pós-teste, não apenas nos serviços especializados, mas, sobretudo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde é exercida a Atenção Primária em Saúde. Dessa forma, ele visa alcançar grupos populacionais vulneráveis e a garantia da implementação do princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade (BRASIL, 2004) e a diretriz estratégica de descentralização.

A política atual do MS está consoante com a lógica do SUS hoje, para a qual o primeiro lugar que as pessoas devem procurar por uma demanda de saúde é a UBS de seu bairro e local no qual, portanto, estaria a possibilidade de se rastrear o HIV na população em geral.

A UBS oferece a primeira oportunidade para se realizar o diagnóstico de HIV em pessoas sintomáticas que tenham adoecido por aids, ou que tenham doenças que possam estar associadas, como tuberculose e alguma outra Doença Sexualmente Transmissível (DST), ser uma forma de evitar novas infecções em recém-nascidos nos casos de gestantes e para os casos de pessoas assintomáticas que buscam espontaneamente o serviço para a testagem por uma demanda anterior ao encontro/conversa com o profissional de saúde.

A partir de 2004, houve publicações do MS neste sentido:

Em 2004 foi publicada uma cartilha denominada 'Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica', e em 2005 foi publicado um material para capacitação dos profissionais de saúde da rede básica na ação do aconselhamento: 'Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/ Aids para a Atenção Básica'. (PUPO, 2007, p. 72)

A Atenção Primária em Saúde tem a “vocação de 'porta de entrada' não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais” (TEIXEIRA, 2005, p. 592). A importância desta também se dá pela “extensão e capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 2005, p. 592).

Juntamente a isso, ocorre um movimento pela humanização na produção de cuidados primários de saúde, caracterizado pelo desafio de se constituir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade no diálogo”, conforme Deslandes (TEIXEIRA, 2005, p. 586), e ganha importância a temática do acolhimento nos serviços de saúde e a “discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde”, conforme TEIXEIRA (2003).

A partir de qualquer encontro entre profissional de saúde e usuário numa UBS, no qual as pessoas se afetam e podem ser formados vínculos, ocorrem conversas, nas quais, com respeito para cada singularidade e escuta mútuas, o usuário pode ser acolhido em sua demanda, e o profissional, numa escuta atenta às suas necessidades de saúde,

pode oferecer determinados serviços. O acolhimento é uma técnica/ conteúdo particular da conversa ocorrida:

Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las. (Teixeira, 2003)

O aconselhamento é um tipo especial de acolhimento, que envolve a oferta da testagem: a partir da conversa entre profissional e usuário, dentro do contexto comunicacional do encontro, pode emergir a testagem de HIV como necessidade de saúde para o usuário.

Diante dessa política atual do MS e das discussões vigentes no campo médico-sanitário, surgiram as seguintes questões: as UBS têm sido efetivamente o espaço onde são mais realizados os diagnósticos de HIV? Quais são os outros locais? Quais as principais motivações para se realizar o teste de HIV? Em sua maioria são por decisões protocolares, por exemplo, testagem “programática” no pré-natal, avaliação de pacientes com diagnóstico de DST, etc.? Como é realizado o encontro/conversa entre profissional de saúde e usuário nas UBS, no qual emerge a decisão da testagem de HIV?

Para responder a estas e outras questões, buscou-se conhecer algumas características sobre as situações de pedidos de HIV e a comunicação de resultado a partir de revisão bibliográfica de artigos científicos: onde ele é feito - quais os locais em que os exames de HIV eram mais pedidos, clínicas públicas ou privadas, hospitais, UBS, etc.; como, em quais circunstâncias- por quais setores e profissionais, em quais atividades programáticas e a pedido de quem.

Realizou-se uma busca bibliográfica via base de dados LILACS, a partir da Biblioteca Virtual de Saúde, para se conhecer sobre o que falava a literatura latino-americana. Foram usados os seguintes termos, buscados no “Índice Palavras”, a partir do campo “Palavras”, por ser o mais amplo:

"Sorodiagnóstico da AIDS" or "Infecções por HIV" or "Síndrome de Imunodeficiência Adquirida" or "aids" or "sorodiagnostico da aids" or "sorologia da aids" or "soropositividade para aids" or "virus da aids" or "HIV" or "sorodiagnostico de HIV" or "soronegatividade para HIV" or "soropositividade para HIV" [Palavras] and "EXAMES de sangue" or "TESTAGEM anonima" or

"diagnostico" [Palavras] and "ACONSELHAMENTO" or "ACOLHIMENTO" or "comunicacao" or "comunicacao em saude" or "Relações Médico-Paciente" or "Relações Profissional-Paciente" or "Revelação da Verdade" or "Testes Sorológicos" [Palavras]

Foram encontradas 155 referências. A maioria dos artigos encontrados estavam relacionados à transmissão vertical. Havia também outros estudos sobre o atendimento às pessoas que vivem com HIV e avaliação de serviços especializados em DST/aids, tanto em língua portuguesa, como espanhola e inglesa.

Complementou-se estas buscas, em 10 de outubro de 2007, através do site do Ministério da Saúde, por se considerar que nele pudesse haver um estudo sistematizado sobre o assunto, usando-se os termos isolados “aconselhamento”, “testagem”, “exame” e “diagnóstico”, por se considerar que eles necessariamente estariam já relacionados com HIV e aids. Elas resultaram em 752 resultados, a maior parte notícias e documentos e um único artigo, relacionado à transmissão vertical do HIV, o que demonstra haver um baixo interesse de se haver artigos científicos no site do que outros materiais, talvez por ele ser voltado para o público no geral.

A partir desses resultados, surgiram as seguintes questões: os artigos relacionados à testagem e ao diagnóstico de HIV se referiam apenas à transmissão vertical por haver mais pedidos entre as gestantes? Ou se tratava de uma preocupação dos artigos por uma valorização em se preservar os recém-nascidos da infecção pelo HIV, em detrimento de estudos com outros grupos populacionais?

Os estudos relacionados as UBS tinham como foco a avaliação do pré-natal e da prevenção à transmissão vertical, para o qual alguns inclusive tinham maternidades como campo. Não foram encontradas as informações buscadas sobre o pedido de exame e comunicação de resultado de HIV nas UBS dentre esses artigos encontrados. Nesta direção, a literatura disponível indica que não se começou a fazer a avaliação do aconselhamento sobre o pedido de exame de HIV nas UBS, como proposta neste estudo, possivelmente porque se trata de um direcionamento recente do Ministério da Saúde e os estudos ainda estejam sendo feitos ou em via de publicação.

Continuaram as mesmas indagações, que certamente formarão uma linha de pesquisa para a qual surgirão muitos estudos nos próximos anos: as UBS têm sido

efetivamente onde são mais realizados os pedidos de exame de HIV, dentro da rede pública, conforme preconizado pelo MS, o que seguiria a lógica do SUS? Ou são os serviços especializados que realizam mais pedidos? Pela cultura de uso do serviço, a maior parte de exames é realizada no pronto-socorro, quando pessoas o procuram por sintomas de tuberculose, por exemplo? SZWARCOWALD e SOUZA JR. (2006) relatam que no período 1996-1999, houve um projeto desenvolvido em âmbito nacional de “Vigilância do HIV por Rede-Sentinela Nacional”, em pacientes atendidos em clínicas de DST, usuários de serviços de pronto-socorro e parturientes atendidas em estabelecimentos públicos de saúde, possivelmente por serem os locais onde haja o maior número de pedidos de HIV para cada estas populações.

Além das indagações acima, continuam mais estas outras: quais as principais motivações para se realizar o teste de HIV? Em sua maioria são por decisões protocolares, por exemplo, testagem “programática” no PN, avaliação de pacientes com diagnóstico de DST, etc.? Em quais atividades/ programas? Como é realizado o encontro/conversa entre profissional de saúde e usuário nas UBS, no qual emerge a decisão da testagem de HIV? O aconselhamento tem sido realizado nas UBS? Ele segue as normas do MS?

Para responder a essas indagações e as novas que surgiram, escolheu-se estudar como é realizada a testagem anti-HIV nas UBS.

Como dito anteriormente, cada encontro trabalhador-usuário origina conversas, no qual as pessoas são afetadas. A rede tecnoassistencial do serviço pode ser entendida como uma “rede de conversações”¹ (TEIXEIRA, 2003), na qual “cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias “técnicas de conversa”)”.

Essa rede de conversações “conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas ‘regiões de conversa’ interligadas e, como

¹ TEIXEIRA (2003) traz que “A idéia de se tratar as organizações ou mesmo, mais amplamente, a cultura, como uma rede de conversações, vem sendo defendida por diversos autores, cujas abordagens se mostram, em mais de um aspecto, de grande valor para a compreensão de nossos problemas específicos.” Dentre esses autores estão Winograd e Flores, Lévy, Maturana e Verden-Zöller.

qualquer outro espaço, passível de ser ‘mapeado’” (TEIXEIRA, 2003). Portanto, é possível se mapear determinadas regiões de conversa das UBS nas quais surja a técnica de conversa chamada acolhimento e, mais especificamente, o aconselhamento relacionado ao HIV e, assim, avaliar-se como ele é feito atualmente.

OBJETIVO

Mapear os espaços de comunicação sobre o pedido/resultado de sorologia HIV na Atenção Primária à Saúde e avaliação dos encontros/ conversas.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conhecer como é realizado o pedido e a comunicação do resultado de sorologia de HIV no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, através da análise de prontuários: em quais atividades/ programas são realizados? Por quais profissionais? Quais os conteúdos do encontro/ conversa?

MÉTODO

Escolheu-se como campo de estudo o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSEB), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um serviço público de atenção primária, na cidade de São Paulo, que apresenta uma área de abrangência onde residem cerca de 40.000 habitantes. Por se tratar de um serviço ligado à universidade, é um local onde há mais possibilidades de se pensar continuamente sobre a relação entre profissional de saúde e usuário, da qual o aconselhamento faz parte e supostamente se construiria um pensamento de vanguarda a ser expandido para outros serviços relacionados à atenção primária.

Visou-se estudar algumas características da conversa numa situação de trabalho em saúde, entendida como o encontro entre duas ou mais pessoas, em sua maioria, um

profissional de saúde e um usuário, no qual emergem conteúdos que podem redundar numa decisão de testagem anti-HIV ou que se relacionem à comunicação de seu resultado.

Considera-se que a decisão de pedido de testagem anti-HIV é o resultado de uma conversa, ou seja, uma decisão que emerge do próprio encontro, sendo difícil se atribuir a um de seus componentes, a não ser no caso de decisões protocolares formais, nos quais geralmente se é pouco discutido os motivos pelos quais elas são feitas, o que é recomendado e caracteriza a chamada prática de “aconselhamento”, como indicado pelo Ministério da Saúde.

O tipo de questão do qual partimos, idealmente, convoca uma estratégia de estudo qualitativo (do tipo observação direta ou entrevista com profissionais e/ou usuários). No entanto, a realização desses tipos de estudos também enfrentaria algumas dificuldades, como a escolha do local onde seria realizada a observação privilegiada etnográfica, quais profissionais-chave deveriam ser entrevistados. Pareceu estratégica uma abordagem preliminar que mapeasse os espaços/ os encontros em que foram realizados o pedido e a comunicação do resultado de sorologia de HIV no serviço.

Buscou-se conhecer como ocorrem essas conversas/ encontros através da leitura exaustiva dos registros nos prontuários.

A relação entre o registro e a conversa é determinada por várias circunstâncias: há uma indicação técnica-formal de que certos conteúdos devem ser registrados; determinado conteúdo da conversa diz respeito a um elemento que será checado futuramente (uso instrumental do registro para evolução dos casos); determinado conteúdo da conversa causou algum tipo de impacto no profissional responsável pelo registro (o que destaca o fato de que o registro corresponde a um “filtro” dado pelo profissional), etc.

O tempo disponível é um fator que pode trazer mais ou menos qualidade ao registro. Algumas avaliações recentes parecem indicar que a qualidade do registro tem decaído neste serviço devido à alta demanda.

Trata-se de uma instituição especialmente interessante para se aplicar este método pela sua valorização do registro, motivo pelo qual a qualidade tende a ser maior, pelos trabalhadores terem recebido treinamento, supervisão e serem realizados em fichas padronizadas posteriormente digitalizadas. Estas são qualidades determinantes para um bom registro, como foi verificado em avaliação realizada por GARBELLOTO (2006) da Central de Sorologia Alternativa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. A inexistência destes elementos no serviço estudado por GARBELLOTO (2006) implicou em dificuldade em sua análise documental, pela subnotificação, por documentos extraviados, como cadernos de registro e resultados de exames, além de anotações incompletas de dados, como a idade dos clientes e da sorologia, o que demonstra que

a crescente demanda por esse tipo de serviço não foi acompanhada de investimentos como a capacitação e contratação de mais recursos humanos, informatização dos dados, organização das unidades de atendimento, laboratórios, etc. (p. 34)

Já no CSEB, há fichas padronizadas para o registro, nas quais está incluído um espaço para um livre registro, que, de algum modo, traduz o que foi mais valorizado no encontro/ conversa, sendo o registro uma síntese do que foi considerado mais importante. Através dele se tem acesso a um imaginário coletivo, sendo, portanto, um meio indireto para se ter acesso a uma cartografia de representações que acabam imperando em situações de acolhimento/ aconselhamento.

Tratou-se de estudo de desempenho do serviço de cunho descritivo, isto é, que realizou a distribuição de frequência de algumas variáveis qualitativas. Neste sentido, ainda que seja fundamentalmente um estudo quantitativo, enfrentou as mesmas questões de um estudo qualitativo.

Pode-se dizer, figuramente, que a “equipe de pesquisadores” deste estudo foi composta pelos trabalhadores do serviço, que registram através de seu “filtro”, ciente de que o conteúdo poderia ser usado em alguma pesquisa, por se tratar de um Centro de Saúde Escola, porém, vivendo as vicissitudes da assistência cotidiana e tendo de atender a demanda, sem um treinamento de “olhar” de pesquisadores para a questão do presente

estudo, realizando o registro de forma razoavelmente espontânea. Os profissionais desse serviço enfrentam desafios cotidianos de outros serviços e sabem que serão avaliados por auditoria e estudos.

No presente estudo, não importa muito o que não foi registrado, mas o que foi registrado.

Para identificação dos encontros de pedido/ resultado para sorologia anti-HIV, partiu-se dos registros do laboratório do CSEB. Optou-se por analisar os prontuários dos pacientes referentes a esses pedidos.

Escolheu-se inicialmente estudar o período em que houve o maior número de casos de HIV positivos durante o ano para se descrever a situação de soropositividade e soronegatividade, correspondente a 27/06/2007 a 03/09/2007, o que resultaria em 314 exames pedidos, dentre os quais houve 3 casos de resultado positivo.

Criou-se um instrumento de coleta de dados (Anexo I), com as características do usuário (sexo; data de nascimento; estado marital; e a resposta da pergunta “Você se acha protegido da aids?”), da fichapan mais recentemente preenchida); circunstâncias em que foi pedido o exame de HIV (data de pedido da sorologia; profissional que realizou o pedido; atividade/programa; quem realizou o pedido – o paciente ou a equipe, ou impossível definir; conteúdos da conversa registrados); realização do exame (se foi realizado; se não, se foi remarcado e como); comunicação de resultado (se houve registro de comunicação de resultado; sua data; profissional que a realizou; se foi o mesmo que realizou o pedido; atividade/programa; características do encontro/conversa; se foi remarcado); medidas tomadas pelo CIVIS; síntese dos atendimentos posteriores.

Dúvidas eram anotadas em um instrumento, com o número do questionário e da questão deste, número do prontuário e data do atendimento (Anexo VI).

Foi utilizado o programa EpiData 3.1 para criação do banco de dados e o EpiData Analysis V1.1 para criação de tabelas e frequências para posterior análise.

RESULTADOS

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados da análise dos dados coletados nos prontuários.

Dos 314 pedidos de exames registrados no laboratório entre o dia 27/06/2007 e o dia 03/09/2007, foram retirados 11 registros de exames, datados como dia 10/07, que constavam dentro do período referido, porém se referiam a 2006, por erro no arquivamento do registro.

Foram retirados mais 3 exames agendados da amostra, nos casos em que não havia nenhum registro no prontuário sobre o exame agendado na data referida e os pacientes eram faltosos, segundo o registro do laboratório, por não se poder analisar as condições do pedido do diagnóstico.

Dentre os 300 pedidos de exame de HIV válidos para análise, 211 casos (70,33%) eram de pedidos para gestantes.

Como já foi dito, do prontuário, para análise, foram selecionadas informações retiradas da Fichapan (ficha panorâmica), alguns dados de caracterização do usuário, informação sobre o momento de pedido de exame de HIV e da comunicação de diagnóstico, caso ela tenha ocorrido.

Para análise de alguns dados, excluiu-se as gestantes, pois este número significativo de pedidos de exame introduziria um viés que alteraria a análise dos dados e sua exclusão possibilitaria o entendimento de situações de pedido de HIV em geral.

1. CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS PARA OS QUAIS FORAM PEDIDOS O EXAME DE HIV, DE ACORDO COM A FICHAPAN (FICHA PANORÂMICA):

TABELA 1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro no laboratório do CSEB, por **sexo**

<i>Sexo</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Masculino	31	10.33
Feminino	269	89.67
<i>Total</i>	300	100%

TABELA 1.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **sexo, excluindo-se gestantes**

<i>Sexo</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Masculino	31	34.83
Feminino	58	65.17
Total	89	100%

Nota-se que há um maior número de pedidos de exame de HIV para mulheres do que para homens, inclusive excluindo-se as gestantes (65.17%), embora haja um aumento na proporção de pedidos para homens.

TABELA 2 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **faixas etárias**

<i>Faixas etárias</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
< 12 anos	5	1.67%
12-20 anos	90	30.00%
20-30 anos	121	40.33%
30-40 anos	61	20.33%
40-50 anos	13	4.33%
50-67 anos	10	3.33%
Total	300	100%

TABELA 2.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **faixas etárias**, excluindo-se gestantes

<i>Faixas etárias, excluindo-se as gestantes</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
< 12 anos	5	5,62%
12-20 anos	9	10,11%
20-30 anos	38	42,70%
30-40 anos	15	16,85%
40-50 anos	12	13,48%
50-67 anos	10	11,24%
<i>Total</i>	89	100.00%

Percebe-se que se excluindo as gestantes, o número de pedidos de exames de HIV para adolescentes cai drasticamente (de 30.00% a 5,62%), sendo o pré-natal o principal motivo para se incluir esta população, para o qual os rapazes estariam excluídos, porém, seria necessário se conhecer a frequência de uso do serviço desta faixa etária para se tirar esta conclusão, ou se na realidade, o uso do serviço é baixo e o número de pedidos, proporcionalmente, é alto.

Também se observa que se excluindo as gestantes, aumenta o número de pedidos de exame de HIV nas extremidades: para as pessoas com menos de 12 anos e as com mais de 40 anos.

A moda da faixa etária dos pedidos de exame de HIV está entre 20 e 30 anos, com ou sem gestantes.

TABELA 3 – Distribuição de pedidos de exame de HIV para todos os usuários do CSEB, entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório, por **estado marital**

Estado marital	No.	%
Casado	152	50.67
Solteiro	131	43.67
Divorciado	15	5.00
Viúvo	1	0.33
Ignorado	1	0.33
Total	300	100%

Na tabela 3, observa-se que houve 1 caso em que foi ignorado estado marital do usuário para quem o exame de HIV foi pedido, um atendimento que constava numa “Ficha de Atendimento Eventual”, o que demonstra as limitações desta.

TABELA 3.1 – Distribuição de pedidos de exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, por **estado marital**, excluindo-se as gestantes

Estado marital	No.	%
Casado	34	38.20
Solteiro	45	50.56
Divorciado	9	10.11
Ignorado	1	1.12
Total	89	100%

Para análise sobre estado marital, equivaleu-se “amasiado” a “casado”, por se considerar importante o morar junto de uma pessoa num relacionamento monogâmico, distinto de outros em que não se referiu se morar junto no momento do preenchimento da Fichapan.

Percebe-se que o número de pedidos de exame de HIV, incluindo-se as gestantes, é significativamente maior para pessoas casadas (50.67%), mesmo somando-se as pessoas solteiras, divorciadas e viúvas (49%). Já se excluindo as gestantes, o pedido é mais realizado para pessoas solteiras e se aumenta o número de pedidos para divorciados, os quais somados resultam em 60.67%, enquanto para pessoas casadas resulta em 38.20%.

Notar que a análise das informações da Fichapan, que se segue, tem como base da análise (denominador) o número de indivíduos, e não o número de exames pedidos, uma vez que esta informação só vale para cada indivíduo em particular. Além disso, nesta análise não faz diferença excluir as gestantes.

TABELA 4 – Distribuição da frequência de respostas à questão “**Você se acha protegido da aids?**”, da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB

Respostas à questão “Você se acha protegido da aids?”	No.	%
Sim	138	52.47
Não	48	18.25
Não sabe	14	5.32
Sem informação	63	23.95
Total	263 sujeitos	100%

Foi analisada a resposta à pergunta “Você se acha protegido da aids?” da Fichapan através da leitura de todas as respostas preenchidas. Caracterizou-se como “Sem informação” as que estavam sem nenhum preenchimento, resultando em 23.95%, o que impediu a análise dos sujeitos destas e demonstra uma falha do serviço. É possível que os funcionários que realizaram a pergunta e os usuários se sentissem constrangidos em relação a esta pergunta, porém sem nenhum registro, não há como tirar essa conclusão.

TABELA 4.1 – Distribuição da frequência de respostas à questão “**Você se acha protegido da aids?**”, da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB, excluindo-se os “Sem informação”

Respostas à questão “Você se acha protegido da aids?”	No.	%
Sim	138	69
Não	48	24
Não sabe	14	7
Total	200 sujeitos	100%

Chama a atenção que, excluindo-se os “Sem informação”, 7% dos usuários não sabem se estão protegidos, portanto, faltam-lhe informações sobre como reduzir sua vulnerabilidade. Mais de dois terços dos usuários (para os quais em algum momento foi solicitado HIV) referem a autopercepção de proteção!

Em seguida, procedeu-se ao levantamento das respostas apresentadas como motivo para se perceberem protegidas ou não. Como primeiro passo, foi inserido no

banco de dados as respostas tais como estavam enunciadas no registro de prontuário. Após a cuidadosa leitura de todas estas respostas, foi possível identificar uma tipologia de respostas. Como segundo passo, procedeu-se ao agrupamento das diferentes respostas segundo estas categorias gerais. Todas as respostas encontradas puderam ser classificadas em uma das categorias listadas abaixo. Nos casos em que havia mais de um tipo de respostas como motivo para se sentir protegido ou desprotegido da aids, a resposta considerada foi aquela que, segundo o “discurso oficial”², correspondesse à maior (no caso de sim) ou menor (no caso de não) proteção à infecção.

1. não ter relação
2. usar preservativo
3. ter poucos parceiros ou único parceiro
4. não usar seringas/ drogas/ tatuagem
5. confiar no parceiro/ fidelidade
6. escolher o parceiro
7. fazer exames/ ir ao médico
8. não vai acontecer comigo
9. indefinidos, afirmações vagas, sobre as quais não se poderia saber ao certo sobre o que se relacionava, dando margem a interpretações

Para as respostas dos que não se sentiam protegidos, foi usada a mesma categorização, ao inverso:

1. não usar preservativo
2. ter múltiplos parceiros
3. não confiar no parceiro
4. não fazer exames
5. poder acontecer com qualquer um
6. indefinidos/ contraditórios

² Este gradiente baseado no “discurso oficial”, supondo-o fundado nas informações técnico-científicas disponíveis e atualizadas, corresponderia a uma hierarquização das concepções sobre proteção/desproteção que vão das idéias mais adequadas às idéias mais inadequadas (ou imaginárias) sobre o assunto.

TABELA 4.2 – Distribuição da freqüência de **motivos para se sentir protegido da aids**, retirados da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB

<i>Respostas “Sim” e motivos para se sentir protegido da aids</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
1. Não tem relação	4	3.03
2. Usa preservativo	40	30.30
3. Poucos parceiros ou único parceiro	29	21.97
4. Não usar seringas/ drogas/ tatuagem	2	1.52
5. Confiar no parceiro/ fidelidade	30	22.73
6. Escolher o parceiro	2	1.52
7. Fazer exames/ ir ao médico	11	8.33
8. “Não vai acontecer comigo”	2	1.52
9. Indefinidos	12	9.09
10. Resposta “Sim”, sem preenchimento	6	4.34
Total	132	100%

Poucas pessoas referem abstinência sexual como motivo para se sentir protegido da aids, 3.03%, certamente porque poucos adultos vivem nesta situação, embora se trate de idéia adequada. A maioria das pessoas se sente protegida por usar preservativos (30.30%), dentro das categorias identificadas, que seria o método mais eficiente de prevenção da aids, juntamente da abstinência sexual. Esta proporção deve ser aproximada a proporção dos que de fato praticam o sexo seguro. Entretanto, ao se juntar categorias bastante semelhantes e que estão implícitas uma na outra, ter “Poucos parceiros ou único parceiro” e “Confiar no parceiro/ fidelidade”, resultaria em 44,7%, ou seja, ter um único parceiro e confiar nele seria o principal motivo de os usuários do serviço se considerarem protegidos da aids, o que se caracteriza como uma resposta fundada numa “idéia imaginativa”, por não ser um modo de proteção absoluto, o que pode se notar pelo perfil atual da epidemia, como referido anteriormente, de se aumentar a incidência de casos de aids entre pessoas com relacionamento monogâmico, especialmente mulheres heterossexuais, de baixa renda, embora “ter poucos parceiros sexuais” fizesse parte do discurso de prevenção oficial pelo menos até 2003, quando ele tem mudado devido aos rumos da epidemia. Pode ser que o alto número de uma resposta deste tipo se deva pela necessidade psicológica de apoiar-se numa idéia mesmo que inadequada, mas que apazigua a realidade de se perceber efetivamente em risco e não se

conseguir negociar o uso do preservativo, especialmente no caso de mulheres pelas relações de poder de gênero. Poucos usuários referiram estar protegidos por “Não usar seringas/ drogas/ tatuagem”, o que condizia com a realidade, caso fosse mais especificada, no caso, “não compartilhar seringas”, “quando faço tatuagem, uso apenas material novo e descartável”, porém não completamente pela maioria dos novos casos de infecção ocorrerem pela via sexual. “Escolher o parceiro” (1.52) e “Fazer exames/ ir ao médico” (8.33%) são outras idéias inadequadas, imaginativas, para não dizer “delirantes” de prevenção da aids, das quais o ápice seria “Não vai acontecer comigo” (1.52%), um “pensamento mágico otimista” que demonstra uma alta vulnerabilidade individual dos respondentes.

TABELA 4.3 – Distribuição da frequência de motivos para **não** se sentir protegido da aids, retirados da fichapan mais recentemente preenchida, de sujeitos para os quais foi pedido o exame de HIV entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, conforme registro do laboratório do CSEB

Respostas “Não” e motivos para não se sentir protegido da aids	No.	%
1. Não usa preservativo	25	53.19
2. Múltiplos parceiros	1	2.13
3. Não confia no parceiro	9	19.15
4. Não fez exames	1	2.13
5. Pode acontecer com qualquer um	6	12.77
6. Indefinidos/ Contraditório	5	10.64
7. Resposta “Não”, sem preenchimento	1	2.08
Total	47	100%

É interessante observar que os motivos de as pessoas não se considerarem protegidas não é um “espelho” das pessoas que se consideram protegidas. O principal motivo de as pessoas não se considerarem protegidas da aids (53.19%) é o não uso do preservativo. Não usar o preservativo expõe a risco, de forma mais evidente, do que usar protegeria. O que pode traduzir essa “dissemetria”? Essas pessoas não estão protegidas, mas têm idéia adequada de que deveriam usar o condom. Não confiar no parceiro e ter (tido) mais que um parceiro equivale a apenas 21,28% das respostas dos que não se consideram protegidos, e não fazer exames é um motivo alegado por apenas 2.13%, em contraste com os 8.33% dos que se consideram protegidos por fazerem exames. No

entanto, chama a atenção a porcentagem relativamente alta de pessoas que não se consideram protegidas da aids baseadas em um “pensamento mágico pessimista”, ao considerarem que a aids “Pode acontecer com qualquer um” (12.77%), relativamente mais alta do que as pessoas que apresentam um “pensamento mágico otimista” ao se sentirem protegidas porque “Não vai acontecer comigo” (1.52%), ambos estes pensamentos podem dar margem a comportamentos desprotegidos, sendo que é possível se prevenir da infecção pelo HIV através do uso do preservativo, como percebe a maioria dos que não se consideram protegidos e que, apesar de terem esta consciência, assumem não fazê-lo, o que pode ser explicado por diversos aspectos que caracterizam a vulnerabilidade, individuais, sociais e programáticos, como já exposto.

As idéias de se sentir protegido da aids ou desprotegido estão pautadas, portanto, estão fundadas em idéias adequadas, relacionadas à abstinência sexual e ao uso (cerca de 30% dos usuários que responderam à pergunta na Fichapan) ou não uso do preservativo (cerca de 50%). As outras idéias são inadequadas, imaginativas, divididas entre pensamentos otimistas e pessimistas. Tanto os otimistas como os pessimistas no fundo consideram que estão com uma idéia adequada. É apenas residual os casos que não têm informação sobre o preservativo.

Cabe destacar que as pessoas que se consideram protegidas da aids não necessariamente estão protegidas e o mesmo em relação às que não se consideram protegidas, porque a análise desta questão traz interpretações sobre o imaginário coletivo em relação a esta questão e não necessariamente sobre a realização de comportamentos mais ou menos protegidos e sobre o grau de informação.

2. REALIZAÇÃO DO EXAME:

Encontrou-se uma pequena diferença entre a porcentagem de faltosos do laboratório (21,67%) e a porcentagem de faltosos pelo registro dos prontuários (21,03%). Será analisada a porcentagem de realização do exame segundo os registros dos prontuários por se considerar que seja mais fidedigna à realidade. Houve 10 exames

para os quais **não havia nenhum registro** (3.33%) se faltaram ou se fizeram o exame, nem de seu resultado, o que totalizaria uma base de 290 registros válidos para análise.

TABELA 5 – Distribuição de frequência de faltosos e de sem informação que realizaram os pedidos de HIV, a partir dos exames registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários

	No.	%
Fizeram o exame	229	78,97
Faltosos no exame	61	21,03
Total	290	100%

Do período estudado, 3 (1%) dos pacientes tiveram resultado reagente para o exame de HIV e 75.33%, resultado não reagente. Durante o ano de 2007, houve 7 casos de sorologia reagente para o HIV, o que daria uma média de 1 caso a cada 52 dias. O período escolhido para este estudo foi enviesado para se ter o maior número de casos possível.

TABELA 5.1 – Distribuição de frequência de faltosos e de sem informação que realizaram os pedidos de HIV, a partir dos exames registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários, excluindo-se as gestantes

	No.	%
Fizeram o exame	62	75,61
Faltosos no exame	20	24,39
Total	82	100%

Observou-se que, excluindo-se as gestantes, a porcentagem de pessoas faltosas no exame de HIV aumenta (de 21,03% para 24,39%), ou seja, as pessoas que realizam a testagem que não são gestantes faltam mais na realização do exame.

Dos pacientes faltosos, 45,9% foram remarcados, taxa que diminui quando se exclui as gestantes, para 40%, o que indica que os exames para gestantes são mais remarcados, provavelmente pelo acompanhamento do pré-natal, que inclui consultas, visitas domiciliares e telefonemas.

TABELA 5.2 – Distribuição de frequência de resultados reagentes e não reagentes de exame de HIV de usuários que realizaram os pedidos de HIV, dentre os que o realizaram entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, segundo registro dos prontuários

	No.	%
Resultado reagente	3	1,31
Resultado não reagente	226	98,69
Total	229	100%

Dos casos encontrados de exames reagentes, resumidamente, uma era uma gestante, que apresentava o perfil dos novos sujeitos infectados pelo HIV, sexo feminino, relacionamento monogâmico heterossexual, com nível baixo de renda, porém, tratou-se de um caso o qual se descobriu posteriormente, quando foi encaminhada ao SAE para tratamento e houve uma retestagem, que era um falso positivo, por haver tido uma troca de amostra no laboratório da amostra tirada no CSEB. Um outro caso se tratava de um rapaz angolano, o qual foi testado por haver tido uma tuberculose tratada na África, e que foi encaminhado ao SAE, onde considerou que teve um bom atendimento. Sua mulher e filho também se testaram e tiveram resultado reagente, todos foram tratados no SAE. Por fim, houve um caso de uma mulher que teve muita dificuldade de aceitar sua soropositividade e por isso já havia sido testada diversas vezes, até o momento, após longa conversa com profissional do serviço durante a comunicação de resultado e encaminhamento ao SAE, parece ter aceitado seu diagnóstico e aderido ao tratamento.

3. CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE FOI PEDIDO O EXAME DE HIV:

Doze pedidos de sorologia (4%) são “**ignorados**” quanto ao profissional que realizou o pedido, bem como a atividade/ programa e à conversa ocorrida, ou seja, não há nenhum registro sobre as circunstâncias desses pedidos, resultando em 288 pedidos de exame de HIV nos quais foi possível se analisar as circunstâncias em que eles foram realizados.

TABELA 6 – Distribuição de frequência de profissionais que realizaram os pedidos de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Profissional que realizou o pedido	No.	%
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	176	61.11
Médico	75	26.04
Enfermeiro	36	12.50
Outros	1	0.35
Total	288	100%

TABELA 6.1 – Distribuição de frequência de profissionais que realizaram os pedidos de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes

Profissional que realizou o pedido, excluindo-se gestantes	No.	%
Auxiliar/ Técnico de enfermagem	50	64.94
Médico	24	31.17
Enfermeiro	2	2.60
Outros	1	1.30
Total	77	

Observa-se que a grande maioria dos pedidos de exame de HIV, com ou sem gestantes, é realizado por auxiliares/ técnicos de enfermagem (61.11% e 64.94%, respectivamente), sendo seguidos pelos médicos (26.04% e 31.17%). O enfermeiro realiza o pedido de exame de HIV especialmente para as gestantes (12.50%), sendo sua participação diminuída nos pedidos excluindo-se as gestantes (2.60%). Outros profissionais realizam pouco este pedido, com ou sem gestantes (0.35% e 1.30%).

TABELA 6.2 - Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais foram realizados os pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Atividade/programa	No.	%	Descrição detalhada
A.E. de gestante – inscrição	92	31.94	
A.E. de gestante	24	8.33	
A.E. geral	71	24.65	47 não agendado
			18 Mulher
			3 atendimento eventual
			2 Homem
			1 Papa I
Pronto-atendimento (P. A.)	14	4.86	
CN-médico (Caso Novo)	20	6.94	17 Pré Natal (PN)
			2 Mulher
			1 crônicos
Retorno médico	36	12.50	33 PN
			2 Mulher
			1 TB
CN-enfermagem	6	2.08	6 PN
Retorno enfermagem	12	4.17	12 PN
Grupos	3	1.04	1 Mulher
			2 Papa II
Visita Domiciliar	1	0.35	
Saúde Mental	3	1.04	2 Entrevista de recepção
			1 atendimento psicoterápico
Outros	6	2.08	3 telefonemas
			3 Saúde da Criança
Total	288	100%	

TABELA 6.3 – Distribuição de freqüência de atividade/programa nos quais foram realizados os pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes

<i>Atividade/programa</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Descrição detalhada</i>	
A.E. geral	48	62.34	Não agendado	24
			Mulher	18
			Homem	2
			Papa I	1
			Atendimento eventual	3
Pronto-atendimento	14	18.18		
CN-médico	3	3.90	Crônicos	1
			Mulher	2
Retorno médico	3	3.90	Mulher	2
			TB	1
Grupos	3	3.90	Papa II	2
			Mulher	1
Saúde Mental	3	3.90	Entrevista de recepção	2
			Atendimento psicoterápico	1
Outros	3	3.90	Reavaliação Saúde da Criança	1
			Retorno Saúde da Criança	1
			CN Saúde da Criança	1
Total	77	100%		

Observa-se que a maior parte dos pedidos de exame de HIV é realizado no Atendimento de Enfermagem (A. E.) de gestante – inscrição (31.94%) e no A.E. geral (24.65%), sendo que a maioria destes é o atendimento não agendado (66,19% do A.E. geral), o atendimento “de porta de entrada”, costumeiramente chamado de “acolhimento”. Excluindo-se as gestantes, isto fica mais evidente, pelo A.E. geral ser a atividade na qual a grande maioria dos pedidos de exame de HIV é realizado (62.34%), principalmente o não agendado (50% do A.E. geral) Também compõe o A.E. geral, o de Mulher, que seria o atendimento na porta de mulher, segundo A.E. depois do A.E. geral não agendado no qual houve o pedido de HIV, depois o de Atendimento Eventual, de Homem, que, embora não exista “oficialmente”, na prática é como os profissionais, geralmente auxiliares/ técnicos de enfermagem o caracterizam, e, por fim, o A.E. de Papa I.

O pronto-atendimento é a segunda atividade na qual é realizado o pedido de HIV (18.18%), excluindo-se as gestantes.

3.1. Características do Encontro/Conversa:

Para se analisar as características do encontro/ conversa, categorizou-se as situações nas quais houve pedido de exame de HIV em: situações de “acolhimento/ aconselhamento”, nas quais houve “emergência da decisão da testagem”, diferentemente das decisões de testagem “programáticas/ protocolares formais”, para as quais o teste é previsto de ser pedido por programas do serviço, que seguem normas do Ministério da Saúde ou critérios clínicos bem estabelecidos. Sua distribuição é apresentada na tabela 7. A distribuição de frequência de situações categorizadas em “Acolhimento/ aconselhamento” é apresentada na tabela 7.1 e a distribuição de frequência de situações categorizadas em “Protocolares” na tabela 7.2. O conteúdo das situações categorizadas é apresentado no anexo III, com exceção das situações protocolares de pedido de exame de pré-natal de primeiro trimestre (PN1) e de terceiro trimestre (PN3), nas quais não houve variação de conteúdo.

TABELA 7 – Distribuição de frequência de situações nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Exame realizado a pedido:	No.	%
Acolhimento/ aconselhamento/ emergência da decisão de testagem	38	12.67
Programáticas/ Protocolares formais	250	83.33
Ignorado	12	4.00
Total	300	100%

A maior parte dos pedidos é por motivos programáticos/ protocolares formais (83.33%) e 12.67% de pedidos que emergiram com o acolhimento/ aconselhamento, o que será mais detalhado a seguir. Como já mencionado, houve 4% de pedidos ignorados.

TABELA 7.1 – Distribuição de frequência de situações categorizadas em “Acolhimento/ aconselhamento”, nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Acolhimento/ aconselhamento	No.	%
1. Vulnerabilidade indefinida	23	60.53
2. Teve comportamento reconhecido como de risco pelo paciente	7	18.42
3. Planos de gravidez	3	7.89
4. Faz exames rotineiramente/ check-up (sem justificativa epidemiológica)	2	5.26
5. A pedido de “terceiros” – presídio, emprego	2	5.26
6. Ignorado o motivo	1	2,63
Total	38	100%

TABELA 7.2 – Distribuição de frequência de situações categorizadas em “Protocolares”, nas quais houve pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Protocolares	No.	%
1. Exame de pré-natal de 1o. trimestre ou terceiro (PN1 e PN3)	211	84.40
2. Diagnóstico confirmado ou suspeita de DST	29	11.60
3. Comunicante de DST	5	2.00
4. Tuberculose (TB)	5	2.00
Total	250	100%

Das situações de acolhimento/ aconselhamento, a maior parte se caracterizou como “Vulnerabilidade indefinida” pelo registro (63.16%), por não terem sido explicitados os motivos de se considerar a pessoa vulnerável à infecção pelo HIV, ou quando houve pedido de exame de HIV pelo paciente, sem detalhamento.

Além dessa “vulnerabilidade indefinida” pelo registro, houve grande número de pedidos para pessoas que consideraram que tiveram algum comportamento de risco (18.42%), o que demonstra uma abertura dos profissionais de saúde para favorecer a emergência desses conteúdos e o grau de conhecimento e as crenças em relação às possibilidades de infecção pelo HIV, por exemplo, ter relações com ex-parceiros, com os quais não há estabilidade no relacionamento, ou o caso de uma paciente que trabalhava como manicure e temia pegar hepatite e que, no decorrer do atendimento, foi conversado sobre sua insatisfação no relacionamento.

Realizar o exame de HIV como “Planos de gravidez” (7.89%) pode ser interessante numa situação rara em que o casal use sempre o preservativo, decida engravidar e queira saber o estado de cada um antes de abandonar o uso do preservativo, para se decidir se leva o plano de gravidez adiante ou se realiza uma prática de redução de danos, para se concretizar a gestação, caso a pessoa seja soropositiva, num período em que a carga viral seja baixa e de CD4 alta. Porém, esta informação precisaria ser dada de forma bem detalhada, para não se correr o risco de conseqüências danosas, como conflitos de relacionamento, estigma, discriminação e interdição do direito de se ter filhos. Em todo caso, não se trata de um procedimento rotineiramente preconizado.

Pessoas que fazem exames rotineiramente, por “check up” (5.26%), podem demonstrar através deste ato uma exposição constante a situações de risco, para as quais podem se sentir “protegidas da aids”, como discutido nos dados anteriores sobre os motivos de as pessoas se sentirem protegidas da aids, ao mesmo tempo, exemplificam um “fetiche” pelo exame, reflexo do consumismo incentivado pelas empresas que os vendem e uma cultura construída socialmente que restringe a saúde ao olhar biomédico e pouco valoriza ações de promoção da saúde.

Embora tenham sido relativamente poucos os pedidos de exame de HIV por “terceiros” – presídio, **emprego** (5.26%), é espantoso que haja pedidos por estes motivos, pela violação aos direitos humanos, considerada “natural” nos presídios por ocorrer cotidianamente e não haver questionamento sobre sua imposição nas visitas íntimas, além de não ser eficaz do ponto de vista epidemiológico, por não impedir a “entrada” de HIV nas celas, por se saber que há práticas sexuais dentro dos presídios e as pessoas ao serem testadas poderem estar no período de janela imunológica. A exigência do pedido de sorologia anti-HIV para admissão num emprego seria considerado crime caso fosse denunciado, com o qual o serviço pactua ao aceitar realizá-lo.

Houve apenas 1 caso no qual se categorizou como “ignorado o motivo” do pedido de exame de HIV (2,63%), por se haver um registro de pedido, porém impossível de ser identificar o motivo, por estar escrito apenas “pedido de exames”, no qual o HIV

constava numa lista entre outros e não era possível saber se era por uma vulnerabilidade identificada pela equipe ou se tratava de alguma demanda por parte do usuário.

Quanto aos pedidos protocolares, como dito anteriormente, o maior número de pedidos é realizado no pré-natal (84.40%), seguido pelo diagnóstico confirmado ou suspeita de DST (11.60%), para comunicantes de DST, inclusive o HIV (2%) e para casos de tuberculose (2%). É interessante que haja pedidos para comunicantes de DST, inclusive o HIV, embora ainda numa baixa porcentagem, por demonstrar uma busca ativa do serviço para se controlar epidemias. Além disso, a alta taxa de pedidos de HIV no pré-natal e a sua realização nas outras circunstâncias citadas, indicadas pelo Ministério da Saúde, apontam uma qualidade do serviço, porém este dado por si só não indica que o pedido deste exame foi informado ao paciente, nem que lhe tenha sido explicada a sua importância e pedido seu consentimento, características que formariam a qualidade do atendimento, de forma que o paciente fosse respeitado em seu direito de se apropriar de sua saúde e dos mecanismos relacionados a ela.

Para se compreender como ocorre esse encontro entre o profissional do serviço CSEB e o usuário no momento de pedido e de comunicação de resultado, optou-se por excluir os 211 pedidos realizados para gestantes no pré-natal, por se tratarem de atendimentos com conversas específicas, cuja análise fugiria dos objetivos deste estudo, por não se tratar de uma avaliação de realização desta atividade, resultando num total de 77 pedidos de exame analisados, excluindo-se os 12 pedidos “ignorados”, como já dito.

Das situações de acolhimento/ aconselhamento, nas quais há emergência da decisão de testagem e nas situações protocolares, excluindo-se as gestantes, 6 registros (7.69%) não tiveram nenhuma conversa registrada, o que impediu a análise de seu conteúdo e demonstra novamente uma deficiência no registro.

Em 92,21 destas situações (71 registros), há no mínimo 1 tema de conversa registrado. Em 21 dos 77 registros analisados (27.27%), há pelo menos 2 temas de conversa registrados. Em 1 dos 77 registros analisados (1.30%) há pelo menos 3 temas de conversa registrados. Em 1 dos 77 registros analisados (1.30%) há 4 temas de conversa registrados.

A base de análise (denominador), neste caso, é composta de “assuntos” e não registros. Como num mesmo registro podemos ter mais de um assunto, a distribuição de frequências considera o número de menções ao assunto num “universo de conversações”.

Estas conversas foram categorizadas nos seguintes temas e seu conteúdo está no anexo IV.I:

1. Sentimentos
2. Dúvidas
3. Sexualidade
4. Recomendação do preservativo
5. Outros assuntos

TABELA 8 – Distribuição de frequência de conteúdos categorizados em temas de conversa de atendimentos nos quais ocorreram pedidos de exame de HIV, a partir de registros no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Temas de conversa (pode haver mais de um por registro)	No.	%
1. Sentimentos	1	0,83
2. Dúvidas	2	1,65
3. Sexualidade	17	14,05
4. Recomendação do preservativo	7	5,79
5. Outros assuntos	94	77,69
Total	121 assuntos	100,00%

O modo como ocorreu a categorização e os assuntos dentro dos temas mais falados são descritos em forma de “árvore” no anexo IV para seu melhor entendimento, o conteúdo é descrito no anexo IV.I e para que haja uma melhor visualização, em forma de diagrama, no anexo IV.II.

Chama a atenção o baixo número de vezes em que houve a recomendação do preservativo: **5,79%**.

Os temas de conversa mais registrados foram os não relacionados diretamente à solicitação da sorologia (77,69%), seguidos por temas relacionados à sexualidade no geral (em relação à solicitação da sorologia ou assuntos correlatos – 14,05%), registros nos quais houve registro sobre sentimentos em relação à solicitação da sorologia ou

assuntos correlatos (0,83%) e, por fim, houve dois registros que se referiam a conversa sobre dúvidas em relação às DST (1,65%).

Para a nossa análise não foram contabilizados sentimentos que estariam implicitamente presentes em todos os pedidos de exame, relacionados às expectativas do exame, como o medo e a esperança e nem dúvidas sobre “ter ou não se ter aids ou outra DST”, porque se isso não estivesse explícito, estaria implícito em todos os pedidos de exame, o que resultou em apenas 1 sentimento registrado diferente desse, expresso pelo choro registrado de uma paciente que, ao haver uma suspeita de DST, leva o marido ao serviço para conversar com uma técnica de enfermagem para perguntar se ela podia ter pegado a doença no banheiro e afirmar que o marido garantia fidelidade e profissional “esclarece limites da certeza diagnóstica”.

Observou-se que “outros assuntos” e “sexualidade” se abriam em outros temas. Dos “Outros assuntos”, o tema mais falado foi “Questões reprodutivas” (24,47%), o que caracterizou atendimentos de mulheres, nos quais foi tratado basicamente sobre métodos contraceptivos, planos de engravidar e outras questões ginecológicas que podem ter aberto uma conversa para o pedido de exame de HIV. O segundo assunto mais falado foi demandas clínicas” (21,28%). Também se observa que como temas de conversa “outras”, não diretamente relacionadas ao pedido de exame de HIV, conversou-se sobre “Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)” (21,28%), “Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde” (19,15%), o que pode indicar que houve um atendimento com uma visão ampliada sobre a saúde do sujeito, indo além de questões biomédicas, e, por fim, “Orientação/ referência ao tratamento/ exame de DST de comunicantes” (13,83%), o que se trata de uma ação interessante para se conter epidemias.

Da sexualidade, o tema mais falado foi “Conjugalidade/ relação com o parceiro” (82,35%), caracterizado sinteticamente pela satisfação ou insatisfação com o parceiro e tempo de relacionamento, seguido por “Desejo (afrodisia) – anafrodisia” (5,88%), “Prazer (hedonismo) = anedonismo” (5,88%) e “Experiências sexuais” (5,88%), temas

pouco falados e que podem demonstrar uma limitação dos atendimentos em relação a essas questões.

4. COMUNICAÇÃO DE RESULTADO:

As tabelas 9 e 9.1, abaixo, indicam se houve ou não comunicação de resultado de exame de HIV, a tabela 9 se refere a todos os exames realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, a partir do registro dos prontuários e a tabela 9.1, aos exames excluindo-se as gestantes.

TABELA 9 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, a partir do registro dos prontuários

	No.	%
SIM, houve comunicação	73	31.88
NÃO houve comunicação	156	68.12
Total	229	100%

Obs.: 61 faltosos e 10 sem informação

TABELA 9.1 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, a partir do registro dos prontuários, excluindo-se as gestantes

	No.	%
SIM, houve comunicação	42	67.74
NÃO houve comunicação	20	32.26
Total	62	100%

A partir da observação das tabelas 9 e 9.1, conclui-se que ao se excluir as gestantes, a porcentagem de registro de comunicação de resultado de exame de HIV aumenta, o que significa que quando os exames são realizados para gestantes, não há uma preocupação em lhe comunicar o resultado de HIV ou de registrar a comunicação, uma indicação de que o exame, por ser rotineiro, “caiu na rotina” de exames e não há uma preocupação em se informar a gestante sobre seus significados e discutir possibilidades de infecção e formas de se proteger, o que caracterizaria o aconselhamento em HIV/ aids preconizado pelo Ministério da Saúde. Isso provavelmente se estende para outros exames “rotineiros” e demonstra uma falta de

esforço em implicar o paciente em seu atendimento, de forma que ele possa apropriar de sua saúde de forma autônoma.

TABELA 10 – Distribuição de frequência de profissionais do serviço que realizaram a comunicação de resultado de exames de HIV, a partir do registro dos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

	No.	%
Auxiliar/ técnico de enfermagem	35	47.95
Médico	33	45.21
Enfermeiro	4	5.48
Outros	1	1.37
Total	73	100%

Observa-se que a maior parte da comunicação de resultado de HIV é realizada pelo auxiliar/ técnico de enfermagem (47.95%), seguido pelo médico (45.21%), pelo enfermeiro (5.48%) e raramente por outros (1.37%).

TABELA 10.1 – Distribuição de frequência de profissionais do serviço que realizaram a comunicação de resultado de exames de HIV, a partir do registro dos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes

	No.	%
Auxiliar/ técnico de enfermagem	22	52.38
Médico	18	42.86
Enfermeiro	1	2.38
Outros	1	2.38
Total	42	100%

Excluindo-se as gestantes, a porcentagem de comunicação de resultado realizada pelo auxiliar/ técnico de enfermagem aumenta (de 47.95% para 52.38%), a participação do médico diminui (de 45.21% para 42.86%) e a do enfermeiro fica praticamente inexistente (de 5.48% para 2.38%), como a de outros profissionais (2.38%).

Observa-se que os médicos realizam mais comunicação de resultado de exame de HIV (45.21%) do que pedido (26.04%), já os auxiliares/ técnicos de enfermagem realizam menos comunicação (47.95%) do que pedidos (61.11%), provavelmente porque comumente o pedido de exame de HIV é pedido no A. E. de inscrição de gestante e o resultado dado na consulta de C. N. de médico de gestante.

Os enfermeiros praticamente só realizam pedidos e comunicação de exame de HIV para gestantes.

TABELA 11 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizada por profissional do serviço que era o mesmo que realizou o pedido, conforme registro nos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

	No.	%
SIM, o profissional era o mesmo que realizou o pedido	20	27.40
NÃO, foi a primeira consulta desse profissional com o usuário	41	56.16
NÃO, mas o profissional já havia atendido ao usuário anteriormente	12	16.44
Total	73	100%

Pela tabela 11 se observa que poucas comunicações de resultado de exame de HIV foram realizadas pelos mesmos profissionais que realizaram o pedido, apenas 27.40% em relação a 72,6% que não era o mesmo profissional, ainda, dentre estes, a maioria desses profissionais atendia o paciente pela primeira vez (56.16%), ou seja, não havia nenhum vínculo anterior com este, sendo apenas 16.44% dos profissionais que já haviam ao menos atendimento ao usuário anteriormente. Esse dado demonstra uma falta de preocupação do serviço nos vínculos formados entre profissional de saúde e usuários, que são parte importante do cuidado em saúde.

TABELA 11.1 – Distribuição de frequência de comunicação de resultado de exames de HIV realizada por profissional do serviço que era o mesmo que realizou o pedido, conforme registro nos prontuários, de exames ocorridos entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes

	No.	%
SIM	14	33.33
NÃO, foi a primeira consulta desse profissional com o usuário	23	54.76
NÃO, mas o profissional já havia atendido ao usuário anteriormente	5	11.90
Total	42	100%

Excluindo-se as gestantes, a porcentagem de comunicação de resultado de exame de HIV realizada pelos mesmos profissionais que realizaram o pedido aumenta (de

27.40% para 33.33%), dado que corrobora com a hipótese anteriormente colocada de que os exames pedidos para a gestantes “caíram na rotina” e não se vê a necessidade de lhes deixar claro quais os procedimentos que são realizados com elas, de forma que sejam participantes ativas do seu cuidado em saúde. Entretanto, continua alta a porcentagem de comunicação de resultado de exame de HIV realizada por profissionais que nunca haviam atendido aos pacientes para os quais foi realizada a comunicação (54.76%), o que, como mencionado, demonstra a falta de preocupação com os vínculos afetivos ocorridos no serviço e que fazem parte do processo saúde-doença.

TABELA 12 – Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais houve comunicação de resultado de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Atividade/programa de comunicação de resultado de exame de HIV:

Atividade/programa	No.	%	Descrição detalhada
Retorno médico	22	30.14	14 PN
			7 Mulher
			1 Crônicos
Pronto-atendimento (P. A.)	7	9.59	
CN-médico (Caso Novo)	5	6.85	3 Pré Natal (PN)
			1 Mulher
			1 TB
A.E. geral	17	23.29	6 não agendado
			7 Mulher
			2 Homem
			1 Papa I
			1 atendimento eventual
A.E. de gestante – inscrição	5	6.85	
A.E. de gestante	5	6.85	
CN-enfermagem	1	1.37	1 PN
Retorno enfermagem	1	1.37	1 Mulher
Consulta de enfermagem adolescente	1	1.37	
Grupos	4	5.48	2 Mulher
			1 Papa II
			1 GAS II
Saúde Mental	1	1.37	1 atendimento T.O.
Outros	3	2.08	2 Retorno Saúde da Criança
			1 Telefonema
Ignorado	1	1.37	
Total	73	100%	

Observa-se pela tabela 12 que a maior parte da comunicação de resultado é realizada em retornos médicos (30.14%) e em outras atividades realizadas por médicos, P.A. (9.59%) e C.N. (6.85%), que somadas resultam em 46,58%, porcentagem significativamente maior que as do pedido (36,99%).

Em segundo lugar, como no pedido de exames, a atividade na qual é mais realizada a comunicação de resultado é o A.E. geral (23.29%), principalmente o não agendado. Alguns resultados de exames de HIV foram comunicados no A.E. de gestante – inscrição (6.85%), certamente por serem exames que foram pedidos em A.E. não agendado, nos quais não houve tempo para realizar um A.E. de gestante no qual este foi marcado, juntamente com os exames de PN1. Somando-se todas as atividades de A.E., realizadas por auxiliares/ técnicos de enfermagem, resultam em 36,99%, significativamente menor do que no pedido de exame (64,92%).

Os enfermeiros, que atuavam apenas no pré-natal no pedido de exame de HIV, realizam pouca comunicação de resultado, 1.37% em CN e 1.37% em retorno, resultando em 2,74%, por não haver registro de comunicação de exames, como já dito e redito, para gestantes no serviço.

Há mais grupos nos quais há comunicação de exames (5.48%, de Mulher, Papa II e GAS II) do que no pedido (1.04%, de Mulher e Papa II).

Houve poucas atividades, como no pedido, de comunicação de exame em outras atividades que não as citadas, no setor de Saúde Mental (1.37%, 1 atendimento T.O.), no setor de Saúde da Criança, retorno com médico pediatra e telefonema (2.08%).

Houve 1 caso no qual se ignorou a atividade e o programa no qual se realizou a comunicação de resultado (1.37%), cujo registro somente constava que os exames foram entregues, sem nenhum outro registro, inclusive foi um caso no qual também se ignorou o motivo de pedido de exames.

TABELA 12.1 – Distribuição de frequência de atividade/programa nos quais houve comunicação de resultado de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes

<i>Atividade/programa</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>Descrição detalhada</i>
A.E. geral	15	35.71	5 Não agendado 6 Mulher 2 Homem 1 Papa I 1 Atendimento eventual
Pronto-atendimento	7	16.67	
Retorno médico	7	16.67	6 Mulher 1 Crônicos
CN-médico	2	4.76	1 TB 1 Mulher
Grupos	4	9.52	2 Mulher 1 Papa II 1 GAS II
Retorno enfermagem	1	2.38	1 Mulher
Consulta de enfermagem adolescente	1	2.38	
Saúde Mental	1	2.38	1 atendimento T.O.
Outros	3	7.14	2 Retorno Saúde da Criança 1 Telefonema
Ignorado	1	2.38	
Total	42	100%	

Excluindo-se as gestantes, a atividade na qual é mais realizada a comunicação de resultado de HIV é o A.E. geral (35.71%), composto pelo Não agendado, de Mulher, de Homem, de Papa I e de Atendimento eventual, no pedido a porcentagem era bem mais alta, 62.34%. Somando-se as atividades realizadas por médicos, Pronto-atendimento (16.67%), Retorno médico (16.67, composto por Mulher e Crônicos) e CN-médico (4.76, composto por TB e Mulher), resulta em 38,1%, enquanto no pedido, resultava em 25,98%.

A participação do enfermeiro foi pequena na comunicação, com ou sem gestantes (Retorno enfermagem - Mulher e Consulta de enfermagem adolescente, somadas, 4,76%).

Houve poucos registros nos quais ocorreu a comunicação de resultado em outras atividades, assim como no pedido, Saúde Mental (2.38%, 1 atendimento T.O.) e outros (7.14%, Retorno Saúde da Criança e Telefonema).

Na maior parte das vezes, não houve remarcação de exame durante a comunicação de resultado, com gestantes (95.77%) e sem gestantes (95%). Os motivos para remarcação de exames foram: ter faltado resultado de sífilis; continuação de preocupação com DST de paciente; e “Risco aumentado para DST”. Os motivos para não remarcação de exames, explicitados nos casos de resultado reagente para o HIV foram: a possibilidade de HIV negativo ser remota, a não ser em troca de amostra inicial, que foi o caso; realização de exames anteriores que haviam dado positivo, caso de paciente que se recusava a aceitar este resultado.

Foram analisados os conteúdos do encontro/ conversa na comunicação de resultado do exame de HIV, excluindo-se as gestantes, como na análise das conversas do pedido, por se tratar de atendimentos com procedimentos e conversas específicas e, como dito, fugiria dos objetivos propostos, que não seria avaliar a forma como o pré-natal é realizado.

Dos 42 atendimentos analisados, em 5 não houve nenhum registro de conversa, portanto, foram analisados os encontros/ conversa de 37 atendimentos. Em 37 atendimentos em que houve comunicação de resultado de HIV, houve pelo menos 1 tema registrado de conversa. Em 14 atendimentos em que houve comunicação de resultado de HIV, houve pelo menos 2 temas registrados de conversa. Em 4 atendimentos em que houve comunicação de resultado de HIV, houve pelo menos 3 temas registrados de conversa. Em 3 atendimentos em que houve comunicação de resultado de HIV, houve pelo menos 4 temas registrados de conversa. Em 1 atendimento em que houve comunicação de resultado de HIV, houve 5 temas registrados de conversa.

Os conteúdos da comunicação de resultado foram categorizados e as categorias são apresentadas na tabela 17, abaixo. Os conteúdos são apresentados no anexo V.I.

TABELA 13 – Distribuição de frequência de categorias de temas do encontro/ conversa na comunicação de resultado de exame de HIV, realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

Comunicação de resultado	No.	%
Recomendação do preservativo	5	8,06
Sentimentos	4	6,45
Dúvidas DST	2	3,23
Referência de cuidados com os comunicantes	2	3,23
Encaminhamento para SAE	2	3,23
Sexualidade	9	14,52
Outros	38	61,29
Total	62	100

A porcentagem de recomendação do preservativo manteve-se quase a mesma no pedido (5,79%) e na comunicação de resultado (8,06%), com um ligeiro aumento, o que chama a atenção, por se esperar um registro maior disso. É possível que a recomendação do preservativo seja tão recorrente que a maioria dos profissionais não se preocupe em registrá-lo, o que leva à questão: por que alguns então registram e outros não?

Foi baixo o número de registro de sentimentos (6,45%), embora tenha sido bem maior do que no pedido de exame (0,83%) e houve poucos registros de dúvidas sobre DST (3,23%), também um número maior do que no pedido (1,65%).

Houve menos referência de cuidados com os comunicantes (3,23%) do que no pedido, porque no pedido havia cuidados/ orientação/ pedido de exame sobre diversas DST, especialmente quando havia suspeita de DST no paciente a quem foi pedido o exame de HIV, já na comunicação houve apenas referência de cuidados a comunicantes/ pedido de testes e encaminhamento ao SAE relacionados aos pacientes que tiveram resultado do exame de HIV reagente. Assim também os encaminhamentos ao SAE registrados (3,23%) foram dos dois casos que tiveram resultado HIV positivo. O outro caso analisado de HIV positivo não teve seu encontro/ conversa analisado aqui, por se tratar de uma gestante, a qual foi também encaminhada ao SAE.

Os temas mais registrados do encontro/ conversa foram sexualidade (14,52%) e outros assuntos não relacionados diretamente com o exame de HIV (61,29%). Estes se abriram em outros temas e serão apresentados no anexo V, em formato de “árvore”.

Como no pedido, sobre a sexualidade, o tema mais falado foi sobre a conjugalidade/ relação com o parceiro (66,67%). Outros temas relacionados à sexualidade são “Desejo (afrodisia) – anafrodisia” (11,11%) e “Experiências sexuais” (22,22%), em porcentagem maior do que a do pedido de exame (5,88%), e nenhum registro sobre “Prazer (hedonismo) = anedonismo”, que havia sido pouco registrado no pedido de exame.

Os temas “outros” mais conversados na comunicação de resultado foram “Questões reprodutivas” (31,58%), como no pedido de exames e “Demandas clínicas” (31,58%), que no pedido também foi muito registrado, que se caracterizariam como questões biomédicas e parecem ser preferenciais e consideradas mais importantes para o registro. Houve bastante registro sobre “Situação de vida (trabalho; estudo, gênero religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)” (23,68%) e “Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde” (13,16%), que demonstram que as conversas foram além das questões biomédicas e tiveram um olhar ampliado do sujeito.

DISCUSSÃO

Na análise deste estudo, o pedido de exames no A.E. geral ocorreu numa porcentagem bem maior do que no Pronto-atendimento, excluídas as gestantes, sendo que o número de A.E. geral realizados e de Pronto-atendimento são equivalentes.

Em 2007, houve 3017 P.A. e 3859 A.E. geral, seguindo a proporção encontrada excluindo-se as gestantes, o número de pedidos realizados pelo A.E. geral seria de 4,39 vezes mais do que os pedidos pelo P.A., o que indica que há uma limitação na formação médica em ter um olhar mais abrangente e no conseqüente oferecimento de um espaço no qual questões que estejam fora da queixa e de demandas clínicas possam emergir, como o pedido de exame de HIV, que pode não ter sido premeditado antes do encontro. Parece que os atendimentos de enfermagem são espaços em que o acolhimento é realizado de forma mais ampliada e, assim, a promoção da saúde.

Foi realizado um número maior de pedido de exames de HIV para as mulheres durante o período estudado, pode ser que haja um viés, as mulheres pedem mais o exame de HIV do que os homens e conversam mais com os profissionais de saúde, expondo situações para as quais ele seria indicado, ou essa frequência acompanha o uso geral do serviço, o qual é mais realizado por elas, por terem sido socializadas para terem um maior cuidado com a sua própria saúde. Estudo da Suécia com jovens (CHRISTIANSON et al., 2007) relata que as mulheres realizam mais o teste de HIV do que os homens, o que era considerado “natural” por elas serem consideradas mais cuidadosas.

Este dado acompanha o perfil da epidemia brasileira, caracterizada atualmente pela feminização da epidemia, pela crescente taxa de incidência entre as mulheres, de 7,6 por 100.000 hab. em 1995, para 16,1 em 2003 e pela diminuição da razão de sexos, de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005 (BRASIL, 2006), o que demonstra a importância fundamental da Atenção Primária em Saúde na detecção de novos casos e controle da epidemia.

Seria importante verificar se os rapazes adolescentes estão sendo contemplados pelas ações do serviço na detecção precoce do vírus HIV, para o devido encaminhamento ao serviço especializado de saúde e para que recebam suporte para isso.

A moda encontrada neste estudo da faixa etária dos pedidos de exame de HIV está entre 20 e 30 anos, com ou sem gestantes, dado que acompanha o perfil da epidemia, cujo maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, inclusive quanto aos menores de 13 anos, pois se observa “a manutenção da redução proporcional dos casos devido à transmissão vertical” (BRASIL, 2006, p. 7). Entretanto, nos sujeitos “acima de 35 anos, as taxas de incidência continuam crescendo persistentemente, bem mais evidente entre as mulheres de 40 a 49 anos, passando de 17,9 por 100.000 hab. em 1998 para 27,9 por 100.000 hab. em 2003.” (BRASIL, 2006, p.7), portanto, para esta faixa etária, o pedido de exames não tem acompanhado a tendência do perfil da epidemia, especialmente se comparar-se proporcionalmente a frequência de uso do serviço desta população e o pedido de exames de HIV.

O dado do pedido de exame de HIV ser realizado quase o dobro de vezes para pessoas solteiras ou divorciadas do que para pessoas casadas pode indicar como o encontro/ conversa é permeado por valores pessoais, construídos socialmente, como o de que pessoas com um relacionamento fixo monogâmico estariam mais protegidas da aids, e que pessoas solteiras, incluindo-se pessoas viúvas ou divorciadas estariam mais desprotegidas e, portanto, pediria-se mais exames para estas, ou de haver um maior constrangimento de se pedir o exame de HIV para pessoas casadas, pelas metáforas que têm marcado a história da aids, de que ela estaria associada a pessoas marginalizadas, como pessoas promíscuas, “outros” da sociedade, as quais pouco se conhece e pouco se poderia confiar, o que não poderia condizer com a imagem de uma pessoa com este tipo de relacionamento. Isso condizia com o discurso oficial da política governamental até poucos anos atrás de se evitar múltiplos parceiros sobre prevenção à infecção pelo HIV, porém, não condiz com o discurso da epidemiologia, de que todas as pessoas podem estar vulneráveis ao vírus HIV e com o perfil atual da epidemia, que se caracteriza pelo

aumento da incidência de casos de aids em pessoas com relacionamento monogâmico, heterossexual, o que também tem feito o discurso oficial mudar para “casamento não protege da aids”, como pode ser visto pela campanha atual “Fique Sabendo” (DIÁRIO DE NATAL (RN), 2003).

Esse imaginário coletivo sobre a aids transparece na análise das respostas auto-referidas dos usuários do serviço sobre se sentir protegido da aids. A maior parte das pessoas se consideram protegidas por confiarem em seu parceiro, tanto homens como mulheres, e terem um relacionamento monogâmico. Isto pode ser um reflexo da história das campanhas de contenção da epidemia de a aids ser associada a grupos estigmatizados, os chamados “grupos de risco” e por ter havido uma cisão entre políticas de saúde reprodutiva e políticas relacionadas às DST, que acompanham o imaginário de se haver “a mulher de casa”, “destinada” a ser esposa e mãe e aceita pela sociedade e dentro da norma, e “a mulher da rua”, a qual traz a sedução da rua e o perigo do desconhecido (PAIVA et al., 2006), no qual se incluem as doenças “venéreas”, que podem ser caracterizadas como “castigos” para aqueles que tiveram uma vida errante.

Estudo realizado na Suécia, já citado, (CHRISTIANSON et al., 2007) traz resultados semelhantes, ao analisar os conceitos de risco entre jovens suecos que realizaram o teste de HIV na atenção primária e tiveram resultado negativo. Estes consideravam uma doença distante, como na África e Ásia, o que se assemelha à resposta “mágico pessimista” de “não vai acontecer comigo” e consideravam que havia “pessoas em risco”, por exemplo, imigrantes, prostitutas, homossexuais e usuários de drogas injetáveis, sendo possíveis sinais tatuagens e piercings. Entretanto, após grupos de discussão, chegaram à conclusão de que qualquer pessoa poderia estar em risco e, mesmo tendo esse imaginário de o HIV ser uma doença distante, haviam realizado o teste de HIV, principalmente por comportamento de risco (sexo desprotegido, múltiplos parceiros, uso de drogas, falha do preservativo, infidelidade, troca de parceiros, acidentes com agulha e medo de transmiti-lo aos parceiros, motivo mais expressado pelas mulheres) e por hipocondria, mesmos motivos que os encontrados no período estudado no CSEB, com exceção da “vulnerabilidade indefinida” para a qual seria

necessário se entrevistar os profissionais ou que houvesse tido um registro mais completo para se conhecer os motivos da testagem, os planos de gravidez e ser a pedido de “terceiros”, o que infelizmente apareceu neste estudo.

Como a disseminação do uso do preservativo foi um comportamento associado à prevenção da aids, por ser o melhor método para isto, inclusive sendo inicialmente estimulado pelas oficinas de sexo seguro realizadas por grupos de homossexuais engajados para conter a epidemia em São Francisco no começo dos anos 80, ela acompanhou a dissociação entre “corpo reprodutivo” e “corpo que pega DST”, especialmente no Brasil, onde a contracepção está associada fortemente ao uso de pílulas anticoncepcionais. Isso dificulta a “confiança” no preservativo de que ele pode prevenir a gravidez não-planejada e o interesse no aprendizado em formas de usá-lo, de forma que se evite falhas. Além disso, o uso da contracepção de emergência associado ao uso do preservativo ainda é pouco divulgado e nem sempre ela está disponibilizada nos serviços de saúde, em parte por barreiras culturais e desigualdade de poder nas decisões das políticas reprodutivas, permeada pela crença de que as mulheres seriam incapazes de distinguir o uso da contracepção de emergência entre um uso eventual e contínuo, associada à discussão sobre ser um método abortivo, segundo alguns grupos mais conservadores, do qual a Igreja Católica é seu maior representante, ou não, como defendem os que se baseiam em dados científicos.

Estudo de FIGUEIREDO (2001) com mulheres da favela Monte Azul, na Zona Sul de São Paulo levantou que a maioria delas acreditam ter pouco risco para DST/aids por terem parceiros únicos (79,1%), não se sentem seguras com o uso de camisinha para se evitar gravidez (cerca de 80%), considerada apenas para evitar DST (42%), usam a pílula anticoncepcional (60%) como método contraceptivo e “após um pequeno relato sobre a contracepção de emergência, 36,7% afirmaram que, se conhecessem tal método haveria aumento no uso de camisinhas por mulheres, que iriam perder o medo da gravidez”. Estudo citado por SIMÕES BARBOSA (1999), realizado pela própria, com mulheres de baixa renda, constatou que as entrevistadas “embora associem em sua maioria o sexo seguro à prevenção de doenças, especialmente a aids, o atribuem à

fidelidade do companheiro”. Ainda, SIMÕES BARBOSA (1999) cita uma pesquisa realizada pelo IPEA/ BENFAM, o qual traz que, no Brasil, “entre as mulheres casadas, 40% estão esterilizadas; entre todas as mulheres que usam métodos anticonceptivos, apenas 4,4,% adotam o preservativo, o que mostra a pouca tradição de seu uso na cultura brasileira.” (p. 285)

Assim, o uso do preservativo está associado à desconfiança no parceiro e pela falta de estabilidade no relacionamento, por se pressupor que um dos parceiros trai o “acordo monogâmico”. Isso pode ser ilustrado por um caso dos prontuários analisados, no qual durante a comunicação de resultado, realizada com a paciente, junto de seu marido, chora pela suspeita de DST e afirma que ele lhe garantia fidelidade, para a qual a profissional que lhe atendia explicou sobre o diagnóstico sindrômico, seus limites e possibilidades. Convivem o imaginário feminino em que está presente o desejo do “amor-companheirismo” (SIMÕES BARBOSA, 1999, p. 291) e o imaginário masculino, no qual os homens atualizam seu modelo de masculinidade através das múltiplas parcerias, o que leva ao desafio de se pensar a prevenção às DST/aids levando-se em conta estas relações de gênero.

A discussão sobre o uso do preservativo perpassa pelas relações de poder presentes nas relações de gênero, nas quais os homens são socializados para deterem o poder de decisão das relações e por terem os “papéis sociais de 'protetores' da família e da prole, não se admitem como transmissores de doenças' para a esposa/ mãe.” (SIMÕES BARBOSA, 1999, p. 291).

Para se colocar a discussão do que é sexo seguro, seria necessário se trabalhar a possibilidade de diálogo e confiança mútuos, “em uma cultura que não discute sexualidade, afeto e prazer; e em que o sexo é circunscrito ao mundo privado” (SIMÕES BARBOSA, 1999, p. 291). Como parte dessa mesma cultura, tanto o pedido, como a comunicação de resultados de HIV no CSEB tiveram pouco registro sobre conversa sobre esses temas, considerado reflexo de ter acontecido pouca conversa sobre esses temas, ou seja, os profissionais de saúde pactuaram a mesma dificuldade de se falar sobre esses temas e por fazerem parte da mesma sociedade na qual estão imersos os

usuários, cujo imaginário referido sobre as relações de gênero é compartilhado. Isso nos leva à reflexão sobre o papel do profissional de saúde na prevenção às DST/aids e na forma como ele é exercido.

Estudo de D'OLIVEIRA e SCHRAIBER (1999) com profissionais da equipe de enfermagem do CSEB, composta em sua totalidade por mulheres, as quais são as que mais realizam pedido de exame de HIV e que mais realizam comunicação, depois dos médicos, traz a reflexão de que estas mulheres “compartilham de alguma maneira a experiência de ser mulher na cidade de São Paulo” (p. 344) e oscilam entre o discurso epidemiológico de recomendar o uso do *condom* em todas as relações e a identificação com as mulheres e sua dificuldade em negociá-lo com seus respectivos parceiros, o que faz com relativizem essa regra técnica “na fórmula: 'usar camisinha em relações eventuais ou quando pular a cerca'.” (p. 349) e enfatizando o uso somente para mulheres solteiras, preferencialmente adolescentes e jovens. Desta maneira, elas pactuam com a desigualdade das relações de gênero, nas quais o homem é considerado o detentor do poder no relacionamento e entram num “impasse moral” de sua autoridade técnica e seus valores morais, compartilhados pelas mulheres atendidas.

As ações de prevenção às DST/aids com as mulheres só terão efetividade, portanto, se for realizado um trabalho conjunto com os homens heterossexuais.

Pela dificuldade em se discutir essas questões com as mulheres em idade reprodutiva e pelo imaginário de que ele não acontece com mulheres monogâmicas e casadas, em seus atendimentos, “o único conselho dado a elas é que, ao se perceberem em risco, usem métodos que evitam a concepção” (SIMÕES BARBOSA, 1999, p. 290). Paradoxalmente, a maior parte dos pedidos de HIV só acontece na gestação, quando se considera que elas podem estar infectadas e podem trazer um risco para a criança que está por vir, como visto neste estudo, o que parece refletir a situação atual de pedidos de exame de HIV no Brasil. Esta é a situação que ocorre a chance maior de essas mulheres descobrirem que são infectadas, momento em que estão mais sensibilizadas pela necessidade de cuidar de um bebê que irá por vir e que sentem necessidade de serem cuidadas para se sentirem preparadas para isso. SIMÕES BARBOSA (1999) relata uma

pesquisa trazida pelo Jornal do Brasil, em duas maternidades públicas no Rio de Janeiro, na qual “o número de gestantes que não sabiam que estavam contaminadas cresceu 200% em três anos (entre 1992 e 1995). Além disso, o percentual de gestantes infectadas passou de 0,9% para 2,7% no mesmo período.” (p. 292).

O pedido de HIV na gestação se transformou numa rotina protocolar, o que do ponto de vista epidemiológico é louvável que ocorra no serviço estudado e é recomendado pelo Ministério da Saúde desde 1995. Por outro lado, por fazer parte de uma rotina, ele se torna “naturalizado” e não se vê a necessidade de se realizar um “aconselhamento pré e pós teste”, como pôde ser visto pela pouca comunicação de resultado referente aos exames ocorridos no período estudado neste estudo.

Em avaliação sobre o serviço de pré-natal no Brasil, estudo de Szwarcwald mostrou que “22,5% das gestantes não têm o exame anti-HIV solicitado” (BRASIL, 2006, p. 19) e estudos de Souza Júnior, Marques et al., Araújo e Camargo Júnior, citados por BRASIL (2006) relatam que a maioria das gestantes não recebe aconselhamento pré e pós testes na rede básica, segundo Parker, também citado por BRASIL (2006), “porque muitos treinamentos, pelo menos no campo da Aids, têm sido limitados a cursos rápidos sem um adequado seguimento ou continuidade” (p. 20).

Essa falta de preocupação em se informar a mulher sobre os exames que serão realizados e seus resultados quando ela é gestante demonstra uma preferência pela saúde do recém-nascido acima da saúde da mulher, vista como um “órgão reprodutivo”, e não na relação mãe-bebê. Além disso, há complicações em relação à saúde, pelos efeitos colaterais da medicação tomada durante a gestação, o AZT, para se evitar a infecção do recém-nascido, o que também deveria ser levado em conta no momento da inserção da rotina de testagem. Isso remete ao desafio da integralidade, visada pelo PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, desde 1983, segundo D'Oliveira e Senna, apud LANDRONI (2004), para ainda ser alcançada.

Quando a testagem anti-HIV começou a ser implantada no CSEB e fazer parte do protocolo do atendimento de pré-natal, havia uma preocupação dos funcionários do serviço em se informar sobre o teste, por ele ser um tema “delicado” de ser tratado e se

imaginar que poderia trazer implicações importantes na vida de quem recebesse um diagnóstico positivo, conforme relato informal de um médico da equipe.

É interessante que se trata de um tema atual de discussão do serviço estudado, como pôde ser observado em reunião geral do serviço, no qual houve discussão entre a coordenadora do pré-natal e os profissionais que o realizam sobre as dificuldades em se efetivar este aconselhamento, motivo pelo qual as pessoas assumem que não o fazem e o justificam por diversas razões. Essas dificuldades são atribuídas principalmente pela alta demanda.

Não se deve, entretanto, fornecer-se as informações em forma de “um discurso pedagógico normativo”, como traz AGUIAR e SIMÕES BARBOSA (2006), com prescrições que estejam no discurso médico, sem se atentar para a sensibilidade do encontro, simplesmente como regras impostas de “fora” do encontro. MORENO (2006), ao entrevistar 14 homens no momento posterior ao aconselhamento pós-teste, que tiveram resultado positivo no teste anti-HIV, concluiu, baseada na teoria do psicanalista Winnicott, que no processo de revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV, o mais importante era “o *setting* criado que se inicia desde o momento em que o cliente telefona para marcar o horário de aconselhamento” (p. 124), ou seja, a forma como é dada a comunicação, a disponibilidade do profissional de saúde ao encontro, do que os procedimentos e informações em si.

Chama a atenção, inclusive, que parece haver uma preocupação maior em ser o mesmo profissional que realiza o pedido e a comunicação de diagnóstico de HIV nos casos em geral, excluindo-se as gestantes, portanto, de um *setting* mais acolhedor nos casos que não se tornaram “rotina”.

Cabe ressaltar que estes dados indicam orientações para outros estudos com uma amostra maior, para verificar se há algum viés pelos limites desta amostra e para se confirmar as hipóteses levantadas no presente estudo.

Este estudo oferece a descrição preliminar para estudos qualitativos das principais características dos encontros/ conversas entre profissionais de saúde e usuários nos momentos de pedido e de comunicação de resultado de HIV: a quem ele é

comumente pedido, por quem, em quais atividades/ programas e quais os principais temas de conversação.

Recomenda-se que sejam realizados estudos mais aprofundados através de observação etnográfica, que deveria ser realizada principalmente no setor de Saúde do Adulto, no A.E. geral e no pronto-atendimento, e seria interessante para entrevista e/ou grupos focais, os sujeitos-chave auxiliares/ técnicos de enfermagem e os médicos.

Entretanto, os principais agentes que deverão interpretar os dados obtidos neste estudo são o coletivo de profissionais do serviço, que atuaram e atuam na prática de acolhimento/ aconselhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BIANCO, R. D. et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV em cinco maternidades do município de São Paulo. *Jornal Brasileiro de aids*; 6(5):192-209, set.-out. 2005.
- BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*. São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi>>. Acesso em: 10 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/main.asp?ViewID=%7BA62BDF6E%2D914A%2D4DF7%2DA10E%2DCE06AB4E26F7%7D¶ms=itemID=%7B73085213%2DDC9C%2D4827%2D94A8%2D5E4CEBABC6DF%7D;&UIPartUID=%7B585687B3%2DF650%2D459E%2DAC6E%2D23C0B92FB5C4%7D>>. Acesso em: 14 mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST - ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006*. Brasília, DF, 2006.
- 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, DF, 2004. Série Legislação n.º 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Portal informativo sobre aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISCC4AB4D9ITEMID62867D1BCE6349EE8C85AD3DC516DF1EPTBRIE.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

DIÁRIO DE NATAL (RN). Campanha "Fique Sabendo" para dobrar testes da Aids no Brasil. Natal, 31 out. 2003. Cotidiano. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=51369>>. Acesso em: 11 mar. 2008

CHRISTIANSON, M. et al. Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007; 25: 38-43

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. cap. 15. p. 281-296

FERNANDES, C. R. D.; BRITTO, I. A. G. S. Atuação médica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. *Rev. bras. ter. comport. cogn*; 7(2):205-218, jul.-dez. 2005.

FIGUEIREDO, R. "Camisinha + Contracepção de Emergência: pesquisa e intervenção numa favela em São Paulo". In: CONGRESSO BRASILEIRO DE DST E AIDS, 2001, Brasília. *Anais do IV Congresso Brasileiro de DST e AIDS*. Série Seminários e Congressos nº 5. Brasília, 2001.

GALVÃO, J. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GARBELLOTO, P. D. *Análise de um serviço público de enfermagem para triagem sorológica da infecção pelo HIV em voluntários*. 2006. 48 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. São Paulo.

JORDAN, M. S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids, 2000. Cap. 1, p. 5-26.

LANDRONI, M. A. S. *Aids e gravidez: desafios para o cuidado nos serviços de saúde de São Paulo*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- METSCH, L. R. et al. Delivery of HIV Prevention Counseling by Physicians at HIV Medical Care Settings in 4 US Cities. *American Journal of Public Health*. July 2004, Vol 94, No. 7.
- MORENO, Diva Maria S. Camargo. *A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da AIDS*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- OBI, S. N.; IFEBUNANDU, N. A. Consequences of HIV testing without consent. *International Journal of STD & AIDS*. 2006; 17: 93-96.
- PAIVA, V. ; MURRAY, L. R. ; BELLENZANI, R. ; AYRES, J. R. C. M. ; FRANÇA JUNIOR, I. . Órfãos por Aids em São Paulo: gênero e sexualidade na compreensão da vulnerabilidade ao estigma e discriminação de jovens e crianças que perderam os pais por Aids.. In: *11º Congresso Mundial de Saúde Pública / 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2006, Rio de Janeiro. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública / 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro : ABRASCO, 2006.
- PUPO, L. R. *Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR., J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, 6 (3): 335-346, jul. / set., 2006
- SIMÕES BARBOSA, R. H. Aids e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. cap. 15. p. 281-296
- SZWARCWALD, C. L.; SOUZA JR, P. R. B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST - ano III - nº 1*. Brasília, DF, 2006.
- TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-

UERJ/ABRASCO, 2003. Disponível em:
<<http://www.corposem.org/rizoma>>. Acesso em: 15 mar. 08.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 585-597, 2005

TUNALA, L. et al. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. *Tá difícil de engolir?* Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. Cap. 3, p. 79-114.

ANEXO I - Modelo de Instrumento de coleta de dados de prontuários:

1. Número do prontuário: ____ _
2. Data do exame: ____/____/____
3. 1S (realizado) 2N

I. Fichapan - Características do usuário:

4. Sexo: 1M 2F
5. Data de nascimento: ____/____/____
6. Estado marital:
 - 1 solteiro
 - 2 casado
 - 3 divorciado
 - 4 viuvez
7. “Você se acha protegido da aids? [a fichapan mais recentemente preenchida]”
 - 1 Sim _____
 - 2 Não _____
 - 3 Não sabe
 - 4 Outros _____
 - 5 Sem informação
 - 6 Não se aplica (<12 anos)

II. Circunstâncias em que foi pedido o exame de HIV:

8. Data de pedido da sorologia: ____/____/____ Ignorado
9. Profissional que realizou o pedido:
 - 1 Médico
 - 2 Enfermeiro
 - 3 Auxiliar/ técnico de enfermagem
 - 4 Outros
10. Atividade/programa:
 - 1 A.E. gestante - inscr.
 - 2 A.E. de gestante
 - 3 A.E. _____
 - 4 Pronto-atendimento
 - 5 CN-médico (Mulher, PN, crônicos, TB)
 - 6 Retorno médico (Mulher, PN, crônicos, TB)
 - 7 CN-enfermagem (Mulher, PN, crônicos, TB)
 - 8 Retorno enfermagem (Mulher, PN, crônicos, TB)
 - 9 Consulta médica adolescente
 - 10 Consulta enfermagem adolescente
 - 11 Grupos
 - 12 VD
 - 13 APD
 - 14 SM
 - 15 Outros

Características do encontro/conversa:

11. Exame realizado a pedido:

1 do paciente _____

2 da equipe [inclui solicitações programáticas – TB, PN 1 °, PN 3 °]

3 impossível definir

12. Há registro de conversa sobre (+ **de uma alternativa**):

1 sentimentos do paciente (em relação à solicitação da sorologia ou assuntos correlatos)

2 dúvidas/conversa sobre DST

3 sexualidade no geral (em relação à solicitação da sorologia ou assuntos correlatos)

4 recomendação do preservativo

5 recomendação para grupos, outros assuntos ou ofertas. Quais: _____

III. Realização do exame:

13. Realizou o exame desta vez?

Sim (**ir para 15**). Resultado:

1 Reagente +

2 Não-reagente -

3 Indeterminado _____

4 Não, faltoso (**ir para 14, 22 e 23**).

5 Sem informação

14. O exame dos “faltosos” foi remarcado?

Sim. Como?

1 Telefone

2 Carta

3 VD

4 Vinda ao serviço

5 Não – ir para questão 23, do CIVIS

IV. Comunicação de resultado:

15. Há registro de comunicação de resultado?

1 Sim (**ir para 16 a 20**).

2 Não – ir para questão 23, do CIVIS (**ir para 22 e 23**).

16. Data da comunicação de resultado: ____/____/____

17. Profissional que realizou a comunicação:

1 Médico

2 Enfermeiro

3 Auxiliar/ técnico de enfermagem

4 Outros

18. O profissional foi o mesmo que realizou o pedido?

1 Sim

Não

Caso não, foi a primeira consulta desse profissional com o usuário?

2 Sim

3 Não

19. Atividade/programa:

1 A.E. gestante - inscr.

2 A.E. de gestante

3 A.E. _____

4 Pronto-atendimento

5 CN-médico (Mulher, PN, crônicos, TB)

6 Retorno médico (Mulher, PN, crônicos, TB)

7 CN-enfermagem (Mulher, PN, crônicos, TB)

8 Retorno enfermagem (Mulher, PN, crônicos, TB)

9 Consulta médica adolescente

10 Consulta enfermagem adolescente

11 Grupos

12 VD

13 APD

14 SM

15 Outros

Características do encontro/conversa:

20. Há registro de conversa sobre (+ **de uma alternativa**):

1 sentimentos do paciente (em relação à solicitação da sorologia ou assuntos correlatos)

 2 dúvidas em relação às DST

3 sexualidade no geral (em relação à solicitação da sorologia ou assuntos correlatos)

 4 recomendação do preservativo

5 encaminhamento para SAE

6 referência de cuidados com os comunicantes

7 recomendação para grupos, outros assuntos ou ofertas. Quais:

21. O exame foi remarcado? 1S

2N

Por quê? _____

22. Medidas tomadas pelo CIVIS

23. Síntese dos atendimentos posteriores

ANEXO II – Tabelas de categorização da resposta à pergunta: “Você se acha protegido da aids?” [a fichapan mais recentemente preenchida] e conteúdo categorizado

<i>SIM</i>
<p>1. <u>Não tem relação</u> Não mantém relação sexual há dois anos Não tem relações e se protege Não tem relações Não estou tendo relações e tive 1 só namorado não usa drogas/ não tem relação</p>
<p>2. <u>Usa preservativo</u> Uso camisinha sempre Usa condom Usa camisinha Uso preservativo Tem só o marido, usa condom Sempre usei preservativo Toma cuidado, usa preservativo Uso camisinha... (gest) No dia em que vou fazer, tenho que ter proteção Porque confia no marido e usa condom tomo os cuidados, uso camisinha. Sempre vou ao médico. fez exame e tem condom usa camisinha sempre! confia no namorado, usa preservativo toma cuidado, usa preservativo tenho um parceiro só, e uso camisinha porque confia no marido e usa condom só faz sexo com camisinha por enquanto uso camisinha... (gest) no dia em que vou fazer, tenho que ter proteção só tem 1 parceiro - ex-marido - agora usa condom não tem contato com tatuagem e se previne com condom Sempre usa preservativo - recentemente parou é preparado, sempre usa condom. Confia na parceira.</p>
<p>3. <u>Não usar seringas/ drogas/ tatuagem</u> não usa seringa, não sai com qualquer tem parceiro fixo e não usa drogas</p>
<p>4. <u>Confiar no parceiro/ fidelidade</u> acredita no esposo e o casal se previne sempre se previniu - confia no marido confia no parceiro</p>

<p>fidelidade; não conversa com parceiro a respeito confia no companheiro, vivem um para outro confia no marido tem confiança no marido (há 12 anos) se cuida e confia no marido não fico com ninguém, confio no meu companheiro</p>
<p>5. <u>Poucos parceiros ou único parceiro</u> só tem o marido, confia só tem relações com 1 pessoa e confia Tem só 1 companheiro só teve relação com o namorado e ele também foi a primeira dele só tenho um parceiro só tem 1 parceiro, confia só tem relações sexuais com um parceiro só tem relação com o marido parceiro fixo relação só com esposa não tenho muitos homens, só tem 1 só tenho 1 parceiro... (não discute risco) estou com 1 parceiro há 8 anos, ele sempre faz exames só tem o marido, fez exames...</p>
<p>6. <u>Escolher o parceiro</u> escolhe as parceiras e às vezes usa condom não tem relação com qualquer um</p>
<p>7. <u>Fazer exames/ ir ao médico</u> só tem uma parceira há 10 meses, embora não use camisinha, fazem exame pois ela e o parceiro faz exames preventivos já doei sangue e não tenho o vírus meu parceiro já fez HIV não fico com ninguém assim... Fiz exames de sangue. já fez exame e deu negativo. Conversamos sobre prevenção para o futuro porque eu e o meu marido não temos. Fizemos exame há pouco e está ok já fiz exames e nunca deu nada</p>
<p>8. <u>“Não vai acontecer comigo”</u> passa na cabeça que ele não tem aids porque acho que nunca vai acontecer comigo. Não uso condom.</p>
<p>9. <u>Indefinidos</u> Primeiro, não faço extravagância, só meu marido e ele tem muito medo disso também se protege se cuida porque sim me previno! me cuido</p>

NÃO

1. Não usa preservativo

até há alguns meses, fez sexo sem camisinha
porque não usa camisinha
já transei sem camisinha
não usa condom
não uso preservativo
marido é presidiário, não usam condom e ela sabe dos riscos
não faço nada que previna
porque eu não uso preservativo
não uso camisinha
não usou condom
não usa camisinha
marido não usa preservativo, fica com um pé atrás
já transou sem camisinha
não usa preservativo
não uso camisinha, confio, mas ele pode pegar outra
pois fica com parceiro sem camisinha
começa namorar, deixa de usar camisinha
+- às vezes não usa preservativo

2. Não confia no parceiro

confiar nos outros, arriscado
apesar de ter relação c/ 1 pessoa só, mas ninguém sabe o dia de amanhã
Porque tem relação com pessoa que não confia (marido), não que tenha vários parceiros
não confia no parceiro, agora usando preservativos
não sei o que meu marido faz lá fora
não confia em homem nenhum e tem medo que a camisinha estoure
não se pode confiar
+- só teve 1 marido e está com ele até hoje, mas não confia
+- Só tenho um parceiro, mas não sei se ele tem relação com outras pessoas

3. Múltiplos parceiros

troca de parceiros

4. Não fez exames

casei pela segunda vez e o meu companheiro não quis fazer os exames

5. Pode acontecer com qualquer um

ninguém tá livre
ninguém está protegido na verdade!
ninguém está protegido
ninguém está. Há várias formas de contraí-la, tem que se prevenir
ninguém está. Há várias formas entrar contato a doença. Tem que prevenir
está sujeito a se contaminar

6. Indefinidos/ Contraditório

não depende só dela
sabe que precisa se cuidar, usar condom
nem tanto, se previne um pouco
único parceiro

ANEXO III – Tabelas de situações de pedidos de exame de HIV registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, retiradas da análise de protuários, categorizadas em “Acolhimento/ aconselhamento” e em “Protocolares”

<i>Acolhimento/ aconselhamento</i>
<p>1. <u>Vulnerabilidade indefinida</u></p> <p>Situações nas quais os pacientes pediam exame de HIV, sem haver explicitação do motivo, ou quando houve pedido por parte da equipe, sem ficar claro o motivo</p> <p>Vigilância, por queda de cabelo associada a hipotireoidismo</p> <p>vulnerabilidade DST</p> <p>preocupação com DST</p> <p>é usuário de drogas e tem risco DST</p> <p>avaliar DST</p> <p>dúvidas acerca dos cuidados ginecológicos, é pedido AE Mulher</p> <p>não fez kit DST em dez, quer fazer agora. Havia pedido para ginecologista</p> <p>remarcado kit DST, por não ter sido realizado o exame de sífilis</p> <p>super preocupada com riscos de DST</p> <p>receio de amamentar por uso de drogas, esposa de presidiário</p> <p>mãe e pai biológicos presidiários (ex?), usuários de drogas</p>
<p>2. <u>Teve comportamento reconhecido como de risco pelo paciente</u></p> <p>Dispareunia; preocupação com DST, não usou condom com novos parceiro</p> <p>acha-se vulnerável, parceiro com outros parceiros</p> <p>problemas conjugais - risco DST</p> <p>vulnerabilidade – aborto, gestação não planejada, parceiro não fixo, pai de primeiro filho</p> <p>teve relações sem camisinha com o ex-namorado e está preocupada</p> <p>tinha parceiro infiel</p> <p>paciente se preocupa com hepatite, por trabalhar em salão como manicure</p> <p>voltou a se relacionar com ex-marido, que teve relações com usuária de droga</p> <p>por ter tido relação sexual sem condom</p>
<p>3. <u>“Pré nupcial”(planos de gravidez)</u></p> <p>planos de engravidar - exames laboratoriais pre-pré-natal</p> <p>planos de gravidez</p>

<p>4. <u>Faz exames rotineiramente/ check-up (sem justificativa epidemiológica)</u> trata-se com psiquiatra, pede exames a cada 2 anos check up</p>
<p>5. <u>A pedido de “terceiros” – presídio, emprego</u> namorado está preso e lá pediram exames exames pré-admissional</p>

<p><i>Protocolares</i></p>
<p>1. <u>Diagnóstico confirmado ou suspeita de DST</u> foi ao SAE para exame de bolinha no ânus Manchas em pele, sem coceira. Sífilis secundária? caroço em região parietal e dificuldade visual, vig-ca história pregressa de HPV com lesão em colo risco de DST - tricomonas? corrimento branco espesso e bolhoso em média qtidade notou verruga na região genital leucorréia com odor, não tem parceiro fixo e teve relação na qual estourou o preservativo herpes vaginose, grande possibilidade de ser DST, corrimento amarelo com odor fétido antecedente de DST e uretrite tratada suspeita de DST em junho pede remarcação de kit DST de out/6 que não veio (na época, suspeita de DST) grande secreção com odor, bolhas e dispareunia ardor e prurido ao urinar e ejacular Herpes Zoster paciente refere exame positivo para hepatite B, teria que refazer pneumonia em base direita, pela terceira vez no ano</p>
<p>2. <u>Comunicante de DST</u> leucorréia e risco DST, marido com ardor ao urina teve relações sem camisinha com marido, que está com feridinhas na virilha descobre que o ex-marido tinha HIV</p>

pedido para marido de paciente

mãe fez teste rápido para HIV com resultado positivo

3. TB

Tratamento de TB anterior na África

ANEXO IV – Apresentação em forma de “árvore” da frequência dos conteúdos das conversas ocorridas nos pedidos de exame de HIV, registrados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes, resultando em 77 prontuários analisados

				Questões reprodutivas 24,47%	Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social) 21,28%	Demandas clínicas 21,28%	Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde 19,15%	Orientação/ referência ao tratamento/ exame de DST de comunicantes 13,83%
				Outros assuntos 77,69%				
Conjugalidade/ relação com o parceiro 82,35%	Desejo (afrodisia) - anafrodisia 5,88%	Prazer (hedonismo) = anedonismo 5,88 %	Experiências sexuais 5,88 %					
Sexualidade 14,05%		Dúvidas 1,65%	Sentimentos 0,83%					

ANEXO IV.I – Tabelas sobre conteúdos categorizados em temas de conversa de atendimentos nos quais ocorreram pedidos de exame de HIV, a partir de registros no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007

1. Sentimentos

chora, marido vem junto, profissional esclarece limites da certeza diagnóstica

2. Dúvidas

pergunta se pegou no banheiro
pede para explicar sobre gardinerella de papa 2005

3. Sexualidade

1. Conjugalidade/ relação com o parceiro

marido não poderá saber se tomar ACO
parceiro com outros parceiros
acabou o amor, mas o marido insiste em continuar
problemas conjugais, casada há 28 anos
dificuldade na relação com parceiro, pois do nada perdeu a vontade sexual
Grupo de Homens
relacionamento com parceiro não fixo, ex-companheiro
casada há 10 anos, faz uso de preservativo
marido ameaçou a paciente de morte por causa de irmão usuário de drogas
relacionamento bom com a esposa
fala que marido garante fidelidade (marido junto)
parceiro fixo há 1 ano e 6 meses, sem uso de preservativo
Voltou a se relacionar com ex-marido, que teve relações com usuária de droga
tinha parceiro infiel

2. Desejo (afrodisia) = anafrodisia

dificuldade na relação com parceiro, pois do nada perdeu a vontade sexual

3. Prazer (hedonismo) = anedonismo

conversa sobre prazer

4. Experiências sexuais

teve relacionamento extraconjugal sem preservativo

4. Recomendação do preservativo

conversamos sobre proteção na relação

5. Outros assuntos

1. Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)

migração não-oficial
está sem namorado; igreja evangélica; desemprego
trabalho, família
falou sobre trabalho
estudo, não trabalha
uso abusivo de álcool; problemas de relacionamento
é empregada doméstica
trabalho, moradia e redes de apoio
irmão usuário de drogas e marido a ameaçou de morte por causa dele
grupo de homens, do qual não pode participar
grupo de homens ou PA
agendado retorno no grupo de homens
grupo da mulher
teve relações sem camisinha com o ex-namorado e está preocupada
criança adotiva, com a família da avó materna há 9 meses, guarda provisória

2. Questões reprodutivas

revisão DIU
contracepção
questões ginecológicas
DIU
Aborto
abortamento; grupo da mulher para resultado de exames
contracepção; exame de mama
exame mama; marcado Papa II
dores nas mamas; cistos no ovário
quer parar de tomar anticoncepcional
fez laqueadura
desejo de engravidar, não tem filhos; no momento está sem relações sexuais
dúvidas acerca dos cuidados ginecológicos
recepção da mulher; contracepção: anticoncepcional
discute métodos contraceptivos; prurido vaginal e ardor ao urinar
faz coito interrompido, não quer engravidar agora
planos para gestação
5 anos de vida sexual ativa sem engravidar, planos de gravidez

3. Orientação/ referência ao tratamento/ exame de DST de comunicantes

recomendada conversa com o marido - CSE ou SAE, por risco de DST
marcamos AE + PA para marido no mesmo dia
o parceiro foi tratado de suspeita de tricomonas
fala que parceira fez exame
esposa e paciente tratados por Dipa e Hemophiles
orientação para parceiro ir ao CSEB ou ao SAE
kit DST para marido

4. Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde

<p>cuidado com xampu e condicionador, dieta verdura e fruta indicação de CONFAD (relação conflituosa com marido) e de visita do ACS conversa sobre possibilidade de engravidar insônia: encaminhamento para Saúde Mental; bronquite cuidados com o corpo (lesões por depilação da vulva com gilete); grupo menopausa;papa fumante há 10 anos avaliação pela psiquiatra e retorno com psicóloga</p>
<p>5. Demandas clínicas</p> <p>outras demandas clínicas azia AE resultado de exames; problema dermatológico caso TB - perdeu apetite desde início de esquema tríplice cisto setáceo infectado no peitoral E, doloroso, com febre congestão nasal da criança e questões gerais de saúde conversa sobre estresse, relacionada à herpes dor de cabeça consulta de retorno de tratamento de D.I. Pélvica acne, encaminhamento para dermato verrugas penianas - não usa preservativo, encaminhamento ao SAE-Butantã outras questões de saúde, tratadas com a avó da criança tem dor nas pernas insônia, dor no corpo dor de garganta e dieta caroço em região parietal e dificuldade visual caso TB - mãe pega medicação, fala-se sobre exame de raio-x e de sangue</p>

As conversas que giraram em torno da sexualidade foram divididas nos seguintes temas:

<i>Sexualidade- especificado</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
1. Conjugalidade/ relação com o parceiro	14	82,35
2. Desejo (afrodisia) - anafrodisia	1	5,88
3. Prazer (hedonismo) = anedonismo	1	5,88
4. Experiências sexuais	1	5,88
Total	17 assuntos	100%

Outros assuntos foram divididos nos seguintes temas

<i>Outros – especificado</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Questões reprodutivas	23	24,47
Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)	20	21,28
Demandas clínicas	20	21,28
Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde	18	19,15
Orientação/ referência ao tratamento/ exame de DST de comunicantes	13	13,83
Total	94	100%
	assuntos	

ANEXO IV.II – Diagrama sobre os temas de conversação do encontro ocorrido no pedido de exame de HIV



ANEXO V – Apresentação em forma de “árvore” da frequência dos conteúdos das conversas ocorridas na comunicação de resultado de exame de HIV, realizados no laboratório do CSEB entre os dias 27/06/2007 e 03/09/2007, excluindo-se as gestantes, resultando em 42 prontuários analisados

<p>Questões reprodutivas 31,58%</p>		<p>Demandas clínicas 31,58%</p>		<p>Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social) 23,68%</p>		<p>Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde 13,16%</p>		
<p>Conjugalidade/ relação com o parceiro 66,67%</p>			<p>Desejo (afrodisia) - anafrodisia 11,11%</p>		<p>Experiências sexuais 22,22%</p>		<p>Outros assuntos 61,29%</p>	
<p>Sexualidade 14,52%</p>								
		<p>Dúvidas 3,23%</p>	<p>Sentimentos 6,45%</p>	<p>Recomendação do Preservativo 8,06%</p>	<p>Encaminhamento para SAE 3,23%</p>	<p>Orientação/ referência ao tratamento/ exame de DST de comunicantes 3,23%</p>		

ANEXO V.I – Descrição dos conteúdos categorizados em temas de conversa no encontro em que ocorreu a comunicação de exame de HIV, colhido entre 27/06/07 e 03/09/07

<i>Sentimentos</i>
Paciente ficou aliviado com exame negativo Não se sente segura sobre prevenção DST Preocupação com o filho (resultado de HIV positivo) Fica feliz com exames normais
<i>Dúvidas DST</i>
Tira dúvidas sobre DST
<i>Referência de cuidados com os comunicantes</i>
Esposa encaminhada ao SAE
<i>Sexualidade</i>
<u>Conjugalidade/ relação com o parceiro</u> A esposa o acusava de ter-lhe passado DST, situação superada por ambos Não está mais namorando Houve discussão com o parceiro por problemas conjugais e suspeita de ter DST Relação de gênero sem diálogo Sobre a possibilidade de DST, desconfia do ex-parceiro Interrompeu o uso do preservativo, porque marido não gosta
<u>Desejo</u> Diminuição da libido, oferecimento de saúde mental
<u>Experiências sexuais</u> Perda de virgindade aos 13 anos com empregada e depois teve outros casos Teve dois relacionamentos extra-conjugais
<i>Outros – especificado</i>
<u>Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)</u> relações afetivas preocupação com rede social do paciente telefonema para mãe para saber sobre irmão sintomático de TB, ela fala que paciente teve pneumonia, mas já foi tratado em outro serviço avó materna com guarda definitiva da criança, por maus-tratos da mãe satisfeito com a vida de aposentado conversa sobre a vida; queria ser chefe de cozinha

mora com a mãe
fala que é melhor ser homem, ele pode trair, ela não
Grupo de Saúde do Homem
Questões reprodutivas

Realizou papa, fará mamografia
Paciente continua com condom, antecedente de NIC I
Foi colhido papanicolaou
Questões ginecológicas
Agendado papanicolaou; usou fluconazol com sucesso; orientações gerais
Engravidou e quer encaminhamento para PN de alto risco, entregaram-lhe exames
quer grupo de menopausa à tarde (não tem)
quer ser mãe e conversa sobre poder isso; marido vai colher exames kit DST
engravidou e quer encaminhamento para PN de alto risco, entregaram-lhe exames
revisão de DIU; suspeita leucorréia ou candidíase
agendado novo papa
realizou papa, fará mamografia
resultado papanicolaou e anticoncepcional
Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde

azia; dieta
questões gerais de saúde
vacinação
deseja emagrecer, encaminhamento SM e orientações

Demandas clínicas

cisto pequeno no ovário; conversa sobre somatização; fez tratamento de DST
hepatite C inconclusivo, caroço na região do ombro
paciente solicita guia para dermatologista
Hepatite B reagente
deseja implante odonto
dor abdominal difusa
TB renal; histórico de toxoplasmose; dieta por obesidade
patologia respiratória
resultados de outros exames: hemograma e glicose
anemia?
dor em fossa ilíaca
congestão nasal, questões gerais de saúde

TABELA – Distribuição de frequência de categorias relacionadas à sexualidade conversadas no encontro em que ocorreu a comunicação de exame de HIV, colhido entre 27/06/07 e 03/09/07

<i>Sexualidade</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Conjugalidade/ relação com o parceiro	6	66,67
Desejo	1	11,11
Experiências sexuais	2	22,22
Total	9 assuntos	100%

TABELA – Distribuição de frequência de categorias relacionadas a outros assuntos não diretamente relacionados com o exame de HIV, conversados no encontro em que ocorreu a comunicação deste, colhido entre 27/06/07 e 03/09/07

<i>Outros – especificado</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Situação de vida (trabalho; estudo, gênero; religião; família; violência; drogas; relações pessoais/ rede social)	9	23,68
Questões reprodutivas	12	31,58
Preocupação/ cuidados com o corpo e a saúde	5	13,16
Demandas clínicas	12	31,58
Total	38	100%

ANEXO V.II – Diagrama sobre os temas de conversação do encontro ocorrido na comunicação de resultado de exame de HIV



