

Epidemiologia e Serviços de Saúde

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

| Volume 14 - Nº 2 - abril / junho de 2005 |

ISSN 1679-4974

2

Epidemiologia e Serviços de Saúde

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

| Volume 14 - Nº 2 - abril / junho de 2005 |

ISSN 1679-4974

A revista **Epidemiologia e Serviços de Saúde** do SUS é distribuída gratuitamente. Para recebê-la, escreva à

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, edifício-sede, 1º andar, sala 119
Brasília-DF. CEP: 70.058-900,

ou para o endereço eletrônico
revista.svs@saude.gov.br

A versão eletrônica da revista está disponível na Internet:

<http://www.saude.gov.br/svs/pub/pub00.htm>

<http://www.saude.gov.br/bvs>

E no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), <http://www.periodicos.capes.gov.br>

Indexação: LILACS, ADSaúde e Free Medical Journal

© 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ISSN 1679-4974

Editor Geral

Jarbas Barbosa da Silva Júnior - SVS/MS

Editora Executiva

Maria Regina Fernandes de Oliveira - SVS/MS

Editores Assistentes

Ana Maria Johnson de Assis - SVS/MS

Ermenegildo Munhoz Junior - SVS/MS

Margarida Maria Paes Alves Freire - SVS/MS

Maria Margarita Urdaneta Gutierrez - SVS/MS

Editor de Texto

Ermenegildo Munhoz Junior - SVS/MS

Editor Gráfico

Fabiano Camilo

Comitê Editorial

Denise Aerts - Ulbra/RS

Eliseu Alves Waldman - FSP/USP/SP

José Cássio de Moraes - FCM-SC/SP

Maria Cecília de Souza Minayo - Fiocruz/RJ

Maria Fernanda Lima-Costa - NESP/CPqRR/Fiocruz/MG

Marilisa Berti de Azevedo Barros - FCM/Unicamp

Maurício Lima Barreto - ISC/UFBA/BA

Moisés Goldbaum - FM/USP/SP

Paulo Chagastelles Sabroza - ENSP/Fiocruz/RJ

Pedro Luiz Tauil - FM/Unb/DF

Consultores

Otaliba Libâneo - SVS/MS

Maria de Fátima Marinho - SVS/MS

Déborah Malta - SVS/MS

Expedito José de Albuquerque Luna - SVS/MS

Eduardo Hage Carmo - SVS/MS

Maria de Lourdes Souza Maia - SVS/MS

Maria Cândida de Souza Dantas - SVS/MS

Gerusa Maria Figueiredo - SVS/MS

Joseney Raimundo Pires dos Santos - SVS/MS

Rosa Castália França Ribeiro Soares - SVS/MS

Fabiano Geraldo Pimenta Junior - SVS/MS

Giovanini Evelin Coelho - SVS/MS

José Lázaro de Brito Ladislau - SVS/MS

Sônia Maria Feitosa Brito - SVS/MS

Guilherme Franco Netto - SVS/MS

Pedro José de Novaes Chequer - SVS/MS

Douglas Hatch - CDC/EUA

Lenita Nicoletti - Fiocruz/MS

Márcia Furquim - FSP/USP/SP

Maria da Glória Teixeira - UFBA/BA

Maria Lúcia Penna - UFRJ/RJ

Projeto Editorial

André Falcão

Tatiana Portela

Projeto Gráfico

Fabiano Camilo

Revisão de Texto

Waldir Rodrigues Pereira

Normalização Bibliográfica

Raquel Machado Santos

Editoração Eletrônica

Edite Damásio da Silva

Tiragem

25.000 exemplares

Epidemiologia e Serviços de Saúde / Secretaria
de Vigilância em Saúde. - Brasília : Ministério
da Saúde, 1992-

Trimestral

ISSN 1679-4974

ISSN 0104-1673

Continuação do Informe Epidemiológico
do SUS. A partir do volume 12 número 1,
passa a denominar-se Epidemiologia e
Serviços de Saúde

1. Epidemiologia.

I Sumário

Editorial

- 79** **O Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids**
National Scientific Article Contest as a Strategy of Development for People Working with HIV/AIDS
Antonio José Costa Cardoso, Júlio César Borre Souza, Islaine Silva e Dráurio Barreira
- 85** **Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002**
Prevalence of HIV Infection in the Voluntary Testing and Counseling Center of the City of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, 2001-2002
Luciana Cordeiro de Araújo, Regina Célia de Souza Campos Fernandes, Maria Clélia Pinto Coelho e Enrique Medina-Acosta
- 91** **Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003**
Profile of Patients with AIDS Followed-up by the Homecare Therapeutic Assistance Service of the Municipality of Contagem, Minas Gerais State, Brazil, 2000-2003
Cintia Faiçal Parenti, Leuza Maria Rodrigues Pereira, Zilanda Silva Brandão e Ana Paula Coelho Silvério
- 97** **Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids**
Integration in Health: Evaluating Articulation and Co-Responsability between the Family Health Program and Specialized Assistance Service
Lucilane Maria Sales da Silva, Terezinha de Andrade Guimarães, Maria Lúcia Duarte Pereira, Karla Corrêa Lima Miranda e Eliany Nazaré Oliveira
- 105** **Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003**
Coverage of Serological Testing and Prevalence of HIV Infection among Pregnant Women in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 1999 to 2003
Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro, Sylmara Pereira Zanatta Rodrigues de Moraes, Rivaldo Venâncio da Cunha, Gisele Maria Brandão de Freitas, Hilda Guimarães de Freitas, Carlos Augusto Botelho e Virgílio Gonçalves de Souza Junior
- 111** **Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil**
Evaluation of Support Houses for Patients with HIV/AIDS in the Municipality of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil
Marisley Vilas Bôas Soares, Aldaísa Cassanho Forster e Manoel Antônio dos Santos

119 **Comportamento de risco para a infecção pelo HIV
entre adolescentes atendidos em um centro de testagem
e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil**

*Risk Behavior to HIV Infection among Adolescents Attending a STD/AIDS Testing and
Counseling Center in the Municipality of Rio de Janeiro, Brazil*

Rosane Harter Griep, Carla Luzia França Araújo e Sônia Maria Batista

127 **Relacionamento de sistemas de informação em saúde:
uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes
infectadas pelo HIV**

*Linkage of Health Information Systems: a Strategy to Optimize the Surveillance of
Pregnant Women Infected by HIV*

Maria do Socorro Cavalcante, Alberto Novaes Ramos Jr. e Ligia Regina Sansigolo Kerr Pontes

134 **Normas para publicação**

I Editorial

O I Concurso Nacional de Artigos Científicos sobre HIV/Aids

Este número especial da revista de *Epidemiologia e Serviços de Saúde* apresenta sete artigos premiados no Concurso Nacional de Artigos Científicos sobre HIV/Aids, realizado em dezembro de 2003.

O concurso teve como objetivo estimular a produção de pesquisas que contribuíssem para a resposta nacional à epidemia de HIV/aids. Foram apresentados 52 trabalhos nas áreas de monitoramento e análise da situação epidemiológica da infecção, avaliação de serviços, programas e tecnologias direcionados à prevenção, assistência e vigilância da infecção pelo HIV/aids.

A seleção dos trabalhos¹⁻⁸ foi encarregada a analistas *ad doc*, que apreciaram uma diversidade de artigos provenientes de todas as regiões do País, mostrando o resultado de trabalhos bem executados, exemplares entre tantos que vêm subsidiando a reposta do Brasil à epidemia desde a década de 80.

Esperamos que a leitura atenta dessas experiências inspire outras novas, as quais, por mais simples que possam parecer, contribuam para gerar mudanças no perfil da aids no País.

Pedro Chequer

Coordenador do Programa Nacional de DST e Aids

Referências bibliográficas

1. Cardoso AJC, Souza JCB, Silva I, Barreira D. O Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 79-84.
2. Araújo LC, Fernandes RCSC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 85-90.
3. Parenti CF, Pereira LMR, Brandão ZS, Silvério APC. Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 91-96.
4. Silva LMS, Guimarães TA, Pereira MLD, Miranda KCL, Oliveira EN. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 97-104.
5. Dal Fabbro MMFJ, Moraes SPZR, Cunha RV, Freitas GMB, Freitas HG, Botelho CA, Souza Jr VG. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 105-110.
6. Soares MVB, Forster AC, Santos MA. Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 111-118.
7. Griep RH, Batista SM, Araújo CLF. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 119-126.
8. Cavalcante MS, Ramos Jr AN, Pontes LRSK. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2005; (14) 2: 127-133.

O Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids

National Scientific Article Contest as a Strategy of Development for People Working with HIV/AIDS

Antonio José Costa Cardoso

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília-DF

Júlio César Borre Souza

Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Islaine Silva

Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Dráurio Barreira

Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Resumo

Como ação indutora do Ministério da Saúde, o Concurso Nacional de Artigos Científicos pretendeu identificar e difundir resultados de pesquisas em saúde que pudessem vir a subsidiar a Resposta Nacional à epidemia de HIV/aids. Lançado o Edital do Concurso em dezembro de 2003, inscreveram-se, até 29 de fevereiro de 2004, 52 trabalhos nas seguintes linhas de pesquisa: monitoração e análise da situação epidemiológica da infecção pelo HIV; e avaliação de serviços, programas e tecnologias direcionadas à prevenção, assistência ou vigilância do HIV/aids. Dos 52 artigos inscritos, 45 (87%) tiveram como autor principal uma mulher, com formação em enfermagem, medicina ou psicologia (72%), inserida em algum serviço de saúde (81%), com alguma especialização (48%), residente em capital de Estado (58%) e nas Regiões Sudeste (33%), Nordeste (29%) ou Sul (25%) do País. Os trabalhos foram submetidos, sem folha-de-rosto, à avaliação estruturada de dois pareceristas *ad hoc*. Com base no parecer final, 15 artigos aceitos pelos dois analistas passaram à etapa final, quando se procedeu a seleção de sete. Entre os sete artigos selecionados, 100% dos autores principais são mulheres, 58% enfermeiras ou médicas, 86% têm mestrado ou doutorado (*versus* 42% entre os inscritos), 72% têm origem na academia e 57% residem na Região Sudeste ou em capital de Estado.

Palavras-chave: ciência e tecnologia em saúde; HIV; aids; concurso de artigos científicos.

Summary

*As an inductive action of the Brazilian Ministry of Health, the National Scientific Article Contest tried to identify and disseminate results of health research that could enhance the National Response to the HIV/AIDS epidemic. Launched in December, 2003, 52 papers were registered by 2nd February, 2004 in the following research fields: monitoring of HIV infection and risk behaviors; and evaluation of services, programs and technologies directed to the prevention, assistance or surveillance of HIV/AIDS. Among the 52 articles submitted, 45 (87%) had a woman as the first author, 72% were graduates of nursing, medicine or psychology, 81% were working in health services, 48% with some specialization, 58% residing in a State capital (33% in the Southeast, 29% in the Northeast and 25% in Southern regions of the Country). The papers were submitted anonymously for a structured evaluation by two *ad hoc* specialists. Based on the final evaluation, 15 articles were accepted by both specialists, out of which seven were selected, with 100% of the main authors being women, 58% nurses or physicians, 86% having Master's or Ph.D. degree (vs. 42% in overall participation), 72% coming from the university and 57% residing in the Southeast region or a State capital.*

Key words: science and technology in health; HIV; AIDS; scientific article contest.

Endereço para correspondência:

SQN 215, bloco A, apto. 311, Brasília-DF. CEP: 70874-010
E-mail: antoniojcc@uol.com.br ou antoniocardoso@fiocruz.br

Introdução

Embora os processos de tomada de decisão em ambientes democráticos sejam extremamente complexos, é de se supor que as decisões têm maior chance de ser efetivas quando fundadas em conhecimentos científicos. Em um contexto de “crise da saúde pública institucionalizada” em escala planetária,¹ tal noção de uma “política de saúde baseada em evidência” vem recebendo especial atenção do Estado moderno.²

No Brasil, não obstante o enorme descompasso entre a produção de conhecimentos e a sua incorporação pelos serviços de saúde, a Saúde Coletiva tem ampliado a sua capacidade de resposta a essa “crise da Saúde” com propostas de uma interação estreita entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS) e uma política de formação de recursos humanos em saúde.^{3,4,5,6}

Entendida por Donnangelo⁷ como “conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais em face das questões de saúde-doença e da organização da assistência”, a Saúde Coletiva pode ser considerada como uma área do conhecimento de natureza interdisciplinar; e também como o âmbito de práticas que envolve a organização da prestação do cuidado, a pesquisa e o ensino, três setores da realidade distintos, analiticamente, mas que precisam estar – cada vez mais – imbricados, se o que se pretende é a melhoria da saúde da população brasileira.⁸

Embora a primeira dessas atividades tenha o serviço de saúde como local privilegiado de prática, e as duas últimas, as instituições de ensino superior e os institutos de pesquisa, importante parcela da pesquisa operacional em saúde é realizada nos serviços, subordinada aos mesmos princípios que regem a pesquisa acadêmica – mérito técnico-científico e competitividade –, que buscam resolver os problemas vivenciados na implantação de programas e ações de saúde valendo-se da grande abertura dos pesquisadores atuantes no cotidiano dos serviços e das diferentes abordagens metodológicas.^{9,10,11,12,13}

Com o propósito de estreitar as relações entre o SUS, o sistema de CTIS e a política de formação de recursos humanos em saúde, a 2ª Conferência Nacional de CTIS definiu sete eixos condutores e sete estratégias de implementação da Política Nacional de CTIS.⁶ Em suma, o que se propõe é a priorização de uma agenda de pesquisas cujos resultados possam ser aplicados no sentido de solucionar os problemas de saúde da popu-

lação (princípios da seletividade, complementaridade e relevância social).

A Saúde Coletiva, uma área do conhecimento de natureza interdisciplinar, é, também, o âmbito de práticas que envolve a organização da prestação do cuidado, a pesquisa e o ensino.

Quanto às estratégias da Política Nacional de CTIS, embora reconhecendo que um nível de separação entre serviço e academia é não apenas inevitável como desejável, acredita-se que o SUS possa se beneficiar do fortalecimento dos laços colaborativos entre os pesquisadores, os profissionais de saúde e o complexo produtivo. Confirmada essa previsão e respeitadas as diferentes vocações institucionais, será necessário aprofundar os mecanismos de cooperação entre serviços, universidades e indústria, contribuindo para a qualificação da decisão técnico-gerencial no SUS.⁸

A idéia de uma “política de saúde baseada em evidência” apenas frutificará se houver maior convergência entre a pesquisa que se realiza e as necessidades de saúde da população brasileira; e se forem introduzidas formas de comunicação acessíveis, compreensíveis para os profissionais de saúde. Com o propósito de socializar a produção científica e tecnológica em prol da equidade e valorizar a capacitação científica e tecnológica das pessoas que trabalham com HIV/aids nos serviços, o Ministério da Saúde promoveu, por meio da Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS/MS), um Concurso Nacional de Artigos Científicos.

Inscrição dos artigos

Lançado o Edital do Concurso na segunda quinzena de dezembro de 2003, com o objetivo expresso de identificar e divulgar resultados de pesquisas em saúde que pudessem subsidiar a Resposta Nacional à epidemia de HIV/aids e, também, contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, inscreveram-se, no período de 1º de janeiro a 29 de fevereiro de 2004, 52 trabalhos. Coerentemente com os objetivos estratégicos do Concurso Nacional, foram habilitados a participar apenas os trabalhadores do SUS, individualmente, em grupo ou – o

que seria preferível – em colaboração com professores, pesquisadores ou técnicos de algum centro de formação ou instituto de pesquisa em saúde.

Cada participante pôde apresentar até dois artigos originais, nas seguintes linhas de pesquisa: monitoração e análise da situação epidemiológica da infecção pelo HIV; e avaliação de serviços, programas e tecnologias direcionadas à prevenção, assistência ou vigilância do HIV/aids. A primeira dessas linhas de abordagem refere-se às análises de situação de saúde, as quais, valendo-se dos próprios registros de saúde, permitem estabelecer prioridades e estratégias de controle da epidemia. A segunda linha beneficia-se de análises que permitem a avaliação de serviços e de programas, destacando-se a sua utilização na vigilância epidemiológica e na análise da incorporação de tecnologias. Goldbaum¹⁴ também identifica esses dois grandes eixos de atuação em pesquisa nos serviços de saúde.

Os trabalhos, a serem encaminhados aos organizadores do Concurso Nacional, deveriam ser elaborados de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, anexados a carta de apresentação, atestando-se que o artigo não fora publicado em outros periódicos. Todos os trabalhos foram enviados em três vias impressas, contendo:

- a) folha-de-rosto;
- b) resumo;
- c) três a cinco palavras-chave;
- d) *summary* (resumo), seguido pelas palavras-chave em inglês;
- e) introdução;
- f) metodologia;
- g) resultados;
- h) discussão;
- i) conclusões ou considerações finais;
- j) considerações éticas, quando pertinentes; e
- l) referências bibliográficas.

O encaminhamento dos artigos pelos autores implicou aceitação das disposições do regulamento do Concurso Nacional e autorização para publicação, pelos organizadores.

De um total de 52 trabalhos inscritos, 45 (87,0%) tiveram como autor principal uma mulher. Se, à primeira vista, tal achado pode sugerir algum viés de participação/seleção, deve-se observar que, à exceção da área médica, praticamente todas as outras

categorias profissionais que atuam no setor Saúde são constituídas, em sua maioria, por mulheres.¹⁵

Quanto à distribuição geográfica, foram inscritos trabalhos de todos os Estados das Regiões Sul e Centro-Oeste. Houve grande participação de pesquisadores dos Estados do Ceará (oito artigos) e do Rio Grande do Sul (sete artigos).

Quanto à distribuição capital *versus* interior, o destaque ficou por conta de uma concentração de artigos oriundos do interior – no caso, da Região Sul (77,0%) –, e das capitais nas Regiões Norte (100%) e Nordeste (87,0%). Entre os artigos vindos do Sudeste e do Centro-Oeste, observou-se um equilíbrio de produção por pesquisadores da capital e do interior dos Estados. Uma possível explicação para esses achados encontra-se no valor atribuído à oportunidade – menos restrita ao Sudeste e às capitais do que às demais macrorregiões e ao interior do país – de publicar em uma revista de divulgação científica.

Avaliação dos artigos inscritos

- A avaliação dos artigos foi realizada em três etapas:
- a) a partir do dia 1º de abril, cada um dos trabalhos foi submetido, sem folha-de-rosto, à avaliação estruturada de dois analistas *ad hoc*;
 - b) fundamentada nessa avaliação, a comissão organizadora identificou 15 artigos que, aceitos por ambos os analistas, habilitavam-se à etapa final;
 - c) então, procedeu-se a seleção de sete artigos com base na pontuação alcançada na avaliação estruturada.

Como se pode observar na Tabela 1, 100% dos artigos selecionados apresentavam mulheres na condição de autor principal (percentual superior aos 87% observados entre os inscritos), 57% com origem na Região Sudeste (o que confirma a proporção esperada segundo a distribuição dos médicos e enfermeiros empregados e grupos de pesquisa em epidemiologia) e 57% na capital do seu Estado (mesmo percentual verificado entre os inscritos). Observou-se uma maior proporção de artigos selecionados de autoria de enfermeiros e médicos (58%), pesquisadores com mestrado ou doutorado (86%) e elaborados a partir do ambiente da academia (72%).

A análise das palavras-chave (Figura 1) revelou a ocorrência de, pelo menos, seis grandes macrotemas, assim distribuídos:

- 1) DST, infecção pelo HIV/aids e soropositividade.

Tabela 1 - Perfil do autor principal dos artigos inscritos e dos artigos selecionados no Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids. Brasil, 2004

Variáveis	Artigos inscritos		Artigos selecionados	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	7	13,0	-	-
Feminino	45	87,0	7	100,0
Macrorregião				
Sudeste	17	33,0	4	57,0
Nordeste	15	29,0	2	29,0
Sul	13	25,0	-	-
Centro-Oeste	6	12,0	1	14,0
Norte	1	2,0	-	-
Município				
Capital	30	58,0	4	57,0
Interior	22	42,0	3	43,0
Formação				
Enfermagem	20	38,0	2	29,0
Medicina	10	19,0	2	29,0
Psicologia	8	15,0	1	14,0
Serviço social	4	8,0	-	-
Outros	6 ^a	12,0	2 ^b	29,0
Não informado	4	8,0	-	-
Titulação				
Doutorado	8	15,0	2	29,0
Mestrado	14	27,0	4	57,0
Especialização	3	6,0	-	-
Graduação	9	17,0	1	14,0
Não informado	18	35,0	-	-
Origem				
Serviço	28	54,0	2	29,0
Academia	14	27,0	3	43,0
Ambos	9	17,0	2	29,0
Não informado	1	2,0	-	-
TOTAL	52	100,0	7	100,0

a) Biologia, educação física, farmácia, fisioterapia, odontologia e terapia ocupacional

b) Biologia e fisioterapia

- 2) Exposição ao HIV/cadeia de transmissão.
- 3) Tendências/características da epidemia do HIV no Brasil.
- 4) Recortes/grupos populacionais.
- 5) Ações e serviços de controle da epidemia.
- 6) Atributos dos sistemas e serviços de saúde (Figura 1).

É mister destacar, nessa breve análise temática:

- o fato de as palavras **HIV** e **aids** serem as mais frequentes;
- a concentração, na macrocategoria “Categoria de exposição ao HIV”, do “Comportamento sexual” e da “Transmissão vertical”;
- a referência a interiorização, pauperização e feminização da epidemia, ainda que esta última apareça como “gestantes”, “mulher” e “mães”;

Macrocategoria 1:	DST, infecção pelo HIV/aids e soropositividade
Categoria 1A:	DST
Categoria 1B:	HIV/infecção pelo HIV/soropositividade
Categoria 1C:	Aids (Sida)
Macrocategoria 2:	Exposição ao HIV/cadeia de transmissão
Categoria 2A:	Risco/vulnerabilidade
Categoria 2B:	Transmissão vertical/transmissão materno-infantil/perinatal
Categoria 2C:	Comportamento sexual/uso do preservativo/parceria sexual
Macrocategoria 3:	Tendências/características da epidemia do HIV
Categoria 3A:	Interiorização
Categoria 3B:	Pauperização
Macrocategoria 4:	Recortes/grupos populacionais
Categoria 4A:	Gestantes/mães
Categoria 4B:	Adolescentes
Categoria 4C:	Jovens
Categoria 4D:	Estudantes (de medicina e de odontologia)
Categoria 4E:	Mulher
Categoria 4F:	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
Categoria 4G:	Turistas
Categoria 4H:	Garimpeiros
Categoria 4I:	Idosos
Macrocategoria 5:	Ações e serviços de controle da epidemia
Categoria 5A:	Prevenção/aconselhamento/educação/quimioprofilaxia/pré-natal
Categoria 5B:	Diagnóstico/teste anti-HIV/teste CD-4
Categoria 5C:	Assistência à saúde/Serviço de Assistência Especializada (SAE)/internação/cuidador/serviço social
Categoria 5D:	Epidemiologia/vigilância epidemiológica/prevalência do HIV
Categoria 5E:	Sistema de informação em saúde (SIS)
Categoria 5F:	Gestão/processo de trabalho
Categoria 5G:	Avaliação/pesquisa
Macrocategoria 6:	Atributos dos sistemas e serviços de saúde
Categoria 6A:	Acolhimento/humanização
Categoria 6B:	Controle social
Categoria 6C:	Intersetorialidade

Figura 1 - Classificação temática das palavras-chave dos trabalhos inscritos no Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids. Brasil, 2004

- a ausência de estudos com grupos mais vulneráveis ao HIV, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis;
- a referência a ações de prevenção e promoção da saúde, como “aconselhamento”, “educação”, “pré-natal”, “diagnóstico/teste anti-HIV” e “assistência em saúde”; e
- a referência ao “acolhimento”, à “humanização”, ao “controle social” e à “intersetorialidade”, como importantes atributos dos serviços de saúde.

Divulgação dos resultados e premiação dos autores

A divulgação do resultado do Concurso Nacional foi feita no dia 5 de julho de 2004, no endereço eletrônico da Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids. A premiação aconteceu na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, durante o I Congresso Brasileiro de Aids, realizado no período de 29 de agosto a 1º de setembro, compreendendo: a) entrega de Certificado, expedido pela CN-DST/AIDS/MS em nome de todos os autores dos sete artigos premiados; b) publicação dos artigos, uma vez reformulados, segundo os questionamentos e sugestões propostos pelos pareceristas; e c) participação do autor principal de cada um dos

sete artigos premiados no I Congresso Brasileiro de Aids, com passagens aéreas, hospedagem e inscrição oferecidas pela CN-DST/AIDS/MS.

Como ação indutora do Ministério da Saúde, o **Concurso Nacional de Artigos Científicos** pretendeu identificar e difundir resultados de pesquisas em saúde que pudessem subsidiar a Resposta Nacional à epidemia de HIV/aids e, assim, contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde; mas, principalmente, funcionar como mecanismo de fomento à cooperação entre as pessoas que trabalham nos serviços de saúde e pesquisadores, visando promover maior convergência entre a pesquisa que se realiza e as necessidades de saúde da população brasileira.

Referências bibliográficas

1. Mendes EV. Os Grandes dilemas do SUS – Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
2. Barreto ML. O Conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004 abr./jun.;9(2):329-338.
3. Paim J, Almeida-Filho N. A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
4. Teixeira CF. O Futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
5. Barreto ML. A Pesquisa em saúde coletiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003 mar./abr.;19(2): 354-355.
6. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; 2004 jul 25-28; Brasília, Distrito Federal. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004. Série Reuniões e Conferências.
7. Donnangelo MCF. A Pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Ensino da saúde pública, ensino da medicina preventiva e social no Brasil – v.II. Rio de Janeiro: Abrasco; 1982. p.17-35
8. Guimarães R. Editorial. *Ciências e Saúde Coletiva* 2004 abr./jun.;9(2):258-258.
9. Guimarães R, Lourenço R, Cosac S. A Pesquisa em epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2001 ago.;35(4):321-340.
10. Guimarães R. Pesquisa no Brasil: a reforma tardia. São Paulo em Perspectiva 2002 out./dez.;16(4): 41-47.
11. Guimarães R. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 nov./dez.;18(6):1496-1497.
12. Hartz ZMA, Camacho LAB. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(Supl.2):13-20.
13. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública* 2000 out.;34(5):547-549.
14. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(Supl.2):95-98.
15. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: MS; 2004.

Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002*

Prevalence of HIV Infection in the Voluntary Testing and Counseling Center of the City of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, 2001-2002

Luciana Cordeiro de Araújo

Centro de Testagem e Aconselhamento, Secretaria Municipal de Saúde de Campos, RJ
Laboratório de Biotecnologia, Centro de Biociências e Biotecnologia, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos, RJ
Unidade de Patologia Clínica, Hospital Geral de Guarus, Campos, RJ

Regina Célia de Souza Campos Fernandes

Centro de Testagem e Aconselhamento, Secretaria Municipal de Saúde de Campos, RJ

Maria Clélia Pinto Coelho

Centro de Testagem e Aconselhamento, Secretaria Municipal de Saúde de Campos, RJ

Enrique Medina-Acosta

Laboratório de Biotecnologia, Centro de Biociências e Biotecnologia,
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos, RJ

Resumo

Com a finalidade de contribuir para o planejamento das ações em DST e aids, o presente estudo objetiva determinar a prevalência da infecção pelo HIV e analisar as características sociocomportamentais em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002 (n=7.386). Para as análises estatísticas, foi utilizado o aplicativo Epi Info 2002. A prevalência de infecção pelo HIV encontrada foi de 0,4% nas mulheres gestantes (n=5.188), 8,1% nas não gestantes (n=1.247) e 12,6% em homens (n=951). Acima de 60% dos usuários possuíam nível fundamental de escolaridade. As mulheres gestantes foram o grupo predominante (70,2%), correspondendo a 36% das gestantes da cidade. A frequência do uso do preservativo foi baixa em todos os estratos. Relações sexuais com parceiro HIV-positivo foram relatadas por 0,1% das mulheres gestantes, 7,8% das não gestantes e 5,2% dos homens; sintomas relacionados à aids foram relatados por 0,1%, 3,4% e 5,6% desses segmentos, respectivamente. O estudo reforça a urgência de ampliação desse atendimento, a importância das ações de prevenção direcionadas à população de menor nível socioeconômico e mais jovem, bem como o desafio de introduzir práticas mais seguras em relação à prevenção do HIV/aids no Município.

Palavras-chave: prevalência do HIV; infecção pelo HIV; gestantes.

Summary

To contribute to the planning of health actions in HIV/AIDS, the present study had as an objective to determine the prevalence of HIV infection and correlating socioeconomic and behavioral factors in users of the Voluntary Testing and Counseling Center located in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil, receiving services from January 2001 to December 2002 (n=7,386). Statistical analyses were performed using Epi Info 2002 software [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)]. The prevalence of HIV infection was 0.4% in pregnant women (n=5,188), 8.1% in non-pregnant women (n=1,247) and 12.6% in men (n=951). Up to 60% of the study population had a basic educational level. Pregnant women (70.2%) were the predominant group studied, corresponding to 36% of all pregnant women in the city for the study period. The frequency of condom usage was low. Sexual intercourse with an HIV-positive partner was reported in 0.1% of pregnant women, 7.8% of non-pregnant women and 5.2% of men. AIDS-related symptoms were reported in 5.6% of men, 3.4% of non-pregnant women and 0.1% of pregnant women. This study reinforces the urgent need to expand HIV screening services, the importance of reassuring prevention policies directed at both lower socioeconomic and younger strata, as well the challenge of introducing safe practices aimed at effective prevention of HIV/AIDS in the municipality.

Key words: HIV prevalence; HIV infection; pregnant women.

* O estudo contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Campos-RJ, Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde e Programa das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Endereço para correspondência:

Rua Conselheiro Otaviano, 241, Centro, Campos dos Goytacazes-RJ. CEP 28010-140
E-mail: luciana.dst aids@censanet.com.br

Introdução

Apesar da redução das taxas de incidência e de mortalidade por aids após a introdução dos inibidores de protease pela terapia anti-retroviral combinada,¹⁻⁵ a epidemia de HIV cresce, em grande parte, de forma silenciosa, pois o diagnóstico da infecção é tardio ou a maioria dos indivíduos não realiza o teste anti-HIV.⁶ Todavia, com a compulsoriedade da notificação determinada apenas para casos de aids e de gestantes soropositivas e crianças expostas,⁷ a vigilância epidemiológica clássica não alcança mensurar o curso da epidemia de HIV. No Brasil, são estimadas 600 mil pessoas infectadas pelo HIV, mas apenas 1/3 delas conhece o seu diagnóstico.⁸

Há alguns anos, a chamada **vigilância de segunda geração do HIV** vem complementando o sistema clássico de vigilância mediante a junção entre o indicador biológico (prevalência da infecção pelo HIV) e a avaliação de comportamentos de risco. Essa vigilância de segunda geração é flexível às necessidades e padrões epidêmicos existentes e oferece uma melhor compreensão das tendências da epidemia, permitindo o melhor planejamento de ações de prevenção e assistência.⁹

A epidemia de HIV cresce de forma silenciosa, pois o diagnóstico da infecção é tardio ou a maioria dos indivíduos não realiza o teste anti-HIV.

A realização de inquéritos epidemiológicos na população geral, em nível local-municipal, exige estrutura logística, recursos financeiros importantes e profissionais especializados em epidemiologia. Na grande maioria dos Municípios, o emprego dessas metodologias é inviável. Contudo, a utilização de outras estratégias é possível quando os serviços de saúde⁹ são considerados como fontes de dados, especialmente aqueles que realizam a testagem anti-HIV e reúnem informações sociocomportamentais de interesse para a vigilância epidemiológica do vírus. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), apesar de seus objetivos primários serem voltados à prevenção, podem contribuir para essa vigilância, tendo em vista a riqueza de dados dos usuários voluntários. É importante considerar as restrições que esse tipo de estudo de demanda atendida implica, principalmente quanto à representatividade e aos vieses de seleção e de

participação presentes nessas estratégias, por se tratar de amostra não aleatória, que limita a generalização dos resultados encontrados.^{9,10}

O Centro de Testagem e Aconselhamento do Município de Campos dos Goytacazes (CTA-Campos), no Estado do Rio de Janeiro, criado em 1996, enfrentou inúmeros desafios até a municipalização da testagem anti-HIV, aquisição de sede própria e informatização do atendimento – graças ao desenvolvimento de um sistema de informação próprio, denominado SIGCTASAE. Até 2002, o CTA-Campos dispunha de um banco de dados com mais de 14.000 atendimentos computados e diagnósticos da infecção pelo HIV, bem como informações socioeconômicas e comportamentais de indivíduos que procuram o serviço voluntariamente, para realização do teste anti-HIV.

Considerando a necessidade de gerar informações epidemiológicas que contribuam para a vigilância do HIV e a estrutura informatizada do CTA-Campos, o presente estudo propôs-se a determinar a prevalência da infecção pelo HIV nos usuários atendidos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2002,¹¹ e analisar algumas características sociocomportamentais da população que busca a testagem anti-HIV no serviço.

Metodologia

Delineamento: estudo observacional transversal para determinação da prevalência da infecção pelo HIV na população de usuários do CTA-Campos.

População estudada: usuários (N=7.386) voluntários do CTA-Campos, atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002.

Critérios de inclusão: foram considerados elegíveis os usuários atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002.

Critérios de exclusão: foram considerados inelegíveis os usuários (a) que não realizaram a coleta de sangue por desistência ou impossibilidade de coleta, (b) que tiveram seus resultados indisponíveis e (c) cujos dados apresentaram inconsistência (questionário pré-teste).

Coleta de dados: os procedimentos para a coleta de dados seguiram a rotina de atendimento do CTA-Campos. Esse serviço conta com aconselhamento coletivo e individual pré-teste, coleta de sangue e aconselhamento individual pós-teste. Os usuários voluntários, após terem passado pelo aconselhamento coletivo e recebido informações sobre a infecção, o diagnóstico, as formas

de transmissão e a prevenção, foram entrevistados, individualmente, por um profissional de nível superior da área da Saúde capacitado em aconselhamento. O aconselhador alimentou o banco de dados do sistema SIGCTASAE, desenvolvido pelo CTA-Campos, com as respostas referentes ao questionário estruturado do serviço. O questionário foi preenchido conforme as informações prestadas pelos usuários durante a entrevista individual. Após a realização do teste sorológico, um digitador inseriu, no banco de dados, o resultado de cada teste. O laudo foi entregue ao usuário por um aconselhador – durante o atendimento e devidas orientações pós-teste –, que, em seguida, confirmou a entrega do resultado no banco de dados do sistema.

Variáveis: para determinação da prevalência da infecção pelo HIV, foi considerado, como variável de desfecho, o resultado de teste laboratorial anti-HIV 1 e 2 positivo, conforme a realização do algoritmo recomendado pelo Ministério da Saúde no período do estudo. Para as análises de frequência, foram consideradas, além do “motivo da realização do teste anti-HIV” informado, as variáveis socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, estado civil/marital) e a variável comportamental “uso de preservativo nos últimos 12 meses”.

Análise: realizou-se a migração do banco de dados do sistema SIGCTASAE para o programa Epi Info 2002, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), visando obter as frequências das variáveis e determinar os intervalos de confiança. Para a análise da cobertura diagnóstica em gestantes, foi utilizada a informação do Departamento de Informática do SUS (Datasus) referente ao número de nascidos vivos no Município durante o período de estudo, disponível no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc). Esse indicador foi considerado pelos autores como o mais próximo da realidade desse estrato populacional. É importante esclarecer, contudo, que ele não expressa o número real de gestantes no Município, uma vez que, nele, não estão computados os casos de natimortalidade [Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)], nem os de aborto no período gestacional.

A prevalência da infecção pelo HIV foi determinada pelo percentual de usuários soropositivos para o teste anti-HIV em relação ao total de usuários do estrato em questão.

Considerações éticas

O projeto do estudo obteve aprovação do Comitê Regional de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de

Campos, resguardado o sigilo de quaisquer informações que pudessem identificar os sujeitos da pesquisa.

Resultados

Foram analisados 7.386 atendimentos do CTA-Campos, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002, dos quais 70,2% pertenciam ao grupo de mulheres gestantes (n=5.188), 16,9% ao grupo de mulheres não gestantes (n=1.247) e 12,9% (n=951) ao grupo de homens (Tabela 1). Com relação ao grupo de mulheres gestantes, a cobertura diagnóstica foi analisada utilizando-se como indicador populacional o número de nascidos vivos no período, correspondendo a 36% de todas as gestantes do Município para o período de estudo (dados não mostrados). Nesse caso, há que se considerar que a cobertura diagnóstica pode estar superestimada, pois o indicador utilizado (número de nascidos vivos) não reflete o total de gestantes no Município.

A prevalência da infecção pelo HIV foi determinada para os três grupos estudados nos períodos de 2001 e 2002, separadamente, assim como no biênio 2001-2002 (Tabela 1). No grupo de mulheres gestantes, a prevalência da infecção pelo HIV correspondeu a 0,4% nos dois anos analisados. Entre os homens, a prevalência da infecção pelo HIV foi de 10,3%, 14,2% e 12,6% para 2001, 2002 e o biênio 2001-2002, respectivamente. No grupo de mulheres não gestantes, a prevalência correspondeu a 6,7%, 9,3% e 8,1% para os mesmos períodos, respectivamente (Tabela 1).

A distribuição por faixa etária, escolaridade e estado civil/marital encontra-se representada na Tabela 2. Em relação à faixa etária, foi observada uma distribuição normal entre todos os recortes de usuários; apenas foi observada uma diferenciação para o grupo de mulheres gestantes, o qual apresentou maior concentração na faixa de 20 a 49 anos, possivelmente devido à idade fértil. Nas gestantes, as maiores prevalências foram encontradas nas faixas etárias de 13 a 19 anos (0,5%) e de 35 a 44 anos (0,51%). Para o grupo de mulheres não gestantes, a prevalência da infecção pelo HIV foi maior na faixa etária de 45 a 64 anos (10,4% -10,6%). Para o sexo masculino, a prevalência foi maior na faixa etária de 35 a 44 anos (20,8%).

Em todos os segmentos de usuários, predominou o nível de escolaridade “<8 anos de estudo”. Entre gestantes e usuários do sexo masculino, a prevalência da infecção pelo HIV foi maior nos estratos de menor

Tabela 1 - Prevalência da infecção pelo HIV em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, segundo gênero e situação gestacional. Brasil, 2001 e 2002

Ano de referência	Gênero					
	Masculino		Feminino			
			Não gestante		Gestante	
	Frequência de atendimento (%)	Prevalência (%) (IC95%) ^a	Frequência de atendimento (%)	Prevalência (%) (IC95%) ^a	Frequência de atendimento (%)	Prevalência (%) (IC95%) ^a
2001	11,9	10,3 (7,5-13,9)	17,8	6,7 (4,8-9,1)	70,3	0,4 (0,2-0,8)
2002	13,6	14,2 (11,5-17,4)	16,2	9,3 (7,3-11,8)	70,2	0,4 (0,2-0,8)
2001-2002	12,9	12,6 (11,5-17,4)	16,9	8,1 (6,7-9,8)	70,2	0,4 (0,3-0,7)

a) Intervalo de Confiança (IC) de 95%

escolaridade. Essa associação não foi evidente entre não gestantes. Quanto ao estado civil/marital, uma grande proporção de gestantes (76,7%) informou estar casada ou convivendo maritalmente. Nos demais segmentos, a proporção de casados/amigados foi menor. Em gestantes, a prevalência da infecção pelo HIV foi maior entre as solteiras. Quanto às mulheres não gestantes e aos usuários do sexo masculino, essa prevalência foi maior entre os viúvos, apesar de se tratar de amostra muito pequena (Tabela 2).

Na análise da variável “motivo da realização do teste anti-HIV”, o grupo de mulheres gestantes apresentou, como principal motivo, “indicação médica”. Os outros dois segmentos informaram “curiosidade/precaução” seguida de “indicação médica”, como principais motivos. As prevalências da infecção pelo HIV foram maiores naqueles usuários desses dois grupos populacionais que relataram relações sexuais com parceiros sabidamente HIV-positivos e naqueles com sintomas relacionados à aids. É importante notar que cada motivo de realização do teste originou-se de uma pergunta no questionário. Houve indivíduos que atribuíram a realização do teste a mais de um motivo. Essa interação entre as variáveis não foi analisada por este estudo.

Em relação à variável comportamental “uso de preservativo nos últimos 12 meses”, cerca de 80% de todos os usuários não usou preservativo no período questionado; ou utilizou o preservativo irregularmente, o que seria de esperar no segmento de gestantes, haja vista a ocorrência de gestação, por si só, indicar o não-uso ou o uso irregular desse insumo de prevenção. Contudo, nos outros grupos, esperava-se maior frequência de uso de preservativo devido às campanhas educativas, tanto em

nível nacional como local, e à sua distribuição regular pela Coordenação do Programa Municipal DST e Aids.

Discussão

Em detrimento dos demais segmentos atendidos no CTA-Campos, foi observada uma grande proporção de gestantes. Esse achado, provavelmente, reflete uma dificuldade de cobertura da demanda do pré-natal pela atenção básica (Tabela 1). A prevalência da infecção pelo HIV em gestantes (0,4%) foi inferior àquela encontrada para o país (0,57%) e para a Região Sudeste (0,64%), resultado do estudo sentinela nacional no corte do 2º semestre de 2000.¹² Embora essa prevalência tenha-se mantido nos dois anos enfocados por este estudo, serão necessárias outras análises para verificar a representatividade da amostra estudada, pois, apesar de representar cerca de 36% das gestantes do Município, trata-se de amostra não aleatória de demanda atendida. Dessa forma, pode haver influência dos vieses de amostragem e participação. Sendo assim, apesar da apresentação dos IC95% calculados, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados obtidos, pois a falta de aleatoriedade na amostragem limita a realização de quaisquer extrapolações das prevalências ou possíveis associações observadas na população estudada.

As prevalências da infecção pelo HIV entre mulheres não gestantes e usuários do sexo masculino foram altas, relativamente, mesmo quando comparadas com a prevalência observada no grupo de pacientes de clínicas de DST do corte do estudo sentinela nacional.¹² Porém, é importante considerar o tamanho da amostra analisada e o fato de essa prevalência concentrar-se naqueles

Tabela 2 - Prevalência da infecção pelo HIV segundo variáveis selecionadas em três segmentos da demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro. Brasil, 2001 e 2002

Característica	Prevalência da infecção pelo HIV		
	Não gestantes ^a n=1.247	Gestantes ^a n=5.188	Homens ^a n=951
Motivo da realização do teste anti-HIV			
Relações sexuais com parceiro sabidamente HIV-positivo	23,7% (23/97)	0% (0/5)	24,5% (12/49)
Sintomas relacionados à aids	35,7% (15/42)	0% (0/5)	56,6% (30/53)
Indicação médica	13,7% (56/409)	0,48% (22/4.545)	21,2% (77/363)
Curiosidade/precaução	2,1% (13/604)	0% (0/57)	3,4% (16/468)
Faixa etária (anos)			
<1	0% (0/6)	0% (0/0)	0% (0/4)
1-12	3,3% (2/61)	0% (0/15)	12,1% (8/67)
13-19	0% (0/87)	0,50% (5/996)	4,3% (2/46)
20-24	5,8% (9/155)	0,47% (8/1.697)	6,4% (11/172)
25-34	9,4% (31/329)	0,32% (6/1.879)	11,7% (29/248)
35-44	9,6% (34/355)	0,51% (3/586)	20,8% (43/207)
45-54	10,4% (20/193)	0% (0/15)	16,4% (22/134)
55-64	10,6% (5/47)	0% (0/0)	8,4% (5/59)
65-80	0% (0/14)	0% (0/0)	0% (0/14)
Escolaridade			
<8 anos de estudo	8,6% (52/601)	0,66% (15/2.274)	14,3% (63/440)
8 anos de estudo	10,9% (29/266)	0,49% (7/1.429)	13,1% (28/214)
>8 anos de estudo	5,1% (17/333)	0% (0/1.448)	8,8% (23/262)
Não informado	6,4% (3/47)	0% (0/37)	17,1% (6/35)
Estado civil/marital			
Casado/amigado	7,5% (41/547)	0,35% (14/3.981)	9,9% (39/391)
Solteiro	6,9% (30/433)	0,66% (7/1.064)	13,1% (55/419)
Separado	11,5% (15/130)	0% (0/48)	12,9% (8/62)
Viúvo	16,7% (9/56)	0% (0/11)	40,0% (4/10)
Não informado	7,4% (6/81)	1,2% (1/84)	20,3% (14/69)
Uso de preservativo nos últimos 12 meses			
Não usou	9,8% (67/682)	0,41% (12/2.905)	12,6% (48/380)
Usou às vezes	5,5% (16/288)	0,42% (8/1.863)	13,4% (35/262)
Usou quase sempre	5,5% (4/73)	0% (0/275)	5,4% (4/74)
Usou sempre	6,8% (8/118)	1,49% (1/67)	13,1% (17/129)
Não informado	6,9% (6/86)	1,28% (1/78)	15,2% (16/106)

a) Os números entre parênteses representam o quantitativo de indivíduos com resultado positivo de testagem para o HIV dividido pelo quantitativo de indivíduos testados que apresentam a característica.

indivíduos cujo motivo pela procura do teste anti-HIV no CTA foi “sintomas relacionados à aids” (35,7% e 56,6%, respectivamente), “relações sexuais com parceiro sabidamente HIV-positivo” (23,7% e 24,5%) e/ou “indicação médica” (13,7% e 21,2%). Essa prevalência é, consideravelmente, menor para os estratos cujo motivo da realização do teste foi “curiosidade/precaução” (2,1% e 3,4%, respectivamente). As gestantes tiveram como principal motivo da realização do teste a “indicação médica” pelo programa de acompanhamento

pré-natal. Porém, a estratificação não influenciou na prevalência para esse grupo, que representa 87,3% da amostra analisada.

Quanto à faixa etária, foi observado um acréscimo da prevalência entre gestantes das faixas etárias de 13-19 anos e 35-44 anos. A frequência do estrato de 13-19 anos (19,2%) nesse grupo reflete a ocorrência de gravidez entre adolescentes no Município. A prevalência do HIV em gestantes foi maior quanto menor a escolaridade, o que reforça uma vulnerabilidade

maior à infecção pelo HIV associada à baixa escolaridade – possivelmente relacionada com a tendência de pauperização da epidemia de HIV/aids.

Quanto ao uso de preservativo, foi observada uma alta frequência de não-uso ou uso irregular e uma baixa frequência do uso consistente (“usou sempre”), maior entre os homens (13,1%, contra 9,5% de mulheres não gestantes). Esses dados estão de acordo com aqueles encontrados por Paiva e colaboradores.¹³ Os usuários informaram, em grande parte, a condição de casados ou amigados, o que pode ter contribuído para a baixa frequência do uso de preservativo. Tem sido descrita uma associação entre a relação fixa “casado/amigado” e a baixa frequência do uso de preservativo.¹³ Para verificar essa associação, seriam necessárias análises bivariadas. Mesmo nas relações não-fixas, o uso de preservativo tem-se mostrado aquém do esperado. A prevalência da infecção pelo HIV foi maior entre os indivíduos com relações sexuais não-fixas, em todos

os estratos. Esse dado, associado à baixa frequência do uso de preservativo, representa um fator relevante para o risco de infecção pelo HIV.

O presente estudo reforça a urgência de ampliação do atendimento, a importância das ações de prevenção direcionadas à população de menor nível socioeconômico e de menor idade e o desafio de introduzir práticas mais seguras em relação à prevenção de HIV/aids no Município, conforme as tendências já observadas para a epidemia. Ademais, este trabalho marca a conquista do desafio de iniciar a utilização dos dados gerados pelo CTA-Campos para o melhor conhecimento da epidemia de HIV local e a geração de respostas operacionais sobre demanda reprimida; para o planejamento das ações de ampliação do acesso ao diagnóstico – especialmente na atenção durante o período pré-natal –, das ações de prevenção e de assistência aos portadores do HIV e pacientes de aids no Município de Campos.

Referências bibliográficas

- Williams AB. New horizons: antiretroviral therapy in 1997. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 1997;8(4):26-38.
- Brodt HR, Kamps BS, Gute P, Knupp B, Staszewski S, Helm EB. Changing incidence of AIDS-defining illnesses in the era of antiretroviral combination therapy. *AIDS* 1997;11(14):1731-1738.
- Chiasson MA, Berenson L, Li W, Schwartz S, Singh T, Forlenza S, Mojica BA, Hamburg MA. Declining HIV/AIDS mortality in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1999;21(1):59-64.
- Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Out Patient Study Investigators. *New England Journal of the Medicine* 1998;338(13):853-60.
- Chequer P, Sudo E, de Ávila VMA, Cunha C, Veloso VG. O impacto da terapia anti-retroviral [monografia na Internet]. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids; 1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
- Schechter M, Rachid M. Manual de HIV/Aids. 7ª ed. Rio de Janeiro: Revinter RJ; 2003.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Definição nacional de casos de Aids em indivíduos com 13 anos ou mais. Brasília: MS; 1998.
- Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. *AIDS Boletim Epidemiológico* 2001;1(1ª a 13ª semanas epidemiológicas).
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Vigilância do HIV no Brasil, Novas Diretrizes. Brasília: MS; 2002.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Araújo LC. Prevalência da infecção pelo HIV no Município de Campos-RJ [projeto de tese de mestrado]. Campos dos Goytacazes (RJ): Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; 2003.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Soroprevalência para o HIV segundo corte e grupo. Estudo Sentinela Brasil. 1997-2000 [monografia na Internet]. Brasília: MS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
- Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de preservativos: Pesquisa Nacional MS/Ibope, Brasil 2003 [monografia na Internet]. Brasília: MS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003

Profile of Patients with AIDS Followed-up by the Homecare Therapeutic Assistance Service of the Municipality of Contagem, Minas Gerais State, Brazil, 2000-2003

Cíntia Faiçal Parenti

Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica, Programa Municipal de DST e Aids, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem-MG

Leuza Maria Rodrigues Pereira

Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica, Programa Municipal de DST e Aids, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem-MG

Zilanda Silva Brandão

Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica, Programa Municipal de DST e Aids, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem-MG

Ana Paula Coelho Silvério

Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica, Programa Municipal de DST e Aids, Secretaria Municipal de Saúde de Contagem-MG

Resumo

O Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, atende pacientes com aids impossibilitados de comparecer ao ambulatório ou que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento. O objetivo do estudo é avaliar as indicações mais frequentes de ADT, as características dos pacientes atendidos e sua evolução. Os dados foram obtidos mediante preenchimento de questionário contendo informações retiradas dos prontuários dos pacientes da ADT, no período de agosto de 2000 a dezembro de 2003, logo digitados e analisados utilizando-se o *software* Epi Info 2002. Os resultados demonstram que, entre os 34 pacientes assistidos, 10 (29%) eram do sexo feminino e 24 (71%) do masculino. A mediana de idade foi de 36 anos. Dezesesseis pacientes (44%) tinham diagnóstico de tuberculose; e dez (29%), de neurotoxoplasmose. Na admissão, a mediana de CD4 foi de 110 cel/mm³; e na alta, 162 cel/mm³ (p=0,23). A mediana do peso inicial foi de 50 kg; e na alta, 56 kg (p=0,01). A mediana de permanência na ADT foi de 127 dias. Nove pacientes ainda são assistidos pelo serviço. Dos 25 que receberam alta, 17 (68%) obtiveram melhora clínica, quatro (16%) evoluíram para óbito, dois (8%) abandonaram o seguimento, um (4%) evadiu-se do domicílio e um (4%) foi internado. Concluímos que a ADT mostrou bons resultados na recuperação de pacientes com importante comprometimento do estado geral, seqüelados ou com dificuldade de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: HIV; aids; domiciliar; assistência; adesão.

Summary

The Homecare Therapeutic Assistance Service (ADT) of the Municipality of Contagem, Minas Gerais State, Brazil, assists patients with AIDS who are unable to attend routine ambulatory follow-up or persons with non-adherent treatment. The objective of this study is to evaluate the most common indications for ADT, the features of enrolled patients and their outcomes. The data, obtained using a questionnaire with information extracted from ADT patient records available from August 2000 to December 2003, were recorded and analysed using Epi Info 2002 software. The results showed that, among 34 assisted patients, 10 (29%) were female, 24 (71%) male and the median age was 36 years. Sixteen patients (44%) had a diagnosis of tuberculosis and 10 (29%) of neurotoxoplasmosis. At admission, the median CD4 count was 110 cells/mm³; and at discharge, 162 cells/mm³ (p=0.23). The initial median weight was 50 kg; and at discharge, 56 kg (p=0.01). The median time in the ADT program was 127 days. Nine patients are still receiving followup services. Among the 25 cases discharged, 17 (68%) had improvement, 4 (16%) died, 2 (8%) have abandoned treatment, 1 (4%) left his residence, and 1 (4%) was hospitalized. We concluded that ADT was useful in patients recovering from compromised baseline status, those who presented with sequelae and those with difficulty adhering to therapy.

Key words: HIV; AIDS; indwelling; assistance; adhering.

Endereço para correspondência:

Rua Lindolfo de Azevedo, 510, apto. 304, Bairro Jardim América, Belo Horizonte-MG. CEP: 30460-050
E-mail: parenti@gold.com.br

Introdução

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) é um serviço prestado a pacientes com infecção pelo HIV/aids no seu domicílio, mediante a realização de visitas por uma equipe que pode contar com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e motorista. O serviço é destinado a pacientes que se encontram impossibilitados, temporária ou definitivamente, de comparecer ao ambulatório, ou que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento. Frequentemente, a ADT é solicitada para pacientes com diagnóstico recente de aids e infecção oportunista que determine importante comprometimento do estado geral e demande tratamento complexo; ou, ainda, para pacientes que recebam alta após internação hospitalar prolongada e se encontrem em estado de caquexia ou com seqüelas motoras, cognitivas, visuais ou auditivas. Pacientes que se encontram em abandono de tratamento – de anti-retrovirais e/ou tuberculostáticos, principalmente – também se beneficiam da assistência temporária em domicílio, a qual, na maioria das vezes, consegue resgatar o paciente para o tratamento regular e, posteriormente, ambulatorial. A ADT é uma alternativa à internação hospitalar, reduzindo a demanda de vagas e o tempo de duração das internações convencionais. O serviço prestado inclui consultas das áreas profissionais descritas, coleta de material para exames, administração de medicamentos via intramuscular ou endovenosa, orientação sobre o uso das medicações e adesão, informação ao paciente e a seus familiares sobre cuidados domiciliares, higiene e alimentação, trabalho de prevenção, entre outros. Ele exige o envolvimento da família, que proporciona atenção humanizada e diferenciada ao paciente, tornando a sua recuperação mais rápida. A equipe da ADT trabalha em conjunto com um cuidador, uma pessoa mais próxima ao paciente, que cuida da sua higiene, alimentação e medicação.

Com a evolução da epidemia e suas profundas modificações (pauperização, heterossexualização, feminilização, interiorização e juvenilização)¹ e a disponibilidade de anti-retrovirais cada vez mais eficazes, a assistência domiciliar terapêutica também vem-se transformando profundamente. No seu início, a ADT prestava atenção, na maioria das vezes, a pacientes em fase terminal; hoje, ela oferece assistência a pacientes em fase de recuperação, que costumam retornar ao

acompanhamento ambulatorial após melhora do seu estado nutricional, tratamento da infecção oportunista ou recuperação de seqüelas.

A ADT aos portadores do HIV/aids como iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil foi inaugurada em 1995.² No Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, o serviço foi implantado em agosto de 2000, em função da demanda da equipe do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Município, que constatou a carência de assistência domiciliar a pacientes com necessidades especiais. A equipe ADT-Contagem é formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e motorista. Está sediada no Centro de Consultas Especializadas Íria Diniz, na Av. João César de Oliveira, 2889, Bairro Eldorado, Contagem-MG.

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) é um serviço prestado a pacientes com HIV/aids, mediante visitas ao seu domicílio feitas por uma equipe que pode contar com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e motorista.

Até o momento da conclusão deste relatório, não se conhecia o perfil dos indivíduos com aids acompanhados pelo serviço no Município ou as principais indicações para ADT, tampouco os resultados e o impacto das suas ações sobre a evolução desses pacientes. O presente estudo tem como objetivo geral analisar dados referentes aos pacientes atendidos na ADT-Contagem, no período de agosto de 2000 a dezembro de 2003. Os seus objetivos específicos são: descrever os principais fatores de aceitação e recusa de paciente na ADT; e descrever dados epidemiológicos dos pacientes admitidos, bem como sua procedência, forma de transmissão do HIV, principais infecções oportunistas, dados laboratoriais, tempo de permanência em ADT, evolução clínica e destino.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal que analisa informações referentes aos pacientes atendidos na ADT-Con-

tagem, no período de agosto de 2000 a dezembro de 2003. Os dados foram coletados mediante preenchimento de questionário formulado pela equipe de ADT, contendo duas partes. A primeira parte do questionário refere-se aos motivos de aceitação (falta de adesão, intolerância à medicação, complexidade do tratamento, doença sistêmica concomitante, desnutrição, déficit motor incapacitante, etilismo crônico, distúrbio psiquiátrico, distúrbio cognitivo, situação socioeconômica, necessidade de cuidados de enfermagem) ou não-aceitação pela ADT (falta de cuidador, residência fora da área de abrangência, instabilidade clínica e recusa do paciente e/ou família). A segunda parte se refere aos pacientes incluídos no serviço e compreende dados demográficos, procedência, forma de transmissão do HIV, principais infecções oportunistas, dados laboratoriais, tempo de permanência em ADT, evolução clínica e destino. Os dados foram obtidos a partir das informações disponíveis nos prontuários dos pacientes, logo digitados e analisados utilizando-se o *software* Epi Info 2002. Na análise estatística, as medianas foram comparadas por meio do teste não paramétrico de Mann Whitney, com nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Durante o período de agosto de 2000 a dezembro de 2003, foram recebidas 41 solicitações de vaga de

ADT: 34 foram aceitas e sete recusadas. Os motivos de recusa de vaga foram: falta de cuidador (três casos); residência fora da área de abrangência (dois casos); recusa do paciente em receber assistência (um caso); e ausência de indicação de assistência domiciliar (um caso). Os motivos para aceitação do paciente foram, em ordem decrescente: necessidade de melhorar a adesão ao tratamento; doença sistêmica concomitante; desnutrição; complexidade do tratamento; déficit motor incapacitante; etilismo; baixo nível socioeconômico; necessidade de cuidados de enfermagem; déficit cognitivo; intolerância às medicações; e doença psiquiátrica (Figura 1).

Entre os 34 pacientes atendidos na ADT, dez (29%) eram do sexo feminino e 24 (71%) do sexo masculino. A mediana de idade foi de 36 anos, variando de 19 a 64 anos. Nas mulheres, essa mediana foi de 38 anos (26 a 54); e entre os homens, de 36 anos (19 a 64). Não foi observada diferença estatística entre as medianas de idade ($p=0,53$). Quatro pacientes (12%) referiram nunca ter frequentado escola e seis pacientes (17%) referiram 1 a 3 anos de estudo; 20 pacientes (59%), 4 a 7 anos; um paciente (3%), 8 a 11 anos; dos três pacientes restantes (9%), não se obteve tal informação. Quatorze pacientes (41%) estavam desempregados e sete (21%) eram aposentados; três (9%), trabalhadores autônomos; dois (6%) eram pensionistas; dois (6%) recebiam auxílio-doença; e dos seis restantes

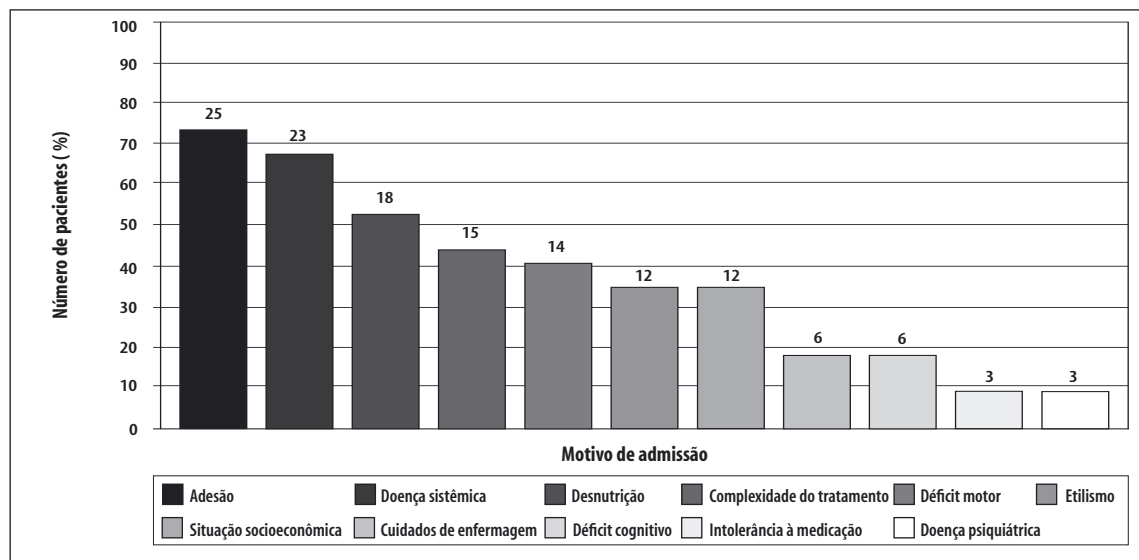


Figura 1 - Motivo de admissão de 34 pacientes pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, agosto de 2000 a dezembro de 2003

(17%) não se obteve essa informação. Em relação ao estado civil, 16 pacientes (47%) eram solteiros e dez (29%), casados; cinco (15%), separados ou divorciados; dois (6%), viúvos; e um paciente (3%) não concedeu essa informação.

A provável forma de transmissão do HIV foi por relação heterossexual, em 22 pacientes (64%), relação homo ou bissexual, em seis pacientes (18%); e uso de drogas endovenosas, em seis pacientes (18%). Quinze pacientes (44%) eram etilistas, no momento do diagnóstico da aids. Sobre o uso do preservativo antes do diagnóstico, cinco pacientes (15%) faziam uso regular e dez (29%) não o utilizavam; oito (24%), às vezes; e 11 (32%) não responderam a essa questão. Treze pacientes (38%) relataram história pregressa de outras doenças sexualmente transmissíveis. Vinte e três pacientes (68%) provinham do Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Contagem, dez (29%) de hospitais e apenas um (3%) de outro SAE. Na assistência domiciliar, o cuidador era a mãe do paciente em dez casos (29%), outro familiar em 20 (59%), vizinho em um (3%), profissional contratado em um (3%) e outra pessoa em dois casos (6%).

A respeito das infecções oportunistas na admissão na ADT, 16 pacientes (44%) estavam em tratamento de tuberculose e dez (29%) apresentavam neurotoxoplasmose (doença em atividade e/ou seqüela); três (9%), neurocriptococose; três (9%), micobacteriose atípica; dois (6%), retinite por citomegalovírus; dois (6%), herpes zoster; um (3%), candidíase oral; um (3%), complexo aids-demência; um (3%), linfoma não-Hodgkin; e um (3%), sarcoma de Kaposi (Figura 2). Por ocasião da admissão pela ADT, a mediana de CD4 (contagem de linfócitos CD4⁺) foi de 110 cel/mm³ (3 a 584); e no momento da alta, 162 cel/mm³ (13 a 707), $p=0,23$ (Figura 3). A mediana do peso inicial foi de 50 kg; e na alta, de 56 kg ($p=0,01$). A mediana de tempo de permanência na ADT foi de 127 dias (sete a 850 dias). O número de internações durante o período de ADT variou de 0 a três internações/paciente.

Dos 34 pacientes que foram admitidos na ADT, nove ainda se encontram atendidos pelo serviço. Dos 25 que receberam alta, 17 (68%) obtiveram melhora clínica e adesão, quatro (16%) evoluíram para óbito, dois (8%) abandonaram o seguimento, um (4%) evadiu-se do domicílio e um (4%) foi encaminhado para internação. Na última avaliação, realizada em dezembro de 2003,

desses 25 pacientes, 18 (72%) encontravam-se em acompanhamento pelo SAE, seis (24%) haviam evoluído para óbito e um (4%) encontrava-se em abandono de tratamento. Dos seis óbitos, quatro haviam sido por patologia associada à aids, um por auto-extermínio e um por agressão.

Discussão

O presente estudo analisou os dados epidemiológicos dos pacientes atendidos pelo Serviço de Assistência Domiciliar de Contagem no período de agosto de 2000 a dezembro de 2003. Trata-se de número pequeno de casos (34 pacientes) que, entretanto, corresponde ao total de 100% dos pacientes acompanhados em domicílio, desde o início de funcionamento do serviço.

Com o advento da terapia anti-retroviral de alta potência e a maior disponibilidade de propedêutica para diagnóstico de infecções oportunistas, os pacientes soropositivos para o HIV, nos últimos anos, vêm apresentando maior sobrevida, com melhor qualidade. Contudo, surgiu uma outra dificuldade para a condução desses pacientes: a falta de adesão ao tratamento, determinada pelo uso de grande número de medicamentos, restrições em relação à dieta, necessidade de rigor no cumprimento de horários, efeitos colaterais freqüentes, etc. Na amostra analisada, foi observado que 74% dos pacientes apresentavam, como um dos critérios de indicação para ADT, a dificuldade de adesão ao tratamento. Isso se torna evidente, principalmente, nos pacientes co-infetados por HIV/tuberculose (TBC), onde a falta de adesão provoca não apenas insucesso no tratamento do paciente, mas também risco de transmissão para familiares e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes.

A proporção encontrada entre os sexos (2,4:1 – homens:mulheres) e a presença de extremos de idade na amostra apresentada refletem tendências já descritas, tanto em nível nacional³ quanto mundial. Os resultados em relação à escolaridade também reforçam dados nacionais anteriores,⁴ indicando progressiva disseminação da epidemia para os estratos sociais de menor escolaridade. Igualmente, os percentuais encontrados sobre a forma de transmissão do HIV – 64% atribuídos a relação heterossexual – apontam para uma tendência da epidemia³ conhecida desde o início da década de 90, demonstrando ser essa uma forma de transmissão atual cada vez mais freqüente, em comparação com

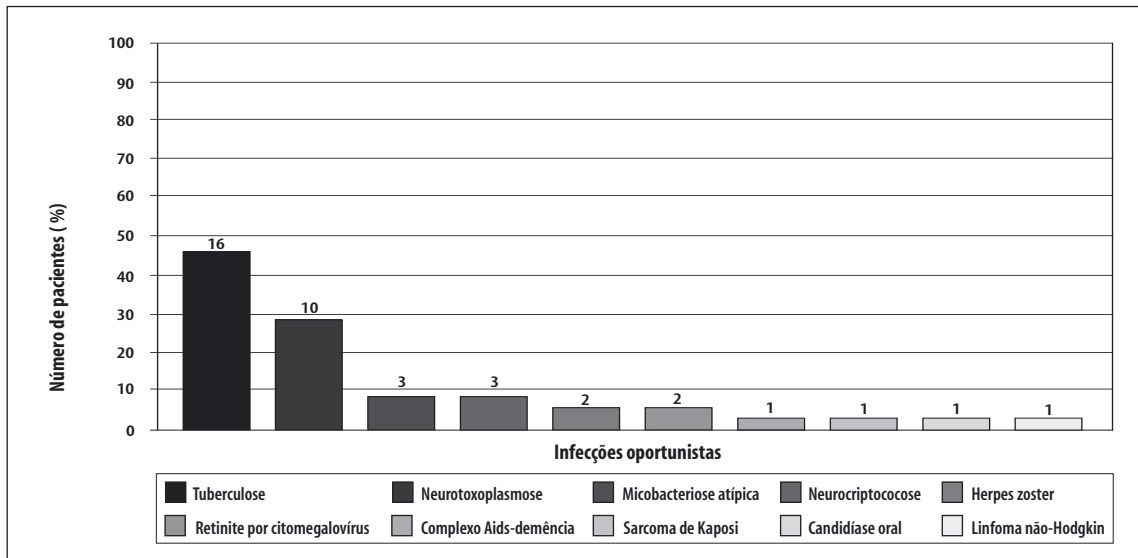


Figura 2 - Infecções oportunistas em 34 pacientes assistidos pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, agosto de 2000 a dezembro de 2003

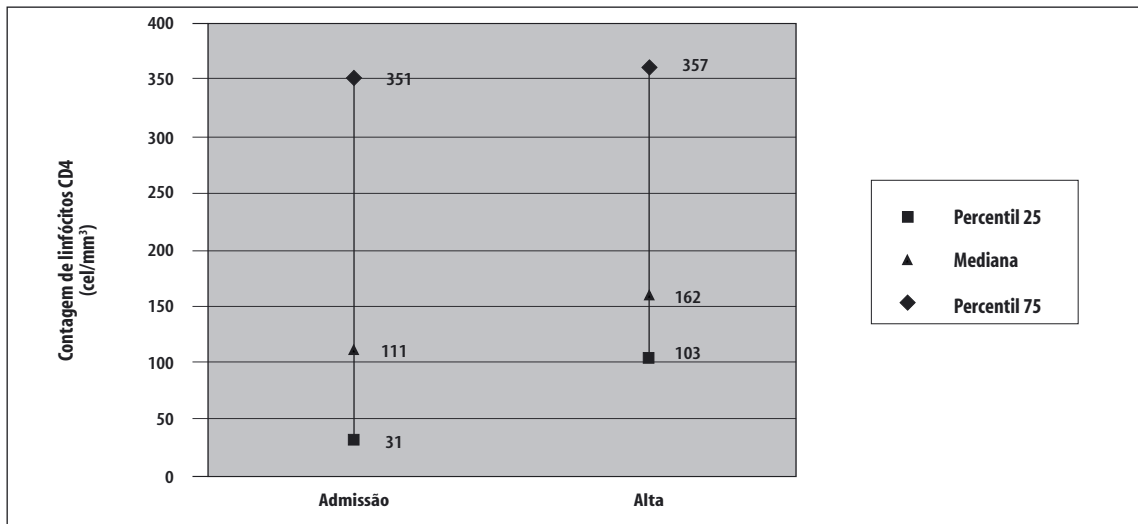


Figura 3 - Contagem de linfócitos CD4+ na admissão e na alta de 34 pacientes assistidos pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, agosto de 2000 a dezembro de 2003

a transmissão por uso de drogas endovenosas ou por relação homossexual.

É importante salientar que 41% dos pacientes apresentavam, à admissão, déficit motor incapacitante como um dos critérios de indicação de ADT. Esse dado aponta para a importância dos cuidados de enfermagem em domicílio (curativos, tratamento de escara, coleta de material para exame, etc.) e para

a necessidade do fisioterapeuta como mais um componente a integrar a equipe multidisciplinar.

A tuberculose estava presente em quase metade (44%) da amostra, dado superior ao encontrado na literatura sobre a distribuição de infecções oportunistas (26%).⁵ Essa discrepância pode ser reflexo da alta morbidade da doença, que determina, com maior frequência, indicação de ADT. Dificuldades de adesão

e de intolerância à medicação são frequentes nesses pacientes, em razão do uso de grande número de comprimidos e do maior risco de hepatotoxicidade pela associação de tuberculostáticos e anti-retrovirais. São essas limitações, juntamente com a perda nutricional e o comprometimento do estado geral, que tornam o paciente co-infectado por HIV/TBC um forte candidato à assistência domiciliar.

Podemos observar que a mediana do CD4⁺ final foi superior à do CD4⁺ inicial. Porém, quando aplicado teste de análise estatística, essa diferença não se mostrou significativa, possivelmente em função da pequena amostra observada.

A amostra reflete as intensas modificações sofridas pela epidemia desde a década anterior. No início, a assistência domiciliar terapêutica destinava-se, principalmente, a pacientes considerados em “fase terminal”, para os quais se buscava uma morte mais humanizada, no conforto do lar e em companhia da família. Levantamento realizado pela Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids, a respeito dos pacientes atendidos pelos serviços de ADT no período de janeiro de 1997 a junho de 1998, revelou que 38% da amostra encaminhada para internação evoluiu para óbito.⁶ O presente estudo encontrou, contudo,

uma mortalidade de 12% para o período escolhido de acompanhamento do serviço de ADT-Contagem. Se considerarmos a complexidade do quadro clínico e a gravidade dos pacientes que são encaminhados ao serviço, trata-se de um percentual pequeno, se comparado ao do início da epidemia de aids. O que se observa é que, praticamente, a maioria desses pacientes apresenta bom resultado para o tratamento da infecção oportunista vigente, com recuperação do estado nutricional em poucos meses. A maior parte dos pacientes assistidos pela ADT apresenta plenas condições de recuperação e seu destino costuma ser o controle ambulatorial pelo SAE, conforme observado pelos pesquisadores (68%). Recente estudo⁷ constatou uma outra vantagem da assistência domiciliar para pacientes com aids: a redução dos custos de assistência, quando comparadas as despesas realizadas com a ADT às despesas com a hospitalização tradicional.

Concluimos que a ADT representa, hoje, no Brasil, uma forma eficaz de assistência, apresentando bons resultados na recuperação de pacientes com aids cujo estado geral se encontra bastante comprometido, seqüelados ou com dificuldade de adesão ao tratamento.

Referências bibliográficas

1. Szwarcwad CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CL. A Disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16(Sup.1):7-19.
2. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Assistência domiciliar terapêutica – guia de procedimentos em HIV/Aids [monografia na Internet]. Brasília: MS; 1999. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/guia_procedimento_adt.pdf
3. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. AIDS Boletim Epidemiológico 2002 [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_dezembro_2002/boletim.asp
4. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16(Supl.1): 77-87.
5. Guimarães MDC. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16(Supl.1):21-36.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Relatório de Atividades/Serviços – O monitoramento dos Projetos de ADT – jan/97 a jun/98 [monografia na Internet]. Brasília: MS. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo3.htm
7. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Custos diretos do tratamento da Aids no Brasil [monografia na Internet]. Brasília: MS; 1999. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/fipe/fipe.htm>

Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids *

Integration in Health: Evaluating Articulation and Co-Responsibility between the Family Health Program and Specialized Assistance Service

Lucilane Maria Sales da Silva

Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Terezinha de Andrade Guimarães

Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Maria Lúcia Duarte Pereira

Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Karla Corrêa Lima Miranda

Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Eliany Nazaré Oliveira

Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Resumo

O processo de trabalho no âmbito da epidemia de HIV/aids é amplo e complexo, exigindo formas diferenciadas de atuação e articulação dos serviços de saúde, que devem estar preparados para esse atendimento. Este estudo tem por objetivos investigar a articulação do Programa Saúde da Família (PSF) com o serviço de assistência especializada em HIV/aids (SAE), identificar fatores facilitadores e dificultadores para essa articulação e propor formas de trabalho entre os dois serviços. Trata-se de um estudo descritivo com olhar qualitativo, tendo por objetos de análise um SAE e cinco unidades básicas da Saúde da Família, na Cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, no período de agosto a outubro de 2003. Os sujeitos do estudo foram 19 representantes das várias categorias profissionais que atuam no PSF e no SAE. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação direta do trabalho, utilizando a metodologia de análise do discurso para análise e discussão dos dados coletados. Os resultados revelaram que a equipe do PSF desconhece as atividades desenvolvidas no SAE, o número de pessoas com HIV/aids na área de abrangência da equipe e os problemas advindos da dificuldade de adesão dos usuários à medicação anti-retroviral. Os autores consideram que o presente estudo contribuirá para fazer emergir questões ligadas ao processo de trabalho do SAE e que se apresentam como pontos dificultadores para uma ação mais articulada com o PSF, no sentido de diminuir os casos de infecção e melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids.

Palavras-chave: aids; Programa Saúde da Família; serviço de assistência especializada; integralidade.

Summary

The work process on the scope of HIV/AIDS is wide and complex, and it has required different actions and articulation of health services, which must be prepared for this kind of assistance. The aims of this research are to investigate the articulation between the Family Health Program (PSF) and the specialized assistance service in HIV/AIDS (SAE), to identify factors that both facilitate and inhibit this articulation and to propose forms of work that can function together. This research is a descriptive study with qualitative approaches, developed in one SAE and five basic units of the Family Health Program in the city of Fortaleza, Ceará State, Brazil, during the period from August 2003 to October 2003. The subjects of this study were 19 representatives of several professional categories that work both in the PSF and in the SAE. Semi-structured interviews and direct observations of work were performed using a methodology of analysis of the discourse to evaluate the analysis and discussion of collected data. The study results revealed that the PSF team members were unaware of the activities developed in the SAE, the number of HIV-positive individuals in the area of the team and problems resulted from individuals not accepting anti-retroviral medication. The authors consider that this study will help to elicit questions linked to the work process in SAE, that have been troublesome for a more articulated action with PSF in the sense of decreasing the number of persons with infection and improving the quality of life for persons with HIV/AIDS.

Key words: AIDS; Family Health Program; specialized assistance service in HIV/AIDS; integration.

* Projeto financiado com recursos da Fundação Cearense de Amparo a Pesquisa (Funcap)

Endereço para correspondência:

Rua Gustavo Braga, 257, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. CEP: 60430-120

E-mail: lucilanefernandes@superig.com.br

Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a doença por ele provocada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) têm sido estudadas, intensa e amplamente, desde o aparecimento dos primeiros casos no final da década de 70, ocupando um lugar cada vez mais destacado entre os principais problemas de Saúde Pública do país.^{1,2} Ainda que a ciência tenha avançado no conhecimento da doença e nas estratégias para enfrentá-la, especialistas alertam que a aids ainda permanece incurável e que a epidemia se mantém em expansão, principalmente em regiões menos desenvolvidas economicamente.

O modelo assistencial de saúde do Brasil, da maneira como vem sendo implementado a partir da chamada Reforma Sanitária, iniciada nos anos 80, contempla a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas a assistência em HIV/aids. Tal modelo requer um novo perfil de trabalhadores de saúde, bem como a especificação de que produto oferecer, como produzi-lo e para que clientela. Apesar das conquistas ocorridas no setor da Saúde, como, por exemplo, o processo de municipalização e a descentralização do poder, ainda estão por ocorrer mudanças – necessárias – nos locais em que a assistência à saúde é produzida e dispensada.^{3,4}

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada Rede Básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diversas propostas experimentadas, está o Programa Saúde da Família (PSF).⁵ A unidade básica de saúde onde estão inseridas as equipes do PSF constitui uma base importante da atenção organizada pelo SUS, constituindo a porta de entrada dos indivíduos no sistema.

Em relação aos serviços de assistência especializada em HIV/aids (SAE), sua implantação no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, e em vários outros Estados brasileiros, foi incentivada pelo Ministério da Saúde e sua Coordenação Nacional de DST e Aids, a partir de 1994. Seu objetivo é o de oferecer ao paciente e portador do HIV/aids uma assistência diferenciada, realizada por equipe multidisciplinar capacitada para atender esses casos.⁶

O SAE escolhido como objeto de enfoque deste estudo é uma unidade de referência, a mais completa

no atendimento em HIV/aids do Estado, que apresenta, entretanto, problemas relativos à demanda excessiva, atendendo casos de HIV/aids notificados de todos os bairros de Fortaleza. No SAE do Município, semanalmente, realiza-se uma média de 30 consultas de indivíduos com risco para a infecção, 120 consultas novas por mês e 150 consultas – entre novas e acompanhamentos – por dia. Outro ponto crítico do atendimento refere-se à não-adesão dos soropositivos à terapia anti-retroviral, em razão dos seus efeitos colaterais, como neuropatia periférica, lipodistrofia, diarreias, entre outros, que interferem no desenvolvimento do processo assistencial.

Existe, ainda, um grande esforço desse serviço de referência para que os indivíduos infectados pelo HIV possam aderir ao tratamento, sendo necessária uma atenção conjunta e integrada dos vários serviços do SUS que atendem esse contingente, principalmente das unidades básicas da Saúde da Família. Segundo Botazzo,⁷ o PSF, como porta de entrada do sistema, deveria levar a resolubilidade 80% das intercorrências, encaminhar para serviços especializados os casos de maior complexidade e acompanhar, programaticamente, grupos etários ou de pacientes crônicos.

O modelo assistencial de saúde do Brasil contempla a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo a assistência em HIV/aids.

É mister, portanto, que o PSF realize uma ação integrada com os serviços de referência em HIV/aids, de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde ajudará a assegurar uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento. Os profissionais do PSF devem ser capacitados, permanentemente, quanto ao diagnóstico precoce das doenças associadas ao HIV, seu tratamento e competência para decidir sobre quando encaminhar os pacientes aos serviços especializados.

Estes autores desconhecem, no âmbito do PSF, pesquisas que tratem das questões ligadas à sua articulação com os serviços de referências em HIV/aids. São objetivos do presente estudo avaliar a articulação

da equipe do Programa Saúde da Família com o serviço de assistência especializada em HIV/aids, identificar os fatores facilitadores e dificultadores para essa articulação e propor formas de trabalho integradas entre os dois serviços, de acordo com as possibilidades de intervenção, acompanhamento e desenvolvimento de ações de caráter preventivo para indivíduos infectados e pacientes.

Este trabalho pretende contribuir para o incremento da qualidade da assistência prestada ao indivíduo e sua família, tanto nos aspectos preventivos quanto nos aspectos curativos, na certeza de que o conhecimento gerado possa servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência especializada em HIV/aids, para uma atuação específica e articulada com outras instituições de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de olhar qualitativo, realizado em um serviço de assistência especializada em HIV/aids e em cinco unidades básicas do Programa Saúde da Família, localizados no Município de Fortaleza, Estado do Ceará.

Entre os sujeitos do estudo, foram incluídos sete representantes das várias categorias profissionais que atuam no SAE e 12 profissionais que compõem as equipes do Programa Saúde da Família, totalizando 19 profissionais de saúde.

Como critérios para escolha dos sujeitos, foram contemplados os requisitos para as condições mínimas de proeminência no processo de escolha de um bom informante, no bojo do estudo de um fenômeno social vinculado ao desenvolvimento de uma comunidade, grupo social ou atividade específica. São eles: envolvimento com o fenômeno que se quer estudar; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que envolvem o foco de análise; disponibilidade adequada de tempo para participar das entrevistas; e concordância em participar da pesquisa.⁸

A colaboração entre os serviços de saúde ajuda a assegurar uma assistência contínua: o indivíduo é acompanhado em todos os estágios da infecção, da prevenção ao tratamento.

Como forma de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas no período de agosto a outubro de 2003. O seu conteúdo foi gravado em fitas cassete, com a permissão dos sujeitos. Procurou-se estabelecer um cronograma para a realização das entrevistas, agendadas com uma semana de antecedência como tempo mínimo, mediante abordagem direta dos trabalhadores – que já haviam concordado em colaborar com a pesquisa.

Todas as entrevistas foram numeradas de acordo com a seguinte divisão: Programa Saúde da Família (PSF – 1 a 12); e serviço de assistência especializada (SAE – 1 a 7). As entrevistas encontram-se identificadas no texto, conforme essa convenção.

A análise e a discussão dos dados demandaram a transcrição de fitas, redução, organização e interpretação dos relatos a partir do método de análise do discurso. Segundo esse método, é importante compreender os relatos a serem analisados do ponto de vista das condições históricas que os condicionam e com as quais se relacionam.⁹

Considerações éticas

Foram considerados os critérios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n° 196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), de 10 de outubro de 1996.¹⁰

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas (CEP-HSJ). A participação dos profissionais como sujeitos da pesquisa foi voluntária, tendo-se o cuidado de esclarecê-los quanto aos objetivos do trabalho e sua potencial contribuição para ele.

Resultados

Caracterização dos sujeitos do estudo

Do total de 19 profissionais entrevistados, 17 são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade mínima foi de 25 anos e a máxima de 57 anos. Em relação à profissão, foram seis médicos, dez enfermeiras, dois assistentes sociais e uma psicóloga. Quanto ao tempo de formado, nove referiram possuir mais de dez anos. Quanto ao tempo de trabalho na unidade, os profissionais do SAE possuem mais de dois anos; os profissionais do PSF possuem um mês, como tempo mínimo, e nove anos como tempo máximo de trabalho no programa. A maioria dos profissionais do PSF é especialista em

Saúde da Família. No SAE, encontramos quatro com essa especialidade – mas não em HIV/aids –, dos quais dois graduados e um residente em infectologia.

Atividades em HIV/aids desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família

“A gente não trata HIV na unidade básica de saúde, o que a gente faz é referenciar para o hospital que trata de HIV/aids com medicações, fazendo acompanhamento e contagem de CD4.” (PSF3)

“No PSF, são muito tímidas as atividades (...) as atividades que a gente vê muito é palestra com o pessoal do planejamento (familiar), que se abordam um pouco de doenças sexualmente transmissíveis e aí se fala também sobre o HIV/aids, mas não tem nada específico (...) eu não vejo nenhuma atividade específica voltada só pra HIV (...) no pré-natal, ele (médico) tem que solicitar o exame do HIV, mais do que isso não.” (PSF 6)

“(...) se, por acaso, chegar um paciente e quiser um exame específico para o HIV, a gente faz uma entrevista no planejamento família; e se esse paciente for de um grupo de risco, a gente sugere realizar. Se não for, a gente sabe que aids não está escrito na testa, se ele insistir, a gente solicita.” (PSF 1)

A proposta do PSF prevê o desenvolvimento equilibrado de ações de promoção da saúde, prevenção, de cura das doenças e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.¹¹ Entretanto, os discursos relativos ao atendimento em HIV/aids revelam ênfase no encaminhamento para os serviços especializados, desvinculando-se os casos da unidade básica e transferindo-se a responsabilidade pelo acompanhamentos dos casos. As ações em HIV/aids do PSF se restringem ao pré-natal e ao planejamento familiar, sendo obrigatória a abordagem e o oferecimento da testagem nessas situações. Os demais casos são encaminhados para outros serviços especializados.

Demanda em HIV/aids no Programa Saúde da Família

“Sobre atendimento em HIV, eu nunca atendi nenhuma pessoa positiva não, que venha com exame positivo (...) retorno positivo eu nunca tive e também a gente não tem assim um trabalho específico pra HIV-positivos, pra pessoa doente com aids.

Quando isso acontece, a gente encaminha pra ele ser atendido num hospital próprio pra isso.” (PSF 5)

“Eu, particularmente, nunca tive (demanda). Tive uma cliente que ela tava com suspeita porque o marido viajava muito e queria fazer o teste do HIV. Então ela não apresentava sintomatologia nenhuma. Apresentava só uma história que ela suspeitava que o marido tivesse outras relações extraconjugais. Então, eu encaminhei e solicitei o exame. Eu não digo que fiz um aconselhamento (...) eu encaminhei pro COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) e de lá eu não tive mais notícias dela.” (PSF 12)

Em relação à demanda em HIV/aids do PSF, verificamos que não existe conhecimento dos profissionais acerca dos usuários com HIV/aids de sua área de abrangência, uma vez que nunca houve esse tipo de atendimento. Esse desconhecimento é um ponto crítico na assistência aos indivíduos soropositivos para o HIV, pois interfere na articulação entre os serviços de saúde.

Conhecimento dos profissionais do PSF sobre o funcionamento do serviço de assistência especializada em HIV/aids

“Não, não sei, a gente não tem contato com eles. Em seis anos de PSF, eu só recebi uma contra-referência desse serviço.” (PSF 2)

“Não, eu não conheço, não sei como é feito lá, mas acredito que o paciente receba atendimento se procurar lá; mas, detalhadamente, eu não sei, nunca tive nenhum contato com o São José (hospital). O nosso sistema de saúde é muito deficiente e a gente, muitas vezes, nem conhece os outros serviços que poderiam ser bons parceiros.” (PSF 5)

“(...) eu não sei como é feito com o paciente que chega lá; assim, em termos do acesso, da rotina, a gente não acompanha não.” (PSF 11)

Observamos que os profissionais do PSF desconhecem as formas de acesso e a rotina do SAE referentes a procedimentos como aconselhamento e acompanhamento médico. Uma informação básica a que os profissionais deveriam ter acesso seria quanto aos critérios de atendimento nesse serviço.

Tendo em vista o aumento da demanda pelo SAE, a coordenação do serviço estabeleceu, em 2001, critérios para realização do aconselhamento, que antes acontecia em atendimento a demanda espontânea.

Atualmente, a população atendida é constituída de: gestantes com sorologia anti-HIV positiva; clientes encaminhados pelo setor de emergência do hospital; profissionais que sofrem acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes e secreções; pessoas vítimas de violência sexual; casos para coleta de segunda amostra do exame; parceiros de pacientes atendidos pelo serviço; crianças com idade até 12 anos, filhas de mulheres soropositivas para o HIV; e pessoas com doenças sexualmente transmissíveis.

Para os que não se enquadram nesses critérios, são fornecidas informações sobre outros serviços que prestam atendimento na especialidade. Esta medida gerou insatisfação dos usuários que procuram o SAE.

Conhecimento dos profissionais do Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids sobre o funcionamento do Programa Saúde da Família

“Olha, eu não tenho nenhuma informação não; pra ser realista e falar mesmo sério, eu não sei bem. Eu sei que alguns pacientes falam que têm algum contato no serviço de saúde, mas não muito claramente.” (SAE 2)

“Não, a gente não tem nenhuma informação; realmente, eu não sei como funciona esse atendimento desses pacientes com HIV. As informações que eu tive a respeito foi em um curso sobre vigilância epidemiológica, onde a gente teve a oportunidade de conhecer as coordenadoras das regionais (...) o que eu entendi é que as pessoas ainda estão assim, buscando como fazer com esse paciente.” (SAE 3)

Fatores que facilitam e que dificultam o contato entre os serviços de saúde do PSF e do SAE

Quanto aos fatores que facilitam o contato entre PSF e SAE, os discursos revelaram:

“Eu acho que é só a comunicação (...) as pessoas mudarem seus posicionamentos (...) através de uma conversa, de reuniões nos órgãos da saúde, da direção com os postos das unidades, os coordenadores e cursos de atualização sobre isso.” (SAE 5)

“Eu acho que, pra aids, as portas estão muito abertas, o paciente será sempre aceito quando a gente encaminhar, porque temos um hospital de

referência especializado nisso. Ele não vai ficar sem atendimento, isso facilita muito.” (PSF 8)

“De facilidade, eu acho que é ter uma equipe aberta pra aprender. Eu vejo nossa equipe de trabalho assim, formada por pessoas que querem aprender, que querem se capacitar, se esforçando pra fazer um bom trabalho, dentro do que pode ser feito. Eu acho isso muito importante.” (PSF 9)

A análise e a discussão dos dados demandaram a transcrição de fitas, redução, organização e interpretação dos relatos a partir do método de análise do discurso.

No que concerne aos fatores que dificultam o contato entre PSF e SAE, os discursos indicaram:

“Eu acho que é puramente burocrático (...) eu acredito que a boa vontade do profissional deve existir; agora... é mais uma questão do sistema como um todo, da burocracia.” (PSF 10)

“Acho que as dificuldades sempre são maiores. Pela deficiência do nosso sistema de saúde, a referência e contra-referência não funcionam. Se funcionassem como deveriam, já seria um grande avanço.” (PSF 3)

“Eu acho que a grande dificuldade é que não há nenhuma comunicação. Se você me perguntar: As gestantes daqui, elas estão vindo de onde? Quais são as unidades que realmente referenciam para o hospital? Eu não vou saber te responder. Então, acho que a dificuldade maior é a questão da comunicação, a questão da informação. A gente precisaria ser informada para poder dar o feedback.” (SAE 6)

Sugestões para a articulação entre PSF e SAE

Quando foram solicitadas aos profissionais sugestões para promover a articulação entre os serviços, eles propuseram:

“Eu acho que eles poderiam fazer, também, treinamentos com a gente; e apresentar a rotina do serviço de referência, o que a gente poderia resolver aqui na unidade, já que eles têm uma demanda lá que poderia ser resolvida aqui. Eles poderiam identificar pra gente o que a gente pode realizar na unidade básica de saúde.” (PSF 2)

“Eu acho que seria muito válido se nós tivéssemos um contato, por exemplo, todos os meses, ou de dois em dois meses, se nós soubéssemos quais os pacientes que foram encaminhados, para checarmos se esse paciente chegou aqui, se esse paciente marcou consulta, se ele está realmente fazendo o acompanhamento. No caso da gestante, também seria muito bom se nós soubéssemos quais são as unidades que estão encaminhando, se essa gestante está chegando, quantas gestantes são encaminhadas, quantas nós estamos atendendo, para não ocorrer dessa gestante não vir e acabar não fazendo a profilaxia.” (SAE 7)

Discussão

Uma boa assistência pode melhorar, em muito, a qualidade de vida das pessoas com HIV. A assistência de qualidade também envolve o apoio prático, emocional e espiritual às pessoas HIV-positivas, assim como àquelas que as cuidam, suas famílias, comunidade.¹² A complexidade exigida no atendimento aos indivíduos soropositivos para o HIV requer a articulação dos vários serviços do SUS no desenvolvimento de um trabalho integrado por um sistema de referência e contra-referência.

Entretanto, verifica-se que esse sistema não é utilizado no atendimento em HIV/aids. Os profissionais do PSF desconhecem as formas de acesso e a rotina do SAE. Observamos, também, que os profissionais do SAE desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/aids do PSF. Entende-se que, se houvesse conhecimento dos profissionais do SAE sobre essa dinâmica, alguns procedimentos – busca ativa de faltosos, conhecimento do número de pacientes encaminhados, conhecimento sobre quais unidades estão encaminhando esses pacientes e quais deles, realmente, chegam ao serviço após encaminhamento, além de apoio na adesão à terapia anti-retroviral –, poderiam ser compartilhados entre os serviços. Isso permitiria que se alcançasse o pleno funcionamento do sistema de referência. Um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade do SUS, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda.¹³ É necessário que os agentes desse sistema conheçam os processos que

envolvem a assistência ao indivíduo soropositivo, nos diversos níveis de atenção, efetivando os mecanismos do processo de referência e contra-referência.

Para obter a melhor solução às diferentes questões apontadas nos discursos como fatores dificultadores da articulação entre os serviços no atendimento em HIV/aids, é mister o interesse e a atuação gerencial dos profissionais e da instituição nos pontos críticos citados, principalmente naqueles relacionados à consecução do processo de referência e contra-referência, além de uma maior comunicação entre os profissionais dos serviços.

Também constitui um grande desafio para o PSF melhorar a comunicação entre os seus profissionais e outros especialistas, com experiências e formações distintas. Impõe-se a criação de estratégias de comunicação eficazes, que sirvam ao especialista na promoção do retorno do paciente ao serviço de Atenção Básica.¹³

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde¹³ em dez Municípios brasileiros revelou que, na maior parte deles, a realização insuficiente da contra-referência mostrou ser uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do sistema. Os resultados dessa pesquisa corroboram os fatores apontados pelos profissionais abordados neste trabalho, tanto do SAE quanto do PSF. A não-existência de um sistema de referência e contra-referência efetivo dificulta o processo de articulação entre os serviços e o atendimento integral aos indivíduos HIV-positivos.

Um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade.

Acredita-se que a aquiescência às sugestões destes autores permitirá o emergir de ações relacionadas ao atendimento em HIV/aids, tanto do SAE quanto do PSF, bem como a capacitação e educação continuada dos profissionais, a definição de atividades em HIV/aids que possam ser realizadas no PSF, a implementação de sistema de referência e contra-referência e a con-

seção dos princípios do SUS, principalmente no que respeita à integralidade da atenção à saúde.

Os resultados apresentados permitem inferir que o atendimento em HIV/aids no PSF está restrito ao planejamento familiar e à assistência pré-natal e que os profissionais dessas unidades desconhecem os usuários com HIV/aids de sua área de abrangência.

Foi observado, outrossim, que os profissionais do PSF não possuem informações sobre as formas de acesso e as rotinas do SAE em procedimentos como realização de aconselhamento e acompanhamento médico. Assim como os profissionais do PSF, também os profissionais do SAE desconhecem a rotina e a dinâmica de atendimento em HIV/aids do PSF.

Os fatores apontados nos discursos como dificuldades da articulação entre os serviços de atendimento em HIV/aids foram a ausência do processo de referência e contra-referência, além de uma comunicação deficiente entre os profissionais e os serviços.

A realidade apresentada exige uma atuação efetiva da equipe do PSF e dos profissionais do SAE, em resposta às demandas em HIV/aids, que considere um acolhimento humanizado da clientela, acesso a serviços resolutivos prestados por profissionais capacitados no atendimento desses casos, além de fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e usuários e clara definição de responsabilidades.

A consecução de um vínculo mais forte dos usuários e indivíduos infectados pelo HIV/aids com as unidades básicas de saúde será viável, tão-somente, com a

responsabilização das unidades pelo atendimento das demandas da sua região, atendendo à população da sua área de abrangência. Para satisfazer a integralidade do indivíduo e da sua saúde, são recomendáveis as visitas domiciliares, quando necessárias, para identificação e acompanhamento dos infectados, vigilância à sua saúde e acompanhamento da sua adesão à medicação anti-retroviral, mediante diferentes tecnologias indispensáveis: acolhimento; consulta individual; aconselhamento; formação e condução de grupos educativos; atendimento domiciliar; trabalho comunitário; ações programáticas; e medidas preventivas.

Uma boa assistência envolve o apoio prático, emocional e espiritual às pessoas HIV-positivas, assim como àquelas que as cuidam, suas famílias, comunidade.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos profissionais do Programa Saúde da Família e do serviço de assistência especializada em HIV/aids estudados, que, prontamente, se dispuseram a colaborar com o estudo e responder às questões das entrevistas; e à Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa e ao Ministério da Saúde, pelo incentivo financeiro à realização deste estudo.

Referências bibliográficas

1. Acúrcio A, Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV-positivos: abordagem qualitativa. *Revista Saúde Pública* 1999 fev.;33(1):73-84.
2. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A Aids no Brasil – um esforço conjunto*. Brasília: MS; 1998.
3. Junqueira LAP. A Descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.
4. Campos GWS. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
5. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *O Modo de fazer saúde no Estado do Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aspectos da epidemia entre as mulheres*. Brasília: MS; 1996.
7. Botazzo C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. São Paulo: Edusc; 1999.
8. Spradley J. *Participant observation*. New York: Winston; 1980.
9. Breilh J. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*

(epidemiología del trabajo). 3ª ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud – CEAS; 1997.

10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 e Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987: estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4:15-25.
11. Machado E. Metodologia de implantação de um programa de saúde da família: um modelo a ser seguido. Fortaleza: LC Gráfica & Editora; 2001.
12. Ação anti-AIDS. Desafiando o estigma e a discriminação. *Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência a AIDS Rio de Janeiro* 2001;46.
13. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados. Brasília: MS; 2002.

Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003

Coverage of Serological Testing and Prevalence of HIV Infection among Pregnant Women in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 1999 to 2003

Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro

Coordenação Estadual de DST e Aids, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS
Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande-MS

Sylmara Pereira Zanatta Rodrigues de Moraes

Coordenação Estadual de DST e Aids, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

Rivaldo Venâncio da Cunha

Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

Gisele Maria Brandão de Freitas

Coordenação Estadual de DST e Aids, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS
Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

Hilda Guimarães de Freitas

Coordenação Estadual de DST e Aids, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

Carlos Augusto Botelho

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande-MS

Virgílio Gonçalves de Souza Junior

Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Campo Grande-MS

Resumo

O objetivo deste trabalho é mostrar o impacto que o Programa de Proteção à Gestante causou no aumento do número de mulheres testadas para o HIV durante o pré-natal, comparando o primeiro ano de vigência do programa com os anos anteriores. A metodologia usada foi a de coleta de sangue por punção digital em seis discos de papel-filtro S&S5903 para a realização do teste ELISA, seguido de testes confirmatórios: ELISA, Western-Blot e PCR realizado em sangue coletado por punção venosa. Para o teste anti-HIV, no ano de 1999, foram submetidas 496/41.859 (1,18%) gestantes; em 2000, foram testadas 6.448/41.270 (16,01%) gestantes; em 2001, 6.627/39.629 (16,72%) gestantes; em 2002, 11.330/39.731 (28,51%) gestantes; e no ano de 2003, foram testadas 32.512/39.183 (83,00%). A cobertura alcançada decorreu, entre outros fatores, da facilidade e praticidade da coleta do material pelas unidades básicas de saúde, entre a população rural e nas aldeias indígenas com a utilização de papel-filtro, o que contribuiu para o aumento do número de mulheres diagnosticadas infectadas pelo HIV, possibilitando medidas preventivas, profiláticas e terapêuticas, redução da transmissão vertical e diminuição da morbimortalidade materno-infantil por aids.

Palavras-chave: papel-filtro; sorologia; transmissão vertical; HIV/aids.

Summary

The purpose of this research is to show the impact that the Pregnancy Protection Programme has on the number of women tested for HIV in the prenatal period during the first year of the programme compared to previous years. The methods used were collection of a blood sample (obtained by finger prick) on five discs of filter paper (S&S5903). Initial ELISA testing was done, followed by confirmatory tests: ELISA, Western-Blot and PCR-test in a separate sample of blood collected by venous puncture. Those submitted from pregnant women for HIV-testing included: 496/41,859 (1.18%) pregnant in 1999, 6,448/41,270 (16.01%) in 2000, 6,627/39,629 (16.72%) in 2001, 11,330/39,731 (28.51%) in 2002, and 32,512/39,183 (83.00%) in 2003. The coverage reached was also due to the facility and practicality of collecting material in the public health services, rural and indigenous populations using filter-paper, which has contributed to the increase of HIV-infected women, who were diagnosed making prevention, prophylactic and therapeutic procedures possible, reducing HIV vertical transmission, and consequently the maternal and infant morbidity and mortality for AIDS.

Key words: filter paper; serology; vertical transmission; HIV/AIDS.

Endereço para correspondência:

Rua Autonomista, 887, Jardim Autonomista, Campo Grande-MS. CEP: 79022-420
E-mail: fabbro@uol.com.br

Introdução

A epidemia da infecção pelo HIV/aids constitui um fenômeno global. Dinâmica e instável, ela se apresenta sob a forma de diversas subepidemias regionais. Resultante de grandes desigualdades sociais, a propagação da infecção pelo HIV/aids revela aspectos de dimensões múltiplas e acarreta transformações epidemiológicas significativas.

De início, predominantemente masculina e restrita aos grandes centros, a epidemia caracteriza-se, atualmente, pelos processos de heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual implica crescimento substancial de casos em mulheres e, conseqüentemente, em crianças, e é apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da aids no mundo e no Brasil.¹⁻³

Em pleno século XXI, a epidemia perinatal do HIV continua incontrollável em muitos países do mundo. O Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/Aids (UNAIDS) chegou a estimar que, até o final do ano de 2003, 40 milhões de pessoas estariam vivendo com o HIV/aids, cinco milhões teriam se infectado, das quais três milhões seriam crianças; destas crianças, 500 mil morreriam em conseqüência da infecção e 700 mil teriam adquirido novas infecções apenas naquele ano, muitas delas levadas a óbito antes de terem alcançado a adolescência.⁴

Sabe-se que a transmissão vertical do HIV é o modo mais importante de infecção entre crianças com idade até 15 anos. Desde o início da pandemia, foi estimado que 5,1 milhões de crianças foram infectadas em todo o mundo, sendo a maioria por transmissão perinatal – 90% delas residentes na África.⁵

Estudos estimam que, na América e na Europa, a taxa de transmissão vertical do HIV é de 15% a 25%, quando não são realizadas intervenções de prevenção.^{6,7} Já na África, a taxa de transmissão tem sido estimada entre 25% e 40%, cujo risco é atribuído à amamentação, principalmente, em razão de um acréscimo de 10% a 20% na taxa de transmissão quando ela se faz presente.^{8,9} Se não for contida, a aids deverá aumentar os índices de mortalidade infantil em 25%, até 2010; 8,2 milhões de crianças perderão suas mães ou ambos os pais, em decorrência da aids, e 95% desses casos ocorrerão no continente africano.¹⁰ Dados indicam que 2,3 milhões de africanos perderam suas vidas em conseqüência da infecção pelo HIV, até o ano de 2003.⁴

Entre a população feminina, o grupo etário mais atingido pela infecção é o que se encontra entre 15 e 39 anos, pertencente à faixa etária reprodutiva. Sob esse prisma, a conseqüência direta do acometimento de mulheres em idade fértil é o aumento de crianças expostas ao risco de adquirirem a infecção pelo HIV, por intermédio de suas mães, durante a gestação, no parto e pela amamentação.¹¹ Em todo o mundo, já foram registradas, aproximadamente, 15 milhões de mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV ou com aids. No Brasil, de 1980 a junho de 2004, 76.419 casos de aids foram notificados em mulheres na faixa etária de 15 a 39 anos,¹² indicando a urgência de ações preventivas como as desenvolvidas pelo Programa Nacional de DST e Aids no Brasil, em parceria com o Programa Saúde da Mulher.

Estudos já demonstraram que a droga anti-retroviral – zidovudina –, administrada à mãe a partir da 14ª semana de gravidez e no parto, bem como à criança durante as seis primeiras semanas após o nascimento, reduz o risco da transmissão de 25% para 8%, ou seja, em 67%, uma redução de mais de dois terços.¹³⁻¹⁵

Desde 1994, um grande esforço vem sendo empreendido para a divulgação dessas informações e implementação de ações que resultem na redução da transmissão vertical do HIV, tais como: aconselhamento pré e pós-teste para o HIV no pré-natal, para todas as gestantes; administração de zidovudina para as gestantes identificadas com infecção pelo HIV e para seus filhos recém-nascidos; e substituição do aleitamento materno.

No contexto dos países em desenvolvimento, o Brasil pode-se colocar em uma situação intermediária. Ao estabelecer a redução da transmissão vertical como prioridade, o Ministério da Saúde definiu e publicou recomendação nacional e passou a dispor recursos para: testagem anti-HIV, inclusive com teste rápido nas maternidades, pré e pós-aconselhamento e consentimento; aquisição de zidovudina oral, injetável e em solução oral; capacitação de profissionais de saúde; e divulgação de informações.

No Estado de Mato Grosso do Sul, também podemos observar mudanças no perfil da epidemia. Está ocorrendo uma interiorização e pauperização da doença, com predomínio da transmissão do vírus por contato heterossexual e aumento no número de casos de aids nas mulheres em idade fértil, implicando, conseqüentemente, aumento de casos na população pediátrica.¹⁶

O objetivo deste trabalho é mostrar o impacto que o Programa de Proteção à Gestante causou no aumento no número de mulheres testadas para o HIV durante o pré-natal, comparando o primeiro ano de vigência do programa com os anos anteriores.

O Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul foi implantado pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Iped/Apae) de Campo Grande, capital do Estado, em outubro de 2002. São objetivos específicos do Programa:

- I. Facilitar o acesso das gestantes aos exames do pré-natal.
- II. Conhecer o perfil epidemiológico dos agravos nesse contingente, para subsidiar intervenções.
- III. Aumentar a quantidade de gestantes testadas durante o pré-natal, para todas as patologias propostas.
- IV. Proporcionar a redução da transmissão vertical das patologias triadas.
- V. Melhorar o cadastramento e seguimento das gestantes no SisPreNatal [aplicativo desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus)], para permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN)/SUS
- VI. Diminuir o número de crianças portadoras de necessidades especiais
- VII. Reduzir a morbimortalidade materno-infantil

A amostra de sangue foi coletada por punção digital, colocada em seis discos de papel-filtro S&5903 e mantida por quatro horas em secagem natural, para ser enviada, por correio, ao laboratório.

A decisão sobre o tipo de coleta do material a ser adotado baseou-se na experiência do Iped/Apae com a triagem neonatal no Estado, utilizando papel-filtro e alcançando uma cobertura de 94% dos recém-nascidos. Em 1963, Guthrie introduziu o conceito de triagem neonatal para as desordens metabólicas, implantando um programa para diagnóstico de fenilcetonúria seguido pela triagem de hipotireoidismo congênito. A metodologia usada foi a de coleta de amostra de sangue em papel-filtro – também chamado de **cartão**

Guthrie –, em crianças na primeira semana de vida.¹⁷ Barbi e colaboradores compararam a técnica de isolamento viral para citomegalovírus (CMV) com a técnica de PCR em amostras extraídas do cartão Guthrie de 700 amostras de crianças e verificou sensibilidade e especificidade de 100% e 99%, respectivamente. Esse método também foi utilizado no diagnóstico de outras infecções, como HIV, herpes simples, toxoplasma e *Treponema pallidum*.¹⁸

Outra experiência utilizando a metodologia do papel-filtro foi realizada para o diagnóstico de doença de Chagas na Nicarágua, mostrando 100% de sensibilidade e 90% de especificidade.¹⁹

As informações obtidas pelo presente estudo são de fundamental importância para a intensificação das intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, no sentido de reduzir a transmissão vertical do HIV no Estado de Mato Grosso do Sul.

Metodologia

Este trabalho apresenta as informações relativas à triagem de mulheres gestantes no período de janeiro a dezembro de 2003, comparando-as com as do período de janeiro de 1999 a dezembro de 2002.

A técnica aplicada foi a do teste ELISA modificado, utilizando amostra de sangue seco. A amostra de sangue foi coletada por punção digital, colocada em seis discos de papel-filtro S&5903, assim mantida por quatro horas em secagem natural. Esses discos de papel-filtro foram colados em uma ficha com todos os dados de identificação, data e local da coleta e autorização da paciente para a realização do teste anti-HIV. A seguir, o material foi enviado, por correio, em envelope selado pelo Iped/Apae, para o laboratório do Instituto, localizado na cidade de Campo Grande-MS. No laboratório, cada material recebeu um código de barra, para melhor controle de identificação, os discos foram cortados em microdiscos e, então, deu-se início ao processo de realização do teste ELISA por diluição.

Nos casos que apresentaram alterações nas sorologias, foi realizada nova coleta por punção venosa, para confirmação, e todo o material utilizado foi enviado para o Instituto. Os testes confirmatórios realizados foram: ELISA, Western Blot e PCR. O controle de qualidade das amostras foi feito pelo Laboratório Central do Estado de Mato Grosso do Sul (Lacen-MS).

A partir da confirmação do diagnóstico da patologia triada, foram desencadeadas as seguintes ações pertinentes: cadastro no Complexo de Atendimento Multidisciplinar de Saúde (CAMS) da Apae e busca ativa de todas as gestantes atendidas pelo Programa; cadastro e acompanhamento dos recém-nascidos; análise e publicação de dados; planejamento familiar; ações preventivas; e notificação ao serviço de vigilância epidemiológica.

Resultados

Durante o ano de 2003, foram analisadas amostras de sangue de 32.512 gestantes acompanhadas pelo Programa de Proteção à Gestante durante o pré-natal, das quais 1.500 apresentaram alterações nos resultados das sorologias; dessas, 119 apresentaram sorologia positiva para o HIV.

No período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, o número de gestantes atendidas pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul, submetidas ao teste de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV 1 e 2, em relação ao total de gestantes cadastradas, foi de 12,0% em 1999, 16,0% em 2000, 17,0% em 2001, 28,5% em 2002 e 83,0% em 2003, como se observa na Tabela 1.

A prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes testadas durante o período de estudo foi de 2,62% em 1999, 0,85% em 2000, 0,66% em 2001, 0,58% em 2002 e 0,36% em 2003 (Tabela 1).

Discussão

A infecção pelo HIV na população pediátrica é um problema crescente, principalmente nos países em de-

envolvimento atingidos pela epidemia de aids. A forma mais freqüente de uma criança adquirir a infecção pelo HIV é por intermédio de sua mãe, durante a gestação, no parto ou pela amamentação.¹⁵

A prevenção da transmissão vertical do HIV é a prioridade entre as prioridades, nesses países, o ponto de encontro das diretrizes e estratégias para a consecução dos programas de prevenção.^{7,20,21}

A possibilidade de reduzir a transmissão vertical do HIV com o uso de anti-retrovirais, demonstrada pelo protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), foi um dos maiores avanços no conhecimento e enfrentamento da aids, desde a notificação dos primeiros casos da doença no início da década de 80.^{11,14,22} Em 1994, após a publicação dos resultados do estudo,^{23,24} outros trabalhos têm comprovado que as intervenções com anti-retrovirais, mesmo que realizadas tardiamente, resultam na redução da transmissão vertical do HIV.^{14,25-27}

Com o objetivo de dotar o Programa de Proteção à Gestante de caráter integral, o Iped/Apae implantou o Complexo de Atendimento Multidisciplinar à Saúde (CAMS), ambulatório constituído de equipe multidisciplinar formada pelos seguintes profissionais: médicos especialistas em infectologia, obstetrícia, pneumologia, endocrinologia, neurologia, otorrinolaringologia e pediatria; enfermeira; assistente social; nutricionista; psicóloga; fonoaudiologista; e fisioterapeuta.

O CAMS presta atendimento às gestantes que apresentam alguma alteração no resultado das sorologias durante a triagem do pré-natal, quando o seu Município de origem não dispõe de serviço especializado para acompanhamento durante a gestação, no parto e no puerpério, incluindo atendimento às crianças expostas nascidas dessas mulheres.

Tabela 1 - Proporção de gestantes submetidas ao teste anti-HIV e prevalência detectada da infecção pelo HIV no Estado de Mato Grosso do Sul. Brasil, 1999-2003

Ano	Gestantes cadastradas	Gestantes testadas		Gestantes com teste anti-HIV positivo	
		N	%	N	%
1999	41.859	496	12,0	13	2,62
2000	40.274	6.448	16,0	55	0,85
2001	39.628	6.667	17,0	44	0,66
2002	39.731	11.330	28,5	66	0,58
2003	39.183	32.512	83,0	119	0,36

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Coordenação Estadual de DST e Aids.

A abrangência do Programa de Proteção à Gestante resultou da facilidade e praticidade da coleta do material nas unidades básicas de saúde, na população rural e nas aldeias indígenas, nos assentamentos e acampamentos e na área pantaneira.

Com a implantação do Programa, houve a necessidade de elaborar um protocolo de condutas das patologias triadas para o atendimento das gestantes durante a gestação, no parto e no puerpério, direcionado aos profissionais médicos que atuam nos serviços de pré-natal de todo o Estado. O serviço oferece a esses profissionais a possibilidade de discussão dos casos clínicos, por telefone, com os médicos de referência do CAMS. Para difundir esses protocolos, foi realizado um seminário, ao qual compareceram todos os profissionais que prestam atendimento nos serviços de pré-natal do Estado, onde foram oferecidos esclarecimentos e atualizações dos conhecimentos sobre as patologias triadas.

Verificou-se que, durante o período de estudo, houve um aumento significativo no número de gestantes triadas para o diagnóstico do HIV – a partir de 2001. Esse aumento de cobertura deveu-se à implantação dos testes rápidos nas maternidades da rede SUS e conveniadas, à capacitação e sensibilização dos profissionais que atendem na rede pública, bem como à implantação do Projeto Nascer, pelo Programa Nacional de DST e Aids. O impacto no aumento do número de gestantes triadas (de 496/41.859 para 32.512/39.183) ocorreu após a implantação do Programa de Proteção à Gestante, em outubro de 2002, atingindo um patamar de 83%, valor semelhante ao de países desenvolvidos – que varia entre 76% e 94%.^{28,29}

Com relação ao número de mulheres infectadas pelo HIV diagnosticadas durante o pré-natal, foi possível constatar a importância da técnica do papel-filtro no aumento do número de diagnósticos nessa população, dada a facilidade e praticidade da coleta e do envio do material para realização do teste, contribuindo para um maior acesso às populações rurais, populações indígenas, habitantes de assentamentos/acampamentos e pantaneiros, contando com a ajuda das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) Rural e Indígena, população essa até então pouco atingida.

No período de 1999 e 2000, o índice de soroprevalência do HIV em gestantes encontrado (2,62% e 0,85%, respectivamente), explica-se, possivelmente, pelo fato de a maioria das amostras estarem restritas aos serviços ambulatoriais especializados (SAE). Vale destacar que, após o ano de 2001, a rede de assistência à mulher passou a solicitar o teste anti-HIV às gestantes; e que a soroprevalência de 0,66% coincidiu com o resultado do projeto sentinela, implantado pelo Programa Nacional de DST e Aids nas maternidades da rede SUS.

A soroprevalência registrada em 2003 (0,36%) foi o menor da série histórica analisada. Embora não tenha sido obtida de amostra aleatória entre as gestantes acompanhadas naquele ano, a sua representatividade – 83% das gestantes atendidas pelas unidades do SUS – sugere resultados muito próximos da real prevalência.

A abrangência do Programa de Proteção à Gestante resultou da facilidade e praticidade da coleta do material nas unidades básicas de saúde, na população rural e nas aldeias indígenas, nos assentamentos e acampamentos e na área pantaneira. O aumento da sua cobertura entre as gestantes permitiu o maior número de mulheres diagnosticadas infectadas pelo HIV e possibilitou, conseqüentemente, a adoção de medidas preventivas, profiláticas e terapêuticas entre essa população, contribuindo para o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV e diminuir a morbimortalidade materno-infantil no Estado de Mato Grosso do Sul.

Referências bibliográficas

1. Quinn TC. Global burden of the HIV pandemic. *The Lancet* 1996;348:99-106.
2. Ho NK. Perinatal Infection-Problems in Developing Countries. *Singapore Medical Journal* 1998;39:266-270.
3. Brito AM, Castilho AC, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000;34:207-217.
4. United Nations AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [cited 2003 dez. 15]. Available from: <http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003_sp/Epi03_01_sp.htm>

5. Center for Diseases Control and Prevention. Basic Statistics -Cumulative AIDS Cases 2000. Atlanta: CDC; 2000.
6. Newell ML, Gibb DM. A Risk-benefit assessment of zidovudine in the prevention of perinatal HIV transmission. *Drug Safety* 1995;12(4):274-282.
7. World Health Organization. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection. Geneva: WHO; 2001.
8. World Health Organization. Recommendations on the safe and effective use of short-course zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV 1998. *Weekly Epidemiology Record* 1998;73:313-320.
9. Bulterys M, Fowler G. Prevention of infection in children. *Pediatric Clinics of North America* 2000;47(1):241-261.
10. Report on the Global HIV/Aids epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1997. p.1-13.
11. Lindegren ML, Steinberg S, Byers RH Jr. Epidemiology on HIV/AIDS in Children. *Pediatrics Clinics of North America* 2000 Feb;47(1):1-20.
12. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Dados e Pesquisa em DST/Aids [monografia na Internet]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/dados.htm>.
13. Center for Diseases Control and Prevention. Basic Statistics-Cumulative AIDS Cases 2001. Atlanta: CDC; 2001.
14. Mofenson LM, McIntyre JA. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *The Lancet* 2000;355:2237-2244.
15. Mofenson LM. Mother-child HIV-I transmission: Timing and Determinants. *Obstetric Gynecology Clinics North American* 1997;24(4):759-784.
16. Mato Grosso do Sul (Estado). Coordenação Estadual de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico* 2003; Semana Epidemiológica 48.
17. Gaytant MA, Rours GIJG, Steegers EAP, et al. Congenital cytomegalovirus infection after recurrent infection: case reports and review of the literature. *European Journal of Pediatric* 2003; 162:248-253.
18. Barbi M, Blinda S, Primache V, Caroppo S, et al. Cytomegalovirus DNA detection in Guthrie cards: a powerful tool for diagnosing congenital infection. *Journal of Clinical Virology* 2000;17:159-165.
19. Palacios X, Belli A, Espino AM. Detection of antibodies against *Trypanosoma cruzi* in Somoto, Nicaragua, using indirect ELISA and IFI on blood samples on filter paper. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000;8(6):411-417.
20. World Health Organization. Recommendations on the safe and effective use of short-course zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV 1999. Geneva: WHO, 1999.
21. Center of Diseases Control and Prevention. Basic Statistics – Exposure Categories 2000. Atlanta: CDC; 2000.
22. MMWR. Morb Mortal Weekly Rep. Centers for Disease Control and Prevention: Recommendations of the Public Health Service Task Force. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States, 1998.
23. Connor EM, et al. Reduction of maternal-infect transmission of human immunodeficiency virus type with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine* 1994;331:1173-1180.
24. Center for Diseases Control and Prevention. Recommendations of the public health service. Task force on use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR* 1994;43:1-21.
25. Frenkel LM, Wagner LM, Demeter LM, et al. Effects of antenatal zidovudine use during pregnancy on resistance and vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Clinical Infectious Diseases* 1995;20(5):1321-1326.
26. Mathenson PB, Thomas PA, Abrans EJ, et al. heterosexual behavior during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1. New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Study Group. *AIDS* 1996;10:1249-1256.
27. Fiscus SA, Adimora AA, Schoenbach VJ, et al. Trends in human immunodeficiency virus (HIV) counseling. Testing and antiretroviral treatment of HIV-infected women and perinatal transmission in North Carolina. *Journal Infectious Diseases* 1999;180: 99-105.
28. Lindegren ML, Buers RH, Thomas P. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA* 1999;282(6):531-538.
29. Mofenson LM. Short-course zidovudine for prevention of perinatal infection. *The Lancet* 1999;353:766-767.

Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil

Evaluation of Support Houses for Patients with HIV/AIDS in the Municipality of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil

Marisley Vilas Bôas Soares

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP

Aldaísa Cassanho Forster

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP

Manoel Antônio dos Santos

Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP

Resumo

Este estudo traz uma avaliação da estrutura, funcionamento e caracterização das práticas administrativas e assistência biopsicossocial das casas de apoio para portadores de HIV/aids (duas destinadas a adultos e uma para crianças) no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Foi realizada pesquisa quantitativa e qualitativa, avaliativa e exploratória mediante observações livres, diário de campo e aplicação de instrumento contendo perguntas fechadas e abertas, elaborado com base na Norma Técnica do Centro de Vigilância Sanitária, do Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVS/CRT/AIDS/SES-SP). Trata-se de organizações regidas por entidades assistencialistas e humanitárias – majoritariamente mantidas com recursos da sociedade civil –, parcialmente adequadas às normas e exigências dos órgãos de saúde e vigilância sanitária. As suas coordenações e os recursos humanos envolvidos são constituídos, predominantemente, por mulheres, funcionários remunerados em coexistência com voluntários. Foi possível refletir sobre o importante papel que essas organizações não governamentais (ONG) desenvolvem no campo dos direitos sociais referentes aos portadores de HIV/aids, cobrindo lacunas não preenchidas por instituições governamentais.

Palavras-chave: avaliação; assistência à saúde; síndrome da imunodeficiência adquirida; organizações não governamentais.

Summary

This study was an evaluation of structure, functioning and characterization of administrative and biopsychosocial practices of support houses (two dedicated to adults and two for children) for patients with HIV/AIDS in the Municipality of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. The methodology used was quantitative-qualitative, evaluative and exploratory research by free observations, a field diary and application of an instrument containing closed and open questions elaborated based on the Technical Norm of Health Surveillance Center, of the Center for Reference and Training on STD and AIDS, of the State Health Department (CVS/CRT/AIDS/SES-SP). These organizations are run by an assistance and humanitarian entity – mostly maintained with resources from the civil society – partially following the norms and requirements of health agencies and health surveillance. Their coordination and human resources consist predominantly of women, paid employees as well as volunteers. This work illustrates the important role of these non-governmental organizations (NGO) in the field of social rights related to HIV/aids patients, filling gaps not contemplated by governmental institutions.

Key words: evaluation; health care; acquired immunodeficiency syndrome; non-governmental organizations.

Endereço para correspondência:

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Hospital da Clínicas, 2º andar, Unidade Campus, Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto-SP. CEP: 14049-900
E-mail: marisley@usp.br

Introdução

A abordagem da epidemia de aids no Brasil, particularmente na década de 1980, recebeu fortes influências do contexto sociopolítico e cultural do país, ao mesmo tempo em que se observava, no cenário mundial, a importante contribuição da epidemiologia sobre os mecanismos de transmissão, medidas de prevenção e controle do HIV/aids no nível populacional. Àquela época, o conhecimento científico sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida ainda era incipiente. Em meio às mudanças e crises que agitaram o cenário político e econômico das últimas décadas, emergiram, da sociedade civil, organizações e movimentos voltados para causas tidas, até então, como minoritárias – o meio ambiente, as relações de gênero e as questões raciais,¹ por exemplo.

A situação socio sanitária dos segmentos atingidos e vulneráveis à síndrome evoluiu com a disponibilidade do tratamento, surgindo novas demandas assistenciais dos portadores de HIV/aids – adultos, crianças e adolescentes – que o Estado tem mostrado dificuldades para atender. Como resposta a essas limitações, a mobilização de entidades religiosas e da sociedade civil deu origem a organizações como as chamadas Casas de Apoio, entidades sem fins lucrativos e de interesse público.²

Esses equipamentos sociais visam “oferecer assistência multidisciplinar ao portador do HIV/aids sem recursos financeiros e apoio familiar”.² São de interesse direto às questões de saúde, extensivas à educação e assistência no caso do público infantil e adolescente, por razões legais ou por orfandade – daí, também, a denominação de Casas de Solidariedade.³

As casas de apoio podem ser consideradas *locus* de uma teia complexa de relacionamentos de diferentes atores sociais implicados – administradores dos serviços, população assistida –, com reflexos nas instâncias sociais atingidas por sua intervenção.

Considerando-se a reconhecida relevância social desses equipamentos e a escassez de estudos voltados à avaliação desse tipo de organização, a proposta de uma investigação que aborde os serviços assistenciais organizados pela sociedade civil torna-se imprescindível para a sistematização do conhecimento acerca da sua atuação. Ela permitirá analisar o alcance e as limitações encontradas no desempenho de seu papel social como promotoras do exercício da cidadania, em uma sociedade sob contínuo processo de transformação.

O objetivo deste estudo é avaliar e caracterizar as três casas de apoio para portadores de HIV/aids (duas

destinadas a adultos e uma a crianças) existentes no Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, cidade que apresenta incidência expressiva de indivíduos acometidos pelo HIV/aids.

Metodologia

Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que utiliza uma estratégia teórico-metodológica quantitativa e qualitativa, para avaliar a estrutura, funcionamento e caracterização das práticas administrativas e de assistência biopsicossocial das casas de apoio. A avaliação da garantia da qualidade pode ser realizada em diferentes níveis: estrutura (recursos e instalações); processo (organização das funções para o alcance do resultado desejado); e resultado (verificação do grau de atendimento do objetivo esperado).⁴

Participantes

Foram definidas como participantes as responsáveis pela coordenação de cada uma das casas, em função da posição gerencial que ocupavam dentro da organização e da designação de seu papel: “reunir e sincronizar atividades e pessoas de forma que funcionem harmoniosamente, na realização dos objetivos da organização”.⁵

Materiais e instrumentos

Para a avaliação e caracterização das casas de apoio, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- questionário aplicado, sobre as condições estruturais das casas de apoio;
- observação livre, iniciada após cada entrevista; e
- diário de campo, elaborado ao longo de todo o processo de coleta dos dados.

O questionário aplicado foi desenvolvido com base na Norma Técnica [Portaria Conjunta nº 2, do Centro de Vigilância Sanitária (CVS)/Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRT-AIDS/SES-SP), 2001]³ e no Guia de Recomendações: casa de apoio em HIV/aids, do Ministério da Saúde (MS).² Sua finalidade foi avaliar a estrutura das instituições. O roteiro constituiu-se de 23 perguntas, em sua maioria questões fechadas, que podem ser assim classificadas:

Estrutura física, financeira e social

As questões desse tópico abrangiam: condições da sede (doada, alugada, própria ou cedida); verificação

da existência do número de cômodos (banheiros, duchas, quartos e critérios de divisão), área comum, luz, água, ventilação; fontes financeiras e sua importância na composição da receita; benefício fiscal concedido; e situação legal junto aos órgãos oficiais – alvará, estatuto social, regimento interno e informações disponíveis sobre os objetivos do equipamento social.

Recursos disponíveis e seu manejo

Número de refeições por dia, funcionário responsável pelo cardápio e sua preparação; higiene (número de vezes ao dia em que é realizada a limpeza da casa, dos quartos, dos banheiros); existência de meio(s) de transporte para os serviços de saúde; serviços disponíveis de atenção à saúde (serviços odontológicos, discussão de casos clínicos em equipe, assistência ao paciente acamado, existência de sala de curativos); ações educativas para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; educação continuada aos funcionários; e fornecimento de cesta básica aos familiares dos moradores.

Clientela da casa e sua permanência

Grupo-alvo da atenção; período de tempo estipulado para permanência; atividades desenvolvidas pelos moradores; e condições de reintegração do morador ao contexto familiar e social.

Quadro de recursos humanos

Funcionários e voluntários; funções desempenhadas; quantidade de horas trabalhadas por dia; tipo de vínculo e tempo de permanência na casa; quantidade de funcionários por leito; e, em relação aos voluntários, critérios de seleção e breve discussão sobre seus objetivos.

Normas de biossegurança

Aqui, foi verificado *in loco* o cumprimento ou não dos itens questionados: cozinha (tela instalada, vedação de borracha sob as portas, cestas e lixo tampados, condições adequadas ao trabalho dos funcionários, acesso exclusivo para preparo de alimentos); lavanderia (uso de sacos vedados para roupas com secreções, janelas com telas, recipientes diferenciados para roupa suja e para roupa limpa, uso de luva e avental pelo funcionário responsável); condições de armazenamento dos medicamentos (cômodo reservado, uso de fichas de identificação e quadro clínico dos moradores, responsabilização sobre a administração dos remédios e aplicação endovenosa).

O instrumento desenvolvido foi submetido a um estudo-piloto e incorporou sugestões de coordenadores de outras entidades onde foi aplicado. Não era seu objetivo funcionar como um meio de fiscalização, mas levantar informações sistemáticas que permitissem conhecer melhor a estrutura das casas de apoio e suas condições objetivas de funcionamento.

As crianças colaboravam com a organização de seus quartos e da brinquedoteca e desenvolviam pequenas atividades diversas, sentindo-se valorizadas com esse tipo de encargos.

Foram feitas observações, na modalidade livre, ao longo de três visitas de uma hora cada (em média), em diferentes períodos do dia e da semana – inclusive fins de semana. A realização da observação permitiu acompanhar o desenvolvimento das atividades diárias das casas, o manejo de situações concretas e o contato com o cotidiano dos moradores e funcionários. Foi possível aproximar as questões técnicas avaliadas dos seus desdobramentos nas práticas de assistência realizadas, suas limitações e potencialidades.

O cenário da pesquisa foi construído com a ajuda do **diário de campo**. Os momentos que antecederam o período das observações e sua realização, propriamente dita, foram registrados nesse diário,⁶ onde também foram feitas anotações sobre o contato com os sujeitos observados – expressões, reflexões, comentários.

A análise dos dados foi feita mediante a elaboração de relatórios específicos para cada uma das casas visitadas, desenvolvidos e apresentados de forma a auxiliar na caracterização, apoiada em evidências, das singularidades e semelhanças dessas instituições. Adotando a observação como princípio desses relatos, foram traduzidas as inter-relações das condições existentes para a realização da assistência – estrutura física, financeira e social, recursos e manejo, população moradora e sua permanência, quadro de funcionários e condições de biossegurança – com as vivências cotidianas das casas. Os parâmetros utilizados foram os mesmos recomendados pelas normas adotadas.^{2,3}

Considerações éticas

Buscando atender ao item IV da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS, de 10 de

outubro de 1996, os participantes formalizaram sua anuência com o presente estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previsto pela norma do Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Ministério da Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde da Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Resultados

Os dados obtidos e aqui apresentados visaram delinear as estruturas e a dinâmica de funcionamento das três casas de apoio para portadores de HIV/aids de Ribeirão Preto-SP, cuja finalidade é oferecer assistência biopsicossocial à saúde, desenvolvendo ações relacionadas ao bem-estar social de uma população específica. Optou-se por ampliar os aspectos técnicos e adentrar esses locais com o olhar disposto a conhecer serviços de interesse direto para a Saúde, mantidos por entidades civis que buscam oferecer, além de um abrigo, um lar para as pessoas portadoras de uma doença que traz profundas marcas sociais. Características comuns a esses três equipamentos e informações sobre o cumprimento de alguns parâmetros exigidos estão sistematizadas na Tabela 1.

As casas de apoio em questão deram início ao seu funcionamento em períodos próximos (com diferença de um ano), duas das quais instaladas em imóveis doados. A Casa 3, recém-instalada, ainda estava sendo adaptada às condições de biossegurança – diferente das outras duas, já regularizadas.

Ao todo, chegavam a oferecer 68 vagas, contando com 44 moradores no período da coleta de dados. A Casa 3 apresentava uma ocupação próxima à metade das vagas disponíveis, ao passo que as demais se encontravam com ocupação acima da metade da sua capacidade.

Juntas, somavam 33 funcionários e 24 voluntários. A Casa 2 – de público infantil –, a de maior oferta de vagas, proporcionalmente, apresentava o maior quadro de pessoas contratadas, em contraste com a Casa 1, que dependia do trabalho voluntário de um maior número de pessoas.

Observaram-se três condições diferentes, relacionadas às fontes de recursos: exclusivamente da comunidade (Casa 1); de pessoas físicas e jurídicas (Casa 2); e de uma fundação institucional (Casa 3) (Tabela 1).

A Casa 1 recebia um público adulto, mantida por uma entidade de cunho religioso. Seus funcionários eram voluntários, oriundos, principalmente, da mesma comunidade religiosa, vinculados à instituição há um ano e meio, em média.

As outras duas casas pertenciam a uma mesma entidade assistencial, que mantinha outras atividades simultaneamente, possibilitando repasses de doações entre elas. A seguir, são apresentados, com maiores detalhes, os dados oriundos do questionário e da observação livre, para que se dimensionem as atividades e as estruturas disponíveis nessas entidades.

Tijolos, cimento...

Qual é o teor dessa construção?

As três entidades avaliadas possuíam instalações físicas amplas, em condições estruturais adequadas

Tabela 1 - Caracterização das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Brasil, 2003

	Casa 1	Casa 2	Casa 3
Público	Adultos	Crianças	Adultos
Tempo de existência	9 anos	9 anos	8 anos
Natureza do imóvel	Doação	Doação	Alugado
Total de vagas	11	40	17
Total de residentes	8	28	8
Condições de biossegurança	Adequadas	Adequadas	Em adaptação
Funcionários(as)	8	18	7
Voluntários(as)	14	Acima de 8 (variável)	2
Fonte de recursos financeiros mais representativa	Doações de comunidade vinculada a uma igreja	Doações de pessoas físicas e jurídicas	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência Hospitalar do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

às atividades propostas. A Casa 1 caracterizava-se por dispor de uma ampla área verde, com restrições de acesso para coibir o uso de drogas pelos moradores – falta de uma vigilância permanente. Possuía, ao todo, 11 cômodos e três quartos, um deles reservado para uso como enfermaria, e contava com 11 moradores no período da coleta dos dados. Na Casa 2, foram observadas as reformas realizadas no local para adaptação e adequação das instalações às necessidades das crianças. A coordenação denominou os detalhes exigidos para a adequação do imóvel como “muitas coisinhas”. Nem por isso, deixou de providenciá-las. Possuía quartos decorados para meninos, meninas e bebês. A Casa 3, por sua vez, possuía um total de 14 cômodos, com três quartos. Assim como a Casa 1, os quartos da Casa 3 eram divididos por sexo; e o terceiro quarto, reservado para ocupação em casos de agravamento das condições de saúde.

Todas as três casas encontravam-se regulamentadas junto aos órgãos de fiscalização municipal, mas referiram que o regimento interno se encontrava em fase de elaboração; a Casa 2 já contava com esse documento prestes a ser finalizado. As normas de biossegurança eram cumpridas: na cozinha e na lavanderia, instaladas em cômodos semi-abertos; e no armazenamento dos medicamentos.

A construção do espaço privado

As atividades diárias locais eram voltadas, preponderantemente, para os cuidados de saúde, como realização de consultas, exames ou acompanhamento de rotina. Foi observado que uma das atribuições das coordenações era a organização dos horários de saída e dos locais de destino (relativos às atividades citadas) para todos os moradores. Poderiam tanto manter um mural com um quadro atualizado dessas atividades, acessível a todos, como uma agenda sob a responsabilidade da coordenação. Todas três dispunham de veículo próprio para transporte aos serviços de saúde.

A limpeza era provida com regularidade, para manter o ambiente sempre limpo. Ela podia ser feita por funcionários ou moradores com boas condições de saúde, como pelas próprias coordenadoras, se assim fosse necessário. Segundo a coordenadora do abrigo infantil, as crianças colaboravam com a organização de seus quartos e da brinquedoteca e desenvolviam pequenas atividades diversas, sentindo-se valorizadas com esse tipo de encargos. Na Casa 1, entretanto, havia dificuldade de adesão dos adultos, seus moradores, no desempenho de tarefas diárias, de acordo com a sua coordenadora.

Nas duas casas para adultos, foram acompanhadas as atividades de limpeza realizadas pelos próprios moradores, o que criava um clima de intensa mobilização e envolvimento da maioria. Esses momentos, mesmo sem contar com a participação de todos por livre e espontânea vontade, e apesar da ausência de alternativas de atividades planejadas, proporcionaram certa descontração no desempenho das rotinas, perpassados pelo objetivo comum de recuperação da saúde.

Não foi encontrada uma atividade sistemática de educação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade dos moradores, adultos e crianças, não era abordada abertamente.

Entre as responsabilidades específicas das coordenações, estava a monitoração da administração dos medicamentos e das refeições, de modo que agradasse ao maior número possível de moradores. Eram oferecidas, em média, seis refeições diárias para os adultos; e para as crianças, até oito refeições.

O assunto sexualidade foi avaliado pelas coordenadoras como alheio às competências das casas, que se limitavam a atender a demanda do morador ou deixar essa incumbência para os serviços de saúde freqüentados. Não foi encontrada uma atividade sistemática de educação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade dos moradores, adultos e crianças, não era abordada abertamente, o que denotou uma dificuldade das coordenações em lidar com as singularidades de cada um em relação ao sexo – dessa forma, elevado à condição de tabu, principalmente quando associado ao contexto da epidemia de aids.

As mãos que geram as obras

As coordenações eram desempenhadas por mulheres, inicialmente voluntárias, que, por diferentes motivos, engajaram-se na formação desses equipamentos sociais. A presença feminina na constituição dos recursos humanos (funcionários e voluntários) foi predominante nas casas de apoio. Como a sua qualificação não era elevada, eram oferecidos cursos, treinamentos e atividades de educação continuada por profissionais da área.

No quadro geral da equipe de trabalho das três casas, foi observado um predomínio do número de funcionários em detrimento do número de voluntários. Separadamente, enquanto a Casa 1 possuía mais voluntários do que funcionários, acontecia o inverso na Casa 2. O voluntariado permite oferecer serviços especializados de diferentes profissionais, mas também pode servir de válvula de escape para “chorar sua própria dor”, segundo relatou uma das coordenadoras. Assim, essas pessoas eram, previamente, entrevistadas e avaliadas quanto ao seu real interesse e o significado, para elas, do trabalho voluntário.

Os turnos eram de oito horas, em média; contudo, as coordenações referiram uma jornada de trabalho maior, dado o intenso envolvimento, com responsabilidades e caráter emocional, nas suas atividades.

A convivência permanente com as dificuldades também se fez presente nessas organizações. A principal provisão de recursos era obtida por meio de doações da comunidade civil e de benefícios públicos, ambos insuficientes para garantir o atendimento às necessidades de custeio.

Os tripulantes da nau

Os moradores dessas casas de apoio foram qualificados pelas coordenações como pessoas que não possuíam “*estrutura física, social e familiar*” para lidar com as decorrências da infecção por HIV/aids. Provinham de famílias sem condições materiais ou recursos para sobrevivência; ou de uma história referida de vínculos frágeis, que inviabilizavam as condições adequadas e necessárias à boa convivência, em família, com a aids e seu portador.

O período de permanência nessas casas mostrou-se variável – de três a seis meses –, segundo a definição dos regimentos internos. Entretanto, muitos moradores passavam anos sob o abrigo da entidade, fazendo dela o seu próprio lar. A promoção de atividades de integração social e/ou familiar do morador dava-se durante as visitas feitas pelos parentes, pouco frequentes; ou na participação em cursos externos, ainda que limitada pela escassez de meios de transporte próprios da casa. Na Casa 1, como medida de reintegração, alguns moradores eram autorizados a sair nos finais de semana, para visitar parentes e amigos. Na casa-abrigo infantil, a escola, assim como os passeios à sorveteria, *shopping center* ou circo, tinham a função de promover a interação das crianças com o mundo externo. Nos fins de semana, eram raros os momentos em que as crianças se encontravam desocupadas, já

que grupos de voluntários promoviam festas com frequência.

Muitos moradores passavam anos sob abrigo da Casa de Apoio, fazendo dela o seu próprio lar.

Os moradores apresentavam-se em diferentes condições de saúde, sendo comum o convívio daqueles em estado mais preservado com os que apresentavam risco iminente de morte. Um relato oferecido pela coordenação da Casa 2 ilustrou essa situação de proximidade com o desenlace fatal, quando o falecimento de uma das funcionárias (um evento recente, à época da coleta dos dados) favoreceu um contexto propício para as crianças abordarem outras perdas pelas quais já haviam passado, como a morte de outras duas crianças da casa. Segundo a coordenadora, esse acontecimento inusitado repercutiu positivamente, funcionando como um catalisador para que os pequenos pudessem explicitar suas dúvidas, angústias e temores diante da proximidade ou mesmo da presença do espectro da morte na sua realidade cotidiana.

A avaliação de estrutura das casas de apoio

Tendo em vista os materiais disponíveis para normatização do funcionamento desses equipamentos sociais, foi possível verificar as seguintes características:

- as casas de apoio para portadores adultos avaliadas eram estabelecimentos definidos como de pequeno e médio porte (com até 20 vagas), enquanto a capacidade da casa de apoio à população infantil era de até 40 crianças;
- nas três casas, o período de permanência era definido como de longa duração (superior a 30 dias), apesar de essa norma não ser seguida rigidamente;
- as casas de apoio para adultos não eram passíveis de classificação como a prevista pela Norma Técnica do CVS/CRT-AIDS/SES-SP, em que um dos critérios de diferenciação referia-se às condições de manifestação e agravo dos sintomas; porém, foi observada a coexistência de pessoas com sua capacidade de autonomia preservada e outras que apresentavam um maior nível de dependência;
- a casa de apoio para abrigo de crianças caracterizava-se, também, como uma casa de solidariedade, abrigando crianças órfãs ou cujos pais, na condição de portadores do HIV/aids, encontravam-se em difícil situação social e econômica;³ igualmente, a

- casa se responsabilizava pelo encaminhamento para adoção, em casos de destituição do pátrio poder;
- as três casas possuíam sistemas de referência e contra-referência estabelecidos (hospital e centros de saúde), para a assistência em casos de maior complexidade e, em contrapartida, para o abrigo de eventuais novos moradores egressos desses serviços;
- as casas de apoio definidas como de Tipo II careciam, segundo a Norma Técnica do CVS/CRT-AIDS/SES-SP, de responsáveis técnicos – deveriam ser médicos – junto aos órgãos competentes; uma das casas informou que o responsável técnico da organização era o enfermeiro da equipe, ao passo que as demais não o especificaram;
- nas três casas de apoio, não foi observado qualquer documento específico onde constassem as atividades realizadas (de assistência e supervisão, entre outras) pelas unidades ambulatoriais de referência especializada; os documentos de organização e gerência da assistência eram de incumbência exclusiva das próprias coordenadoras e não de profissionais de nível superior lotados nos serviços de referência da área da Saúde, como preconizam as normas referidas.

Discussão

As casas de quem não tem casa

À frente dessas casas, na função de coordenação da entidade, encontravam-se mulheres que, ainda que não apresentassem curso de nível superior na área da Saúde, contavam com um preparo técnico adquirido. Os fazeres construídos apontam para a condição do papel da mulher como cuidadora,⁷⁻¹⁰ vista como decorrente da divisão sexual do trabalho. As funções de cuidado foram inseridas ao longo de décadas, no exercício do papel social feminino no contexto familiar. O caráter afetivo do cuidar, que envolve a dimensão da maternagem, foi construído e somado às características consideradas como restritas ao gênero feminino (por exemplo, ter filhos). É esperado, socialmente, que mulheres assumam os cuidados e a atenção aos aspectos físicos e afetivos relacionais da família, especialmente no cuidado de pessoas mais vulneráveis.¹⁰

Os dados sugeriram que não é possível reduzir a capacidade de funcionamento das casas apenas ao estágio de formação específica que cada coordenadora atingiu. A capacidade de gerência das casas de apoio também se aprimorou, como consequência da iden-

tificação pessoal da responsável pela coordenadoria com os ideais e objetivos da organização.

Um último aspecto a ser destacado concerne à natureza não governamental desses serviços, sujeitos a incertezas constantes em relação à disponibilidade de recursos suficientes para o seu custeio. Foi necessário aprender a lidar com o difícil jogo do equilíbrio entre a premência das necessidades e as reais possibilidades da sua satisfação. Essa exigência foi definida por uma das entrevistadas como “*improviso de qualidade*”. A incorporação do estudo das fontes de receita na avaliação de estrutura, tal como foi feito neste trabalho, deve-se à importância dessa medida para conferir maior legitimidade às organizações não governamentais (ONG).¹¹

O falecimento de uma funcionária favoreceu contexto propício para as crianças abordarem a morte de outras duas crianças da casa.

A disponibilidade de um serviço – público, privado ou não-governamental – requer parâmetros de estruturação que possibilitem a melhor forma de atividade e de alcance de seus objetivos/fins. Nesse percurso, a definição de indicadores de adequação é um meio para se atingir a qualidade do serviço.

É importante salientar que um estudo avaliativo pode contar com índices e parâmetros pré-definidos; ou partir para a sua elaboração, com base em outros estudos já realizados, embora a definição de um ou mais indicadores possa ser difícil, ante a complexidade do fenômeno da ação em saúde.¹²

Este trabalho, de natureza exploratória, orientou-se pelas normas técnicas, sem eleger um indicador específico. As três casas de apoio foram avaliadas por intermédio da aplicação de um questionário desenvolvido com base em materiais técnicos estabelecidos *a priori*, uma vez que não se dispôs de um recurso de creditação ou de atribuição de parâmetros específicos para esses serviços. Ao elaborá-lo, deu-se importância à contextualização desses equipamentos sociais, tanto do ponto de vista da sua história como da sua concepção social e política. Também a observação livre, na qualidade de um dos três instrumentos utilizados, possibilitou a identificação dos conteúdos obtidos das entrevistas no seu próprio contexto – o “aqui e agora”, onde e quando as situações acontecem –, além de fornecer informações passíveis de serem captadas somente nessa

modalidade de coleta de dados. Afinal, a apreensão e compreensão do contexto do serviço é essencial para uma perspectiva holística de avaliação.⁶

Aperfeiçoar uma proposta de avaliação para serviços e programas, cujo enfoque esteja na des-institucionalização – como é o caso das entidades estudadas – deve considerar, como necessário, que se contemple a multiplicidade de opiniões pela inclusão de julgamentos que partam de grupos envolvidos no programa ou serviço.¹³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),¹⁴ a avaliação tem como princípios: (I) possibilidade de conhecer os serviços e melhorá-los; (II) flexibilidade para abarcar as distintas situações; e (III) exigência de um processo em constante adaptação às condições da realidade à qual se aplica.

A proposta de verificação da adequação dessas organizações às Normas Técnicas do Ministério da

Saúde e do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo não implicou, conforme esclarecido às coordenações, fiscalização ou emissão de juízo de valor sobre as suas condições de instalação e funcionamento. A realidade mostrou ser maior do que seria possível prever nos termos deste relato. Se, em muitos pontos, não houve uma correlação *ipsis litteris* com as Normas Técnicas, é indiscutível o benefício institucional e o reconhecimento da importância que esses equipamentos sociais adquiriram para o justo acolhimento dessa demanda social.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio das entidades participantes, especialmente a colaboração das suas coordenações, sem o que não seria possível a realização deste trabalho.

Referências bibliográficas

1. Parker R. A Construção da solidariedade: aids, sexualidade e políticas no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
2. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de recomendações: casa de apoio em HIV/Aids. Brasília: MS; 1998.
3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria Conjunta n. 2 CVS/CRT-DST/AIDS; 2001. [acessada em 2002 Jul 4]; [cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/01pcvs02.htm/>.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memory Fund Quarterly* 1966;44:166-206.
5. Dever GEA. A Epidemiologia na administração de serviços de saúde. In: Dever GEA. Etapas do processo de planejamento. 1ª ed. São Paulo: Pioneira; 1988. p.47-70.
6. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2ª ed. Califórnia: Sage; 1990.
7. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
8. Durham ER. Família e reprodução humana. In: Durham ER. Perspectivas antropológicas da mulher 3. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983, p.15-44.
9. Sarti CA. A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 1ª ed. Campinas: Autores Associados; 1996.
10. Romanelli G. O Processo saúde/doença em famílias de baixa renda e a ação do Estado. In: Anais do 23º Encontro Anual da Anpocs; 1999; Caxambu, Brasil. Caxambu: Anpocs; 1999.
11. Marques DSP, Merlo EM, Nagano MS. Legitimacy and NGOS: a case study of two NGOS of São Paulo State. In: Proceedings of the Business Association of Latin American Studies (BALAS); 2003; São Paulo, Brasil. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; 2003.
12. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente. Um Modo de fazer. 1ª ed. São Paulo: Edusp; 2001.
13. Furtado JP. Um Método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001;6:165-181.
14. Soboll MLMS, Carvalho AO, Eduardo MBP, Tanaka OU, Moreira ML. Sistemas de informação em saúde, mecanismos de controle, de auditoria e de avaliação. In: Westphal MF. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001. p.205-254.

Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil

Risk Behavior to HIV Infection among Adolescents Attending a STD/AIDS Testing and Counseling Center of the Municipality of Rio de Janeiro, Brazil

Rosane Harter Griep

Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ

Carla Luzia França Araújo

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ

Sônia Maria Batista

Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids, Hospital-Escola São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ

Resumo

O objetivo deste estudo é investigar comportamentos relacionados ao HIV entre 820 adolescentes, idade entre 13 e 19 anos, que realizaram sorologia para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da Cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Utilizamos dados coletados do Sistema de Informações do CTA (SI-CTA). Observou-se concentração de adolescentes na faixa etária de 17 e 19 anos. Entre as gestantes, encontrou-se proporção mais alta de jovens de 13 a 16 anos, de casadas e de baixa escolaridade quando comparada às não gestantes, aos homens heterossexuais e aos homens que fazem sexo com homens (HSH). Cerca de metade das adolescentes procurou o serviço para a realização de exames de pré-natal; e entre os adolescentes, 60% buscaram o teste por terem sido expostos à situação de risco. Os adolescentes heterossexuais, os HSH e as não gestantes referiram maior número de parceiros sexuais e utilização mais freqüente do preservativo do que as gestantes. A proporção de testes positivos para o HIV foi de 0,35%, 2,05%, 3,74% e 4,81%, respectivamente, para gestantes, não gestantes, heterossexuais e HSH. Os dados evidenciam vulnerabilidade dos adolescentes atendidos, em relação ao HIV, e apontam para a necessidade entre eles de estratégias específicas que aumentem conhecimentos, oportunidades e opções de prevenção.

Palavras-chave: HIV; aids; adolescentes; doenças sexualmente transmissíveis; sistemas de informação.

Summary

This study aimed to investigate HIV-related behaviors among 820 adolescents, aged between 13 and 19 years of age, who underwent an HIV test of serum in the STD/AIDS Testing and Counseling Center, Rio de Janeiro City, Brazil. We used data from the STD-AIDS Testing and Counseling Information System (SI-CTA). The majority of subjects were from 17 to 19 years of age. Among pregnant women, the highest rates of HIV-positive tests were observed in young adolescents (aged 13 to 16 years) and married women with low literacy, compared to non-pregnant women, heterosexual men and men who had sexual intercourse with men (MSM). Approximately 50% of adolescent females sought prenatal services, and 60% of adolescent males required HIV-testing due to a high risk exposure. Heterosexual adolescents, MSM, and non-pregnant women reported higher numbers of sexual partners, as well as more frequent condom use compared to pregnant women. The proportion of serum tests positive for HIV was 0.35%, 2.05%, 3.74%, and 4.81%, in pregnant, non-pregnant women, heterosexual men and MSM respectively. The data demonstrate the vulnerability of adolescents regarding HIV and points out the need for specific strategies to enhance their knowledge as well as preventive opportunities and options.

Key words: HIV; AIDS; adolescents; sexually transmitted diseases; information systems.

Endereço para correspondência:

Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, Rio de Janeiro-RJ. CEP: 20211-110
E-mail: rohgriep@terra.com.br; araujo@infolink.com.br; sonia@ponze.ufrj.br

Introdução

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui fenômeno global, complexo, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores determinantes, do comportamento humano individual e coletivo.¹ No Brasil, a propagação da infecção pelo HIV vem sofrendo transformações significativas no seu perfil epidemiológico, com tendência de pauperização da população infectada e aumento de casos em heterossexuais – principalmente mulheres –, crianças e jovens.^{1,2}

Desde o início da epidemia, o grupo etário de 20 a 39 anos tem sido o mais atingido. Tendo em conta que a pessoa infectada pelo HIV leva cerca de dez anos, em média, para evoluir para aids, pode-se inferir que esses adultos tenham-se infectado quando adolescentes ou adultos jovens.^{3,4}

Os jovens são um segmento vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado. Recentemente, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)⁵ divulgou um relatório solicitando urgência de investimentos para garantir o futuro da população de adolescentes. Segundo a publicação, a cada 14 segundos, um jovem entre 15 e 24 anos é infectado pelo HIV; e, de todas as novas infecções, cerca da metade ocorre nessa faixa etária. Portanto, a implementação de programas de prevenção voltados para jovens, antes que eles iniciem práticas comportamentais que possam aumentar o risco de transmissão do HIV, bem como a avaliação do seu impacto, tornam-se imprescindíveis.

A Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS/MS), desde a sua inauguração em 1985, vem estabelecendo diretrizes para o enfrentamento da epidemia no país. Desde 1988, a CN-DST/AIDS coordena a implantação de uma rede de Centros de Testagem e Aconselhamento, os chamados CTA, serviços de saúde especializados no diagnóstico, orientação sobre transmissão e prevenção do HIV, que atuam como referência para tratamento quando o resultado do teste é reagente.⁶ Os CTA cumprem a importante função de intermediação entre a prevenção e a assistência, centrados na abordagem dialógica. Promovendo o acolhimento e o aconselhamento, seu propósito é orientar o usuário na sua decisão de realizar o teste anti-HIV ou não. A relação sujeito-profissional torna-se evidente, pautada no direito à cidadania, na escuta adequada, na reflexão a respeito dos riscos e comportamentos

sob o enfoque da prevenção das DST/aids e promoção da saúde.⁶

Visando facilitar a organização do processo de trabalho dos CTA, a CN-DST/AIDS/MS desenvolveu o Sistema de Informação sobre Atendimento nos CTA (SI-CTA), que permite a análise da demanda atendida e enriquece o sistema de vigilância epidemiológica do HIV, auxiliando a realização de investigações científicas.⁷

As possibilidades de monitoração de práticas preventivas relatadas pelos usuários do CTA foram consideradas pelo presente estudo, que utilizou o SI-CTA com o objetivo de descrever o perfil de comportamento relacionado ao HIV entre adolescentes que buscaram o exame de sorologia em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids, localizado na Cidade do Rio de Janeiro.

Metodologia

Trata-se de estudo seccional em que exposição e desfecho são investigados no mesmo momento do tempo, delineamento útil para detectar frequências de doenças e de fatores de risco e identificar grupos mais ou menos afetados pelo evento.⁸ O estudo abrangeu todos os testes realizados por adolescentes com idade entre 13 e 19 anos, durante os períodos de janeiro a dezembro de 2002 e de janeiro a setembro de 2003, no CTA do Hospital-Escola São Francisco de Assis (Hesfa) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Trata-se do primeiro CTA do Estado do Rio de Janeiro, implantado em 1992, em corredor de tráfego intenso do bairro Cidade Nova, de fácil acesso à população carioca, onde circulam veículos de transporte urbano coletivo, como metrô, ônibus e trens. O serviço atende, em três turnos de funcionamento, cerca de 500 usuários por mês.⁹ Foram excluídos da análise os testes cujo motivo da realização foi o de “conferir resultado anterior”.

Os dados foram obtidos a partir do formulário de teste sorológico anti-HIV e do formulário de perguntas preenchido durante o aconselhamento, disponível nos prontuários dos clientes atendidos pelo CTA. As informações obtidas a partir dos formulários foram inseridas em banco de dados que integra o SI-CTA.⁷ Foram utilizadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação), comportamentos relacionados ao HIV [frequência do uso do preservativo ao longo do relacionamento com parceiro fixo (atual),

do uso do preservativo na última relação com parceiro fixo, do uso do preservativo com parceiro não fixo ao longo da vida, do uso do preservativo na última relação sexual com parceiro não fixo; motivos do não-uso do preservativo; número de parceiros sexuais], motivo da busca do teste e resultado dos testes anti-HIV, mediante relatórios estatísticos com cruzamentos de dados pré-definidos no SI-CTA.

Os adolescentes com sorologia positiva para o anti-corpo anti-HIV, confirmada por ensaio imunoenzimático (ELISA) e Western Blot (WB), foram considerados soropositivos para o vírus.

As categorias de gênero foram subdivididas, para melhor compreensão de diferentes padrões de vulnerabilidade. As adolescentes foram classificadas em “gestantes” e “não gestantes”; os adolescentes do sexo masculino, entre “heterossexuais” e “homens que fazem sexo com homens (HSH)”. Diferenças entre proporções foram avaliadas pelo teste qui-quadrado, com intervalo de confiança (IC) de 95%. A análise foi feita utilizando-se o aplicativo Epi Info, versão 6.04.

Considerações éticas

Os testes foram identificados, numericamente; e as respostas, analisadas apenas como estatísticas agrupadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital-Escola São Francisco de Assis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Resultados

Durante o período avaliado, 830 testes anti-HIV foram realizados entre jovens de 13 a 19 anos de idade, no CTA de estudo (cerca de 10% da totalidade de testes realizados no período). Foram excluídos dez testes, classificados como “Confirmação de resultado anterior” (oito mulheres e dois homens), resultando em um total de 820 testes considerados.

A descrição sociodemográfica da população de estudo mostra que 74,4% dos adolescentes tinham idade entre 17 e 19 anos, cerca de 75,2% eram não casados e 55% contavam oito ou mais anos de escolaridade (Tabela 1). Contudo, foram observadas diferenças nessa descrição, segundo as classificações de gênero. Entre as gestantes, verificou-se proporção mais alta de jovens entre 13 e 16 anos, de casadas e de baixa escolaridade, quando comparadas às não gestantes, aos heterossexuais e aos HSH (Tabela 1).

Desde 1988, a CN-DST/AIDS coordena a implantação de uma rede de Centros de Testagem e Aconselhamento, especializados no diagnóstico, orientação sobre transmissão e prevenção do HIV.

Cerca de metade das adolescentes procuraram o serviço para realização do exame na rotina do pré-natal e 25,8% buscaram a testagem por terem sido expostas a situação de risco, em relações sexuais sem proteção. Entre os adolescentes homens, 60% buscaram o serviço por terem sido expostos a situação de risco (dados não apresentados em tabela).

Entre os jovens do estudo, 35,9% referiram de “três a quatro” e 15,7% referiram “cinco ou mais” parceiros sexuais nos últimos 12 meses, 5,6% referiram história de DST e 7,5% tinham realizado o teste anteriormente, no CTA objeto do estudo. Em relação ao uso do preservativo entre os que referiram relacionamento fixo, observou-se que 21,2% afirmaram usá-lo sempre, ao longo do último relacionamento, e 16,8% afirmaram usá-lo na última relação sexual. Quando se trata de relacionamentos sexuais com parceiro não fixo, as proporções foram de 43% em todas as relações; e de 41% na última relação sexual.

Entretanto, diferenças de comportamento importantes relacionadas ao HIV, segundo as categorias de gênero, puderam ser observadas entre os adolescentes avaliados (Tabela 2). Destacaram-se os homens, que referiram maior número de parceiros. Por exemplo, 38,1% dos HSH e 34,7% dos heterossexuais referiram “cinco ou mais” parceiros sexuais nos últimos doze meses. Entre as meninas, essas proporções foram de 12,1% para não gestantes e de 1,4% para gestantes. Ainda entre as gestantes, 71,2% referiram apenas um parceiro, enquanto as proporções para as outras categorias foram de 41,7% entre não gestantes, 27,9% entre heterossexuais e 17,9% entre HSH ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Para os HSH, identificou-se frequência mais alta de realização de teste anterior no CTA de estudo, embora essas diferenças não sejam significantes no nível de 5% ($p = 0,094$). Para as gestantes, contudo, foram identificadas frequências mais baixas de relato de DST anterior e de uso do preservativo com parceiro fixo ($p < 0,01$). As frequências no uso do preservativo com parceiro não fixo (ao longo da vida e na última relação sexual) foram

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica segundo categorias de gênero, entre os adolescentes atendidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids do Hospital-Escola São Francisco de Assis, na Cidade do Rio de Janeiro. Brasil, 2002 e 2003

Características	Feminino		Masculino		Valor de p ^a	TOTAL N (%)
	Gestantes N (%)	Não gestantes N (%)	Heterossexuais N (%)	HSH N (%)		
Faixa etária						
13 a 16	97 (33,2)	66 (26,3)	30 (15,5)	14 (16,7)		207 (25,2)
17 a 19	195 (66,8)	185 (73,7)	163 (84,5)	70 (83,3)	<0,001	613 (74,8)
Situação conjugal						
Casado/amigado	148 (50,7)	31 (12,4)	22 (11,6)	4 (4,8)		205 (25,2)
Não casado	144 (49,3)	218 (87,6)	167 (88,4)	80 (95,2)	<0,001	609 (74,8)
Anos de estudo						
<3	54 (18,5)	30 (12,0)	23 (11,9)	4 (4,8)		111 (13,6)
4 a 7	114 (39,2)	73 (29,2)	55 (28,5)	14 (16,7)		256 (31,3)
8 ou mais	123 (42,3)	147 (58,8)	115 (59,6)	66 (78,5)	<0,001	451 (55,1)

a) teste de qui-quadrado

Nota: os denominadores são variáveis devido à exclusão da categoria "Não informado".

Tabela 2 - Comportamentos relacionados ao HIV entre os adolescentes atendidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids do Hospital-Escola São Francisco de Assis, na Cidade do Rio de Janeiro, segundo categorias de gênero. Brasil, 2002 e 2003

Características	Feminino		Masculino		Valor de p ^a	TOTAL
	Gestantes N/total (%)	Não gestantes N/total (%)	Heterossexuais N/total (%)	HSH N/total (%)		N/total (%)
Número de parceiros sexuais (últimos 12 meses)						
1 a 2	208/292 (71,2)	100/240 (41,7)	53/190 (27,9)	15/84 (17,9)		385/815 (47,2)
3 a 4	80/292 (27,4)	111/240 (46,3)	71/190 (37,4)	37/84 (44,0)		299/815 (36,7)
≥5	4/292 (1,4)	29/240 (12,1)	66/190 (34,8)	32/84 (38,1)	<0,001	131/815 (16,1)
História de DST	4/292 (1,4)	21/251 (8,4)	13/193 (6,7)	7/84 (8,3)	0,001	45/820 (5,5)
Já realizou teste HIV anteriormente no CTA	18/292 (6,2)	19/251 (7,6)	13/193 (6,7)	12/84 (14,3)	0,092	59/820 (7,2)
Uso "sempre" do preservativo com parceiro fixo (atual)	21/285 (7,4)	59/190 (31,1)	43/130 (33,1)	16/51 (31,4)	<0,001	139/656 (21,2)
Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo	12/284 (4,2)	44/188 (23,4)	37/126 (29,4)	16/48 (33,3)	<0,001	109/646 (16,9)
Uso "sempre" do preservativo com parceiro não fixo ao longo da vida	8/22 (36,4)	35/84 (41,7)	59/125 (47,2)	20/53 (37,7)	0,581	122/284 (43,0)
Uso do preservativo na última relação sexual com parceiro não-fixo	8/24 (33,3)	28/77 (36,4)	55/116 (47,4)	20/52 (38,5)	0,338	111/264 (42,0)

a) teste de qui-quadrado

Nota: os denominadores são variáveis devido à exclusão das categorias "Não se aplica" e "Não informado".

semelhantes entre as quatro categorias de gênero avaliadas; menos da metade dos adolescentes, em quaisquer das categorias de gênero, referiram seu uso. Entre as gestantes, foi encontrado o menor percentual de uso do

preservativo com parceiro fixo atual e na última relação sexual ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Os principais motivos para o não-uso do preservativo em relacionamento com parceiro fixo foram

“Confiança no parceiro” e “Não gosta”. No caso das mulheres, foram encontrados percentuais mais altos de respostas “Parceiro não aceita”, comparativamente aos homens: 12,8% e 4,9%, respectivamente, para homens e mulheres. Nas parcerias não fixas entre os adolescentes do sexo masculino, predominou “Não dispunha no momento” (do relacionamento), “Não deu tempo/tesão” e “Não gosta”; entre as mulheres, destacou-se “Confiança no parceiro” e “Não dispunha no momento” (Tabela 3).

De todos os testes realizados entre adolescentes no período, 2,1% (IC95%=1,1-3,1) resultaram soropositivos para o HIV. As proporções de testes HIV-positivos foram as seguintes: 0,35% (IC95%=0,00-2,54) entre gestantes; 2,05% (IC95%=0,29-3,76) entre não gestantes; 3,74% (IC95%=1,02-6,46) entre heterossexuais; e 4,8% (IC95%=0,21-9,42) entre HSH ($p=0,023$).

Discussão

Os resultados apresentados evidenciam a vulnerabilidade dos adolescentes atendidos em relação ao risco de transmissão/aquisição de doenças sexualmente transmissíveis. Jovens de 13 a 19 anos representam cerca de 10% dos usuários do CTA. A alta soropositividade para o HIV entre eles reforça a necessidade de estratégias específicas de prevenção da infecção pelo vírus.

As gestantes constituíram categoria bastante diferenciada das outras demandas de adolescentes do CTA: em relação ao perfil sociodemográfico, são, em geral, casadas, mais jovens e de menor escolaridade, quando comparadas às demais categorias avaliadas. Quanto ao comportamento diante do HIV, elas referiram menor número de parceiros e utilização menos freqüente do preservativo em se tratando de parceiro fixo. Entre elas, ainda, identificou-se a menor proporção de resultados positivos para o teste anti-HIV, comparativamente às outras categorias de gênero avaliadas. São aspectos que se justificam, possivelmente, pelo fato de elas buscarem o teste sorológico motivadas por razões distintas, em relação às outras demandas do CTA: enquanto as gestantes são encaminhadas pelos profissionais de saúde para exame de rotina do pré-natal, os outros usuários, geralmente, procuram o serviço por terem sido expostos a situação de risco. A prevalência de resultados HIV-positivos entre elas foi menor do que entre as gestantes do Município do Rio de Janeiro. Segundo o Boletim Epidemiológico do HIV,¹⁰ no ano de 2001, foi confirmado resultado positivo para a presença do vírus da aids em 0,7% das gestantes que realizaram testagem para o HIV durante o pré-natal, no Município.

Jovens e adolescentes de baixo nível de instrução e baixo nível socioeconômico são mais susceptíveis às infecções sexualmente transmissíveis. O estudo en-

Tabela 3 - Motivos referidos para o não uso do preservativo entre os adolescentes atendidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids do Hospital-Escola São Francisco de Assis, na Cidade do Rio de Janeiro, segundo gênero, CTA-HESFA. Brasil, 2002 e 2003

Motivos	Feminino		Masculino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Parceiro fixo						
Confiança no parceiro	183	49,7	43	42,2	226	48,1
Não gosta	43	11,7	13	12,7	56	11,9
Não tinha consciência	25	6,8	10	9,8	35	7,4
Parceiro não aceita	47	12,8	5	4,9	52	11,1
Outros	70	19,0	31	30,4	101	21,5
TOTAL	368	100,0	102	100,0	470	100,0
Parceiro eventual						
Confiança no parceiro	11	20,7	8	9,5	19	13,9
Não gosta	3	5,7	12	14,3	15	10,9
Não dispunha no momento	9	17,0	26	30,9	35	25,5
Não deu tempo/tesão	3	5,7	13	15,5	16	11,7
Outros	27	50,9	25	29,8	52	38,0
TOTAL	53	100,0	84	100,0	137	100,0

Nota: foram excluídas as categorias “Não se aplica” e “Não informado”.

controu proporção considerável de adolescentes de baixa escolaridade infectados, principalmente entre as gestantes. Outras pesquisas indicam que a frequência do uso do preservativo aumenta, proporcionalmente, com o nível da escolaridade, e que o uso de drogas diminui com o aumento do número de anos de estudo.¹¹ A maior vulnerabilidade dos jovens decorre do uso inadequado de preservativos^{12,13} associado a práticas sexuais com múltiplos parceiros.¹⁴ Segundo os resultados apresentados, os adolescentes do sexo masculino, tanto heterossexuais como HSH, referiram maior número de parceiros sexuais. Porém, a referência ao uso do preservativo não se mostrou mais elevada entre eles. De maneira geral, os adolescentes considerados por este estudo referiram o uso do preservativo menos frequentemente, em comparação aos resultados obtidos por estudo realizado no ano de 1998, com rapazes conscritos do Exército Brasileiro.¹¹ De maneira semelhante a esse estudo, tenderam a referir a utilização menos frequente do preservativo nas relações sexuais com parceiro fixo do que com parceiros eventuais (não fixos).

Um dos principais motivos apontados para o não-uso do preservativo foi a “Confiança no parceiro”, principalmente entre as mulheres. Elas também referiram, com mais frequência, que o “Parceiro não aceita” o uso do preservativo, em comparação com os homens. Frequentemente, o comportamento feminino ainda se encontra vinculado à subalternidade na relação da mulher com o homem; quando o relacionamento envolve o afeto, é comum a sensação ilusória de invulnerabilidade, como se o amor garantisse “proteção” contra a infecção.¹⁵ O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a População⁵ destaca que as normas de gênero limitam o poder de negociação das jovens e, conseqüentemente, a sua proteção efetiva durante os relacionamentos sexuais. As normas sociais dominantes sobre a masculinidade colocam os jovens como heróis e conquistadores, “machos” responsáveis pela administração dos riscos envolvidos nas questões sexuais; às jovens mulheres, em geral, cabe corresponder, com passividade, às investidas e desejos masculinos.

Entre os adolescentes do sexo masculino deste estudo, foram encontradas prevalências mais elevadas de HIV, comparativamente ao estudo sobre conscritos do Exército Brasileiro,¹¹ que considerou rapazes na faixa etária de 17 a 20 anos. Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que grande parte dos adolescentes buscou conhecer a sua sorologia para o HIV no CTA, em razão

de haver sido ou ter-se sentido exposta a uma situação de risco, fazendo deles um contingente não comparável, diretamente, ao apresentado naquele estudo.

Jovens de 13 a 19 anos representam cerca de 10% dos usuários do CTA. A alta soropositividade para o HIV entre eles reforça a necessidade de estratégias específicas de prevenção da infecção.

Aspectos referentes às limitações das análises devem ser levados em conta na avaliação dos resultados aqui apresentados. É digna de relevância a não-representatividade da população de estudo em relação à população geral de adolescentes. Usuários de CTA, além de constituírem uma demanda restrita, tendem a comportamentos mais arriscados. Ademais, pelo fato de o SI-CTA considerar como unidade de análise os testes realizados no período, é de se esperar subestimação das prevalências e superestimação de comportamentos mais arriscados. Apenas 7,5% dos adolescentes, contudo, haviam realizado o teste anteriormente, no CTA de estudo, sendo impossível identificar o momento do tempo em que o teste anterior ocorreu. Com o objetivo de diminuir as chances de capturar o mesmo sujeito mais de uma vez, para esta análise, excluíram-se os testes cujo motivo da realização foi “Confirmar resultado anterior”.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à aquisição de informações sobre temas envolvendo a sexualidade, durante o aconselhamento. É previsível um viés de resposta “socialmente aceitável”, haja vista nem sempre existir uma relação satisfatória de confiança entre o usuário e o aconselhador. Por conseguinte, estimativas do uso de preservativo podem estar superestimadas; e o número de parceiros sexuais, subestimado. Por outro lado, esses vieses podem ter sido minimizados ou prevenidos, graças a um processo de treinamento eficiente da equipe de aconselhadores do CTA (psicólogos e pedagogos, na sua maioria), contribuindo para a manutenção de um diálogo franco com os sujeitos e garantindo o sigilo das informações e a privacidade do conteúdo das entrevistas.

Trabalhar na linha limítrofe da vida dos indivíduos, sob a condição de todas as formas de transformações e interferências sociais, apresenta-se como grande desa-

fio para os profissionais que trabalham com adolescentes, principalmente na abordagem de atitudes positivas de prevenção das DST, do HIV e da aids.

Refletir sobre a melhor maneira de trabalhar com essa faixa etária torna-se imprescindível e implica reconhecer o adolecer como fase de transição no processo que envolve a vivência da infância e o seu reflexo na idade adulta. O grande avanço cognitivo que ocorre nessa etapa da juventude é o aparecimento do pensamento abstrato, que permite ao adolescente entender o mundo de uma forma teórica e hipotética; e elaborar, a partir das suas percepções, questões que não dependem, necessariamente, da sua vivência prática e do seu pensamento concreto. É o que permite a esses jovens sonhar com o futuro, planejá-lo a longo prazo. Destacamos, aqui, o pensamento de Ramos:¹⁶ *“Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações próprias da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes unicamente de um processo evolutivo orgânico. A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas são, antes de qualquer coisa, processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes – econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais.”*

A adolescência caracteriza-se por uma instabilidade de humor, efeito da convulsão hormonal inerente a essa fase de transformação do corpo, fato que provoca um certo susto em determinada ordem instituída (contra a qual ele, justamente, tenta-se rebelar). Provavelmente, é esse movimento que leva o adolescente a questionar valores sociais para ele ultrapassados, à prática de violência, ao abuso de drogas, ao uso da sua sexualidade de forma inseqüente e a tantas outras atitudes mais ou menos extremas. Há que se considerar que a sexualidade humana é, sobretudo, uma construção social e cultural, organizada no interior de complexos sistemas de significados, articulada dentro de um contexto de diferenciações e desigualdades de ordens sociais específicas.¹⁷

Uma primeira grande dificuldade se antepõe a qualquer tipo de trabalho com adolescentes: sua relação truncada com o saber. O adolescente tende a rejeitar qualquer forma de conhecimento que se lhe queiram impor ou mesmo dispor (ainda que a seu pedido), rejeitando o saber acumulado pelos mais velhos e priorizando o seu próprio, geralmente oriundo do grupo ao qual se integra. Mesmo que esse saber, que ele identifica como seu, seja da ordem do prejuízo, parecer-lhe-á mais legítimo. Como, então, transmitir-lhe – e

ele receber e aceitar – as informações que se gostaria de lhe passar? Acolhendo e envolvendo o adolescente em uma dinâmica onde ele assimile saberes sem se dar conta disso, favorecendo um aprendizado agradável e sem imposições, apenas colocado à sua disposição e capacidade de seleção.¹⁸

Sob essa perspectiva de análise, Ayres¹⁹ aponta, como um dos maiores obstáculos ao trabalho preventivo com essa população, a forma estereotipada e naturalizada com que temos tratado os jovens nos serviços de saúde, considerando cada adolescente como parte de um grupo de risco de relevante gravidade. Se não lhe for possível assimilar informações sobre temas como o abuso das drogas, a gravidez indesejada, o contágio de doenças sexualmente transmissíveis ao praticar sexo não-seguro, o adolescente correrá sérios riscos de ser envolvido por essas situações (aparentemente, sem estar consciente delas) e não ser capaz de enfrentá-las satisfatoriamente, por não corresponder aos objetivos do trabalho de informação a ele dirigido. Temos, nesse caso, um círculo vicioso em que adolescente e profissional acabam-se enredando.

Não basta, portanto, informá-lo. É preciso que ele tome consciência, de fato, dos riscos que corre e do que deve fazer para evitá-los. Os métodos convencionais de comunicação e educação em saúde (realização de palestras, distribuição de folhetos informativos, etc.) têm-se mostrado pouco eficazes, exigindo, dos profissionais dedicados, outra forma de abordagem e uso da linguagem – mais dinâmica e lúdica –, que atinja, efetivamente, esse adolescente.¹⁸

Pedro Chequer²⁰ afirma que, *“na realidade, os jovens estão diretamente expostos a mensagens implícitas e/ou explícitas sobre sexo e sexualidade e interpretam, à sua maneira, essas informações, sejam elas educativas ou não, podendo responder, diferentemente (com negações, descrenças, esquecimentos ou assimilação errada), à mesma mensagem.”* Chequer também destaca que “o trabalho de prevenção dessas doenças, desenvolvido em escolas e outras instituições, pode ajudar os adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade”.

Desenvolver estratégias que favoreçam conhecimentos, oportunidades, opções e a imprescindível participação dos jovens na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre si e no seu contexto social constitui, cada vez mais, um desafio para o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids do Hospital-Escola São Francisco de Assis/UFRJ, Rio de Janeiro.

Referências bibliográficas

1. Brito AM, Castilho EAC, Szwarcwald CL. Aids infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2001;34(2):207-217.
2. Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16 (Supl.1):65-76.
3. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids – reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP* 2002;13(1):55-78.
4. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *AIDS Boletim Epidemiológico* [periódico on-line] 2001;15(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2003: inversiones en su salud e sus derechos. Nova York: UNFPA, 2003.
6. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids (SI-CTA): manual de utilização. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Pereira, MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
9. Da Silva SM, Barros SR. CTA: contextualizando a sua história. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: MS; 2004.
10. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Boletim Epidemiológico da Aids* [acessado durante o ano de 2003, para informações de 2002]. Disponível em: <http://www.saude.rj.rio.gov.br>
11. Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa-JR A, Gomes MRO, Costa EAMM, Maletta BV, Carvalho RFM, Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;6(Supl.1):113-128.
12. Anderson JE, Kann L, Holtzman D, Arday S, Truman B, Kolbe L. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Family Planning Perspectives* 1990;22:252-255.
13. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Hill CV, Grunbaum JA, Blumson PS, Collins JL, Kolbe LJ. Youth risk behavior surveillance – United States, 1998. *Journal of School Health* 2002;68:355-369
14. Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A, Zabin IS. Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives* 1998;30: 271-275.
15. Barros MNS. Adolescência e Aids. In: Koller SH, organizador. *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia; 2002.
16. Ramos FRS. Bases para a re-significação do trabalho de enfermagem junto aos adolescentes. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher*. Brasília: ABEN; 2001. p.91-108.
17. Parker RG. *Na Contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: Abia, São Paulo: Ed 34; 2000.
18. Araújo CLE, Camargo Jr KR. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
19. Ayres RCM. *HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
20. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual do multiplicador: adolescentes*. Brasília: MS; 1997.

Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV *

Linkage of Health Information Systems: a Strategy to Optimize the Surveillance of Pregnant Women Infected by HIV

Maria do Socorro Cavalcante

Célula de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Fortaleza-CE
Hospital Geral Dr. César Cals, Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, Fortaleza-CE

Alberto Novaes Ramos Jr.

Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
Comitê Assessor de Epidemiologia, Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF

Ligia Regina Sansigolo Kerr Pontes

Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE

Resumo

A complexidade do processo de vigilância da transmissão vertical do HIV traz grandes desafios para os serviços de saúde. O objetivo deste estudo é relatar a estratégia utilizada para melhoria da vigilância das gestantes infectadas pelo HIV e das crianças expostas no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, no período de 1999 a 2001. O estudo foi realizado em duas etapas: 1) relacionamento dos bancos de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Laboratório Central (Lacen) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e 2) busca ativa em prontuários médicos de maternidades públicas que realizaram partos em gestantes com HIV. O relacionamento dos bancos de dados do Lacen e do Sinasc identificou 150 mulheres infectadas pelo HIV, 41 (29,7%) notificadas pelo Sinan. Após a revisão do banco de dados, a subnotificação encontrada foi de 70,3% (97/138). O cruzamento de bancos de dados representa uma estratégia adequada para aprimorar a qualidade das informações e avaliar a operacionalidade das ações de intervenção, permitindo uma melhor aproximação da situação epidemiológica real.

Palavras-chave: sistemas de informação; vigilância epidemiológica; transmissão vertical de doenças; vírus da imunodeficiência humana.

Summary

Due to its complexity, the surveillance of vertical HIV transmission is a challenge for the health services. The objective of this study is to present a strategy to optimize the surveillance of HIV-infected pregnant women in the Municipality of Fortaleza, Ceará State, Brazil, from 1999 to 2001. The study was carried out in two stages: 1) integration of the three databases of Live Born System (Sinasc), Central Laboratory (Lacen), and Notification Diseases Information System (Sinan), and 2) active surveillance of medical records of public hospitals that are known to assist births of HIV-infected women. The integration of databases of Lacen and Sinasc identified 150 women infected by HIV, and 41 (29.7%) of them were found in the database of Sinan. Seventy percent of these cases (97/138) were not reported in any of the other three databases. The integration of the existing information obtained from the databases represents an appropriate strategy to improve the quality of information allowing a better evaluation of the epidemiological situation in intervention measures.

Key words: health information systems; epidemiological surveillance; vertical transmission of diseases; human immunodeficiency virus.

* Projeto financiado com recursos da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Endereço para correspondência:

Rua Guilherme Rocha, 1476, Apto. 601, Centro, Fortaleza-CE. CEP: 60030-141
E-mail: socorro@baydenet.com.br

Introdução

Como conseqüência do progressivo crescimento do número de casos de aids em mulheres no Brasil, a transmissão vertical – ou transmissão de mãe para filho – tem assumido grande importância epidemiológica, sendo responsável por, aproximadamente, 85,0% dos casos de aids em menores de 13 anos de idade.¹ Essa modalidade de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) transformou-se em um grande desafio para a Saúde Pública, demandando novas estratégias de vigilância. Uma delas, por exemplo, é a vigilância da infecção pelo HIV de segunda geração, que incorpora, de forma integrada, dados relativos à infecção pelo HIV e dados de comportamento da população.^{2,3}

Apesar da importância epidemiológica e da possibilidade de implementação de ações a partir dos resultados do protocolo do Aids Clinical Trial Group (ACTG 076), publicados em 1994,⁴ as informações sobre o número de gestantes infectadas e a monitoração das etapas da profilaxia para a redução da transmissão vertical do HIV no conjunto do país, ainda são escassas.

Para dar respostas mais claras a essa situação no Brasil, a notificação de casos de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas tornou-se compulsória (Decreto nº 933, de 4 de setembro de 2000), para permitir, além da perspectiva epidemiológica, o importante caráter operacional de avaliação das intervenções. Passados mais de três anos do advento dessa medida legal, entretanto, a subnotificação de casos e a qualidade das informações disponíveis é uma realidade presente nos serviços de saúde, evidenciando inúmeras falhas, tanto no processo de vigilância quanto na operacionalização das intervenções para a redução da transmissão vertical do HIV.

No Município de Fortaleza, Estado do Ceará, a partir de 1998, algumas maternidades iniciaram a implementação das ações definidas pelo protocolo ACTG 076, tendo como referência as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde.⁵ Embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas e seus filhos, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal – principalmente entre

as populações mais vulneráveis – e a qualidade do acompanhamento à gestante, todavia aquém do desejável, resultam em uma situação bastante precária em algumas regiões.^{6,7}

Do ponto de vista da vigilância epidemiológica, existem inúmeras falhas de informação referentes ao número de gestantes infectadas, ao número de testes anti-HIV realizados e às condutas profiláticas adotadas para a redução da transmissão vertical do HIV.

A necessidade de dispor, adequadamente, dados acurados para a obtenção de informações norteadoras das ações de intervenção vem-se constituindo um importante desafio para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica. Nessa perspectiva, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) representam um conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção), integrados e articulados, que permitem a obtenção e a seleção de dados, bem como a sua transformação em informação.⁸

Sabe-se que a informação de qualidade é essencial na tomada de decisões. Para realizar a monitoração sistemática e a avaliação das ações de vigilância epidemiológica, as informações devem estar disponíveis o mais precocemente possível, para que se estabeleçam prioridades e recursos sejam alocados com o devido embasamento técnico,⁸ permitindo que as atividades de controle e de prevenção tenham o impacto esperado.

Diante das questões relacionadas à vigilância da transmissão vertical do HIV, este trabalho tem por objetivo relatar a estratégia utilizada para a melhoria da vigilância da transmissão vertical do HIV mediante o cruzamento de bancos de dados, permitindo a recuperação de dados das gestantes infectadas pelo HIV nas várias etapas da implementação das ações de prevenção no Município de Fortaleza, no período de 1999 a 2001.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter retrospectivo e operacional, desenvolvido no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, no período de março de 2002 a janeiro de 2003.

Para a sua elaboração, foi realizado o cruzamento de fontes de informação em saúde existentes no serviço público como estratégia para a identificação de

gestantes infectadas pelo HIV, atendidas nas maternidades públicas e que não haviam sido notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Assim, resgataram-se informações que não estavam disponíveis para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, no período de 1999 a 2001. O Sinan é o sistema de informação utilizado em todo o Brasil, para notificar e investigar os agravos de notificação compulsória, regulamentado pelo Decreto nº 78.231/76. A sua implantação no País aconteceu a partir de 1992; no Ceará, de uma forma ampliada, em 1995. Neste estudo, o Sinan foi utilizado para verificação das gestantes infectadas pelo HIV e/ou com diagnóstico de aids.⁶

Desenvolvido em duas etapas, o trabalho, inicialmente, relacionou o banco de dados do Laboratório Central do Estado do Ceará (Lacen-CE) com o banco do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O Lacen-CE constitui-se no laboratório de referência não só para o Ceará, mas também para os Estados vizinhos. A sua contribuição, neste estudo, coube à disponibilidade dos bancos de dados das sorologias anti-HIV realizadas no período de 1999 a 2001, em Fortaleza. Já o Sinasc foi utilizado como uma valiosa fonte de informações sobre as seguintes características das mulheres que tiveram filhos nas maternidades de Fortaleza: dados sociodemográficos; condições da gravidez; local do parto; e dados do recém-nascido, incluindo, entre outros, o peso ao nascer, a idade gestacional e a realização ou não de pré-natal. O Sinasc foi implantado, neste país, em 1990; no Município de Fortaleza, a partir de 1996.

Para o cruzamento dessas duas fontes de dados, foram selecionadas: mulheres infectadas pelo HIV que realizaram sorologia no Lacen; e mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas de Fortaleza, com registro, ano a ano, no Sinasc. Como resultado, constituiu-se o banco de dados de mulheres infectadas pelo HIV que tiveram seus filhos em maternidades públicas de Fortaleza.

O banco do Lacen dispunha das seguintes variáveis: nome, sexo, procedência do exame, unidade de saúde e resultados dos exames. Estruturou-se um novo banco de dados a partir da seleção de mulheres infectadas pelo HIV no banco de dados do Lacen, considerando-se os seguintes critérios: ser do sexo feminino; ser procedente de Fortaleza-CE; e ter resultado positivo

para o teste anti-HIV. Paralelamente, procedeu-se à estruturação de um segundo banco de dados, com a seleção de todas as mulheres que tiveram filhos no Município de Fortaleza e cujos dados encontravam-se no Sinasc, no período do estudo.

A transmissão vertical tem grande importância epidemiológica, sendo responsável por 85,0% dos casos de aids em menores de 13 anos de idade.

Esses dois bancos de dados, estruturados para o estudo, foram relacionados em uma planilha comum do aplicativo Microsoft Excel, tomando-se, como variável de referência, o nome da mulher. Com a identificação dessas mulheres, procedeu-se à impressão das Declarações de Nascidos Vivos na célula de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, preenchendo-se, preliminarmente, a ficha de notificação e investigação epidemiológica adotada pelo Ministério da Saúde com as informações encontradas no Sinasc (Figura 1).

O banco de dados final foi relacionado com o banco de dados do Sinan Gestante HIV-positiva e crianças expostas, visando identificar potenciais subnotificações e avaliar a completude das fichas de investigação disponíveis no Município.

Após a constituição do banco final do estudo, iniciou-se a segunda etapa do trabalho, quando foram investigadas as informações de todas as mulheres identificadas por meio da busca ativa em prontuários médicos nas maternidades públicas. Realizou-se o preenchimento dos dados existentes na ficha de notificação e investigação da gestante HIV-positiva e crianças expostas, quando necessário, complementando-os e corrigindo-os – principalmente aqueles referentes a sorologia da mãe, a utilização do AZT no pré-natal e no parto, tipo de parto, administração do AZT xarope ao recém-nascido, suspensão do aleitamento materno e informações do seguimento da criança. Também foi solicitado às unidades de referência que faziam o acompanhamento das crianças expostas uma lista com o nome da criança, data do nascimento e nome da mãe, para confrontá-la com a lista de gestantes infectadas do banco de dados final, no intuito de resgatar casos

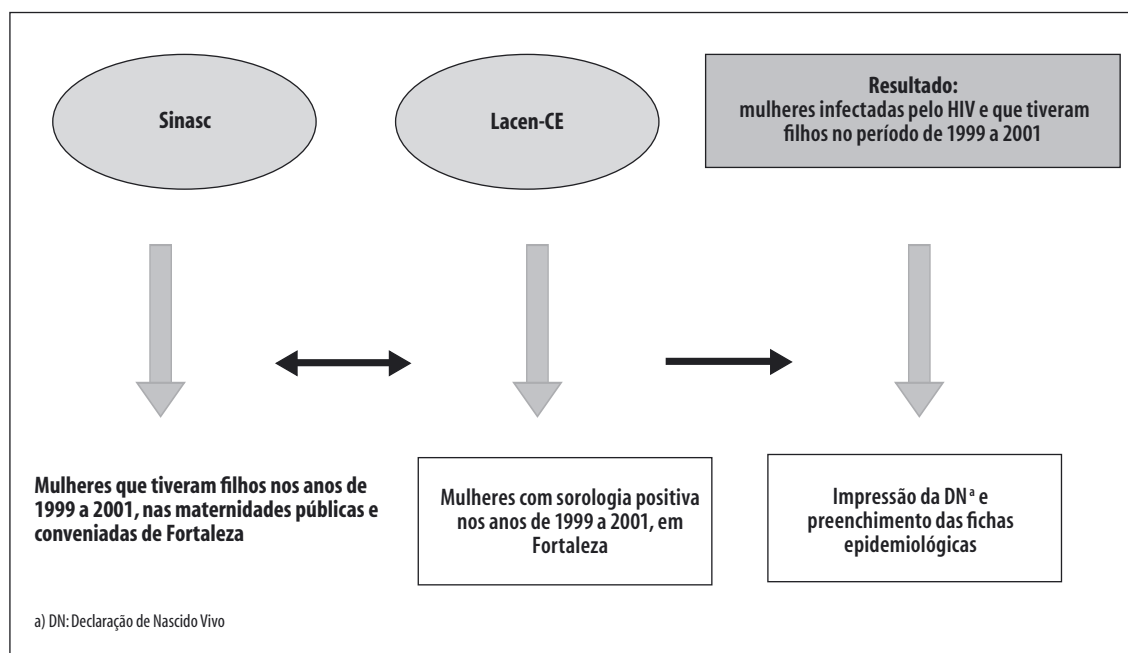


Figura 1 - Relacionamento dos bancos de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinan) e do Laboratório Central (Lacen-CE), para o Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, 1999 a 2001

que não haviam sido detectados no relacionamento prévio e para completar a ficha com a informação da criança exposta (Figura 2).

Todos os dados recuperados pelo estudo foram incluídos no Sinan Gestante HIV-positiva e crianças expostas da Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para a completude da notificação dos casos no âmbito local e nacional.

Na estruturação do banco de dados, foi utilizado o aplicativo Epi Info, versão 6.04d, dos Centers for Diseases Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), para entrada e análise dos dados. Realizou-se análise descritiva das variáveis, segundo realização de pré-natal e medidas profiláticas utilizadas.

Considerações éticas

O presente trabalho é parte integrante de estudo mais amplo, sobre a "Transmissão Vertical do HIV no Estado do Ceará, de 1997 a 2001", que recebeu aprovação do Comitê de Ética do Hospital São José, unidade hospitalar de referência pertencente ao quadro da Secretaria de Estado da Saúde, localizada em no Município de Fortaleza.

Resultados

No período de 1999 a 2001, foram realizados 47.260 exames no Lacen-CE para a detecção da infecção pelo HIV, dos quais 36.334 (76,8%) em mulheres. Observou-se um crescimento da oferta do teste anti-HIV no sexo feminino de 68,7% do total de testes realizados no ano de 1999, para 82,7% em 2001. Foi identificado um total de 1.292 (3,5%) mulheres infectadas pelo HIV entre as que foram submetidas ao teste sorológico no Lacen de Fortaleza, em todo o período do estudo, constatando-se um decréscimo, ano a ano, no percentual de positividade. Em 1999, do total de exames realizados, detectaram-se 676 (6,6%) mulheres com sorologia reagente para a infecção pelo HIV, 319 (2,7%) no ano 2000 e 297 (2,0%) no ano de 2001. Entre essas mulheres, o percentual de gestantes infectadas encontrado foi de 4,2% em 1999, 15,0% em 2000 e 20,5% em 2001.

Na primeira etapa do estudo, foram identificadas 150 gestantes infectadas pelo HIV no período de 1999 a 2001, das quais apenas 41 (29,7%) haviam sido notificadas pelo sistema. Na etapa seguinte, foi realizada a busca ativa dos casos encontrados nos prontuários

médicos das maternidades de Fortaleza. Após investigação, foram excluídas 12 mulheres infectadas, que constituíam nomes homônimos e não haviam engravidado, restando 97 casos que, somados às 41 gestantes notificadas, totalizaram 138 (Figura 3).

Do universo de 138 gestantes infectadas pelo HIV e identificadas pelo estudo, observou-se uma subnotificação de casos no Sinan de 70,3% (97/138). Os dados foram categorizados por ano de realização do parto, de modo que, nos anos de 1999, 2000 e 2001, identificaram-se 29 (21,0%), 48 (34,8%) e 61 (44,2%) gestantes com infecção pelo HIV, respectivamente.

Discussão

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20%.⁴ Nos países desenvolvidos, a extensa implementação de intervenções para a redução da transmissão vertical do HIV, principalmente na administração de anti-retrovirais, na cesariana eletiva e na substituição do aleitamento materno, resultaram em redução significativa da in-

cidência de casos de aids em crianças.⁹ No Brasil, a prevalência média da infecção pelo HIV em parturientes, estabelecida por meio de estudos transversais (estudos sentinela) realizados em maternidades selecionadas, foi de 0,6% no período de março de 1997 a outubro de 2000 (variação de 0,5 a 1,2%).¹⁰ Da mesma forma que nos países desenvolvidos, novos desafios se apresentam para a Saúde Pública dos países em desenvolvimento, nas áreas de assistência e de vigilância epidemiológica, como a resistência à zidovudina em gestantes e puérperas.¹¹

Os dados encontrados pelo estudo mostram que o percentual de exames sorológicos realizados no Lacen apresentou um crescimento expressivo em mulheres. Esse aumento pode estar associado à implementação da oferta do teste anti-HIV como medida profilática à transmissão vertical do HIV. Houve um incremento relevante na oferta de testes, de 68,7% em 1999, para 82,7% em 2001, associado a uma redução na soropositividade, que pode ser explicada como consequência da oferta da testagem sorológica para o HIV a todas as gestantes, não mais restrita a pacientes com risco acrescido, diluindo, dessa maneira, os testes sororre-

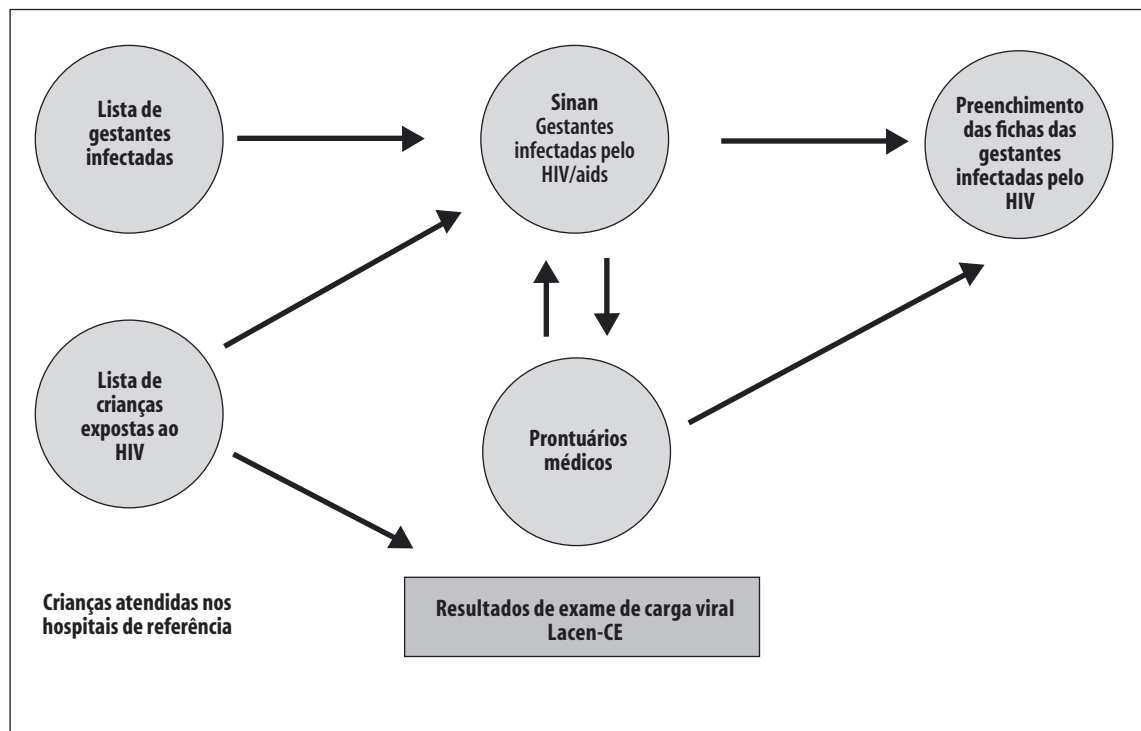


Figura 2 - Pesquisa nos registros das unidades de saúde do Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, 1999 a 2001

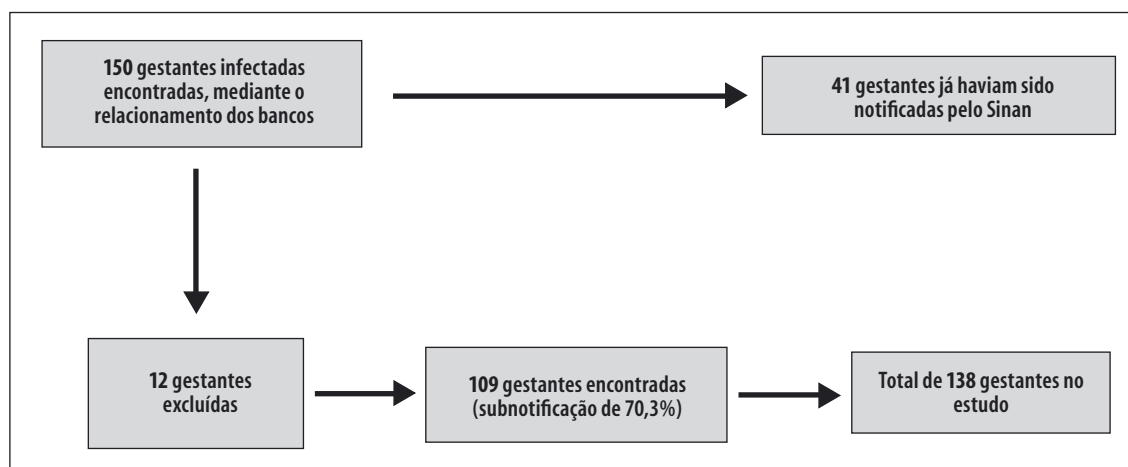


Figura 3 - Resultado das duas etapas do relacionamento dos bancos de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinan) e do Laboratório Central (Lacen-CE), para o Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, 1999 a 2001

agentes. Em decorrência do incremento da testagem, houve, também, um aumento no crescimento da identificação de gestantes infectadas pelo HIV. No Brasil, desde 1997, é recomendada a oferta universal do teste anti-HIV no pré-natal.¹²

Apesar dos avanços identificados por estudos, do ponto de vista do manejo da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas, as ações de vigilância epidemiológica não vêm alcançando êxito, após quase cinco anos do estabelecimento da compulsoriedade da notificação de gestantes infectadas e crianças expostas. Os dados epidemiológicos sobre o percentual de gestantes infectadas pelo HIV no País são os disponíveis a partir do estudo sentinela em parturientes.

Também são limitados os dados disponíveis sobre a forma como as ações para prevenção da transmissão vertical do HIV estão sendo operacionalizadas no Brasil. O Ministério da Saúde adotou, como um dos indicadores para o acompanhamento e avaliação da implementação dessas ações, a utilização do AZT injetável pelas parturientes.¹²

Tendo em vista a necessidade de se conhecer a situação epidemiológica das gestantes infectadas pelo HIV nos serviços de Fortaleza, diante da subnotificação, no Brasil e no Ceará, dos dados junto ao serviço de vigilância epidemiológica, o relacionamento de sistemas de informação em saúde permitiu rever e recuperar informações importantes sobre as diferentes modalidades de estratégias de prevenção utilizadas, to-

mando-se como referência as ações do Projeto Nascer e as recomendações do Ministério da Saúde.^{5,10}

A partir dos resultados obtidos com o relacionamento de sistemas, foi possível complementar os dados com informações dos registros médicos das unidades de saúde que prestaram esse tipo de atendimento, corrigindo-se o sistema oficial de informações da Secretaria Municipal de Saúde. Foram identificadas gestantes infectadas pelo HIV no período do estudo, no Município de Fortaleza, que não estavam, oficialmente, registradas no Sinan, gerando uma estimativa de subnotificação no sistema da ordem de 70,3% dos casos.

Diante das dificuldades relacionadas ao processo de vigilância, torna-se necessário rever o atual modo de notificação. Por integrar diferentes momentos em um único instrumento, ele pode estar gerando dificuldades operacionais na realidade dos serviços. Uma das possibilidades poderia ser a desvinculação – do momento da mãe – do momento da criança. Além disso, deve-se avaliar a incorporação sistemática e eficiente de novas estratégias de vigilância da gestante infectada pelo HIV e crianças expostas ao vírus, haja vista os dados epidemiológicos serem fundamentais, não só por permitirem o conhecimento dos indicadores relacionados à epidemia nas gestantes, como também a construção de indicadores operacionais para o planejamento das ações, a priorização e alocação de recursos para prevenção e assistência ao paciente infectado, a aquisição de insumos e a monitoração do impacto das intervenções.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS: Boletim Epidemiológico 2004;XVIII(1) 1ª a 26ª Semanas Epidemiológicas – Janeiro a Junho de 2004.
2. United Nations AIDS. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance: the next decade. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
3. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes. Brasília: MS; 2002. p.38-41.
4. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine* 1994;31:1173-1180.
5. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes, 2004. Brasília: MS; 2004.
6. Cavalcante MS. Gestantes infectadas pelo HIV: análise das condutas utilizadas na prevenção da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em Fortaleza, Ceará, no Período de 1999 a 2001 [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2003.
7. Cavalcante MS, Ramos Jr NA, Silva TMJ, Kerr-Pontes LRS. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma Capital do Nordeste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004 Mar 2;26:131-138.
8. Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia e Saúde*: 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.605-628.
9. Center for Diseases Control and Prevention. Recommendations of U.S. Public Health Service for Human Immunodeficiency Virus Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. *MMWR* 1995;44(No.RR-7):1-15.
10. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascem-Maternidades. Brasília: MS; 2003.
11. Sibailly TS, Ekpini E, Boni-Ouattara E, Nkengasong J, Maurice C, Kouassi MK, et al. Clinical course of HIV infection and surveillance for zidovudine resistance among HIV-infected women receiving short-course zidovudine therapy in Abidjan, Côte d'Ívoire. In: *The XIII International of AIDS Conference; 2000; Durban, África do Sul.*
12. Veloso VG, Vasconcelos AL, Grinsztejn B. Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. AIDS Boletim Epidemiológico 1999;XII(3) 22ª a 34ª Semanas Epidemiológicas – Junho a Agosto. p.1006-23.

I Normas para publicação

Introdução

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico, prioritariamente destinada aos profissionais dos serviços de saúde. Editada pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDEP/SVS), tem a missão de difundir o conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nela, também são divulgadas portarias, regimentos e resoluções do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de controle.

Modelos de trabalhos

A revista recebe trabalhos candidatos a publicação nas seguintes modalidades: (1) **Artigos originais** nas seguintes linhas temáticas: avaliação de situação de saúde; estudos etiológicos; avaliação epidemiológica de serviços; programas e tecnologias; e avaliação da vigilância epidemiológica (número máximo de 20 laudas); (2) **Artigos de revisão** crítica sobre tema relevante para a Saúde Pública ou de atualização em um tema controverso ou emergente (número máximo de 30 laudas); (3) **Ensaio**s, interpretações formais, sistematizadas, bem desenvolvidas e concludentes de dados e conceitos sobre assuntos de domínio público, ainda pouco explorados (número máximo de 15 laudas); (4) **Relatórios de reuniões ou oficinas de trabalho** realizadas para discutir temas relevantes à Saúde Pública – suas conclusões e recomendações (número máximo de 25 laudas); (5) **Comentários** ou artigos de opinião curtos, abordando temas específicos; e (6) **Notas prévias**; e (7) **Republicação de textos** considerados relevantes para os serviços de saúde, originalmente publicados por outras fontes.

Apresentação dos trabalhos

Cada trabalho proposto para publicação deverá ser elaborado tendo por referência os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos

Biomédicos” [Informe Epidemiológico do SUS 1999;8(2):5-16, disponíveis na página eletrônica do Instituto Evandro Chagas (IEC) de Belém-PA, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), cujo acesso detalhamos a seguir: www.iec.pa.gov.br:8080/scielo.php, na coluna Periódicos, no “link” Pesquisa de títulos. O trabalho apresentado deve estar anexado a uma carta de apresentação dirigida ao Corpo Editorial da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Para artigos originais, artigos de revisão e comentários, os autores responsabilizar-se-ão pela veracidade e ineditismo do trabalho apresentado. Na carta de encaminhamento, deverá constar que: a) o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado, parcial ou integralmente, nem submetido a publicação em outros periódicos; b) nenhum autor tem associação comercial que possa configurar conflito de interesses com o manuscrito; e c) todos os autores participaram na elaboração do seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica, e aprovação da versão final. A carta deverá ser assinada por todos os autores do manuscrito.

Formato de um trabalho para publicação

O trabalho deverá ser digitado em português, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, no formato RTF (*Rich Text Format*); impresso em folha-padrão A4 com margem de 3 cm à esquerda; e remetido em três vias, ademais de gravação magnética em disquete de 3 1/2”, por correio. As tabelas e figuras poderão ser elaboradas em programas do tipo *Microsoft Office*, *Corel Draw* ou *Harvard Graphics*, nos formatos BMP (*Bitmap do Windows*) ou TIFF, no modo de cor CMYK. Todas as páginas deverão ser numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não serão aceitas notas de texto de pé de página. Cada trabalho deverá ser enviado com: PÁGINA DE ROSTO – título completo e resumido, nome dos autores e instituições por extenso, rodapé –; RESUMO e *SUMMARY* (versão do RESUMO em inglês); e finalmente, o ARTIGO completo – INTRODUÇÃO; METODOLOGIA, RESULTADOS, DISCUSSÃO, AGRADECIMENTOS, REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS e TABELAS/FIGURAS anexas –, nesta ordem:

Página de rosto

A página de rosto é composta do título do artigo – em português e inglês, em letras maiúsculas – seguido do nome completo do(s) autor(es) e da(s) instituição(ões) a que pertence(m), em letras minúsculas. É fundamental a indicação do título resumido, para referência no cabeçalho das páginas da publicação. No rodapé, constam o endereço completo, telefone, fax e *e-mail* de pelo menos o autor principal, para contato, e do órgão financiador da pesquisa.

Resumo

Colocado no início do texto, redigido em português e com um número máximo de 150 palavras, o resumo deve conter descrição sucinta e clara do objetivo, metodologia, resultados e conclusão do artigo. Após o resumo, o autor deve listar três ou quatro palavras-chave de acesso, contempladas na lista de Descritores de Saúde definida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Bireme/OPAS).

Summary

Corresponde à tradução em inglês do RESUMO, seguido pelas palavras-chave, igualmente em inglês (*Key words*). Os artigos originais, na sua estrutura, devem respeitar a seguinte seqüência, além dos tópicos já descritos:

Introdução

Apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo.

Metodologia

Descrição precisa da metodologia adotada e, quando necessário, dos procedimentos analíticos utilizados. **Considerações éticas** do estudo devem ser mencionadas ao final deste apartado, com menção às comissões éticas que aprovaram o projeto original – desde que o fato seja pertinente ao artigo.

Resultados

Exposição dos resultados alcançados, podendo considerar – anexas ao artigo – tabelas e figuras auto-explicativas, se necessárias (ver o item TABELAS e FIGURAS).

Discussão

Relação dos resultados observados, incluindo suas implicações e limitações, e a sua comparação com

outros estudos relevantes para o tema e objetivos do estudo.

Agradecimentos

Em havendo, devem-se limitar ao mínimo indispensável, localizando-se após a DISCUSSÃO.

Referências bibliográficas

Listadas após a DISCUSSÃO ou AGRADECIMENTOS e numeradas em algarismos arábicos, na mesma ordem de citação no artigo. O número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito (sem parênteses) imediatamente após a respectiva citação no texto. Títulos de periódicos, livros e editoras devem ser colocados por extenso. A quantidade de citações bibliográficas deve-se limitar a 30, preferencialmente. Artigos de revisão sistemática e metanálise não têm limite de citações. As referências também devem obedecer aos “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos”. Exemplos:

Anais de congresso:

1. Wunsch Filho V, Setimi MM, Carmo JC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1992; Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Artigos de periódicos:

2. Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. II. Validação do câncer de estômago como causa básica dos atestados de óbito no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1997;13:53-65.

Autoria institucional:

3. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Livros:

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology. 2a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Livros, capítulos de:

5. Opromolla DV. Hanseníase. In: Meira DA, Clínica de doenças tropicais e infecciosas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991. p. 227-250.

Material não publicado:

6. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine

addiction. *New England Journal of Medicine*. No prelo 1996.

Portarias e Leis:

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 212, de 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. *Diário Oficial da União*, Brasília, p.61, 12 mai. 1999. Seção 1.
8. Brasil. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. *Diário Oficial da União*, Brasília, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

Referências eletrônicas:

9. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado durante o ano de 2002, para informações de 1995 a 2001] [Monografia na Internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
10. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases* [Serial on the Internet]; 1(1): 24 telas [acessado em 5 Jun.1996, para informações de Jan.-Mar.1995]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Teses:

11. Waldman EA. Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Tabelas e figuras

Dispostas em folhas separadas – para cada uma –, numeradas em algarismos arábicos e agrupadas, ao final da apresentação do artigo, segundo a sua ordem de citação no texto. As tabelas e figuras devem apresentar título conciso e, se possível, evitar o uso de abreviaturas no seu conteúdo; quando estas forem indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela.

Siglas

Acrônimos com até três letras são escritos com todas as letras maiúsculas (Ex: DOU; USP; OMS). Ao serem mencionados por primeira vez, os acrônimos desconhecidos são escritos por extenso, seguidos da sigla entre parênteses. As siglas e abreviaturas compostas exclusivamente por consoantes são escritas em maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais são escritas com todas as letras maiúsculas se cada uma de suas letras é pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas

com quatro letras ou mais que formam uma palavra, ou seja, que incluem vogais e consoantes, são escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Sebrae; Camex; Funasa). Siglas que incluem letras maiúsculas e minúsculas originalmente, como forma de diferenciação, são escritas como foram criadas (Ex: MTb; CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a designação correspondente em português, se a forma traduzida é largamente aceita; ou a sua utilização na forma original, se não há correspondência em português, ainda que o nome por extenso em português não corresponda à sigla. (Ex: OIT = Organização Internacional do Trabalho; UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Entretanto, algumas siglas, por força da sua divulgação nos meios de comunicação, acabam por assumir um sentido além da representação da sigla; é o caso, por exemplo, de AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sobre a qual o Conselho Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, decidiu recomendar, dada a vulgarização da sigla original, que os documentos do Ministério reproduzam-na como se tratasse do nome da doença, aids, em letras minúsculas portanto. (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272 p.)

Análise e aceitação dos trabalhos

Os trabalhos serão submetidos à revisão de pelo menos dois pareceristas externos (revisão por pares). E serão aceitos para publicação desde que, também, sejam aprovados pelo Comitê Editorial da Epidemiologia e Serviços de Saúde. Endereço para correspondência:

Coordenação-Geral de

Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços-CGDEP

Epidemiologia e Serviços de Saúde:

revista do Sistema Único de Saúde do Brasil

Esplanada dos Ministérios,

Bloco G, edifício-sede, 1º andar, sala 119

Brasília-DF. CEP: 70058-900

Telefones: (61) 315.3653 / 3654 / 3655 Fax : (61) 226.4002

Para se comunicar por e-mail com a editora da Epidemiologia e Serviços de Saúde, o leitor deve escrever para: **revista.svs@saude.gov.br**

■ artigos neste número

» **O Concurso Nacional de Artigos Científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/aids**

Antonio José Costa Cardoso, Júlio César Borre Souza, Islaine Silva e Dráurio Barreira

» **Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002**

Luciana Cordeiro de Araújo, Regina Célia de Souza Campos Fernandes, Maria Clélia Pinto Coelho e Enrique Medina-Acosta

» **Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003**

Cíntia Faiçal Parenti, Leuza Maria Rodrigues Pereira, Zilanda Silva Brandão e Ana Paula Coelho Silvério

» **Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids**

Lucilane Maria Sales da Silva, Terezinha de Andrade Guimarães, Maria Lúcia Duarte Pereira, Karla Corrêa Lima Miranda e Eliany Nazaré Oliveira

» **Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003**

Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro, Sylmara Pereira Zanatta Rodrigues de Moraes, Rivaldo Venâncio da Cunha, Gisele Maria Brandão de Freitas, Hilda Guimarães de Freitas, Carlos Augusto Botelho e Virgílio Gonçalves de Souza Junior

» **Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil**

Marisley Vilas Bôas Soares, Aldaísa Cassanho Forster e Manoel Antônio dos Santos

» **Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil**

Rosane Harter Griep, Carla Luzia França Araújo e Sônia Maria Batista

» **Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV**

Maria do Socorro Cavalcante, Alberto Novaes Ramos Jr. e Ligia Regina Sansigolo Kerr Pontes