



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CAMILA DE CASTRO PEREIRA DA COSTA

**POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DE HIV/AIDS NO BRASIL: RESULTADOS DE UMA
PESQUISA QUALITATIVA**

**FORTALEZA
2016**

CAMILA DE CASTRO PEREIRA DA COSTA

**POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DE HIV/AIDS NO BRASIL: RESULTADOS DE UMA
PESQUISA QUALITATIVA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Professor Dr. Carl Kendall.
Coorientadora: Prof. Dr.^a Ligia Regina F. Sansigolo Kerr.

FORTALEZA
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C871p Costa, Camila de Castro Pereira da.
Políticas institucionais de HIV/Aids no Brasil : Resultados de uma pesquisa qualitativa /
Camila de Castro Pereira da Costa. – 2017.
134 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall.
Coorientação: Prof. Dr. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.
1. Sorodiagnóstico da Aids. 2. política de saúde. 3. avaliação em saúde. 4.
homossexualidade masculina. 5. descentralização. I. Título.

CDD 362.1

CAMILA DE CASTRO PEREIRA DA COSTA

POLÍTICAS INSTITUCIONAIS DE HIV/AIDS NO BRASIL: RESULTADOS DE UMA PESQUISA QUALITATIVA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, sob orientação do professor doutor Carl Kendall e coorientação da professora doutora Ligia Regina F. Sansigolo Kerr.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Carl Bernard Kendall (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr.^a Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Alexandre Martins Joca
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. Dr.^a Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr.^a Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram essenciais nos caminhos percorridos para que este trabalho pudesse se concretizar como marco final do doutorado em Saúde Coletiva. Agradeço extensivamente à professora doutora e orientadora Ligia Kerr que me convidou e me impulsionou a esse desafio de cursar o Doutorado na Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Desafio esse que tem acompanhado com orientações fundamentais em todos os processos. E que tem sido muito mais do que uma orientadora de escritas, publicações e projetos, tem sido uma importante inspiração de dedicação, seriedade e comprometimento em tudo que faz. Muito obrigada pela generosa partilha de aprendizado que tem contribuído significativamente para a minha experiência em pesquisa e para a vida.

Agradeço também ao professor doutor Carl Kendall pelas contribuições teóricas e disponibilidade para ensinar e orientar o desenvolvimento da metodologia de Avaliação Antropológica Rápida e os processos da organização metodológica e análise dos resultados desse trabalho, bem como a orientação para a escrita de artigos. E ainda ofereceu total apoio no doutorado sanduíche na Tulane University, na cidade de New Orleans. Muito obrigada!

A Renata Mota que me estimulou a fazer a seleção de doutorado na Saúde Coletiva e também ousou acreditar em meu potencial para além das ciências sociais. Com imensa admiração, muito obrigada!

A todos/as os interlocutores/as dessa pesquisa que partilharam suas histórias, potencialidades, receios e crenças nesses desafios que interpelam os que atuam no enfrentamento e controle da epidemia de Aids.

Aos integrantes da secretaria municipal de saúde – Área Técnica de DST/Aids e hepatites Virais que gentilmente, por inúmeras vezes, me possibilitaram a realização de entrevistas e cederam dados, materiais e informações irrestritamente, sem os quais essa pesquisa não teria sido possível.

À Tati Andrade coordenadora do projeto Fique Sabendo Jovem (Unidade Móvel de testagem) que me possibilitou a partilha de um aprendizado essencial nesse percurso por meio da experiência de pesquisa e atuação junto ao Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef Fortaleza. E a toda equipe integrante do

projeto que me cederam entrevistas e informações de grande importância para essa pesquisa.

Aos companheiros do Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB), organização não governamental, onde atuei por 5 anos, e sem a qual eu não teria iniciado minhas pesquisas e aprendizado sobre a epidemia de Aids.

Agradeço ainda, aos professores inspiradores da Saúde Coletiva (UFC, UECE e Unifor) que compartilharam seus saberes e suas experiências — e que contribuíram para renovar minhas crenças e esperanças em um outro mundo possível e em uma saúde pública universal, de qualidade e acessível a todos/as.

Agradeço também aos professores: Alexandre Joca, Marli Galvão e Maria Vaudelice Mota, participantes da banca de defesa dessa tese.

À minha querida e amável mãe, Maria Castro, à minha pequena e enormemente compreensiva e companheira filha Ananda — e ao companheiro de diversos e importantes momentos Pedro Felipe.

Aos amigos e parceiros queridos de sempre e fundamentais nesse processo dos percursos acadêmicos e da vida: Rita Maria Monteiro, Deborah Gurgel, Monalisa Soares e Marcos Paulo Campos

À *Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales* (ANRS) e aos pesquisadores Laetitia Atlani Duault e Laurent Vidal que realizaram o apoio científico e financeiro de execução do projeto de pesquisa ao qual essa tese se integra. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo auxílio financeiro que também colaborou para a realização dessa pesquisa e para o meu estágio de doutorado no exterior, na Tulane University, pelo período de 5 meses, durante o qual eu pude ampliar e desenvolver significativamente meus conhecimentos e experiências em pesquisa e metodologias científicas.

A todos e todas, muito obrigada.

RESUMO

Esta pesquisa buscou compreender a elaboração e execução da política de diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids e suas respostas institucionais a partir de um estudo realizado no Brasil. O nosso objetivo foi analisar o complexo de razões sociais e políticas que podem limitar o acesso ao teste por Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), os quais integram as populações-chave para a epidemia. O diagnóstico oportuno do HIV no Brasil tem se apresentado como um desafio para o controle da epidemia, pois cerca de 33% da população testada chega aos serviços de saúde devido aos sintomas de alguma doença oportunista e são diagnosticados já em situação de Aids com baixo CD4 e carga viral alta. Entre esses dados, encontram-se principalmente as populações-chave: HSH, travestis e transexuais. Esse estudo buscou compreender o modo como gestores, profissionais de saúde e as comunidades envolvidas nas respostas ao enfrentamento da Aids (homens que fazem sexo com homens, representantes de organizações não governamentais e pessoas vivendo com HIV) compreendem as razões que interferem na decisão de se testar, conhecer sua sorologia e, se necessário, iniciar a TARV. E, desse modo, contribuir para a redução da transmissão do vírus e promover uma melhor qualidade de vida para as populações que vivem com HIV/Aids. Para desenvolver esse estudo, realizamos uma pesquisa qualitativa utilizando três metodologias: a Avaliação Antropológica Rápida (AAR), entrevistas semiestruturadas e pesquisa de campo a partir dos instrumentos da etnografia em dois serviços de saúde e uma unidade móvel que realiza teste rápido na cidade de Fortaleza. População do estudo: 72 pessoas. Local do estudo: Fortaleza, Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo. As análises dos materiais e as informações coletadas foram realizadas por meio da sistematização e interpretação das informações, narrativas e dos registros de campo. Resultados: os principais incentivos para a realização do diagnóstico do HIV com resultados junto às populações-chave no Brasil têm sido as ações de oferta do teste realizadas por meio da contribuição das organizações não governamentais. As ONGs têm colaborado para que o diagnóstico oportuno esteja acessível às populações mais afetadas pela epidemia (HSH, travestis e transexuais). As principais limitações associadas à busca pelo teste estão relacionadas à política de Aids, à descentralização dos serviços de saúde no Brasil e à formação dos

profissionais de saúde — ainda imbricadas aos aspectos culturais que envolvem o estigma e os preconceitos que historicamente configuraram os serviços de saúde em relação à Aids, especialmente quando associadas às populações-chave. Outros fatores apontados por gestores e profissionais de saúde também afirmam que o teste rápido não está integrado de forma qualificada à Estratégia Saúde da Família, o que dificulta a oferta e sua integração nos serviços de atenção primária. O histórico social da Aids perpassa a priorização ou não da realização do teste em muitas unidades de saúde. Em nossos resultados, constatamos também que as populações-chave ainda encontram barreiras para acessar os serviços que ofertam o diagnóstico do HIV no Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo após adotada a política de prevenção combinada *test and treatment* no Brasil. No entanto, quando oportunizado o teste (principalmente em momentos de campanhas), evidencia-se que a população deseja conhecer seu diagnóstico, no entanto encontra barreiras para fazê-lo sistematicamente devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde pública. Nossas análises apontam para a importância de ampliar a oferta do teste por meio da educação continuada junto aos profissionais de saúde e a disseminação de informações específicas sobre testagem junto à população geral e principalmente entre as populações-chave.

Palavras-chave: Sorodiagnóstico da Aids. Teste para HIV. Política de saúde. Avaliação em saúde. Homossexualidade masculina.

ABSTRACT

This research sought to understand HIV testing and policies and its institutional responses among msm in the city of Fortaleza - Ceará. Our objective was to analyze the complex of social and political reasons that may limit access to testing by men who have sex with men (MSM), key populations for the epidemic. Test and timely diagnosis of HIV in Brazil has presented itself as a challenge to the control of the epidemic, since approximately 33% of the population tested arrives at the health services due to the symptoms of some opportunistic infection and are diagnosed with of AIDS with low CD4 And high viral load. This study sought to understand how managers, health professionals, policies experts, and communities involved in responses to HIV/AIDS (men who have sex with men, representatives of nongovernmental organizations and people living with HIV) understand the reasons that interfere in the decision to test. To implement this study, we conducted a qualitative investigation using these methodologies: Rapid Anthropological Assessment (RAA), semi-structured interviews and field research from the instruments of ethnography in 02 health services and 1 mobile unit that performs rapid test in the city of Fortaleza. Study population: 72 people. Location of the study: Fortaleza, where the Rapid Anthropological Assessment was carried out with the MSM population and semi-structured interviews with health managers and professionals, representatives of non-governmental organizations and people living with HIV/AIDS. We conducted the field research in Fortaleza, Brasilia, Rio de Janeiro and São Paulo. The analysis of the materials and the information collected was performed through, narratives and field records. Results: the main incentives for conducting HIV diagnosis with effective results in key populations in Brazil have been the offer of the test performed through the contribution of non-governmental organizations. NGOs have collaborated so that the timely diagnosis is accessible to populations most affected by the epidemic (MSM, transvestites and transsexuals). The main limitations for access to the test are associated with AIDS policies, the decentralization of health services in Brazil, and the attitudes of health professionals - still imbricated to the cultural aspects that involve the stigma and prejudices that have historically shaped health services in Brazil related to AIDS, especially when associated with key populations. Other factors pointed out by managers and health professionals affirm that the rapid test is not integrated in the Family Health Strategy, which acces in the primary care services. The social history of Aids and the prioritization testing in many health units. In our results, we also found that key populations still find barriers to testing the Unified Health System (SUS) even after adopting the policy of combined prevention and treatment in Brazil. However, when the test is available (especially during campaigns), it is evident that the population wishes to know its diagnosis, however it finds barriers to do so systematically due to the difficulties of access to public health services. Our analyzes point to the importance of expanding access to testing through continuing education among health professionals and the dissemination of specific information about testing among the population and especially among key populations.

Keywords: AIDS serodiagnosis. Health policy. Health evaluation. Male homosexuality. Decentralization.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Mapa dos serviços de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza..... | 36 |
| Figura 2 – Mapa das Secretarias Regionais de Fortaleza..... | 57 |
| Figura 3 – Mapa de localização da UAPS Anastácio Magalhães na cidade de Fortaleza (I)..... | 59 |
| Figura 4 – Mapas de localização da UAPS Anastácio Magalhães na cidade de Fortaleza (II)..... | 60 |
| Figura 5 – Mapa de localização do CTA Carlos Ribeiro..... | 61 |
| Figura 6 – Unidade Móvel para testagem do projeto Fique Sabendo Jovem..... | 63 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Guia de aconselhamento pré e pós teste..... | 33 |
| Tabela 2 – Descrição da população entrevistada na metodologia: Avaliação Antropológica Rápida – Homens que fazem sexo com homens (HSH)..... | 44 |
| Tabela 3 – Descrição de participantes – entrevistas semiestruturadas..... | 49 |
| Tabela 4 – Análise exploratória dos resultados | 71 |
| Tabela 5 – Principais políticas e ações que contribuem para o acesso ao teste | 72 |
| Tabela 6 – Principais limitações para o acesso ao teste | 74 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANRS – *Agence Nationale de Reserches sur le Sida et les Hépatites Virales*
APS – Atenção Primária à Saúde
AAR – Avaliação Antropológica Rápida
CDC – *Centers of Disease Control (USA)*
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Estratégia Saúde da Família
GRAB – Grupo de Resistência Asa Branca
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
HSH – Homens que fazem sexo com homens
IAS – *International Aids Society*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA
PS – Profissional do Sexo
RAA – Avaliação Antropológica Rápida
RDS – *Respondent Driven Sampling*
SAE – Serviços de Atendimento Especializado
SDH – Secretaria de Direitos Humanos
SDHDS – Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UDI – Usuários de Drogas Ilícitas
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNGASS – Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTOS..... | 6 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA..... | 24 |
| 3.1. Política de controle e diagnóstico do HIV/Aids no Brasil..... | 24 |
| 3.1.1. <i>Diagnóstico do HIV no Brasil.....</i> | 29 |
| 3.2. Em Fortaleza..... | 34 |
| 4. OBJETIVOS..... | 39 |
| 4.1. Geral..... | 39 |
| 4.2. Específicos..... | 39 |
| 5. METODOLOGIA..... | 40 |
| 5.1. Tipo de estudo: pesquisa qualitativa..... | 40 |
| 5.2. Metodologia 1 - Avaliação Antropológica Rápida (AAR)..... | 42 |
| 5.2.1. <i>População de estudo na AAR.....</i> | 43 |
| 5.2.2. <i>Local do estudo na AAR.....</i> | 45 |
| 5.2.3. <i>Coleta de dados na AAR.....</i> | 45 |
| 5.2.4. <i>Análise dos dados na metodologia AAR.....</i> | 46 |
| 5.3. Metodologia 2 - Entrevistas semiestruturadas..... | 47 |
| 5.3.1. <i>População de estudo das entrevistas semiestruturadas.....</i> | 48 |
| 5.3.2. <i>Locais do estudo das entrevistas semiestruturadas.....</i> | 51 |
| 5.3.3. <i>Coleta de dados das entrevistas semiestruturadas.....</i> | 52 |
| 5.3.4. <i>Análise das entrevistas semiestruturadas.....</i> | 52 |
| 5.4. Metodologia 3 - Estudo de campo em serviços de saúde e unidade móvel para a realização de testagem..... | 53 |
| 5.4.1. <i>Locais do estudo de campo.....</i> | 55 |
| 5.4.2. <i>Unidade de Atenção Primária à Saúde: Anastácio Magalhães.....</i> | 55 |
| 5.4.3. <i>Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA Carlos Ribeiro.....</i> | 60 |
| 5.4.4. <i>Unidade Móvel para oferta do teste rápido.....</i> | 62 |
| 5.4.5. <i>Coleta de dados do estudo de campo.....</i> | 63 |
| 5.4.6. <i>Estudo, pesquisa e inserção no campo.....</i> | 66 |
| 5.4.7. <i>Análise do estudo de campo.....</i> | 66 |
| 5.5. Os desafios da pesquisa em HIV/Aids..... | 67 |
| 5.6. Análise conjunta das três metodologias: Avaliação Antropológica Rápida, Entrevistas semiestruturadas e pesquisa de campo..... | 68 |
| 5.6.1. <i>Análise dos Resultados</i> | 69 |
| 5.6.2. <i>Análise de políticas públicas.....</i> | 75 |

| | |
|--|------------|
| 5.6.3. Limitações do estudo | 77 |
| 5.7. Aspectos éticos..... | 78 |
| 6. RESULTADOS..... | 79 |
| 6.1. Políticas e ações que contribuem para o diagnóstico do HIV..... | 80 |
| 6.1.1. As contribuições das organizações não governamentais para o acesso ao teste de HIV..... | 80 |
| 6.2. Limitações do acesso ao teste..... | 83 |
| 6.2.1. Política de Aids, descentralização e profissionais de saúde..... | 83 |
| 6.3. Subjetividades inerentes à realização do teste rápido: medo e percepção de risco..... | 93 |
| 6.3.1. O medo associado ao teste..... | 93 |
| 6.3.2. Percepção de risco..... | 97 |
| 7. DISCUSSÃO..... | 101 |
| 7.1.Descentralização e políticas do controle do HIV-Aids | 106 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 110 |
| REFERÊNCIAS | 112 |
| ANEXO A – Ensaio de um breve relato sobre o acompanhamento de um jovem ao Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro para realizar o teste de diagnóstico para o HIV..... | 118 |
| ANEXO B – Guias de orientação para as entrevistas semiestruturadas | 124 |
| ANEXO C – Termos de consentimento livre e esclarecido..... | 132 |

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa buscou compreender as políticas institucionais de HIV/Aids no Brasil a partir de um estudo realizado na cidade de Fortaleza-Ceará, integrando-se a uma pesquisa mais ampla: “Populações vulneráveis face ao diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids no Brasil: Respostas institucionais e experiências individuais em Fortaleza”, a qual tem por objetivo decifrar o complexo de razões sociais e políticas, individuais e institucionais, das dificuldades de acesso ao teste por parte da população geral e das populações em situação de maior vulnerabilidade no Brasil: Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), transexuais e travestis, sobretudo na região Nordeste¹.

Essa pesquisa mais ampla foi executada no período de 2010 a 2016 e meu projeto apresentado para a seleção do doutorado em Saúde Coletiva buscou somar esforços a essa investigação a partir de 2012, com o objetivo de contribuir, por meio de uma análise sobre a resposta institucional na cidade de Fortaleza, sobre a oferta do teste e a busca pelo diagnóstico do HIV/Aids pelas populações-chave.

Para tal, realizamos uma análise a partir dos resultados de uma Avaliação Antropológica Rápida que teve como população de estudo 40 homens que fazem sexo com homens — e posteriormente realizamos uma pesquisa sobre o planejamento e a percepção acerca da política de diagnóstico do HIV/Aids em âmbito nacional e sua execução local em Fortaleza.

Nos últimos 30 anos, a epidemia de Aids no mundo tem acionado estudos reunindo esforços que buscam efetivar seu controle, conter sua disseminação rápida e melhorar a qualidade de vida das pessoas já infectadas. Segundo a UNAIDS², até 2015 havia, em todo o mundo, cerca de 37 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids; e, dessas, 19 milhões (54%) ainda não sabiam que tinham o vírus, ou seja, nunca realizaram o teste de diagnóstico para o HIV. Há uma média de 2,1

¹Esta pesquisa foi realizada no Brasil, na cidade de Fortaleza, sob a coordenação da professora Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Universidade Federal do Ceará) e da professora Dra. Laëtítia Atlani-Duault (Universidade de Paris Ouest – Paris X) em parceria com a *Agence Nationale de la recherche Scientifique* – ANRS (Professor Dr. Laurent Vidall e Professor Dr. Yves Faure) e Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine (Professor Doutor Carl Kendall).

²Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS – Relatório sobre a Aids no Mundo, 2015.

milhões de novas infecções ao ano no mundo; 1,6 milhão dessas pessoas estão na América Latina, onde dez novas infecções por HIV são registradas a cada hora — e, em sua grande maioria, 75% acontecem em 5 países: Argentina, Brasil, Colômbia, México e Venezuela. O Brasil é o país que responde pela maioria dos casos (47%). Cabe ainda ressaltar que os homens gays e outros homens que fazem sexo com homens e seus parceiros sexuais representaram 30% das novas infecções pelo HIV na América Latina (UNAIDS, 2015).

No Brasil, são 798.366 casos de Aids diagnosticados até 2015. A taxa de detecção tem se estabilizado em torno de 19,7 casos a cada 100 mil habitantes com aproximadamente 40 mil novos casos ao ano (BRASIL, 2015a). A prevalência para a infecção entre a população em geral é de 0,6% e entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) pode variar entre 11,1 e 14,2% (KERR, L.R *et al.*, 2012), apontando para uma epidemia concentrada junto a essa população.

Consoante à última conferência internacional de Aids, em 2014, o acúmulo de avanços científicos na área biomédica e a diminuição do preconceito associado à população infectada pelo HIV não ocorrem na mesma proporção. Embora ainda seja também necessário promover o acesso universal à assistência e ao tratamento da doença de forma qualificada, o trabalho em torno do enfrentamento dos estigmas socialmente produzidos em relação à Aids também deve ser intensificado (IAS, 2014).

Estima-se que cerca de 30% das pessoas que vivem com o vírus no Brasil não sabem a sua sorologia (BRASIL, 2015a), o que denota a urgência de voltar a atenção das políticas de prevenção para o diagnóstico oportuno do HIV, para a população em geral e fundamentalmente para as populações-chave, devido ao fato de estas serem consideradas em situação de maior risco para a infecção considerando a elevada prevalência do vírus, particularmente entre os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), usuários de drogas e mulheres profissionais do sexo (KERR *et al.*, 2013).

A partir de 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar a utilização do termo “populações-chave” para as populações sob maior risco de infecção do HIV — e passou a fazer uma distinção entre populações-chave e populações-vulneráveis, sendo considerados os grupos “populações-chave”

aqueles com comportamentos específicos de elevado risco e, desse modo, estando em uma situação de maior vulnerabilidade ao VIH, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local (OMS, 2014).

A OMS explica que as consideradas populações mais vulneráveis poderiam ser compreendidas como aquelas particularmente vulneráveis à infeção pelo VIH em determinados contextos ou situações, tais como jovens e adolescentes, migrantes e trabalhadores em situação de mobilidade. Essas populações não são afetadas pelo VIH de forma uniforme em todos os países e epidemias, e em determinados contextos são mais vulneráveis, diferentemente das populações-chaves, as quais agregam maior risco de infeção associado às práticas sexuais.

Quanto ao termo *vulnerabilidade*, este surgiu a partir da necessidade de ampliar a compreensão sobre as condições de vida de determinados grupos sociais. Os primeiros trabalhos realizados nesta perspectiva foram desenvolvidos para abordar de um modo mais completo as questões relacionadas aos aspectos das desigualdades sociais. O uso do termo vulnerabilidade associado às questões de saúde emergiu na década de 1990, a partir da análise do impacto ocasionado pela epidemia de Aids mundialmente. Com o intuito de construir diferentes caminhos para as políticas de prevenção e controle da epidemia, Mann *et al.* (1993) desenvolveram uma estrutura conceitual para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infeção pelo HIV. Ayres *et al.* (1999) resumem essa conceituação como a capacidade de produção de conhecimento em relação às possibilidades de determinados grupos ou indivíduos estarem suscetíveis à infeção, ao adoecimento ou à morte pelo HIV/Aids, considerando-se a realidade dos aspectos sociais, programáticos e individuais nos quais se inserem e os recursos para o enfrentamento dos riscos de exposição ao vírus.

Os contextos de vulnerabilidades vivenciados pelas diversidades de populações estão associados também ao modo como os sujeitos acessam ou não o diagnóstico oportuno do HIV, o que aponta para uma reflexão acerca do direito à saúde. Ao considerarmos que cerca de 250 mil pessoas no Brasil e 19 milhões no mundo vivem com HIV sem nunca terem se testado (UNAIDS, 2014), temos que um número significativo de pessoas está sem acesso ao tratamento antirretroviral, potencialmente com baixa qualidade de vida e sem os cuidados dos serviços de

saúde e apoio social.

Estes dados têm nos interpelado a buscar compreender como o histórico social da epidemia se relaciona com a decisão da população — em especial as populações-chave — de ir em busca do diagnóstico. E, neste âmbito, desenvolvemos essa pesquisa buscando compreender quais são as limitações que envolvem o diagnóstico tardio do HIV.

2. JUSTIFICATIVA

O diagnóstico do HIV/Aids no Brasil representa atualmente um dos elementos centrais de todo desenvolvimento da política de Aids no país. Constrói-se como um processo essencial entre as áreas de prevenção e assistência dos programas nacionais, estaduais e municipais de controle da epidemia. Trata-se de uma estratégia fundamental nas políticas de prevenção, dado que o diagnóstico conhecido para o HIV possibilita a interrupção da cadeia de transmissão do vírus, pois propicia ao sujeito testado a reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção por meio de mudanças comportamentais. Conforme França Júnior *et al.* (2008), estima-se que novas infecções poderiam ser reduzidas em até 30% ao ano caso todas as pessoas infectadas soubessem sua sorologia para o HIV.

O debate que envolve os estudos sobre prevenção, testagem e controle da epidemia de Aids se situa principalmente na discussão sobre o direito à saúde, interpelando também a necessidade de compreender o histórico social da política de diagnóstico e prevenção no Brasil para entender como o teste tem sido oportunizado ou limitado para a população.

A organização do serviço de diagnóstico do HIV, suas mudanças, qualificações e desafios estiveram historicamente associados à possibilidade de tratamento da doença, tendo início em meados da década de 1990. Eram as chamadas terapias antirretrovirais (TARV), que inicialmente eram acessíveis somente à população infectada dos países mais desenvolvidos, de modo que junto à possibilidade do tratamento surgiram também resistências para torná-las disponíveis nos países mais afetados pelo HIV — que também eram os países mais pobres ou

em desenvolvimento. Entre os argumentos, pode se destacar o do Banco Mundial, que considerava que dispor de meios financeiros para os novos tratamentos prejudicaria a prevenção e, por conseguinte, um de seus componentes essenciais, o diagnóstico; além disso, havia um medo, não apoiado cientificamente, de que dispor do tratamento representaria um risco mais elevado de mau cumprimento das TARV nas populações desses países, o que implicaria o desenvolvimento rápido de resistências (MATTOS *et al.*, 2001).

Foi demonstrado, entretanto, que colocar em uso os tratamentos não prejudicava, *a priori*, a prevenção. Constatação essa que veio a incentivar as ações em favor das TARV e sua disponibilidade — e que presumiria fortes desafios éticos, políticos e econômicos.

As primeiras recomendações, no Brasil, para utilização dos remédios para tratamento do HIV — os antirretrovirais — tiveram início em 1995, quando o Ministério da Saúde realizou a primeira compra dos medicamentos chamados inibidores de protease — um conjunto de drogas anti-HIV que começava a ser comercializado e seria distribuído gratuitamente para as pessoas vivendo com o vírus. Pela primeira vez no mundo, essa proposta era apresentada com o Brasil sendo o país pioneiro no acesso universal ao tratamento da Aids (GALVÃO, 2000).

Em 1996, foram anunciados ao mundo os benefícios decorrentes da combinação de diferentes medicamentos com propriedades antirretrovirais — que tinham a capacidade de combater os retrovírus HIV. Essa combinação tornou-se conhecida como “coquetel”. A disponibilização desses medicamentos ressignificou a vivência com HIV e também a política de diagnóstico. Uma vez adquirida a possibilidade de instaurar a TARV nos países em desenvolvimento, e demonstrado seu custo/rentabilidade — precisamente em resposta aos argumentos iniciais do Banco Mundial (MOATTI *et al.*, 2003) —, reativou-se também o debate sobre o teste.

Nesse contexto, destacam-se as discussões em torno do diagnóstico ligado ao tratamento, indicando que, se existir uma forma de se tratar a doença, as pessoas se testarão mais, independentemente da suposta adesão a esse tratamento, apoiadas principalmente em uma ideia preventiva — o que potencializou o debate sobre como fazer com que as pessoas, em especial as mais expostas ao HIV, fossem submetidas ao teste (BRANSON *et al.*, 2006).

O momento do teste de diagnóstico do HIV representou um impacto na prevenção, no tratamento e nas despesas de saúde. Um diagnóstico precoce permite a identificação mais rápida dos que estão infectados, o que resulta em uma taxa de sobrevivência mais alta, uma diminuição do período de hospitalização e um melhor cumprimento dos tratamentos (PALELLA *et al.*, 2003). Também foi demonstrado que, a partir do momento em que as pessoas são informadas da sua soropositividade, elas passam a ter comportamentos menos arriscados para infecção pelo HIV, o que faz reduzir a transmissão do vírus (FRANÇA JÚNIOR *et al.*, 2008).

As decisões políticas em torno de promover um acesso universal ao teste vieram à tona nestes últimos anos, principalmente através da sua proposta sistemática, usando como modelo o que é feito com as mulheres grávidas no âmbito de prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids — de mãe para filho.

O teste rápido realizado junto às mulheres em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde tem sido exercitado como protocolo de atendimento a todas as mulheres desde 2003 — e nesta perspectiva, gradualmente o teste foi sendo cada vez mais disponibilizado para a população. Neste momento, em 2016, a política nacional de Aids preconiza o acesso universal ao teste rápido anti-HIV em toda rede de atendimento de Atenção Primária (AP) e em alguns Serviços de Atendimento Especializados (SAE) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista os pressupostos da descentralização da política de saúde para o HIV/Aids. O teste também pode ser realizado via solicitação médica em laboratórios na rede de saúde complementar. Ou seja, o teste deve ser ofertado de forma oportuna e universal em todo o território nacional e preferencialmente em todos os serviços de atenção primária do SUS (BRASIL, 2013). No entanto, esse estudo, consonante outros também realizados nesta mesma temática (KERR *et al.* 2013; LANDMAN, 2006; GRANJEIRO, 2009), tem demonstrado que um percentual significativo da população — aproximadamente 64% (GRANJEIRO, 2013) — não tem acesso ao teste anti-HIV, e muitos dos que acessam não o fazem sistematicamente.

Desse modo, a evolução geral das políticas em relação ao diagnóstico tem nos interpelado a buscar compreender de que maneira as ações de controle da epidemia são percebidas e se organizam para a oferta oportuna do diagnóstico, em

especial em relação às necessidades das populações mais expostas ao risco de contrair o vírus — e nas quais se encontram, por conseguinte, as taxas mais elevadas de infecção. Estima-se que a prevalência de HIV seja 28 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 12 vezes maior entre os profissionais do sexo; e até 49 vezes maior entre transexuais femininas quando comparado ao restante da população adulta (UNAIDS, 2014). No Brasil, pesquisas apontam uma prevalência³ variando de 11,2% a 14,5% para a população HSH em relação à população geral (KERR *et al.*, 2013) — chegando a 15,4% na cidade de São Paulo (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO PAULISTA, 2013).

Essas pessoas — profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais e usuários de drogas — têm, comprovadamente em pesquisas diversas realizadas nos últimos anos [Kerr *et al.* (2013), Kendall (1995), Ayres (1999), Bálán (2009), Beyrer *et al.* (2010), Castro e Pedrosa (2008), Peres e Blessa (2009), entre outros], acesso desigual tanto ao tratamento quanto ao teste.

Nessas pesquisas é, ainda, ressaltado que essa população tem encontrado dificuldades para decidir ir em busca do teste, não só diante do momento de realização do diagnóstico como também ao tentar obter o tratamento. Em realidade, uma vez que a pessoa é testada, ela pode vir a se confrontar com dificuldades de relacionamento com os profissionais de saúde que deverão desenvolver seu tratamento, o que poderá causar barreiras à sua inserção no serviço de saúde, adesão aos medicamentos e conseqüentemente interrupção da cadeia de transmissão. Tal contexto nos interpela a analisar de que maneira essa realidade se organiza e de que modo tal situação tem sido um dos fatores limitantes para a identificação das pessoas infectadas e, por conseguinte, vem contribuindo para a violação do direito à saúde, ao diagnóstico e ao tratamento.

Esse cenário aciona a busca por compreender também de que maneira as evoluções sociais e institucionais fazem parte do histórico social da epidemia de Aids, as quais envolvem estigma, preconceito, pobreza, sexualidade, identidades, etc. (FASSIN, 2006), perpassando os serviços e a possibilidade de oferta do teste entre os gestores e profissionais de saúde.

³A prevalência indica qualidade do que prevalece, implica acontecer e permanecer existindo em um momento considerado. Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença, existentes em um determinado local e período (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Desse modo, a pesquisa aqui proposta integra-se a esse projeto que visa compreender o complexo de razões sociais e políticas, individuais e institucionais do difícil acesso ao teste por parte da população geral e das populações-chave, inserindo-se como um estudo sobre as políticas de controle do diagnóstico.

Buscamos compreender como são elaboradas as políticas que norteiam as práticas nos serviços de testagem e aconselhamento para o diagnóstico do HIV/Aids no Brasil, tendo como *locus* de estudo a cidade de Fortaleza-Ceará. Para tal, analisamos os resultados de uma avaliação antropológica rápida realizada com 40 homens que fazem sexo com homens em relação às suas concepções sobre a decisão de realizar o teste de HIV.

Nossas investigações buscaram compreender de que modo as políticas de diagnóstico são elaboradas em seu planejamento central pelo programa nacional de DST/Aids e como têm sido executadas em âmbito municipal pela área técnica de DST/Aids na cidade de Fortaleza. Além disso, busca-se ampliar a capacidade de acessar as populações-chave e concomitantemente compreender de que modo organizações não governamentais (ONGs) — que têm seus trabalhos voltados ao enfrentamento da epidemia de Aids — atuam junto ao planejamento, à organização e à execução do diagnóstico. A pesquisa também foi realizada junto a representantes dessas organizações na cidade de Fortaleza, Rio de Janeiro, Brasília e São Paulo.

Nosso interesse foi analisar quais são as políticas que têm contribuído para a oferta e o acesso ao diagnóstico e as que têm se apresentado como limitações para a realização do teste. E assim, compreender quais são as possibilidades de qualificar e ampliar a capacidade de abrangência e de oferta do diagnóstico para o HIV nestes serviços.

Ao buscar a relevância dos estudos nesse tema, acreditamos nos desafios e nas possibilidades que a pesquisa revela. Parker (2007) aponta para a complexidade e o dinamismo da epidemia de Aids no Brasil e no mundo, abordando as diversas dimensões sociais que a epidemia aciona. O autor explica que, devido à urgência do enfrentamento da epidemia, as ações adotadas nesse processo não foram ainda devidamente avaliadas, apesar da tradição brasileira de análises das políticas públicas de saúde em geral. Assim sendo, temos que as pesquisas

relacionadas à construção de respostas políticas que buscam conter a epidemia da Aids no Brasil têm se construído como campo necessário e desafiador.

Essa pesquisa busca se integrar aos estudos em saúde coletiva, podendo resultar em um trabalho estratégico, o qual pode oferecer subsídios para a implementação de políticas públicas, na medida em que deverá desenvolver uma análise e construir apontamentos e reflexões sobre o acesso aos serviços de saúde e diagnóstico do HIV/Aids — indicando, assim, possibilidades de planejamento para ampliar a qualidade deste serviço, contribuindo para as ações de controle da epidemia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Política de controle e diagnóstico do HIV/Aids no Brasil

No final da década de 1970, cientistas ainda não tinham definição para uma doença letal que acometia principalmente homens homossexuais nos Estados Unidos, Haiti e África Central. No início da década de 1980, foi identificado como causador desta doença um vírus denominado HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da Aids —, sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (MANN *et al.*, 1993).

Ainda antes deste período, em meados da década de 1970, uma epidemia assolava países africanos do Sul e do deserto do Saara, e passava despercebida para o mundo ocidental. Não restam mais dúvidas para os cientistas que o HIV surgiu na África, nestas localidades, mas foi identificado e pesquisado somente no início da década de 1980 nos Estados Unidos, e, posteriormente, em outros países.

A Aids tornou-se conhecida mundialmente como uma pandemia de características avassaladoras devido à extensão dos danos que causa às diversas populações. Atualmente, registra-se que cerca de 40 milhões de pessoas já morreram em decorrência da Aids (UNAIDS, 2014). Desse modo, tornou-se urgente para os programas de saúde conhecer, pesquisar e conter a propagação desse vírus. Tratava-se, porém, de um fenômeno recente e de proporções ainda desconhecidas.

O processo histórico de propagação da Aids pelo mundo tem se

constituído em torno de inúmeros desafios. A começar pelo fato de ter tido como primeiro nicho de infecção homens homossexuais nos Estados Unidos — trazendo, com esse episódio, uma série de estigmas e conflitos sobre os significados da doença.

Em um processo de liberação sexual e visibilidade das relações homossexuais (tanto entre homens como entre mulheres), o movimento gay nos Estados Unidos da América (EUA) crescia e potencializava as possibilidades de relações entre pessoas do mesmo sexo. Neste mesmo período, homens homossexuais norte-americanos começaram a ser identificados como as primeiras pessoas conhecidas infectadas pelo vírus que passou a ser denominado HIV. A partir deste contexto, a ciência identificou a propagação da Aids essencialmente entre os homossexuais, o que contribuiu para impulsionar o estigma e o preconceito enfrentado por esses grupos.

As possibilidades de vivenciar a sexualidade com inúmeros parceiros sem o uso e a invenção, até então, do preservativo que conhecemos atualmente, e sem a potencialidade da repressão dos modelos heteronormativos⁴ e o dispositivo da sexualidade⁵ vinculado somente à reprodução, permitiam que a sexualidade fosse exercitada mais livremente, o que poderia ter possibilitado um ambiente favorável à propagação do HIV. Não só nos Estados Unidos, mas também em muitos países ocidentais, contamos ainda com um cenário onde as revoluções pela liberdade sexual e as ressignificações que o movimento feminista atribuía à sexualidade permitiam a proliferação do exercício de desejos e práticas sexuais que anteriormente buscavam ser contidas.

A ciência, de um modo geral, tendo em vista essas questões, dentre outras, tornou como alvo da doença os grupos gays, o que inicialmente resultou na negligência de não alertar, informar e preparar toda e qualquer pessoa — homens e

⁴O conceito de heteronormatividade implica considerar as relações heterossexuais como norma, e todas as outras formas de conduta social como desvios dessa norma. Desse modo, os modelos heteronormativos sintetizam o conjunto de normas e práticas estabelecidas, que mesmo que não sejam explicitadas, buscam determinar as escolhas sexuais e os parceiros que se deve buscar, e, para além disso, referenciam os modelos que orientam as instituições e as estruturas sociais: “[...] a heteronormatividade é a matriz heterossexual imposta aos indivíduos da sociedade, e que não é natural, mas sim ‘imaginária’ — já que nem sempre ela acontece, como nos casos de homossexualidade” (BUTLER, 2001, p. 239).

⁵O dispositivo da sexualidade pode ser entendido como um mecanismo de controle dos corpos, que Foucault interpreta relacionando-o com a análise que ele faz sobre a “sociedade disciplinar”, a qual se caracteriza pelos mecanismos modernos de regulação social, que têm como razão de ser “[...] não o reproduzir, mas o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 2007, p.101).

mulheres — para o risco de infecção pelo HIV (BASTOS, 2006), o que contribuiu para a disseminação indiscriminada do vírus.

Em seguida à descoberta do vírus entre os homossexuais, identificou-se que as pessoas hemofílicas ou que necessitavam de transfusões de sangue estavam também mais propícias à infecção. Na década de 1980, aumentava a demanda global pelo consumo de produtos biológicos derivados do sangue — os hemoderivados —, que crescia junto com o desenvolvimento econômico, a mobilidade e as relações globais.

Seguindo a lógica da maioria dos processos de importação e exportação entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos, o Brasil, assim como outros países considerados de terceiro mundo, exportava o produto primário, no caso, o sangue humano, e importava os hemoderivados com custos muito mais elevados do que o primeiro (BASTOS *et al.*, 2005). No Brasil, ainda era permitida a doação de sangue em troca de uma pequena compensação financeira. Com uma ação intensa do movimento de enfrentamento da Aids, liderada principalmente por Herbert de Souza — o Betinho⁶ — e outros diversos profissionais de saúde, essa prática foi proibida em meados da década de 1980.

Em se tratando dos usuários de drogas injetáveis, estes em suas experiências cotidianas acabavam se expondo ao exercerem práticas “não consideradas seguras” de injeção intravenosa de substâncias químicas. Considerando ainda suas intensas redes de relacionamentos sexuais, nas quais muitas vezes transitavam pessoas envolvidas com o tráfico de drogas e a prostituição, e a possibilidade da oferta sexual em troca de algum tipo de droga — todos estes foram elementos importantes para que contribuíssem para a propagação rápida do HIV, principalmente entre esses grupos (BASTOS *et al.*, 2005).

⁶ Herbert de Sousa, também conhecido como Betinho, foi um sociólogo brasileiro, ativista pelos direitos humanos. Concebeu e dedicou-se a vários projetos sociais e liderou campanhas contra a fome, a miséria, o desemprego e a violência. Foi exilado durante a Ditadura Militar e exerceu inúmeras funções políticas em alguns países da América Latina, tornando-se um dos símbolos da campanha pela anistia. Em 1979, retornou ao Brasil. Betinho era hemofílico e acabou contraindo o vírus HIV/Aids em uma das inúmeras transfusões de sangue que fazia recorrentemente. Engajou-se fortemente no enfrentamento da epidemia de Aids. Participou da fundação de importantes entidades, como o Instituto de Estudos da Religião, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e o Grupo pela Vida. Publicou diversos livros, artigos e ensaios, e, junto com os economistas Carlos Afonso e Marcos Arruda, fundou o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). Morreu aos 61 anos em decorrências das complicações de uma *hepatite C* contraída também em transfusões de sangue.

Esse contexto permitia uma maior possibilidade de muitos desses doadores, que chegavam aos bancos de sangue em troca de alguma compensação financeira, na época estarem infectados pelo HIV. E os hemofílicos, por sua vez, ao receberem a transfusão de sangue repetidamente por muito tempo, tinham mais chances do que a população em geral de se infectarem, tendo em vista que nesse período não se fazia ainda o teste sorológico para identificação do vírus HIV e nem para outras possíveis doenças no sangue doado.

Assim sendo, milhares de pessoas passaram a ser infectadas até que estudos identificaram esse fator para a infecção por HIV e, posteriormente, foram adotadas políticas de controle sorológico no sangue coletado nas doações. O processo de publicização da necessidade de prevenção e meios de transmissão do vírus também foi essencial para começar a modificar este cenário, porém ainda decorreria um longo período para se concretizar medidas mais eficazes de controle da epidemia.

Nas últimas décadas, diante da propagação incontrolável do vírus, ações globais foram mobilizadas no sentido de conter a doença. E, conforme Parker e Camargo (2000, p. 06), a compreensão dos avanços da epidemia de Aids deve estar relacionada aos fatores históricos associados aos processos de globalização e de reestruturação econômica em níveis acelerados a partir da década de 1970: “[...] alguns dos suportes técnicos que permitiram a transformação radical do capitalismo, ‘encolhendo’ o mundo, provavelmente foram também facilitadores da propagação da epidemia”.

Os aspectos estruturais de concentração da doença estariam diretamente associados ao subdesenvolvimento econômico e à pobreza decorrentes de fatores como: mobilidade, migração, guerras, instabilidade política e desigualdades de gênero que integram as situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV. Em se tratando especificamente do caso brasileiro, os autores salientam que:

O Brasil pode ser visto como complexa síntese em que estão virtualmente presentes todos os diferentes fatores [...] formas variadas de desigualdade e opressão, conjuntamente com variada gama de fatores estruturais e ambientais que se combinam para produzir e reproduzir forças sociais que foram identificadas, em âmbito internacional, como *motors da epidemia* (PARKER; CAMARGO, 2000, p.14, grifos da autora).

A compreensão desses “motores da epidemia” é central para pensar alguns aspectos estruturais que envolvem a política de Aids. No Brasil, os primeiros casos conhecidos e confirmados de infecção pelo vírus ocorreram em 1982, no estado de São Paulo. Há três décadas convivendo com a Aids, aprendemos que há uma complexidade de dimensões envolvidas nos avanços e significados dessa doença que a caracteriza, principalmente, pelas desigualdades sociais resultantes de fatores históricos.

Os caminhos da prevenção no Brasil seguiram um percurso repleto de desafios, pois em sua história passada houve avanços significativos, mas atualmente há um quadro desafiador, como ficou demonstrado no último relatório da UNAIDS (2015) sobre a epidemia no Brasil, o qual aponta um aumento de 11% em novos casos de infecção para o HIV entre 2005 e 2013, e ainda registra o aumento de 7% nos casos de mortes relacionadas à Aids.

Nesse contexto, cabe ressaltar que o país necessita qualificar e promover o acesso universal aos programas de assistência às pessoas vivendo com HIV, bem como ampliar o acesso ao diagnóstico oportuno e à prevenção do HIV/Aids junto a muitas populações, principalmente àquelas consideradas mais vulneráveis.

A Aids foi apresentada ao povo brasileiro por meio da mídia em uma perspectiva sensacionalista, no início da década de 1980, entendida como uma doença com características negativas e de punição que repercutiram nas representações sobre o contágio e suas consequências por muito tempo⁷. Isso se deu no período em que o Brasil vivenciava a Ditadura Militar, em um processo de redemocratização que ainda estava caminhando e as estratégias de disponibilizar informações para a população e implementar políticas de saúde e controle da epidemia começaram a dar seus primeiros passos:

A resposta inicial a Aids, de 1982 a 1985, só pode ser entendida completamente dentro do contexto do período de abertura, com a

⁷O modo como os discursos sobre a Aids foram construídos vão ao encontro da construção discursiva sobre a sexualidade (FOUCAULT, 2007), na qual a produção de sujeitos referidos a um conjunto de relações sociais tem seus significados associados a um discurso de verdade sobre si mesmos, e essa “verdade” está inapelavelmente vinculada ao sexo (HEILBORN, 1996). Assim sendo, a escolha de determinadas práticas sexuais demonstraria a natureza dos indivíduos, situando-os frente a outros. No caso da Aids, principalmente os homossexuais e suas práticas sexuais foram inevitavelmente associados aos avanços da epidemia e, ainda hoje, esse discurso reflete na prevenção das DSTs/HIV e em possíveis relacionamentos com pessoas vivendo com HIV.

eleição de forças progressistas de oposição abertas ao diálogo e dispostas a responder às preocupações da sociedade civil, no nível estadual, e com a continuidade do regime militar, com sua mentalidade fundamentalmente autoritária, no nível federal [...]. (PARKER, 2000, p. 11).

As primeiras campanhas de prevenção foram construídas no âmbito da emergência de se evitar uma doença mortal e incontrolável. Ativistas, principalmente do movimento homossexual, e profissionais da área de saúde buscavam respostas rápidas para conter o vírus, mas os resultados não eram alcançados conforme o desejado. O que se fazia, em muitas ocasiões, era impor medo e pânico à população, produziam-se algumas campanhas que de certo modo disseminavam as elaborações sobre a Aids como uma doença “dos outros”: homossexuais e usuários de drogas injetáveis — os culpados; e os nascidos infectados de mães soropositivas e aqueles infectados por transfusão de sangue — as vítimas (PAIVA, 1992).

3.1.1. Diagnóstico do HIV no Brasil

O diagnóstico para o HIV foi licenciado no Brasil em 1985; era inicialmente direcionado ao controle de sangue e hemoderivados e recomendado para as pessoas consideradas com risco acrescido dos serviços de saúde, como prevenção primária e secundária. Em 1986, sob pressão do movimento social de luta contra a Aids em São Paulo, o teste tornou-se obrigatório na triagem sorológica para HIV nos bancos de sangue, e em 1988 tornou-se obrigatório em todo país⁸. Neste mesmo período, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), então designados Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que deveriam oferecer o serviço de testagem de forma gratuita, confidencial e anônima.

Durante a segunda metade dos anos 1990, governos, ONGs e agências internacionais desenvolveram um complexo de ações e argumentos que visavam tornar acessíveis os tratamentos antirretrovirais da Aids dentro do G-20 (países em desenvolvimento). “Batalha” que pretendia demonstrar, no plano de ideias cientificamente apoiadas, por um lado, que os tratamentos podiam ser postos à

⁸ Em 25 de janeiro de 1988, estabelece-se no Brasil, sob a Lei nº 7.649, a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue e a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências (Diário Oficial da União, 27 jan. 1988).

disposição das populações dos G-20 — inclusive, gratuitamente; e, por outro, que isso não podia ser elaborado nem posto em prática em detrimento do acesso ao diagnóstico (KERR *et al.*, 2011). O debate sobre o acesso universal ao teste havia começado. A palavra de ordem passou a ser a promoção da prevenção e do tratamento (DIEFFENBACH; FAUCI, 2009; GRANISH *et al.*, 2009).

Os tratamentos com antirretrovirais e a renovação das possibilidades de se viver com mais qualidade e por muito mais tempo permitiram o fortalecimento de muitos ativistas e possibilitaram que estes pudessem realizar inúmeras conquistas: criaram redes diversas de apoio às pessoas vivendo com HIV, organizaram encontros de debates e discussão sobre os temas que envolvem a Aids, agregaram esforços, levantaram bandeiras, combateram e combatem arduamente a discriminação e os preconceitos em relação à soropositividade. Integraram intensamente a luta pela disponibilização dos antirretrovirais com acesso universal. Continuam trabalhando pela melhora na qualidade de vida de todos que vivem com HIV, pelo acesso universal e qualificado a todos os tipos de tratamentos necessários e colaboram intensamente para o planejamento e a execução de medidas mais eficazes para a prevenção das DSTs/HIV/Aids, além de fomentar a discussão e efetivação da prevenção positiva⁹.

Em se tratando das estratégias da política nacional de prevenção, as reverberações desse “efeito cura”, ou pelo menos de afrouxamento em relação à possibilidade de um manejo da cura no qual se interpreta “ninguém mais morre de Aids”, repercutiu, entre alguns grupos, principalmente nos mais jovens, indicando uma flexibilização ou recusa na utilização do preservativo.

Tais questões colocavam em pauta a necessidade de ajustar as medidas educativas em prevenção, prevenção positiva e de acesso ao diagnóstico principalmente junto às populações mais jovens e aquelas consideradas mais vulneráveis. No entanto, diversos fatores associados ao histórico da Aids demarcavam esses grupos: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas como população estigmatizada, dificultando a frequência destes no acesso às unidades de saúde e aos centros de testagem.

⁹Esta medida é entendida como prevenção junto às pessoas vivendo com HIV. O termo é utilizado para fazer referência à necessidade de as pessoas soropositivas continuarem se prevenindo de qualquer tipo de doença sexualmente transmissível e de uma possível reinfecção pelo HIV, tendo relação sexual com outro parceiro ou parceira também vivendo com HIV.

Assim, desenha-se aqui a necessidade de buscarmos uma compreensão mais ampla desse processo. A título de exemplo, buscar compreender que papel têm os serviços em relação à oferta do teste e à decisão da população de se testar. E ainda quanto ao fenômeno de incorporação da história política da região, assim como das populações-chave dentro das ONGs.

Entre os fatores que podem explicar o pouco acesso ao diagnóstico por parte das populações-chave, tem-se que: o medo de conhecer seu estado sorológico; o temor de ter que compartilhar esse resultado; a possível discriminação; e a divulgação de uma sexualidade ou de comportamentos até então não revelados são fatores que limitam a realização do teste. As razões apresentadas levam a questões de estigmatização¹⁰ das identificações¹¹ e dos roteiros sexuais, de isolamento afetivo e social e constituem as “primeiras” ou “básicas” hipóteses explicativas que não devem esconder outras sobre as quais nos propomos a trabalhar. Parece-nos essencial considerar que os determinantes do teste ocorrem em função de uma série de fatores que devem ser pensados conjuntamente considerando-se sua complexidade.

Fatores estes que irão intervir na escolha de fazer ou não fazer um teste, tais como: representações da doença (fatal, crônica); expectativas por ter que compartilhar o resultado (que retornam à ideia do HIV como doença estigmatizante); uma forma de hierarquização dos riscos (risco quanto à revelação do seu estado, da sua sexualidade “perante” a possibilidade de tratar-se rapidamente, da prevenção a transmissão do HIV...); experiências de interações com profissionais de centros de diagnóstico, ou mesmo de tomada de consciência (acompanhando um parente que tenha feito o teste ou acompanhando sua TARV), sobre como é ele acolhido quando, por exemplo, os profissionais de saúde sabem qual é a sua orientação sexual ou a

¹⁰ O termo *estigma* pode ser entendido aqui, conforme indica Goffman (1988), como um atributo que deprecia o indivíduo e desencadeia características estereotipadas, fazendo com que sua identidade real seja frequentemente substituída por uma identidade social que está unicamente relacionada a seu “estigma”.

¹¹ Entende-se aqui identificações, como propõe Hall (2000), ao apontar que: “O conceito de identidade aqui desenvolvido não é um conceito essencialista, mas um conceito estratégico e posicional. [...] essa concepção aceita que as identidades não são nunca unificadas; que elas são, na modernidade tardia, cada vez mais fragmentadas e fraturadas; que elas não são, nunca, singulares, mas multiplamente construídas ao longo de discursos, práticas e posições que podem se cruzar ou ser antagônicas. As identidades estão sujeitas a uma historicização radical, estando constantemente em processo de mudança e transformação (p.108).

maneira como a doença foi transmitida etc. (KERR, et. al.,2013). Todas essas questões perpassam a relação dos indivíduos com a possibilidade de realizar o teste.

Temos aqui uma combinação de elementos que surge de práticas e representações que colocam em pauta a relação do sujeito com o seu ambiente e com o mundo médico, relação essa que é pessoalmente vivida ou extrapolada a partir das experiências dos outros — e que perpassa o contexto das instituições envolvidas (KENDAL, 2005).

Nos últimos 5 anos, as organizações mundiais têm buscado mecanismos para ampliar o acesso ao teste. As organizações que compõem a UNAIDS formularam uma meta em 2010 com o objetivo de chegar a “zero novas infecções, zero discriminação e zero óbitos relacionados à Aids” até 2015 (UNAIDS, 2010). As metas desse programa contemplavam ainda a redução da transmissão sexual do HIV pela metade entre os jovens, entre os homens que fazem sexo com homens e entre profissionais do sexo. Por meio desse programa, teve início, por parte dos países e das organizações que integram a UNAIDS, a busca pelo comprometimento da ampliação da testagem de modo universal. Essa proposta visava, ainda, ampliar e capacitar os profissionais de saúde e melhorar a qualidade dos serviços que ofertavam o diagnóstico oportuno.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o teste de HIV se constitui como elemento central para as ações de prevenção e controle da epidemia; entretanto, tem se verificado, em âmbito global, uma baixa cobertura e busca pela testagem e aconselhamento, o que acarreta o não conhecimento da condição sorológica de milhares de pessoas. Estima-se, conforme já mencionado, que cerca de 19 milhões de pessoas no mundo podem estar infectadas sem conhecer sua condição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Ao buscar ampliar o acesso ao diagnóstico, a OMS elaborou as diretrizes de recomendação do processo de testagem, as quais incluíram: 1) confidencialidade, que garante o sigilo do resultado, podendo ser divulgado apenas para o usuário que realizou o teste; 2) ser acompanhado por aconselhamento; e 3) ser realizado apenas com o consentimento informado, significando que o sujeito que for testado deve ter conhecimento de que fará o teste, oferecendo-se-lhe a possibilidade de aceitá-lo ou recusá-lo (ORG.MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Tabela 1 – Guia de aconselhamento pré e pós-teste

| Aconselhamento Pré-teste | Aconselhamento Pós-teste |
|--|---|
| Fornecer informações mínimas sobre a realização do teste e o consentimento informado. | Fornecê-lo a todas as pessoas que foram testadas, no momento de receber o resultado, independentemente da sorologia. |
| Explicar por que o teste de HIV foi recomendado, os benefícios clínicos e preventivos, bem como as possíveis consequências de realizá-lo, incluindo a discriminação, o estigma, o abandono da família e a violência. | Revelar o resultado de modo confidencial, individual e por um profissional de saúde, de preferência por quem fez o aconselhamento pré-teste, ou por alguém treinado para tal tarefa. |
| Informar quais serviços estão disponíveis tanto no caso do resultado negativo ou positivo, incluindo aqueles que fornecem a TARV. | Caso a pessoa não queira receber seu resultado, os profissionais de saúde devem tentar que o usuário mude de opinião, explicitando os benefícios de conhecer sua sorologia. |
| Salientar que o resultado do teste é confidencial e não será compartilhado com outro profissional de saúde, a não ser com aqueles envolvidos em seu tratamento e cuidado. | Explicar o significado do teste, incluindo a informação sobre o período da janela imunológica para o aparecimento de anticorpos do HIV e a recomendação do re-teste em casos de recentes exposições. |
| Enfatizar que o usuário tem o direito de recusar o teste, sem prejuízos para seu acesso aos serviços de saúde que não dependam do conhecimento do seu estado sorológico. | Informar sobre os métodos de prevenção, fornecer os insumos e um guia de como usá-los. |
| Encorajar a revelação do resultado para outras pessoas que possam estar expostas ao risco de HIV, caso o resultado seja positivo. | Tratamento, cuidado e serviços de prevenção. |
| Retirar as dúvidas que o paciente possui em relação ao HIV e as DSTs. | Verificar com o usuário a necessidade de encaminhamento para serviços comunitários que forneçam aconselhamento pós-teste mais detalhado ou suporte preventivo mais específico. |
| Encorajar a revelação do resultado para outras pessoas que possam estar expostas ao risco de HIV, caso o resultado seja positivo. | Fornecer suporte psicossocial para lidar com os impactos emocionais advindos do resultado e assegurar-se de que o usuário compreendeu o que lhe foi dito, permitindo que este lhe faça perguntas discutindo qualquer problema imediato e ajudando-o a pensar quem de sua rede social poderia estar disponível para fornecer apoio necessário. |
| | Encorajar e oferecer referência para testagem e aconselhamento para parceiros e crianças do convívio social do paciente. |
| | Avaliar o risco de violência e suicídio, e discutir possíveis passos para assegurar a segurança física do paciente, especialmente às mulheres. |
| | Questionar sobre a possibilidade de revelação do teste para os parceiros sexuais ou com quem compartilhou seringas, no caso do uso de drogas injetáveis |
| | Verificar com o usuário a necessidade de encaminhamento para serviços comunitários que forneçam aconselhamento pós-teste mais detalhado ou suporte preventivo mais específico. |

Fonte: OMS (2010).

A OMS (2010), juntamente com a UNAIDS, tem realizado campanhas em diversos países promovendo capacitações junto aos coordenadores dos programas de Aids para que esses sejam estimulados a ampliar a oferta do diagnóstico em seus países. Uma das estratégias tem sido estimular os serviços e profissionais de saúde a oferecerem e realizarem o teste de forma universal, livre de discriminações e preconceitos, de forma a oportunizar o diagnóstico.

Ao levar em conta esses cenários, as mudanças e propostas em torno das políticas de incentivo ao teste, essa pesquisa busca compreender de que modo o planejamento das políticas de diagnóstico engendradas pelos gestores em âmbito nacional e executada nos serviços de saúde se relacionam com esses processos. Buscamos avaliar as relações entre as populações-chave e essas intuições — e de que modo essas relações perpassam o histórico da epidemia de Aids dentre estigmas e complexidades, acionando seus significados fundamentalmente sociais, como diria Theichler (1988). Dessa maneira, buscamos respostas que possam oferecer caminhos que possibilitem a ampliação do acesso ao diagnóstico, à efetivação da saúde e à informação como direito.

3.2 Em Fortaleza

Na cidade de Fortaleza, temos uma população estimada de 2.609.716 habitantes (IBGE, 2016), sendo considerada a quinta maior capital do país. Atualmente, temos cerca de 13.000 pessoas vivendo com HIV (casos notificados no Informe Epidemiológico/Fortaleza: Aids e Sífilis, 2016). Destes, a grande maioria são do sexo masculino — e grande parte dos casos está concentrada na faixa etária de 20 a 29 anos. Entre essas pessoas com diagnóstico positivo, 8.548 estão cadastradas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) em Tratamento Antirretroviral (TARV).

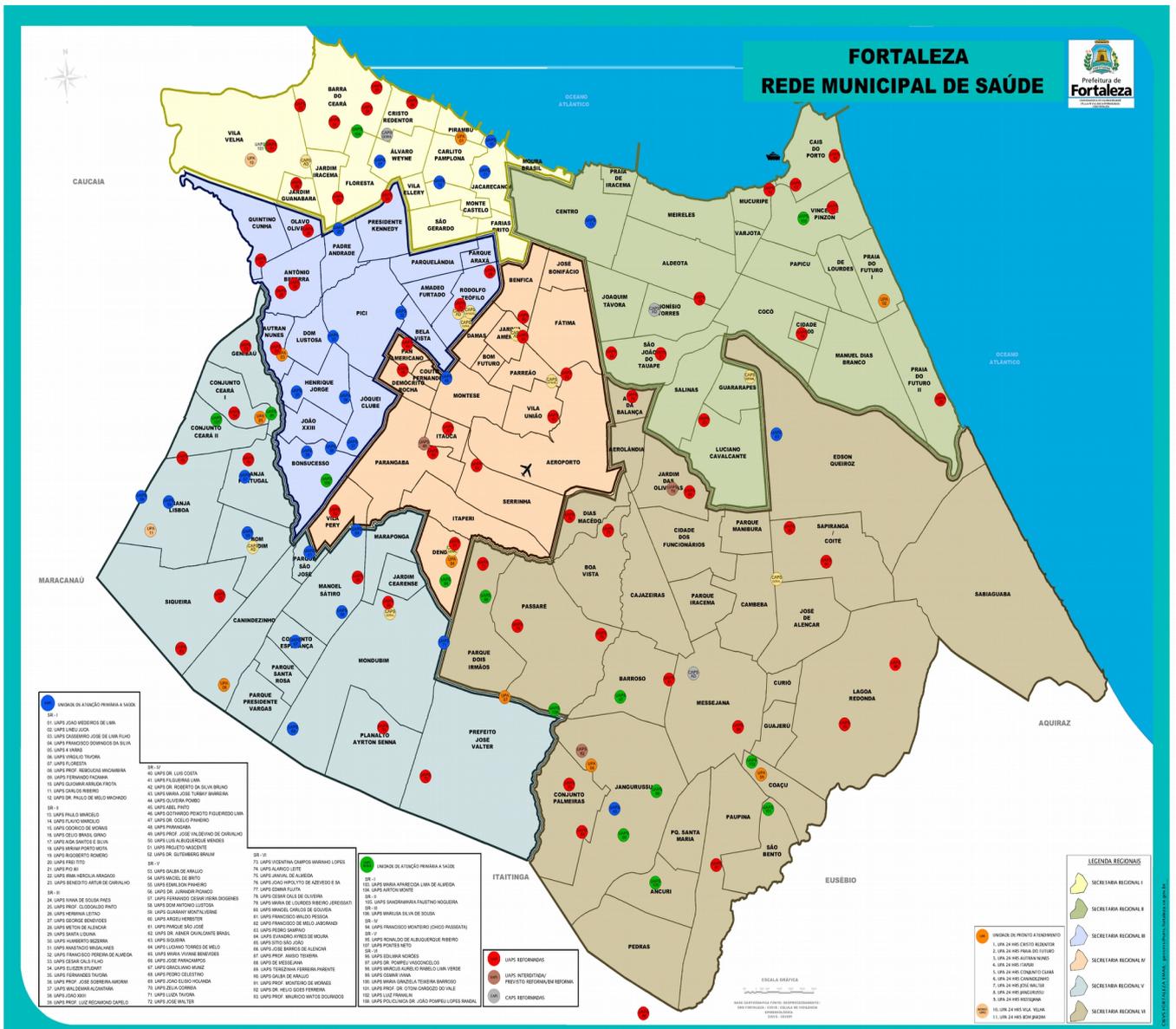
As ações governamentais de controle e enfrentamento da epidemia de Aids são executadas pela Área Técnica de DST/Aids e hepatites virais da Secretaria de Saúde de Fortaleza (AT DST/Aids), a qual desenvolve políticas nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância epidemiológica da Aids.

O sistema de saúde em Fortaleza está organizado, segundo os princípios

do Sistema Único de Saúde (SUS), em cinco redes assistenciais: Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e emergência e Saúde mental. A Política Municipal de DST/HIV/Aids é compreendida como transversal a todas estas redes assistenciais, segundo os seguintes princípios fundamentais e organizativos: integralidade, controle social, resolutividade, organização das demandas por complexidade, referência e contra referência, intersetorialidade e educação permanente (FORTALEZA, 2009).

Os serviços de diagnóstico para o HIV são realizados em alguns destes serviços de baixa complexidade, em Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS. E, desde 2009, os mesmos serviços são disponibilizados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE); em 05 ambulatórios municipais de atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids, e, de acordo com informações da Secretaria de Saúde, em todas as 108 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza.

Figura 1 – Mapa dos serviços de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde de Fortaleza – SECOVI (2016).

Todos esses locais devem seguir a orientação para a realização da testagem, incluir a oferta do exame e o consentimento livre e esclarecido para a realização deste, por meio da técnica de aconselhamento antes e depois do teste para o HIV, segundo preconiza o Ministério da Saúde (MS) brasileiro¹².

O aconselhamento feito na rede pública de saúde deve fornecer informações sobre as formas de transmissão da Aids, os significados dos resultados dos exames e o período de janela imunológica (tempo entre a infecção pelo HIV e o surgimento dos primeiros sintomas). Em caso de resultado positivo, o profissional deve falar sobre a doença e seu tratamento, a prevenção secundária, o significado e a utilidade de vários exames laboratoriais (como a contagem de linfócitos T CD4+ e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos do uso dos medicamentos antirretrovirais em curto e longo prazos. Com acesso às informações sobre a doença e às formas de promover sua própria independência e autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela soropositividade e seu tratamento. Nesse momento, ocorre também o encaminhamento do paciente para o serviço especializado (BRASIL, 2014).

Apesar dos documentos (tais como o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens/HSH e Travestis) e protocolos organizados pelo Ministério da Saúde (MS) que orientam a necessidade de priorizar e ampliar o acesso aos serviços de saúde junto as grupos de HSH, PS e UD, a análise de dados epidemiológicos estatísticos e clínicos existentes não têm sido suficientes para explicar os desafios que perpassam o acesso à testagem para o HIV, ou mesmo o acesso aos serviços nas unidades de saúde junto a estes grupos.

Temos analisado, em diversos estudos realizados, que essas populações têm tido menos acesso ao diagnóstico do HIV, bem como buscado menos os serviços de saúde (FRANCA *et al.*, 2008; KERR; KENDALL, 2013). Em pesquisas qualitativas recentes realizadas na cidade de Fortaleza¹³, alguns dados relativos à

¹² A recomendação especificada em protocolos do MS para a testagem do HIV é referente ao pré-natal (realização de dois testes nos trimestres 1º e 3º da gestação), em caso de acidentes ocupacionais junto a profissionais da saúde, violência sexual, pacientes com tuberculose e populações mais vulneráveis (pelo menos uma vez ao ano, ou em caso de ocorrência de relação desprotegida).

¹³CASTOR, C. PEDROSA, F. (Orgs.) **Juventudes homossexuais e sexualidades: comportamentos e práticas**. Fortaleza: GRAB, 2008. COSTA, A.; PEDROSA, F.; JOCA. A. **Recortes da sexualida-**

relação entre serviços de saúde voltados à prevenção e à população de homens que fazem sexo com homens — HSH —, jovens entre 15 e 29 anos, ressaltam tais questões sobre o acesso e o direito à saúde:

Eu nunca fiz o teste, eu tenho medo, sei lá... eu uso camisinha, mas eu tenho medo, nunca se sabe. Eu não sei onde é que faz, uns amigos meus já foram, mas eu não, nem vou, prefiro não saber de nada. (R. 18 anos – HSH)

Olha, eu preciso fazer o teste da Aids, né?... Eu já transei sem camisinha, mas não sei nem onde é, eu não quero ir não, tenho medo — e se contarem para alguém? (A. 19 anos – HSH2)

Considerando as falas acima, podemos avaliar que mesmo diante de muitos avanços nas políticas de prevenção e diagnóstico em Fortaleza e no Brasil, ainda há reverberações das dificuldades de acesso aos serviços de saúde que demandam ampliar a investigação sobre os fatores que interpõem barreiras à realização do teste.

Nessa direção, vale salientar que a decisão de fazer o teste para HIV é pessoal e intransferível, mas o contexto social, político e cultural de cada indivíduo e das populações atravessa esta decisão de maneira muito diversificada, influenciando para maior ou menor facilidade de acessá-lo. O que estamos analisando nesta pesquisa é o complexo de razões sociais e políticas, individuais e institucionais das dificuldades de acesso ao teste por parte das populações-chave para a epidemia de Aids no Brasil (homens que fazem sexo com homens) por meio de uma análise da política de diagnóstico em Fortaleza e de seu planejamento em âmbito nacional.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Esse estudo teve como objetivo compreender as razões que estão associadas ao diagnóstico tardio do HIV/Aids no Brasil entre uma das populações-chave para a epidemia: homens que fazem sexo com homens (HSH).

4.2. Específicos

- 1 - Compreender o complexo de razões que podem contribuir ou limitar o diagnóstico oportuno do HIV no Brasil.
- 2 - Analisar o modo como as populações-chave (homens que fazem sexo com homens/HSH) compreendem e se relacionam com o teste do HIV.
- 3 - Analisar o modo como os profissionais de saúde e gestores das secretarias de saúde estadual e municipal e gestores federais responsáveis pelo planejamento e execução da política de controle da Aids no Brasil compreendem o diagnóstico do HIV.
- 4 - Analisar o modo como representantes de organizações não governamentais e pessoas vivendo com HIV/Aids compreendem o diagnóstico do HIV.

5. METODOLOGIA

O estudo realizado, que teve como resultado essa tese, integra uma pesquisa mais ampla denominada “Populações Vulneráveis face ao Diagnóstico de Infecção pelo HIV/Aids no Brasil: respostas institucionais e experiências individuais”, a qual foi realizada por diversos pesquisadores e teve como processo de coleta de dados o uso de três metodologias: a Avaliação Antropológica Rápida (AAR); as entrevistas semiestruturadas; e a pesquisa de campo em dois (2) serviços de saúde e uma (1) unidade móvel que realizam teste rápido para HIV.

A coleta de informações ocorreu pelo período de 2011 a 2015 — e o nosso campo de estudo foi a cidade de Fortaleza, abrangendo, ainda, um aprofundamento sobre as políticas de controle do HIV envolvendo entrevistados das cidades de Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo.

5.1. Tipo de estudo: pesquisa qualitativa

Acredita-se, neste trabalho, que a abordagem qualitativa permite-nos avançar nos esforços de compreensão da elaboração e execução de uma política que envolve questões profundamente culturais e também de ordem subjetiva. Ao revisar estudos sobre o campo da Aids, reafirmamos a necessidade de uma investigação imersa em contextos multifacetados que envolvem o entendimento acerca da dinâmica das políticas de controle do HIV/Aids e o histórico social de uma epidemia envolta em estigmas e preconceitos.

Podemos considerar que a política de saúde tem sido formalmente baseada em dados epidemiológicos e novas descobertas científicas; no entanto, em relação ao HIV/Aids, as técnicas, os projetos, os protocolos, as elaborações e a execução de normas e processos requerem ainda um entendimento fundamental acerca dos aspectos culturais que envolvem a doença (KENDALL, 2005).

Atualmente, é possível afirmar que os recursos que têm sido destinados ao controle da epidemia podem ser considerados limitados, avaliando que estamos abordando uma epidemia ainda incurável e que se concentra principalmente entre as comunidades mais pobres e grupos de pessoas historicamente “marginalizados”.

Assim, a resposta à Aids no Brasil nos últimos anos tem se distanciado dessa realidade ao não potencializar uma política de prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV, principalmente dentre os grupos mais vulneráveis. E, ainda, as transformações que a epidemia de Aids interpela aos serviços de saúde devido ao seu relativo “pouco” tempo de descoberta (35 anos aproximadamente) e às rápidas mudanças no escopo de identificação e tratamento da doença que se diversifica na tentativa de seu controle.

Para exemplificar, podemos nos referir às constantes mudanças nos esquemas terapêuticos, aos diferentes métodos de prevenção (preservativo, profilaxia pré-exposição/PEP e profilaxia pós-exposição/PEP, circuncisão¹⁴) no acesso ao diagnóstico antes somente por meio do teste convencional e, recentemente (desde 2008 em todo país), também por meio do teste rápido via punção digital sanguínea — e agora, a partir de 2013, o teste também via utilização do fluido da mucosa oral¹⁵.

¹⁴ Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é uma forma de prevenção da infecção pelo HIV usando os medicamentos que fazem parte do coquetel utilizado no tratamento da Aids, para pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus recentemente pelo sexo sem camisinha. Esses medicamentos precisam ser tomados por 28 dias, sem parar, para impedir a infecção pelo vírus, sempre com orientação médica. Essa forma de prevenção já é usada com sucesso nos casos de violência sexual e de profissionais de saúde que se acidentam com agulhas e outros objetos cortantes contaminados. Atualmente o procedimento está sendo realizado em alguns serviços de saúde e pode ser ofertado para a população considerada mais vulnerável que, em situação de uma exposição considerada de risco, tem a chance de procurar o serviço de saúde e entrar em terapia para reduzir consideravelmente a possibilidade de infecção pelo vírus. A Profilaxia Pré-Exposição (PREP) ainda é uma abordagem experimental que usa medicamentos antirretrovirais (TARVs) para reduzir o risco de infecção em pessoas HIV negativo. Os medicamentos antirretrovirais são usados no tratamento de pessoas vivendo com HIV. Nesta intervenção, pessoas com HIV negativo tomam um único medicamento ou uma combinação de medicamentos na expectativa de diminuir o seu risco de infecção caso sejam expostas ao HIV. Testes de PREP estão sendo feitos em vários lugares do mundo — e depois do relatório da UNAID de 2014, a Organização das Nações Unidas tem avaliado a possibilidade de expandir o uso da PREP junto aos grupos de HSH (Organização Mundial de Saúde – OMS. *Guia para o uso da profilaxia pré-exposição e profilaxia pós-exposição*, 2013). A circuncisão masculina está associada a índices mais baixos de infecção pelo HIV, de acordo com estudos epidemiológicos. A circuncisão masculina é a remoção cirúrgica do prepúcio do pênis. Os homens não circuncidados têm de duas a oito vezes mais chances de contrair o HIV. A evidência mais convincente sobre a questão do HIV e a circuncisão masculina é fornecida por Uganda. Em um estudo de 187 casais soro-discordantes — em que a mulher tinha o HIV, mas o homem, não —, nenhum homem circuncidado infectou-se com o HIV durante um período de exame de 30 meses. Entre os homens não circuncidados, 29% infectaram-se. Entre os 223 casais soro-discordantes em que o homem era soropositivo, mas a mulher, não, os homens circuncidados tinham menor probabilidade de transmitir o vírus às mulheres (*Population Reports is published by the Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health*, 2012).

¹⁵ O teste rápido para detectar o HIV agora, no Brasil, assim como já é utilizado em alguns países da Europa e nos EUA, pode ser também realizado por meio de um kit de teste rápido por fluido oral. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), este exame será utilizado no primeiro momento por 40

Todas essas intervenções e mudanças em relação à prevenção e ao tratamento da doença interferem no modo como gestores e profissionais de saúde organizam os serviços em HIV/Aids. Tal contexto aponta para a dimensão de uma doença com rápidas mudanças envolvidas em aspectos históricos, econômicos, políticos e culturais — o que requer de nós, pesquisadores, o desafio de buscar métodos qualitativos que nos permitam desenvolver uma análise considerando a complexidade¹⁶ desses processos. Para tal, estamos utilizando diferentes técnicas para coleta de dados: avaliação antropológica rápida, entrevistas semiestruturadas e estudo de campo.

5.2. Metodologia 1 - Avaliação Antropológica Rápida (AAR)

Inicialmente, realizamos uma análise dos resultados de Avaliação Antropológica Rápida (AAR). Desenvolvida há mais de 30 anos, essa abordagem tem sido utilizada em pesquisas para estudos qualitativos em um curto espaço de tempo acerca de problemas relacionados à saúde (KENDALL *et al.*, 2005; NEEDLE *et al.*, 2003; STIMSON *et al.*, 2006; KARAM *et al.*, 2010, BATES *et al.*, 2007; KELLER *et al.*, 1995; SCRIMSHAW; GLEASON, 1992; SCRIMSHAW; HURTADO, 1987; BENTLEY *et al.*, 1988).

As principais características da AAR estão associadas à possibilidade de se utilizar técnicas mistas: entrevistas abertas ou semiestruturadas, grupos focais e estudo de campo com observação, contribuindo para uma avaliação mais ampla do tema em estudo.

A AAR possibilita a utilização de multimétodos de análise qualitativa, o

ONGs parceiras do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O kit contém uma haste coletora descartável de uso único — para obtenção de fluido oral; um frasco com solução, no qual é colocada a haste coletora após a obtenção da amostra; um frasco com o tampão de corrida de reação; um suporte plástico de teste, em que ocorrerá a reação e a revelação do resultado, que pode ser entregue à pessoa testada em 20 minutos. Essa tecnologia de testagem não requer pulsão digital, tornando-se mais segura para o profissional de saúde e reduzindo os receios que algumas pessoas possam ter diante da possibilidade de "furar" o dedo para realizar o teste. A expectativa do MS é que, em pouco tempo (até 2015), o teste também esteja disponível nas farmácias à venda para a população que desejar fazer o autoteste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

¹⁶ Entendemos complexidade aqui como propõe Morin (2000), que nos convoca para uma reforma do pensamento, propondo a abordagem e compreensão de um mundo que se "autoproduz" e, desse modo, confere também um novo sentido à ação, onde o olhar para a realidade a ser estudada deve ser convertido em uma proposta multifacetada tecida como um mosaico de possibilidades a ser desvelado.

que permite uma compreensão mais ampla do estudo. O método nos possibilita envolver no estudo a participação de informantes da própria comunidade estudada, os quais, após treinados, passam a realizar também entrevistas junto aos seus pares, nesse caso Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), o que auxilia a abordagem dos temas relacionados à sexualidade ao serem realizados por indivíduos com características e realidades próximas. Esse modelo de coleta de informações tem sido eficiente para a abordagem de temáticas consideradas complexas e repletas de tabus, como a sexualidade e o teste anti-HIV. Nessa metodologia, buscamos ainda o apoio de Organizações Não Governamentais (ONGs) que atuavam junto a essas populações de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) de modo que estas pudessem fornecer informações mais detalhadas e nos auxiliar a chegar nos espaços de socialização LGBT e acessar os HSH de forma mais objetiva.

Essa proposta metodológica adota uma abordagem de permanência em campo e trabalho conjunto com os informantes/entrevistadores que possibilita uma maior compreensão do contexto cultural onde a população estudada vivencia suas experiências, crenças, relações e atividades cotidianas. E, desse modo, propicia subsídio para as análises etnográficas que compreendem a realidade estudada.

5.2.1. População de estudo na AAR

A amostra que constitui essa metodologia foi de 40 homens que fazem sexo com homens, com idade entre 18 e 55 anos (ver Tabela 2). Estes foram convidados a participar da pesquisa a partir da visita dos pesquisadores em locais de socialização desses grupos: bares, saunas gay e serviços de saúde que realizam teste rápido para HIV. Destes HSH, 23 eram soronegativos para HIV, 11 viviam com o vírus e 6 nunca realizaram o teste. As entrevistas duraram entre 20 minutos e 40 minutos.

A média de idade dos participantes foi de 29 anos, havendo 17 participantes entre 18 e 25 anos, 15 entre 26 e 35 anos, 6 entre 36 e 49 anos e 2 com mais de 49. Quanto à escolaridade, 1 possui ensino fundamental incompleto, 1 ensino fundamental completo, 5 ensino médio incompleto ou cursando, 19 ensino

médio completo, 8 superior incompleto, 4 superior completo, 2 nível técnico e 1 pós-graduação.

As principais atividades de ocupação eram: promotor de eventos, auxiliar operador de caixa de cozinha, vendedor, professor, engenheiro, maquiador, cabelereiro, porteiro, dançarino, funcionário público e ativistas em organizações não governamentais.

Tabela 2 – Descrição da população entrevistada na metodologia: Avaliação Antropológica Rápida – Homens que fazem sexo com homens (HSH)

| IDENTIFICAÇÃO | IDADE | ORIENTAÇÃO SEXUAL | ESCOLARIDADE |
|---------------|-------|-------------------|-----------------------|
| HSH 01 | 28 | Gay | Superior incompleto |
| HSH 02 | 50 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 03 | 40 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 04 | 29 | Gay | Ens. médio completo |
| HSH 05 | 41 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 06 | 33 | Homossexual | Superior incompleto |
| HSH 07 | 44 | Bissexual | Fundamental completo |
| HSH 08 | 33 | Bissexual | Superior completo |
| HSH 09 | 19 | Homossexual | Ens. médio incompleto |
| HSH 10 | 42 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 11 | 35 | Homossexual | Superior incompleto |
| HSH 12 | 29 | Homossexual | Ens. médio completo |
| HSH 13 | 42 | Homossexual | Superior completo |
| HSH 14 | 19 | Gay | Ens. médio incompleto |
| HSH 15 | 20 | Gay | Ens. médio completo |
| HSH 16 | 22 | Gay | Ens. médio completo |
| HSH 17 | 20 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 18 | 24 | Gay | Superior incompleto |
| HSH 19 | 20 | Heterossexual | Superior incompleto |
| HSH 20 | 18 | Bissexual | Ens. médio incompleto |
| HSH 21 | 23 | Bissexual | Superior incompleto |
| HSH 22 | 25 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 23 | 40 | Bissexual | Nível técnico. |
| HSH 24 | 25 | Homossexual | Ens. médio completo |
| HSH 25 | 25 | Homossexual | Superior completo |
| HSH 26 | 18 | Gay | Ens. médio incompleto |
| HSH 27 | 19 | Gay | Ens. médio incompleto |
| HSH 28 | 33 | Homossexual | Nível técnico |
| HSH 29 | 21 | Gay | Ens. médio completo |
| HSH 30 | 55 | Gay | Ens. médio completo |
| HSH 31 | 31 | Bissexual | Superior incompleto |
| HSH 32 | 35 | Homossexual | Pós-graduação |
| HSH 33 | 33 | Homossexual | Superior incompleto |
| HSH 34 | 25 | Homossexual | Ens. médio completo |
| HSH 35 | 23 | Homossexual | Ens. médio completo. |
| HSH 36 | 26 | Bissexual | Ens. médio completo |

| | | | |
|--------|----|-------------|------------------------|
| HSH 37 | 33 | Homossexual | Superior completo |
| HSH 38 | 20 | Homossexual | Ens. médio completo |
| HSH 39 | 33 | Bissexual | Ens. médio completo |
| HSH 40 | 34 | Homossexual | Fundamental incompleto |

5.2.2. Local do estudo na AAR

A pesquisa utilizando a metodologia AAR ocorreu em Fortaleza-Ceará, em espaços de sociabilidade dos homens que fazem sexo com homens em praças, bares, sauna gay, organizações não governamentais e serviços de saúde que realizam o teste rápido para HIV.

A estratégia de busca e convite para participar da pesquisa contou com a colaboração de informantes-chave também HSH, considerados mobilizadores dentre os entrevistados, incentivando-os a participar da pesquisa. Os critérios utilizados para participar foram: ter idade acima de 18 anos, residir ou frequentar os locais escolhidos para a realização também da observação em campo e ter relatado experiências sexuais com outros homens.

5.2.3. Coleta de dados na AAR

Foram realizadas 40 entrevistas semiestruturadas individuais, gravadas em áudio e realizadas notas em diário do registro de campo como ferramentas técnicas. Antes do início das entrevistas, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 3), no qual constam os objetivos da pesquisa, bem como a anuência de participação na pesquisa e a gravação dos relatos em áudio. A gravação se deu no início da primeira pergunta e foi finalizada após o término da última resposta. Foi optado por não gravar as informações cadastrais dos participantes para evitar a quebra do anonimato e do sigilo.

Para possibilitar o acesso às informações relacionadas às práticas sexuais dos entrevistados, foram selecionados para esse estudo entrevistadores que tivessem características próximas à população de estudo. Para realizar as entrevistas, esses entrevistadores precisavam: conhecer a temática associada à prevenção e HIV/AIDS; ter boa comunicação e habilidade para abordar perguntas

relacionadas às práticas sexuais; ter tido alguma experiência com entrevistas em algum trabalho ou pesquisa. Os entrevistadores eram todos do sexo masculino e frequentavam ou conheciam os espaços de sociabilidade frequentados pela população-chave do estudo.

Todos os entrevistadores foram treinados com técnicas de entrevistas e coleta de dados no campo. Todas as entrevistas foram gravadas utilizando gravadores de áudio.

Os entrevistadores foram treinados para a correta utilização do gravador, sem constranger o entrevistado — e orientados a só gravar após consentimento e assinatura do TCLE.

Além das entrevistas, os pesquisadores realizaram o registro das observações em campo a partir de técnicas da observação participante da etnografia. Os pesquisadores também foram treinados para a operacionalização desta técnica. Foram registrados em um diário de campo informações relacionadas aos espaços de socialização dos HSH, comportamentos e atitudes, bem como a descrição dos locais e a interação da população do estudo entre seus pares e junto a profissionais de saúde.

5.2.4. Análise dos dados na metodologia AAR

O critério para finalizar a coleta das informações foi o de saturação teórica da amostra. Esta técnica possibilita a interrupção da realização de entrevistas quando identificamos regularidade nas falas dos entrevistados (GLASER; STRAUSS, 1967; PATTON, 1991). Consideramos as regularidades das falas e percepções quando identificamos que as representações sociais refletem no conceito de determinação social, das representações individuais e nas formações discursivas dos nossos interlocutores (KENDALL *et al.*, 2005; POPE, 2005).

Todas as entrevistas da AAR foram transcritas e sistematizadas, conjuntamente às outras 2 metodologias — e assim categorizadas e analisadas.

Realizamos a análise das entrevistas transcritas buscando, para o estudo realizado nessa tese, as falas dos entrevistados associadas ao teste. Buscamos os conteúdos relacionados à decisão ou recusa e dificuldades dos HSH de buscar o

diagnóstico do HIV. Questões estas que apontaram para emergência de outros tópicos, os quais iremos abordar também e que incluem medo, estigma e percepção de risco.

A partir dessa análise, elencamos alguns tópicos que serão aprofundados na pesquisa considerando o objetivo específico 2 - Analisar o modo como as populações-chave (homens que fazem sexo com homens – HSH) compreendem e se relacionam com o teste do HIV.

E, desse modo, duas categorias principais emergiram a partir das falas, as quais iremos apresentar nos resultados, a saber: o medo de realizar o teste foi ressaltado pelos participantes como principal limitação da busca pelo diagnóstico oportuno. E a percepção de risco despontou nesse estudo ora como incentivo, ora como limitação ao teste.

As entrevistas foram analisadas seguindo as etapas: primeiro a sistematização dos dados conjuntamente aos resultados das outras duas metodologias utilizadas — entrevistas semiestruturadas e estudo de campo — e, em seguida, realizamos a organização das categorias de análise (medo e percepção de risco).

Ao analisar os resultados da AAR junto às entrevistas e ao estudo de campo, pudemos desenvolver uma discussão mais ampla associando a percepção das populações-chave sobre teste à dos gestores, profissionais de saúde e representantes de ONGs.

5.3. Metodologia 2 - Entrevistas semiestruturadas

Nesta fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto a especialistas na temática do HIV/Aids. Realizamos 32 entrevistas (Tabela 2), que foram organizadas por meio de guias de orientação (anexo 2) para análise e compreensão sobre as políticas de testagem — e percepções dos gestores, profissionais de saúde, especialistas, representantes de organizações não governamentais que atuam em atividades diversas relacionadas ao enfrentamento da Aids.

Essas entrevistas tinham como meta possibilitar uma análise e a

compreensão mais detalhada sobre o teste, tendo em vista os nossos objetivos específicos: 3 - Analisar o modo como os profissionais de saúde e gestores das secretarias de saúde estadual e municipal e gestores federais responsáveis pelo planejamento e execução da política de controle da Aids no Brasil compreendem o diagnóstico do HIV; e 4 - Analisar o modo como representantes de organizações não governamentais e pessoas vivendo com HIV/Aids compreendem o diagnóstico do HIV.

5.3.1. População de estudo das entrevistas semiestruturadas

Entrevistamos 32 pessoas (Tabela 3): gestores nacionais e locais responsáveis pela política de Aids; representantes do Departamento Nacional de Aids do Ministério da Saúde do Brasil; gestores municipais do Programa de Aids da cidade de Fortaleza; e gestores do Programa Estadual de Aids.

Entre os entrevistados, tivemos 12 homens e 20 mulheres. Sendo três gestores federais, uma gestora estadual e duas gestoras municipais. Havia ainda 6 profissionais de saúde do serviço municipal e 2 estaduais; 3 representantes de organizações não governamentais de atuação nacional, 10 representantes de organizações não governamentais locais da cidade de Fortaleza e 5 pessoas vivendo com HIV/Aids.

A escolaridade e formação dos entrevistados foi variada e pode ser conferida na Tabela 3: temos participantes com formação de nível médio a doutores, com ocupações também diversas. As idades variaram de 21 a 60 anos.

Os gestores foram selecionados e convidados a participar devido às suas ocupações de gerenciamento da política de Aids nas três esferas de governo. Os profissionais de saúde tiveram como critério de escolha: realizar serviço de testagem rápida para o HIV e/ou realizar o manejo clínico do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) vivendo com HIV/Aids.

Os representantes de ONGs foram selecionados por meio de algumas etapas: primeiro realizamos um mapeamento de todas as ONGs que tinham trabalhos relacionados ao HIV/Aids no Ceará por meio do banco de cadastro do Fórum Estadual de ONGs/Aids. Neste cadastro foram encontradas 14 ONGs

vinculadas ao Fórum e, dessas, selecionamos as 5 mais atuantes e que estavam executando projetos na área de prevenção e testagem. Entrevistamos, também, 3 ativistas de representação nacional dos movimentos sociais de enfrentamento da Aids.

Essa fase de entrevistas foi mais longa, com intuito de nos aprofundarmos na compreensão sobre como esses sujeitos percebiam o contexto da oferta do teste e a busca pelo diagnóstico oportuno — e como essa percepção se relacionava com as políticas de controle do HIV no país.

Outro processo que envolve as análises dos resultados das entrevistas ocorreu, também, a partir da longa experiência dos pesquisadores com relação à temática estudada, realizando pesquisas e atuando junto a Organizações Não Governamentais que realizam trabalhos associados ao HIV por mais de 10 anos, o que oportunizou a compreensão e a estruturação da discussão dos resultados.

Tabela 3 – Descrição de participantes – entrevistas semiestruturadas

| N. | Identificação | Instituição | Idade | Escolaridade |
|-----------|--|--|--------------|---------------------|
| 01 | Gestor Governo Federal. G. | Governo Federal - Ministério da Saúde - (OG) | 56 | Superior completo |
| 02 | Gestora Governo Federal. E. | Governo Federal - Ministério da Saúde - (OG) | 54 | Superior completo |
| 03 | Gestora Governo Federal. O. | Governo Federal - Ministério da Saúde - (OG) | 37 | Superior completo |
| 04 | Gestora de serviço Municipal de Saúde. R. | Secretaria Municipal de Saúde - (OG) | 34 | Superior completo |
| 05 | Gestora de serviço Municipal de Saúde. G. | Secretaria Municipal de Saúde - (OG) | 38 | Superior completo |
| 06 | Profissional de Saúde – Técnico administrativo de Serviço Municipal. Ma. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 41 | Superior completo |
| 07 | Profissional de Saúde – Técnica Administrativa de Serviço Municipal. J. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 28 | Superior completo |
| 08 | Profissional de Saúde – Técnica Administrativa de Serviço Municipal. M. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 26 | Superior completo |
| 09 | Profissional de Saúde – Coordenadora de Serviço Municipal. V. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 26 | Superior completo |

| | | | | |
|----|---|--|----|---------------------|
| 10 | Profissional de Saúde de Serviço Municipal. K. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 48 | Superior completo |
| 11 | Profissional de Saúde de Serviço Municipal. P. | Secretaria Municipal de Saúde (OG) | 37 | Superior completo |
| 12 | Coordenadora de serviço Estadual. U. | Secretaria Estadual de Saúde (OG) | 44 | Superior completo |
| 13 | Profissional de Saúde – Técnica Administrativa de Serviço Estadual. L. | Secretaria Estadual de Saúde (OG) | 36 | Superior completo |
| 14 | Profissional de Saúde – Técnica Administrativa de Serviço Estadual. Th. | Secretaria Estadual de Saúde (OG) | 39 | Superior completo |
| 15 | Coordenador de ONG Liderança Nacional – ONGs/Aids e Movimento LGBT. C. | Organização Não Governamental: Projeto de testagem- Quero fazer. | 45 | Superior completo |
| 16 | Coordenador de ONG Liderança Nacional ONGs/Aids. V. | Organização Não Governamental: Projeto de testagem- Quero fazer. | 50 | Superior completo |
| 17 | Coordenador de ONG Liderança Nacional ONGs/Aids. VA. | Organização Não Governamental: Projeto de testagem- Quero fazer. | 53 | Superior completo |
| 18 | Coordenador de Organização Não Governamental Local. P. | Organização Não Governamental (ONG) | 39 | Ens. médio completo |
| 19 | Coordenadora de Organização Não Governamental Local. Ja. | Organização Não Governamental (ONG) | 60 | Superior completo |
| 20 | Coordenadora de Organização Não Governamental Local. C. | Organização Não Governamental (ONG) | 42 | Superior completo |
| 21 | Coordenador de Organização Não Governamental Local. J. | Organização Não Governamental (ONG) | 29 | Superior completo |
| 22 | Coordenador de Organização Não Governamental Local. R. | Organização Não Governamental (ONG) | 29 | Ens. médio completo |
| 23 | Representante de Organização Não Governamental. O. 17 | Organização Não Governamental | 52 | Superior completo |

| | | (ONG) | | |
|----|--|-------------------------------------|----|---------------------|
| 24 | Representante de Organização Não Governamental. D. | Organização Não Governamental (ONG) | 28 | Ens. médio completo |
| 25 | Representante de Organização Não Governamental. M. | Organização Não Governamental (ONG) | 23 | Ens. médio completo |
| 26 | Representante de Organização Não Governamental. C. | Organização Não Governamental (ONG) | 22 | Ens. médio completo |
| 27 | Representante de Organização Não Governamental. E. | Organização Não Governamental (ONG) | 26 | Ens. médio completo |
| 28 | Pessoa Vivendo com HIV/Aids. T. | População-chave – Travesti | 31 | Ens. médio completo |
| 29 | Pessoa Vivendo com HIV/Aids. L. | População-chave – HSH | 28 | Ens. médio completo |
| 30 | Pessoa Vivendo com HIV/Aids. J.H. | População-chave – HSH | 21 | Ens. médio completo |
| 31 | Pessoa Vivendo com HIV/Aids . M.L. | População-chave – Travesti | 44 | Ens. médio completo |
| 32 | Pessoa Vivendo com HIV/Aids. Vi. | População-chave – HSH | 51 | Ens. médio completo |

5.3.2. Locais do estudo das entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas na cidade de Fortaleza, nos serviços de saúde: Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA Carlos Ribeiro e na Unidade de Atenção Primária à Saúde Anastácio Magalhães, junto a profissionais de saúde. Nas secretarias municipais e estaduais de saúde, junto a gestores responsáveis pela política de Aids no município e no estado. E, ainda, durante as atividades realizadas pela Unidade Móvel que realiza teste rápido do projeto Fique Sabendo Jovem (projeto executado pela Secretaria municipal de saúde em parceria com o Unicef) em espaços de socialização da população HSH junto a pessoas vivendo com HIV/Aids que atuavam nas atividades deste projeto.

Na cidade de Brasília, junto a gestores responsáveis pelo planejamento da política de Aids no Brasil. Na cidade do Rio de Janeiro e em São Paulo, nos espaços de organizações não governamentais junto a representantes dessas ONGs que atuam no enfrentamento da epidemia de Aids em âmbito nacional.

5.3.3. Coleta de dados das entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais registradas por meio de áudio. O encontro com cada um dos entrevistados foi previamente agendado e explicados os objetivos do projeto e o motivo da entrevista. Ao iniciar com cada pessoa entrevistada a conversa que precedia a entrevista, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constavam os objetivos da pesquisa, bem como a anuência de participação na pesquisa e da gravação dos relatos em áudio. A gravação se deu no início da primeira pergunta e foi finalizada após o término da última resposta.

As entrevistas semiestruturadas foram todas realizadas por uma só pesquisadora, tanto na cidade de Fortaleza como em Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo. As entrevistas foram gravadas em áudio utilizando gravadores de áudio.

5.3.4. Análise das entrevistas semiestruturadas

O critério para finalizar as entrevistas semiestruturadas foi o de saturação teórica da amostra. Conforme já mencionado, esta técnica possibilita a interrupção da realização de entrevistas quando identificamos as regularidades nas falas dos entrevistados.

Após a análise preliminar das 32 entrevistas, a equipe da pesquisa concluiu que as falas transcritas demonstravam que as compreensões desses grupos estavam se repetindo. E, dessa forma, apontavam para algumas questões em consonância de opiniões e percepções sobre o teste.

Todas as entrevistas foram transcritas, codificadas e sistematizadas em temas emergentes durante a análise.

As organizações das entrevistas foram precedidas pela leitura de todas as informações, seguida da análise, construção e revisão de categorias usadas no processo de codificação e interpretação dos dados. Por meio dessa sistematização, buscamos identificar os significados individuais e coletivos relacionados aos temas investigados. A partir dessa análise, elencamos alguns tópicos que iríamos aprofundar na pesquisa considerando os nossos objetivos específicos 3 e 4.

As entrevistas semiestruturadas foram organizadas seguindo as etapas:

sistematização, codificação e organização das categorias — e foram analisadas conjuntamente aos resultados advindos das outras metodologias utilizadas: avaliação antropológica rápida e estudo de campo.

O desenvolvimento desse método conjunto de análise dos resultados provenientes das três metodologias propiciou que nós pudéssemos desenvolver uma discussão mais ampla associando a percepção de gestores, profissionais de saúde, representantes de ONGs e pessoas vivendo com HIV sobre o teste, bem como as dos homens que fazem sexo com homens a partir da Avaliação Antropológica Rápida. E ainda aprofundar a análise considerando os registros do campo.

5.4. Metodologia 3 - Estudo de campo em serviços de saúde e unidade móvel para a realização de testagem

Um outro método também utilizado nesta pesquisa foi o estudo de campo, a partir de uma abordagem antropológica, em alguns dos espaços institucionais onde são executados os serviços de testagem rápida para o HIV na cidade de Fortaleza.

O estudo foi realizado por meio de técnicas da etnografia. Para tal, realizamos a observação participante em alguns serviços.

Essa técnica consiste em realizar diversas incursões ao espaço que se deseja conhecer com o objetivo de “observar” o local e o modo como as práticas dos serviços se desenvolvem em meio às relações que são engendradas pelos profissionais de saúde entre si e junto à população que busca o serviço.

Essas observações foram realizadas em três serviços de saúde: o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA Carlos Ribeiro; a Unidade de Atenção Primária à Saúde Anastácio Magalhães; e em uma unidade móvel que realiza teste rápido do projeto Fique Sabendo Jovem.

Para a primeira inserção no campo, foi escolhido o CTA — cabe ressaltar que esse é o único serviço de saúde, na cidade de Fortaleza, que disponibiliza testagem e aconselhamento rápido com entrega do resultado em até 60 minutos — e também uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS), que foi escolhida

por ser a única que estava, no período da pesquisa, realizando o manejo clínico do paciente HIV na atenção básica. A pesquisa no CTA e na UAPS ocorreu por um período de 18 meses, com diversos momentos de observação da rotina dos procedimentos de recepção, informação sobre como realizar a testagem, aconselhamento e comportamento dos usuários durante esse processo. Foram acompanhadas, também, durante o período de 12 meses, diversas atividades de testagem realizadas por uma Unidade Móvel que se deslocava pela cidade de Fortaleza, por diversas áreas de socialização da população HSH, oferecendo teste rápido, diagnóstico e encaminhamento para os serviços de saúde, quando necessário.

Após algumas visitas ao CTA e à UAPS Anastácio Magalhães, passei a acompanhar também a oferta de teste rápido em uma Unidade Móvel que se dirige sobretudo a locais de socialização dos grupos LGBT. Essa Unidade Móvel faz parte de um projeto de prevenção (Projeto Fique Sabendo Jovem¹⁷) que está sendo executado na cidade de Fortaleza pela Área Técnica de DST/Aids e hepatites virais do município de Fortaleza (AT DST/Aids FOR), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), e conta com a colaboração de parceiros diversos representantes de organizações não governamentais.

Esses locais foram escolhidos para essa pesquisa devido à sua proposta de prestação de serviço para a realização de teste rápido para HIV. O CTA e a UAPS contituem-se em um serviço público de saúde que se propõe a atender à demanda espontânea e estimulada da população que busca o diagnóstico. Já a Unidade Móvel configura-se como um espaço público pensado em parceria com organizações não governamentais (principalmente por representantes jovens vivendo com HIV atuantes nessas organizações) e financiado por uma instituição internacional (Fundo da Nações Unidas para a Infância – Unicef). O objetivo desta

¹⁷ O projeto Fique Sabendo Jovem tem como objetivo atender jovens e adolescentes em situação de maior vulnerabilidade para melhorar o acesso desse público aos serviços de saúde e realizar o diagnóstico precoce do HIV, sífilis e hepatite B. A unidade móvel possui duas salas de acolhimento e uma sala de apoio ao diagnóstico, com uma equipe básica formada por enfermeiro, psicólogo ou assistente social e jovens mobilizadores da sociedade civil organizada. Na parte exterior do veículo, há uma televisão que possibilita aconselhamentos coletivos a partir da exibição de vídeos educativos; o ônibus funciona de forma itinerante, em espaços onde possa alcançar seu público-alvo: jovens e adolescentes HSH, travestis, jovens e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e em situação de exploração sexual, nos espaços de socialização LGBT, com aconselhamentos individuais e coletivos e testagem.

Unidade Móvel era, de acordo com os executores deste projeto, levar o teste rápido às populações mais vulneráveis: adolescentes e jovens HSH, travestis e transexuais, adolescentes e jovens em situação de cumprimento de medidas socioeducativas e em situação de exploração sexual.

O fato de cada serviço se propor a atender públicos diversos nos impulsionou a realizar a observação participante nos três espaços, com objetivo de compreender suas dinâmicas de funcionamento e interação dos profissionais de saúde com as políticas de HIV/Aids — muitas vezes com resultados diferentes daqueles esperados pelos gestores e conforme elaborado em documentos que sistematizam os parâmetros de funcionamento dos serviços.

Propusemo-nos ainda a entender de que modo a oferta do teste é percebida pelos profissionais de saúde e gestores no *locus* da ação e, também, o modo como os usuários se relacionam com esses serviços.

5.4.1. Locais do estudo de campo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Foram estudadas: uma unidade de atenção primária à saúde, um centro de Testagem e Aconselhamento e uma Unidade Móvel que realiza teste rápido.

Os serviços de saúde em Fortaleza se organizam, conforme já mencionado, por meio de cinco redes assistenciais: Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e emergência e Saúde mental. Os serviços de diagnóstico para o HIV são realizados em Unidades de Atenção Primária à Saúde/UAPS, no Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA e nos Serviços de Atendimento Especializado/SAE. Há cinco ambulatórios municipais de atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids e, de acordo com informações da Secretaria de Saúde, em todas as 108 UAPS do município de Fortaleza, sendo que uma dessas UAPS também realiza o manejo clínico do paciente vivendo com HIV.

5.4.2. Unidade de Atenção Primária à Saúde: Anastácio Magalhães

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Anastácio Magalhães está

localizada no bairro Rodolfo Teófilo, na Secretária Regional III.

As Secretarias Executivas Regionais (SERs) são unidades administrativas da prefeitura de Fortaleza distribuídas em diferentes regiões da cidade, de modo a descentralizar a administração pública e gerenciar o trabalho desenvolvido nos bairros. Foram instituídas 6 (seis) SERs a partir de 1997 com o objetivo de reformular a organização administrativa municipal, utilizado como principal critério de divisão os aspectos geográficos da cidade. Cada Regional agrega em média de 15 a 20 bairros.

A Secretaria Executiva Regional III (SER III) abrange uma localidade da cidade com 16 bairros e está localizada na zona oeste do município de Fortaleza, com uma área territorial de 27.777 km², na qual vivem aproximadamente 398.424 habitantes, representando 15,9% da população total do município, distribuídos em 16 bairros e 16 unidades de atenção primária à saúde (FORTALEZA, 2014).

A UAPS Anastácio Magalhães se caracteriza como um importante centro de saúde nesta região da cidade, pois é referência nos cuidados em Cardiologia, Endocrinologia, Pediatria, Dermatologia, Oftalmologia, Odontologia e Urologia da rede primária de atenção à saúde no município de Fortaleza. A estratégia saúde da família funciona nesta UAPS desde 2006.

A partir de dezembro de 2011, a unidade passou a ser a primeira na cidade de Fortaleza a acompanhar também os pacientes vivendo com HIV. E passou a ser a unidade piloto de implementação do manejo clínico do paciente HIV na atenção básica em Fortaleza, e, por este motivo, também foi escolhida para esse estudo.

O manejo clínico do paciente vivendo com HIV/Aids tem sido discutido e implementado no Brasil desde 2011 (BRASIL, 2015). Nessa proposta, a atenção básica passa também a ser um serviço referencial para as pessoas vivendo com HIV. Os Serviços de Assistência Especializada/SAE, que historicamente têm assistido à população infectada pelo HIV no Brasil, continuam sendo a referência para o tratamento da doença. No entanto, se o paciente estiver em condições estáveis assintomáticas, com CD4 alto — acima de 500 células/mm³ —, carga viral baixa e sem apresentar doença oportunista relacionada à Aids, ele pode ser acompanhado pela Estratégia Saúde da Família — ou seja, por um médico de família. O paciente também deve estar integrado à rede de serviços para as demais necessidades, como acesso a exames laboratoriais e serviço hospitalar, se necessário (BRASIL, 2014).

Uma das estratégias mais importantes nesse processo de consolidação do manejo clínico na atenção básica tem sido o preparo e a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na estratégia saúde da família e nos serviços de atenção primária em geral. No entanto, este ainda é um desafio, haja vista a pouca ou nenhuma formação dos profissionais para realizar o manejo dos pacientes vivendo com HIV. Na AP, tem sido registrada uma certa recusa dos profissionais em realizar esse acompanhamento com os pacientes, conforme iremos abordar em nossos resultados.

A organização dessa proposta de serviço tem sido amplamente orientada pelo Ministério da Saúde por meio do departamento de DST/Aids. Porém, ao levar em conta os princípios da descentralização dos serviços de saúde, cabe aos municípios a decisão de implementar ou não o manejo clínico na atenção básica.

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde sobre a política de HIV/Aids, os serviços de saúde devem garantir a oferta do exame de HIV para todos os usuários que busquem a unidade de atenção primária à saúde,

Figura 4 – Mapas de localização da UAPS Anastácio Magalhães na cidade de Fortaleza (II).



Fonte: Google maps

5.4.3. Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA Carlos Ribeiro

O Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA Carlos Ribeiro fica localizado no bairro Jacarecanga, no município de Fortaleza, sob a abrangência administrativa da Secretaria Executiva Regional I (SER I).

A Secretaria Executiva Regional I (SER I) abrange 15 bairros na cidade de Fortaleza e tem cerca de 360 mil habitantes, 16,5% do total de habitantes da capital. A população é bastante jovem: cerca de 50% têm, no máximo, 28 anos. O rendimento médio familiar mensal é de até três salários mínimos, o que caracteriza locais pobres e de periferia. A principal atividade econômica é a indústria. Os bairros dessa regional respondem por 9,3% do total de empregos formais existentes em Fortaleza. É no local também onde está a maior taxa de inatividade de Fortaleza, com apenas 37,2% dos residentes entre a chamada população economicamente ativa, ou seja, formal ou informalmente empregada, ou procurando emprego. Nessa regional, funcionam 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde, 2 unidades de Pronto Atendimento e o CTA.

Para caracterizar administrativamente o CTA, é importante dizer que esse é o único serviço de saúde, na cidade de Fortaleza, que disponibiliza testagem e

aconselhamento rápido com entrega do resultado em até 45 minutos após a coleta do sangue, seguindo o modelo de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde, principalmente com relação ao item demanda espontânea pelo teste.

Figura 5 – Mapa de localização do CTA Carlos Ribeiro.



Fonte: Google maps

Esses Centros realizam atendimento à população com idade acima de 12 anos, garantindo sigilo, anonimato e teste voluntário para HIV, Sífilis e hepatites virais. Adotam os seguintes procedimentos, sob orientação do Departamento Nacional de DST/Aids e hepatites virais DN: realização diária de aconselhamento coletivo pré-teste, em horários pré-estabelecidos e de conhecimento público; realização de exames anti-HIV, Sífilis e Hepatites cujo pré-requisito é a manifestação da vontade pessoal, a participação no aconselhamento coletivo e a concordância com a entrega de resultado em aconselhamento individual pós-teste.

O aconselhamento nos CTAs é uma estratégia de prevenção que prioriza o diálogo coletivo ressaltando alguns temas, como: transmissão, testagem, biossegurança, aspectos éticos, legais e as práticas de sexo protegido.

Desse modo, os profissionais são orientados para não reproduzirem discursos imbuídos de valores e moral que ressaltam os preconceitos de gênero, classe, idade e orientação sexual. Algo que, em minha avaliação, tem sido respeitado (no CTA), pois nas diversas vezes em que participei do processo de aconselhamento coletivo com diferentes profissionais que atuam neste serviço, tais como assistentes sociais e enfermeiras, pude observar que o diálogo sempre priorizava um discurso livre de preconceitos, buscando situar todos nas mesmas possibilidades de exposição ao HIV, relacionando tal fator às práticas sexuais e não ao comportamento ou identidade sexual. O que de certa forma contribui para que as pessoas se sintam à vontade para ouvir e falar em certa medida sobre suas dúvidas, principalmente homossexuais, travestis e profissionais do sexo, os quais, de acordo com os relatos coletados em algumas entrevistas que fiz com os profissionais que trabalham no CTA, são o grupo que mais frequenta esse serviço.

5.4.4. Unidade Móvel para oferta do teste rápido

Essa unidade móvel faz parte de um projeto da secretaria municipal de saúde de Fortaleza com o UNICEF e organizações não governamentais. Trata-se de um micro-ônibus parecido com um trailer. Esse veículo foi adaptado para receber a população e realizar o diagnóstico do HIV. Para tal, foi dividido em três espaços, sendo o primeiro para a realização do aconselhamento individual, o segundo para a coleta de sangue e realização do teste, e o terceiro para a entrega dos resultados. Geralmente, nessa Unidade Móvel (U.M.) são realizados testes de HIV, Sífilis e hepatites virais topo B e C. Do lado de fora da U.M., havia um espaço com um toldo e uma televisão onde eram transmitidos vídeos e realizadas rodas de conversa junto à população que aguardava o momento de realizar todo o procedimento: aconselhamento, teste e recebimento do resultado.

Cada um desses espaços era ocupado por um profissional de saúde treinado para a execução de cada procedimento.

Figura 6 – Unidade Móvel para testagem do projeto Fique Sabendo Jovem.



Fonte: Unicef - Fortaleza

5.4.5. Coleta de dados do estudo de campo

A coleta de dados em campo com uso das técnicas etnográficas teve início em 2013, no CTA e na Unidade de Atenção Primária à Saúde Anastácio Magalhães (UAPS A.M.). As observações ocorreram pelo período de 18 meses e, em seguida, conjuntamente a observação junto às ações da Unidade Móvel por 12 meses.

Estive presente em 10 atividades de atuação da Unidade Móvel em espaços de socialização de grupos LGBT, especialmente de HSH, na cidade de Fortaleza — o que me permitiu avaliar diferenças significativas na atuação de ambos os serviços, as quais abordarei nos resultados. Também foram realizadas observações descritivas com o objetivo de detalhar e posteriormente analisar o funcionamento de ambos os locais, buscando compreender o sentido¹⁸ das relações

¹⁸ Abordamos sentido aqui a partir dos pressupostos teóricos de Max Weber, o qual adota uma perspectiva de investigação que busca analisar a sociedade por meio da experiência humana, buscando compreender os sentidos dessas experiências, considerando seu contexto histórico e suas relações com o aspecto da realidade que se deseja investigar. Ao aplicar o método da compreensão

naqueles espaços.

Nesses espaços foram realizadas observação participante e registro em diário de campo. Neste registro eram descritas as percepções da pesquisadora quanto às características do serviço, a oferta do teste e a relação dos profissionais de saúde com a população que buscava o teste. Eram observados, ainda, o modo como os HSH se relacionavam com o serviço.

Conjuntamente às atividades em campo, foram tecidas as primeiras análises relativas ao material, possibilitando o surgimento de novas hipóteses e indagações que indicavam o trajeto do campo e posteriormente a realização de entrevistas.

A técnica da observação participante, assim, consiste em observar sujeitos considerando seus movimentos em torno de diversas questões, como hábitos, comunicação, expressões, afirmações, interações coletivas — e, a partir daí, buscar tecer um conjunto de conhecimentos do objeto de estudo (BRANDÃO, 1988). Sabemos, no entanto, que se trata de um estudo repleto de incertezas:

Na observação participante, é preciso atentar para o aspecto ético e para o perfil íntimo das relações sociais, ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhes são atribuídos, as ideias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, mediante suas categorias de pensamento (QUEIRÓZ *et al.*, 2007, p. 278).

Nessa medida é que buscamos compreender o conjunto de valores, crenças, regras, afirmações, organizações e, no caso dos serviços de saúde (protocolos, diretrizes e manejo de pacientes e usuários), como são realizados, de forma implícita ou declarada, em suas atividades cotidianas. Considerando, ainda, de que maneira essas formas de interagir com regras, procedimentos, valores e crenças são obedecidas, transgredidas, reformuladas ou resignificadas.

Ao iniciar as observações no CTA, como pesquisadora principal dessa fase do estudo eu conhecia a maioria dos funcionários e também a coordenadora do serviço, por já ter trabalhado com projetos de prevenção e testagem, de maneira que essa primeira chegada foi relativamente simples. E, desse modo, fui imediatamente

da sociedade a partir das ações dos indivíduos, Weber elabora os fundamentos de uma Sociologia compreensiva ou interpretativa.

bem recebida por todos; na verdade, a percepção que eu tinha todas as vezes que estava no serviço, seja para observar ou somente para realizar entrevistas, era de que todos me acolhiam com o desejo de também encontrar respostas, como se eles estivessem de algum modo esperando que o trabalho de pesquisas pudesse de alguma maneira contribuir para entender melhor os percursos da epidemia e perguntas difíceis de responder:

Sabe, eu fico aqui pensando porque que as pessoas não usam camisinha, porque que as pessoas se arriscam tanto, sabe? Eu vejo tanto teste positivo, positivo, positivo todo dia! Todo dia! [Expressão de indignação, ênfase na repetição da palavra positivo, expressão facial de cansaço, descontentamento, descrença na capacidade do serviço de saúde de resposta à epidemia de Aids.] Tem gente que vem aqui e fica desesperado com o resultado positivo porque achava que isso nunca iria acontecer com ele, eu não entendo como a gente ainda não conseguiu colocar na cabeça do povo que a Aids é uma coisa séria, parece que nada faz mais efeito na cabeça do povo, ninguém está preocupado com isso. Bom, essas pesquisas quem sabe não ajuda a gente a entender, não é? [Mudança de expressão, sorriso, expectativa.] Olha, no que eu puder ajudar, pode dizer, viu? E se você quiser, eu tenho aqui alguns dados aqui dos mapas que a gente faz, eu posso te mostrar¹⁹.

O fato de vários dos profissionais e gestores dos serviços relacionados à Aids em Fortaleza, no estado do Ceará e no Ministério da Saúde, já me conhecerem há algum tempo (seis anos) facilitou muito minha entrada, permanência no campo e acesso a arquivos, documentos, boletins epidemiológicos ainda não publicados etc., além das inúmeras conversas e trocas de informações importantes com esses sujeitos em espaços diversos, como: congressos, seminários, campanhas de prevenção, serviço de saúde, secretaria de saúde, entre outros.

A inserção no cotidiano das atividades ocorreu de forma gradual, com o propósito de registrar e analisar os dados coletados. Nesse processo, foram sendo observados o desenvolvimento das atividades, as características dos espaços, a interação entre os sujeitos envolvidos e as experiências partilhadas, buscando olhar, ouvir e escrever (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996) sobre essa realidade para compreender os sentidos das ações dos indivíduos (WEBER, 1972). Para

¹⁹ Registro do diário de campo, e gravações de áudio junto aos profissionais de saúde, da terceira vez em que estive no CTA e estava informando umas das profissionais responsáveis pelo serviço que eu estava por lá para dar continuidade à pesquisa – 08/2013.

exemplificar a abordagem etnográfica no campo, realizei um relato de experiência de testagem no CTA que acredito auxiliar na compreensão desse processo, o qual pode ser lido no ANEXO C deste trabalho.

5.4.6. Estudo, pesquisa e inserção no campo

Para promover essa inserção e construir interpretações sobre o ponto de vista do outro é necessário participar das atividades, estar “junto” com os sujeitos pesquisados — e, nessa perspectiva, realizei diversas atividades relacionadas à testagem para o HIV, promovidas pelos movimentos sociais e governos federal, estadual e municipal, tais como: participação em eventos e congressos, facilitação de oficina sobre prevenção e saúde sexual, rodas de conversas, treinamentos para a realização de teste rápido, capacitações em prevenção do HIV/Aids, trabalho voluntário (como escrita de um projeto, oficinas de prevenção, produção de documentos sobre avaliação e monitoramento de ações em teste rápido etc.) para ONGs e instituições de fomento às ações de controle do HIV. Participei, ainda, de reuniões realizadas por representantes dos governos e movimento sociais cuja pauta era a testagem em HIV/Aids.

Essas interações tinham como objetivo integrar-me, na medida do possível, aos grupos de interesse desse estudo, bem como “estar” com esses indivíduos em seus cotidianos de modo integrado.

Buscávamos, com essa inserção em espaços diversos e de maneira gradual, romper com a percepção das pessoas a serem pesquisadas de uma certa “fiscalização” dos serviços de saúde, que, por muitas vezes, pesquisadores e avaliadores acabaram acionando. Desse modo, organizei os registros de diários de campo e fui desenvolvendo as análises e interpelações em torno da oferta do teste nesses espaços.

5.4.7. Análise do estudo de campo

O material coletado no estudo por meio de registros em diários de campo foi sistematizado em tópicos que pudessem colaborar para a análise relativa ao

nosso objetivo específico¹ - Compreender o complexo de razões que podem contribuir ou limitar o diagnóstico oportuno do HIV no Brasil. Desse modo, analisamos o material conjuntamente aos resultados provindos da avaliação antropológica rápida e das entrevistas semiestruturadas. Os registros foram sistematizados, codificados e categorizados de acordo com a análise dessas duas outras metodologias utilizadas. E assim, dividimos os registros de campo em duas categorias: A) situações e processos que podem contribuir para a realização do teste; e B) situações e processos que limitam a busca e a realização do teste.

Após essa categorização, buscamos a relação desses registros do campo com as entrevistas semiestruturadas e a AAR, de modo a produzir uma análise dos dados.

5.5. Os desafios da pesquisa em HIV/Aids

As pesquisas relacionadas à epidemia de Aids estão inevitavelmente associadas aos desafios de investigar uma doença repleta de estigmas e relacionada ao adoecimento físico e mental. A experiência de adoecimento e vivência com HIV é repleta de preconceitos, podendo chegar à letalidade — o que caracteriza o quanto tem sido complexo o desenvolvimento de estudos nessa temática.

Um desafio importante nesse processo foi lidar com a percepção dos usuários dos serviços e a relação deles com a minha presença nos serviços de saúde. Sempre que eu chegava, penso que muitos imaginavam que eu estava ali também para fazer o teste, pois eu ficava sentada em alguns dos bancos e às vezes mudava de lugar ou transitava pelo local durante as primeiras vezes que estive lá. Posteriormente, como eu queria também conversar com algumas das pessoas que estavam lá para se testar, comecei a perceber que eles precisavam se sentir mais à vontade com a minha presença e confiar na minha capacidade de manter sigilo e não os expor a uma situação de constrangimento. Algo bastante desafiador nessa relação pesquisador/serviço de saúde — principalmente em um serviço que deve fundamentalmente zelar pela confiabilidade do usuário nos sigilos das informações ali compartilhadas.

Considerando esse cenário, eu passei a interagir com os profissionais de saúde nesses serviços (CTA, UAPS A.M. e unidade móvel), a conversar com os

coordenadores e profissionais desses serviços. Expliquei a todos esses gestores, profissionais de saúde e demais interlocutores da pesquisa que eu estava naqueles espaços e serviços para realizar um estudo. Apresentei os objetivos da investigação a todos que conversaram comigo ou me cederam autorização para acompanhar a rotina dos serviços e de testagens – os TCLE –, para que todos pudessem conhecer o motivo da minha permanência nesses locais. Passei a acompanhar também o arquivamento de documentos, mapas e informações, e ainda conversava com as recepcionistas, de modo que as pessoas que estavam por lá pudessem perceber que eu tinha uma relação de proximidade com o serviço e posteriormente se sentissem à vontade para conversar comigo sobre a experiência de testagem. Penso que obtive êxito, pois consegui entrevistar algumas pessoas, principalmente no CTA (serviço onde permaneci pelo maior número de vezes) logo após a realização do teste. Os relatos coletados junto a essas pessoas foram muito importantes para compreender a relação dos usuários com o serviço.

Desse modo, realizei diversas incursões aos serviços e, sempre que era possível, buscava conversar com profissionais e usuários. A utilização dessas técnicas, observação participante e entrevistas, tem sido essencial para a descrição e compreensão dos contextos políticos e culturais imbricados às idealizações históricas sobre Aids exercitadas no cotidiano dos gestores e profissionais de saúde, desvelando também as subjetividades inerentes às representações sociais da doença e o modo como a oferta do diagnóstico ocorre nesse âmbito.

5.6. Análise conjunta das três metodologias: Avaliação Antropológica Rápida, Entrevistas semiestruturadas e Pesquisa de campo

Para chegar aos resultados que pudessem nos oferecer respostas considerando o objetivo geral desse estudo — compreender as razões que estão associadas ao diagnóstico tardio do HIV/Aids no Brasil entre uma das populações-chave para a epidemia: homens que fazem sexo com homens (HSH) — realizamos uma análise conjunta das três metodologias utilizadas na pesquisa.

A nossa opção por seguir esse método se deu devido à necessidade de avaliar os resultados provenientes de diferentes fontes. Ao considerar a complexidade e a riqueza dos dados coletados na AAR, entrevistas e estudo de

campo, optamos por utilizar também métodos de análise que se integram e contribuem para uma melhor interpretação e entendimento das questões associadas ao teste.

5.6.1. Análise conjunta dos resultados

Para chegar aos resultados conjuntos das três metodologias utilizadas nessa pesquisa: Avaliação Antropológica Rápida, entrevistas semiestruturadas e pesquisa de campo, realizamos uma análise integrada dos dados.

A análise integrada busca desenvolver uma sistematização do material coletado de modo a possibilitar uma interpretação dessas informações. A utilização dessa sistematização permite-nos fazer inferências sobre a análise dos resultados (BARDIN, 1977).

Entendemos aqui inferir como se dá um processo no qual se admite uma proposição que é construída com base em outras proposições já aceitas em outros estudos e que direcionam a análise para se compreender os objetivos da pesquisa. O que não significa apenas produzir suposições aleatoriamente, mas associá-las a pressupostos teóricos que possibilitam um comparativo com outros estudos na mesma temática.

Nessa proposta de análise do material consideramos 3 fases: I) Leitura e exploração do material, II) Identificação dos tópicos a serem desenvolvidos, seleção e sistematização e III) Categorização dos dados.

I) Exploração inicial do material coletado na pesquisa

Nesse primeiro momento é realizada uma leitura de todo os materiais coletados para a pesquisa. Nesse processo, todo o material coletado na AAR foi lido; posteriormente, as entrevistas semiestruturadas — e, em seguida, o material oriundo do registro de campo.

O objetivo dessa primeira leitura é ter uma visão geral do material, apreender os resultados e interagir com as falas e os registros do campo. É nessa fase também que algumas questões e hipóteses para além dos objetivos da pesquisa e dos tópicos pré-selecionados para a análise inicial começam a surgir e

passamos a investigá-las.

Questões como: quais são as limitações relacionadas ao teste na percepção dos HSH? Os motivos dessas limitações para essa população são os mesmos para gestores e profissionais de saúde? E quanto aos representantes das ONGs, na opinião deles o que limita o diagnóstico oportuno? E, ainda: o que contribui para a realização do teste? Quais têm sido as ações empreendidas pelos serviços de saúde orientadas pelas políticas de Aids que têm contribuído para oportunizar o teste? Como têm sido executadas essas possíveis ações? Por que as ONGs têm um resultado mais efetivo junto aos HSH para que esses busquem o teste? E esse resultado se efetiva junto a todas as populações-chave ou somente junto aos HSH?

A partir dessa leitura de todo o material, consideramos necessário classificar os resultados em 2 grandes categorias que estavam previstas em nossos tópicos de orientação do estudo: a) O que contribui para o teste e b) o que limita o teste.

Tendo em vista essa classificação inicial, partimos para a segunda fase de análise do material: a fase de categorização a partir da interpretação dos significados dessa primeira exploração, considerando essas duas grandes categorias como base de análise.

II) Fase de seleção e classificação do material coletado.

Nessa fase fomos sistematizando nossos dados e codificando todo o material coletado no campo e nas entrevistas, a partir da classificação inicial: o que contribui e o que limita a busca pelo teste. E então partimos para novas leituras do material considerando a classificação dos achados nessas duas categorias, interpretando as razões que contribuem ou limitam a testagem, associadas aos objetivos da pesquisa.

A partir dessa segunda classificação, o material foi sendo separado de acordo com seu conteúdo em: o que contribui para a realização do teste e o que limita. Nessa primeira leitura exploratória, algumas categorias foram surgindo nesse processo.

Tabela 4 – Análise exploratória dos resultados

| Contribuições | Limitações | |
|--|---|--|
| A oferta do teste em locais de socialização das populações-chave | Em relação as políticas de controle do HIV/Aids em aspecto geral | Em relação os aspectos subjetivos da testagem |
| Horários de testagem noturnos | A política de descentralização dos serviços de saúde | O medo de realizar o teste e possivelmente obter um diagnóstico positivo. |
| Aconselhamento pré e pós-teste feito por outros HSH vivendo com HIV | O planejamento em âmbito central e a execução local dos programas de Aids | Os estigmas associados as representações do histórico da epidemia de Aids |
| Informação sobre vivência com HIV e tratamento. Expectativa de vida mesmo com resultados positivo | A atuação dos profissionais de saúde | A percepção de risco ora como incentivo a realização do teste ora como limitação associada ao medo e estigma |
| Confiança nos profissionais de saúde ao identificá-los trabalhando na oferta do teste junto com outros HSH | A relação entre o HIV e a Estratégia Saúde da família | As informações sobre o acesso ao teste |

III) Processo de categorização e subcategorização dos resultados

Nessa fase os resultados passaram a ser interpretados conjuntamente a leitura de documentos associados a política de diagnóstico do HIV. E foram sendo interpretados e agrupados por semelhança conforme orienta (BARDIN, 1977), nessas grandes categorias: contribuições e limitações à testagem. Nessa fase fomos tecendo as interpretações do conteúdo da pesquisa e elaborando a escrita dos resultados em um diálogo e discussão com as demais pesquisas realizadas na mesma temática (revisão da literatura) e documentos relativos ao estudo e boletins epidemiológicos do HIV/Aids.

Nessa sistematização, dividimos os resultados em subcategorias especificando o modo como a percepção dos entrevistados — HSH, gestores, profissionais de saúde, representantes de ONGs — se relaciona com essa classificação inicial e fomos comparando os resultados dessas interpretações a partir do método de análise conjunta dos resultados. Para tal, iniciamos a construção de tabelas com a categorização do material em: *contribuições para o teste e limitações para o teste*.

Tabela 5 – Principais políticas e ações que contribuem para o teste.

| Contribuições para o acesso ao teste | | | |
|---|--|---|---|
| O quê | Local | Atores envolvidos | Resultados |
| A oferta o do teste em locais de socialização das populações-chave | Praças, boates, bares, eventos voltados a jovens, parada da diversidade sexual, barracas de praia para grupos LGBT | Representantes de ONGs jovens e HSH, profissionais de saúde treinado para a oferta do teste junto a populações-chave | Frequência significativa da população HSH aos serviços de testagem. Identificação de resultados positivos |
| Horários de testagem noturnos | Bares e praças | Representantes de ONGs jovens e HSH, profissionais de saúde treinados para a oferta do teste junto a populações-chave | População HSH principalmente travestis e transexuais realizando a testagem |
| Aconselhamento pré e pós-teste feito por outros HSH vivendo com HIV | Espaços da Unidade Móvel de oferta do teste, praças e barracas de praia | Representantes de ONGs jovens e HSH, profissionais de saúde treinados para a oferta do teste junto a populações-chave | População-chave mais informada e optando por realizar o teste |
| Aconselhamento pré e pós-teste feito realizados por profissionais de saúde treinados e capacitados para a oferta do teste junto às populações-chave | CTA – Carlos Ribeiros e ações de campanhas em praças | Profissionais de saúde treinados para a oferta do teste junto a populações-chave | População-chave e população geral mais informada e optando por realizar o teste |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Informação sobre vivência com HIV e tratamento. Expectativa de vida mesmo com resultados positivo</p> | <p>Espaços da Unidade Móvel de oferta do teste, boates, bares, eventos voltados a jovens, parada da diversidade sexual, praças e barracas de praia e CTA Carlos Ribeiro e ações de campanhas em praças</p> | <p>Representantes de ONGs jovens e HSH, profissionais de saúde treinados para a oferta do teste junto a populações-chave</p> | <p>Para os usuários que tenham recebido diagnóstico positivo, eles estavam mais informados sobre a importância da adesão à TARV e acompanhamento nos serviços de saúde</p> |
| <p>Confiança nos profissionais de saúde ao identificá-los trabalhando na oferta do teste junto com outros HSH</p> | <p>Espaços da Unidade Móvel de oferta do teste, boates, bares, eventos voltados a jovens, parada da diversidade sexual, praças e barracas de praia.</p> | <p>Representantes de ONGs jovens e HSH, profissionais de saúde treinados para a oferta do teste junto a populações-chave</p> | <p>População-chave mais informada e optando por realizar o teste. Maior frequência de diagnósticos positivos junto aos HSH em comparação com o teste realizando em serviços de saúde como SAEs e UAPs.</p> |

Tabela 6 – Principais limitações para o teste

| Limitações para o acesso ao teste | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | O quê | Local | Atores envolvidos | Resultados |
| Políticas de controle do HIV/Aids | A política de descentralização dos serviços de saúde – execução das ações de testagem | Âmbito nacional e execução a nível local | Gestores e profissionais de saúde | Execução dos serviços de testagem de acordo com a decisão de gestores e profissionais de saúde com limitações para cumprir a política planejada em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde |
| | O planejamento em âmbito central e a execução local dos programas de Aids | Âmbito nacional e execução a nível local | Gestores e profissionais de saúde | Orientação em âmbito nacional não se efetiva em processos locais de execução da política de Aids nos municípios e estados. |
| | A atuação dos profissionais de saúde | Fortaleza – Ceará – UAPS e SAES | Profissionais de saúde | Execução das ações de testagem de acordo com as possibilidades de inserção do teste na rotina de serviços e não de acordo com a demanda da população. Correlação de crenças, aspectos culturais, preconceitos e desinformação em relação à Aids e às populações-chave associadas à oferta do teste. Necessidade de formação e capacitação junto aos profissionais de saúde para efetivar, ampliar e qualificar a oferta do teste nos serviços |
| | A relação entre o HIV e a Estratégia Saúde da família | Serviços de saúde da rede de serviços do SUS | Gestores e profissionais de saúde | O teste de HIV não está completamente integrado à ESF. Priorização do teste para gestantes e pacientes com tuberculose. O teste necessita ser melhor integrado das ações da ESF e é necessário ampliar a capacitação das equipes para a oferta e execução da testagem para HIV. |
| Aspectos subjetivos da testagem | O medo de realizar o teste e possivelmente obter um diagnóstico positivo. | Serviços que realizam o acesso ao teste | População HSH, representantes de ONG, profissionais de saúde e gestores. | Representações sobre os conhecimentos sobre Aids associados ao preconceito, estigma e desinformação sobre o teste. |
| | Os estigmas associados às representações do histórico da epidemia de Aids | Locais de realização das entrevistas desta pesquisa | População HSH, representantes de ONG, profissionais de saúde e | Representações sobre Aids associadas à sexualidade à homossexualidade e a preconceitos - processos relacionados às crenças culturalmente partilhadas e experiências sobre saúde-doença e |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | | gestores. | estigma. |
| | A percepção de risco como incentivo para a realização do teste como limitação associada ao medo e estigma | Locais de realização das entrevistas desta pesquisa | População HSH | Compreensão sobre exposição de risco em práticas sexuais sem a utilização do preservativo como incentivo ao teste |
| | A percepção de risco como limitação para o acesso ao teste | Locais de realização das entrevistas desta pesquisa | População HSH | Compreensão sobre exposição de risco em práticas sexuais sem a utilização do preservativo associadas a um diagnóstico positivo e recusa em realizar o teste e conhecer um diagnóstico possivelmente positivo |
| | As informações sobre o acesso ao teste | Locais de realização das entrevistas desta pesquisa | População HSH, representantes de ONG, profissionais de saúde e gestores. | As populações-chave não têm informação qualificada sobre onde pode ser feita a realização do teste e quais os encaminhamentos relacionados a um possível diagnóstico positivo. |

Após codificados e sistematizados os dados coletados oriundos das 3 metodologias aqui utilizadas, fomos realizando de modo processual a interpretação dos resultados associados à análise das políticas públicas de controle do HIV/Aids no Brasil.

5.6.2. Análise de políticas públicas

Para nortear a análise desse estudo, tomamos como referencial também a abordagem de análise de políticas públicas, as quais podem ser entendidas como resultantes de atividades políticas e técnicas que compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores — e requerem diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar decisões tomadas pelos governos com o objetivo de dar respostas afeitas ao papel do Estado em sua relação com a sociedade. Essas decisões devem ser tomadas a partir de demandas sociais diversas (SOUZA, 2003).

A política de controle de diagnóstico do HIV no Brasil a ser analisada pode ser compreendida como Política de Saúde Pública voltada ao controle da

epidemia de Aids no que tange à possibilidade de evitar novas infecções, diagnosticar e organizar o atendimento junto à população vivendo com HIV.

Para o entendimento acerca dessa política, utilizamos como referencial nesse processo uma abordagem interpretativa, a qual, como indica Carvalho (2008, p. 10), “[...] vem ganhando relevância entre os estudiosos do tema [...] e coloca uma série de questões sobre como os significados das políticas são comunicados e percebidos por diferentes audiências”. Essa perspectiva privilegia o método etnográfico para a compreensão dos fenômenos a serem estudados.

Como explica Geertz (2002), buscamos fazer interpretações e, para tal, utilizamos a compreensão hermenêutica dessa interpretação, concebendo que é possível entender que quando um pesquisador busca o sentido de uma ação, há várias interpretações interconectadas: há a própria interpretação do sujeito pesquisado sobre si mesmo, há a interpretação do antropólogo sobre o sentido da ação do sujeito pesquisado²⁰ — e cada leitor atribui a sua forma de interpretar à análise descrita.

Essa interpretação foi realizada em uma proposta de “Análise de contexto da formulação da política”, a qual, como explica Carvalho (2008), deve ser realizada considerando o contexto histórico, econômico e sociocultural onde a política é formulada e exercitada, “[...] com atenção para a articulação entre as instâncias local, regional, nacional, internacional e transnacional (CARVALHO, 2008, p.11).

Nesse âmbito, para uma melhor compreensão sobre os serviços de saúde pública, foram estudadas as estruturas onde o diagnóstico para o HIV se realiza, conforme mencionado: no CTA, na UAPS Anastácio Magalhães e na Unidade Móvel do Projeto Fique Sabendo Jovem.

As diversas observações em campo nesses espaços sobre os procedimentos de funcionamento dessas estruturas associadas às análises da AAR e entrevistas semiestruturadas permitiu-nos produzir um mosaico de informações em diversos contextos. Essas informações foram processadas por meio da análise dos resultados e interpretadas utilizando o método de sistematização e categorização dos dados, de modo a tecer reflexões em torno da compreensão sobre a política de

²⁰ Geertz (2002) refuta as explicações subjetivas e objetivas, ressaltando que a cultura tem contextos e o que se deve buscar é o sentido de determinadas ações, que podem ser subjetivas ou objetivas — o que muitas vezes é uma fusão de referenciais e um emaranhado complexo de possibilidades.

elaboração do diagnóstico do HIV e sua execução nos serviços de saúde.

Consideramos que a proposta metodológica de estudos qualitativos em saúde possibilita uma análise detalhada dos processos decisórios de conformação de uma política pública e uma avaliação de como sua efetivação alcança os objetivos propostos.

Nesse caso, buscamos compreender, ao final da pesquisa, quais são as contribuições e as limitações para a realização do teste do HIV engendrados a partir do planejamento e da execução de uma política.

Ao finalizar esses estudos, esperamos ter contribuído para uma compreensão da política de diagnóstico no Brasil, podendo subsidiar uma avaliação sobre a construção e a melhoria dos serviços de saúde, bem como práticas educativas em contextos culturais específicos.

5.6.3. Limitações do estudo

Algumas limitações relacionadas a esse estudo estão associadas aos métodos utilizados e aos processos que envolvem a epidemia de Aids e a política brasileira. Como limitações da AAR, tem-se a rapidez do método que pode não apreender a complexidade do fenômeno estudado — o guia norteador com diversas perguntas pode não permitir que o indivíduo se expresse de modo mais detalhado. O que buscamos qualificar com a realização de entrevistas mais aprofundadas e observações nos espaços de testagem.

As entrevistas semiestruturadas podem ter suas limitações associadas ao número de pessoas participantes (nessa pesquisa 32 pessoas), mesmo considerando que ao atingir esse número identificamos a saturação da amostra: ao considerarmos que são muitos os profissionais de saúde atuantes nos serviços públicos de oferta do teste, e ao estender o estudo a todas as Unidades básicas de saúde da cidade de Fortaleza, poderíamos ter encontrado a necessidade de ampliar a quantidade de entrevistas realizadas. No entanto não o fizemos devido ao tempo da pesquisa e coleta de dados, recursos e pesquisadores envolvidos que não permitiam a possibilidade de envolver um maior número de serviços no estudo.

Outra questão associada ao método trata do desafio de entrevistar

profissionais de saúde que em geral têm um tempo limitado para participar da entrevista e de que há uma certa rotatividade nos serviços: tornou-se um desafio encontrar informantes experientes e com amplo conhecimento na temática da pesquisa disponíveis para as entrevistas.

Uma outra questão ainda diz respeito à política de saúde brasileira que nos últimos anos passou por mudanças diversas acompanhadas das crises no governo, redução de custos e rearranjos das equipes gestoras. Tal fato causou diversas mudanças nas políticas dos programas de Aids, o que acabou se configurando como uma limitação do estudo, tendo em vista os desafios de acompanhar essa dinâmica de mudanças em sua totalidade. Questão essa que procuramos solucionar com uma busca por informações e acompanhamento contínuo, resultando em um processo de alteração dos nossos dados constantemente, na medida do possível concomitante à análise dos mesmos.

5.7. Aspectos éticos

A pesquisa “Populações vulneráveis face ao diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids no Brasil: respostas institucionais e experiências individuais em Fortaleza” foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo nº 263/09 em agosto de 2011.

Antes de coletar as informações, explicaram-se os objetivos da pesquisa a todos os entrevistados e, após aceitar participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo informações sobre a pesquisa, bem como o direito de recusa e desistência desta ou de responder a qualquer pergunta que gerasse constrangimento. Também constaram os telefones da professora pesquisadora responsável e do COMEPE para dirimir eventuais dúvidas que surgissem.

Os resultados serão apresentados ao Departamento de DST/Aids do Ministério da Saúde brasileiro, e também aos programas estadual e municipal de DST/Aids do Ceará e Fortaleza por meio de relatórios. À comunidade de ativistas e representantes dos movimentos sociais de enfrentamento da epidemia de Aids, os resultados serão apresentados por meio de participação em seminários, encontros e

eventos organizados por estes. À comunidade científica, os resultados serão apresentados na forma de resumos, em congressos nacionais e internacionais, e na construção de artigos científicos.

Ressaltamos que a participação nas entrevistas para todos é confidencial e foi coletada, gravada e transcrita por pesquisadores comprometidos com esses aspectos éticos normativos.

6. RESULTADOS

Neste trabalho, optamos por apresentar os resultados em duas categorias principais a partir da análise integrada dos dados, considerando as políticas de controle do HIV/Aids: o que contribui para o teste e o que limita a realização do teste. Para a primeira, o que oportuniza o teste, discutimos a contribuição das ONGs e os projetos de incentivo ao teste voltados para as populações-chave. Em relação ao que limita, encontramos como principais resultados: a política de controle da Aids, os serviços de saúde e as subjetividades inerentes à busca pelo teste.

Essas categorias elencadas para discussão foram construídas a partir dos tópicos investigados propostos pela equipe de pesquisadores considerando os objetivos do estudo. As análises foram realizadas a partir da repetição das falas, nas percepções sobre os serviços públicos de saúde, nas representações sociais relacionadas à Aids, nas disputas ideológicas de espaço e manutenção do poder político em relação às discussões que a educação em saúde sexual e prevenção acionam, no forte contexto cultural que uma doença ligada à sexualidade interpela, entre outras.

Desse modo, buscamos as definições e os conceitos que nortearam o processo de discussão dos achados da pesquisa. Cada tópico a ser estruturado, enquanto categoria de análise, foi selecionado por sua relevância que emergiu a partir dos dados conectados com os objetivos do estudo e com foco na influência exercida para realização ou não do teste de HIV. Nesse texto, buscamos elencar algumas delas exercitando a escrita sobre os resultados da pesquisa.

6.1. Políticas e ações que contribuem para o diagnóstico do HIV

6.1.1. As contribuições das organizações não governamentais para o teste de HIV

As ações de testagem realizadas pelas ONGs têm contribuído para o acesso ao teste e possibilitado que o diagnóstico chegue nas populações mais afetadas pela epidemia (homens que fazem sexo com homens) — que, entretanto, encontram dificuldades para acessar os serviços públicos de saúde. Ao entrevistar coordenadores de ONGs e gestores que atuam na oferta do teste, a partir de projetos de incentivo ao diagnóstico em parceria com os serviços públicos ou em Unidades Móveis (trailers), encontramos relatos que apontam para uma significativa potencialidade para essas populações-chave se testarem de maneira oportuna:

Então, o trailer é uma coisa fantástica, quando você bota na rua é muito mais rápido, porque ele é visual, a gente tinha a preocupação de que ele não fosse um carro marcadamente pela questão da AIDS e da saúde, então ele é muito colorido, a gente criou todo um entorno do trailer para ser uma zona de sociabilidade, então ele é hoje assim, não tem estigma algum no entorno. (B. 46, coordenador de ONG)

Você tem uma concentração de resultados positivos, que você está no substrato do substrato, então chegou, por exemplo, em outubro agora a gente fez teste em quase noventa pessoas, vinte e cinco eram positivas. E essas pessoas... não fariam em outro lugar! Iam pegar um diagnóstico muito tardio! (C. 42, coordenador de ONG)

Esse programa é um programa que as pessoas que fazem o teste lá são pessoas que não frequentariam e não frequentam a rede pública de saúde, então aquela quantidade de pessoas que a gente atende, dá o resultado, coloca no serviço, seriam pessoas que ficariam com o diagnóstico, com certeza o diagnóstico tardio, e com algum tipo de comprometimento na saúde. (G. 56, Gestor Gov. Federal)

Você pode ver que em dias de campanha você tem mais testagens, e quando essas campanhas são realizadas com as ONGs, isso incentiva muito as pessoas a fazerem o teste. E você vai ter lá mais pessoas com HIV conversando com essas pessoas, mais pessoas positivas conversando com essas pessoas, e mostrando a vida que a gente tem! O aconselhamento ajuda a pessoa que possa vir a ter um resultado positivo a aderir ao tratamento. (L. 29 anos PVHIV representante de ONG)

Nós construímos as parcerias com as ONGs que tinham mais capilaridade, que se relacionavam mais com o público, que se relacionavam mais com o serviço. Porque isso é fundamental para que as pessoas queiram se testar! Elas precisam se identificar com aquela campanha que está acontecendo! A gente estudou junto com as outras ONGs parceiras quais eram as zonas de sociabilidade, quais os horários, quais são os locais, por exemplo, com as travestis a gente nunca vai à zona onde elas trabalham, porque isso as tornaria mais vulneráveis ainda em relação à testagem. (E. 54, Gestor Governo Federal)

Os relatos tanto de representantes de ONGs quanto dos gestores, conjuntamente às análises dos registros de campo, demonstraram que as ações de testagem realizadas pelas ou em parceria com a organizações que representam as comunidades mais atingidas pelo HIV têm resultados mais efetivos junto às populações-chave para a epidemia de Aids.

As principais estratégias utilizadas para ampliar os horários de atendimento ao público (estendendo-se até a noite) e a escolha de locais estratégicos como bares, boates e praças onde ocorrem a socialização desses grupos demonstraram que se pode alcançar esses indivíduos e encontrar com maior abrangência os diagnósticos positivos. Essas ações possibilitaram, ainda, que essas ONGs pudessem realizar o encaminhamento dessas pessoas para os serviços e o tratamento, potencializando a redução da transmissão viral.

A adesão ao tratamento das pessoas com diagnóstico positivo também se demonstrou como um resultado efetivo das ações organizadas pelas ONGs. Alguns representantes dessas ONGs, entrevistados, relataram as dificuldades das populações-chave de se testarem e, quando o diagnóstico é positivo, há uma certa recusa de aceitar o resultado. Essa recusa afeta a adesão ao tratamento:

O medo do resultado. O após o resultado. Por isso não se testam! A questão não é nem o exame, é o medo do resultado, o que vai vir depois. O que vem após isso é que faz todo o diferencial. E quando o resultado dá positivo, vem o medo de aceitar isso, aceitar o resultado. E muitas pessoas como eu não procuram o médico, não aceitam o resultado. E eu fiquei muito doente e só dois anos depois de ter meu teste positivo [é] que procurei o hospital. Por isso eu digo: tem que fazer o teste! (R. 29 - liderança ONG)

As dificuldades de realizar o teste, como já foi demonstrado, afetam

significativamente a adesão ao tratamento e a redução da transmissão viral, situação essa que nas ações de testagem realizadas pelas ONGs foi sendo amenizada com a participação de pessoas vivendo com HIV.

Nas nossas ações de testagem, sempre tem um ou dois jovens vivendo com HIV. Nós ficamos lá, incentivando outros jovens a se testarem e explicando que é normal ter medo, mas é melhor saber logo o diagnóstico. E então se alguém tiver o resultado positivo, a pessoa que entrega o resultado diz que estamos por lá à disposição para conversar, vamos até na primeira consulta se a pessoa quiser e depois ficamos em contato para incentivar o uso da medicação, que é bem difícil no início. Tudo isso se a pessoa permitir. E também convidamos os jovens a fazerem parte da rede de jovens vivendo com HIV, que é uma forma de se apoiar também! (M. Liderança de ONG PVHIV)

De acordo com os relatórios, informes e entrevistas relacionados ao acompanhamento dos diagnósticos positivos em ações de testagem nos projetos aqui analisados (Quero fazer, Fique Sabendo Jovem e Viva Melhor Sabendo — todos executados por ONGs em diversas cidades brasileiras em parceria com o Ministério da Saúde, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional/USAID e Unicef), as campanhas são realizadas em parceria com os serviços de saúde. Desse modo, aqueles que têm o diagnóstico positivo podem agendar a sua consulta logo após o resultado do teste. No entanto, gestores e profissionais de saúde explicam que todos agendam, mas nem sempre chegam a ir para a consulta. Os entrevistados apontam uma significativa recusa de aceitação do resultado:

Nós já vamos com uma agenda de marcação de consulta para os resultados positivos, já marcamos lá mesmo na hora, mas muitos não vão e quando vamos atrás de saber porque não foram, verificamos que há ainda muita recusa em aceitar o resultado. Principalmente entre os mais jovens e homossexuais, eles não querem! (R. 34, Gestora Governo Municipal)

A partir das pesquisas em campo nas ações de testagem desses projetos, pudemos observar que a participação dos representantes das ONGs, principalmente os jovens vivendo com HIV, possibilitavam uma maior compreensão da nova realidade de ser uma pessoa com diagnóstico positivo e aderir à TARV. Antes de

receber o diagnóstico, todas as pessoas que estavam realizando o teste passavam pelo aconselhamento e eram informadas de que pessoas vivendo com HIV estavam participando da atividade e estariam disponíveis para conversar, oferecer apoio e informações caso a pessoa recebesse um diagnóstico positivo. Tal contexto possibilitou uma melhor adesão ao tratamento.

Em nossa avaliação, ter uma pessoa já vivendo com HIV para conversar foi fundamental porque mesmo que a pessoa não quisesse ter nenhuma conversa naquele momento, que é difícil mesmo, eles aceitavam que os jovens da rede (jovens vivendo com HIV participantes do projeto que fazem parte da rede de jovens vivendo com HIV) entrassem em contato depois, o que ajudava eles a ir para a primeira consulta. (J. 28 Técnica DST/Aids Secretaria municipal de saúde).

A partir desse quadro de dificuldade de adesão ao tratamento, situação que tem sido relatada em diversos estudos, nossos resultados apontaram para a efetividade da contribuição de pessoas vivendo com HIV inseridas no processo de testagem como incentivo à adesão à TARV.

Nossos resultados apontaram que há uma efetividade do diagnóstico oportuno junto às populações-chave quando a oferta do teste é realizada em parceria com as organizações não governamentais e pessoas com a experiência de viver com HIV. Desse modo, podemos considerar que tem sido potencialmente importante o aumento e as qualificações das políticas de incentivo ao diagnóstico em parceria com a ONGs.

6.2. Limitações para a realização do teste

6.2.1. Política de Aids, descentralização e profissionais de saúde

A política brasileira de controle do HIV tem adotado como estratégia de controle da Aids a prevenção combinada envolvendo prevenção, diagnóstico, tratamento, profilaxia pós-exposição (PEP), profilaxia pré-exposição (PREP), campanhas, distribuição de insumos como preservativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tentativas de realizar ações específicas voltadas às populações-chave. Um dos pilares desse processo tem se consolidado em torno da

meta de ampliação da oferta de teste e de incentivo à população para buscar o diagnóstico oportuno.

As nossas entrevistas e pesquisas de campo evidenciaram que, mesmo diante de um reconhecimento por parte dos gestores e das lideranças dos movimentos sociais sobre a importância do teste como parte fundamental do sucesso dessa estratégia, uma das questões, entretanto, que contribuem para o diagnóstico tardio, principalmente entre a população HSH, constrói-se em torno da execução da política em âmbito estadual e municipal, onde os próprios profissionais de saúde acabam sendo reconhecidos como possíveis limitações para a ampliação da testagem:

É muito difícil você entrar em contato com essa, essa coisa de que eu vou ter que reconhecer que o outro tem outro pertencimento cultural, outro estilo de vida, e isso mexe, por exemplo, assim com a impotência do profissional, sabe? (M. 23, Representante de Organização Não Governamental. D.)

E também um outro desafio que eu estava esquecendo, de recursos humanos assim preparados e dispostos, sensíveis para isso, de organizar isso na rotina, né, na atenção básica, de ampliar horários para fazer o teste. (R. 34, Gestora de serviço municipal de saúde)

[...] e aí o que o profissional de saúde (das unidades básicas) diz para a gente é: vou fazer o teste que horas? Se eu tenho que estar de tal hora a tal hora direto na demanda espontânea? Eu não tenho tempo para fazer teste de HIV. (V. 26, profissional de saúde – Coordenadora de Serviço Municipal)

Entendemos que um dos fatores que contribuem para esse cenário se dá em torno do gerenciamento dos serviços de saúde. As entrevistas realizadas junto a representantes do Governo Federal e gestores locais demonstram que há uma política definida como prioridade em relação à Aids que tem como objetivo a ampliação da testagem para o HIV no país:

A primeira coisa é ampliar a oferta oportuna, essa é uma diretriz. (G. 56, Gestor do Governo Federal)

Então, a gente vai discutir uma comunicação em saúde para isso, articulação com a gestão do Departamento da Atenção Básica para, em conjunto, ver o que a gente, se é uma normativa, o que é que a gente precisa fazer mais para ampliar o acesso ao teste. A partir da

concordância de que temos que ampliar isso na atenção básica, e é isso! (E. 54, Gestor do Governo Federal)

A população tem que tropeçar no teste! O teste tem que estar acessível para todos, principalmente para as populações-chave, que são as que mais precisam. (O. 37 Gestor do Governo Federal)

Esse objetivo de ampliação da testagem rápida tem agregado esforços no planejamento central das ações de prevenção e de assistência do Ministério da Saúde. É possível ressaltar, considerando os documentos recém-produzidos sobre a oferta do teste pelos governos, nas entrevistas e nos registros do campo, que tem havido recorrentes investimentos de recursos financeiros e humanos para a realização de capacitações junto a profissionais de saúde e ONGs no intuito de ampliar a capacidade de realização do teste rápido nos municípios, principalmente aqueles com maior concentração de pessoas vivendo com HIV.

Nesse sentido, é possível constatar uma orientação clara do governo federal para a ampliação do diagnóstico e do acesso ao tratamento em tempo oportuno, na tentativa de promover a gestão compartilhada da atenção aos pacientes de HIV com a rede de Atenção Básica. Também a incorporação de novas apresentações terapêuticas, como a disponibilidade do teste do fluido oral e uma tentativa de oportunizar a oferta da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), principalmente para as populações-chave.

A análise discursiva dos representantes do Governo Federal aponta para essa urgência e comprometimento em oportunizar o diagnóstico do HIV:

Ao testar a população com mais eficácia, aumenta-se potencialmente a possibilidade de integrar essas pessoas aos serviços de saúde, incentivá-las a iniciar a terapia antirretroviral e reduzir significativamente a transmissão do vírus. (O. 37 Gestor do Governo Federal)

Bom, uma das primeiras medidas que a gente está colocando como meta é intensificar o número de pessoas que sabem que são positivas. (G. 56, Gestor do Governo Federal)

Expandir logicamente o diagnóstico precoce; a gente precisa reduzir o diagnóstico tardio em Fortaleza. Então, essa expansão do diagnóstico para todas as unidades básicas, principalmente para gestantes e para pacientes com TB, e a implantação do teste rápido no CTA é nossa meta. (E. 54, Gestor do Governo Federal)

Essa tem sido a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (entrevistas realizadas no período de 2013 a 2014) para um maior controle da circulação do vírus, assumindo, desse modo, a falência de uma política de prevenção *camisinhocêntrica* (política de prevenção que vigorou, segundo os entrevistados gestores, por mais de 20 anos) centrada no incentivo ao uso e distribuição do preservativo masculino e passando a adotar esforços para a combinação da prevenção, da testagem e do tratamento para um controle mais eficaz da epidemia.

No entanto, para essa combinação de esforços resultar em um sucesso da estratégia política, é necessário que as gestões estaduais e municipais também adotem o objetivo de testar mais a população, encontrando as pessoas infectadas, integrando-as aos serviços de saúde e garantindo a adesão ao TARV.

Nesse âmbito, esforços diversos de adoção do manejo clínico das pessoas vivendo com HIV, na atenção primária, têm sido amplamente discutidos e exercitados (de acordo com os registros dos diários de campo e análise de documentos) por meio, principalmente, da realização de diversas capacitações dos profissionais de saúde:

Temos capacitado os profissionais de saúde, estamos fazendo toda uma programação de capacitação em testagem para todos os estados. Precisamos de profissionais de saúde aptos e dispostos a realizar e ofertar o teste na rotina dos serviços. (O. 37, Gestor do Governo Federal)

Capacitação para profissional de saúde fazer teste tem bem umas duas por ano, eles fazem várias para muitos profissionais, mas não vemos que isso, realmente, tenha resultados lá na ponta, quando o usuário vai buscar ou precisa do teste. (V. 50, Coordenador de ONG Liderança Nacional ONGs/Aids)

Nos últimos anos, um conjunto de ações foi sendo organizado para ampliar e qualificar o diagnóstico e o tratamento do HIV/Aids nos diversos pontos de atenção do SUS. Iniciou-se pela rede especializada, ainda na década de 1980, com a estruturação da testagem para o HIV nos hemocentros, nos Centros de Testagem e Aconselhamento/CTA e no tratamento nos Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids/SAE. Posteriormente, implantou-se nas maternidades e na atenção primária como protocolo da assistência pré-natal. A partir de 2000, a vigilância de mulheres grávidas infectadas e crianças expostas tornou-se compulsória por meio

da portaria nº 993/GM.

Conforme apontam Grangeiro *et al.* (2012), esta referência ainda segue o começo da epidemia, quando a testagem para o HIV havia sido iniciada nos hemocentros e nos CTAs. No estado do Ceará, muitas pessoas ainda buscam os hemocentros e os serviços de referência em tratamento de HIV/Aids para também fazer o teste de diagnóstico, o que sugere a necessidade de se repensar o acesso aos serviços da atenção básica em relação à busca pelo teste.

Constituíram-se, assim, historicamente, as políticas públicas em DST/HIV/Aids, especialmente as ações de testagem de forma centrada nos serviços especializados, inicialmente com foco na concepção de “grupos de risco”, e, posteriormente, modificando-se com o conceito de vulnerabilidades e expandindo-se para serviços básicos. Atualmente, tem-se trabalhado na perspectiva de alcançar as chamadas populações-chave, mas ainda com restrições ao acesso universal devido ao foco restrito na atenção materno-infantil.

A política de diagnóstico do HIV permanece voltada à saúde materna infantil, especialmente após a implementação do projeto Rede Cegonha, o qual preconiza o teste rápido durante o pré-natal.

Esse projeto tem concentrado esforços para a oferta oportuna do diagnóstico do HIV junto às mulheres gestantes (MARTINELLI *et al.*, 2014). Essa atenção à saúde materno-infantil e à prevenção do HIV tem ocorrido devido aos dados epidemiológicos que apontam para o crescimento da transmissão vertical no Brasil. De 2000 até junho de 2015, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, a maioria destas residentes na região Sudeste (40,5%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (15,8%), Norte (7,1%) e Centro-Oeste (5,7%) (BRASIL, 2015b).

Só em 2014 foram identificados 7.668 novos casos de gestantes. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, indicando um aumento de 30,0% (BRASIL, 2015b).

É possível ressaltar que a Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, e, desse modo, também no enfrentamento da epidemia de Aids. Pesquisas apontam que o serviço, se funcionasse efetivamente, contribuiria para a redução das taxas da

doença, da internação e da mortalidade prematura por doenças evitáveis, além de significar menores custos e maior equidade na oferta de serviços.

No entanto, apesar de constarmos todos esses esforços empreendidos pela gestão da política nacional, nossos resultados indicam que os profissionais de saúde, tanto dos serviços especializados como da atenção primária nos municípios, são percebidos pelos gestores, pelas lideranças dos movimentos sociais e pelos próprios HSH enquanto uma barreira para o diagnóstico oportuno do HIV.

Essa primeira que a gente foi é a unidade que tinha sido inaugurada. Estrutura ótima, está legal e tudo, mas não estava fazendo o teste. Mesmo com o teste lá, com geladeira e pessoal treinado, não fazem... é assim! Não querem fazer teste de HIV! (G. 38, Gestora de Serviço Municipal de Saúde)

Mas, poxa vida, né?, a gente também leva um tempo tão grande para capacitar o povo, fazer licitação de geladeira e tudo, e acontece um negócio desses. A população volta para casa sem o teste porque o profissional tem medo de entregar um resultado positivo! (J. 28, profissional de Saúde Técnica Adm. de Serviço Municipal)

Podemos considerar que há uma desconexão entre a estratégia de planejamento da ação e o preparo e envolvimento dos profissionais de saúde nesse processo:

Então, nós fizemos treinamentos em todos os estados para implementação do teste rápido. Os profissionais foram treinados, os municípios disponibilizaram as geladeiras, tudo pronto, e quando íamos ver, o teste não estava acontecendo, não era implantado de fato. Não implantava, mas por quê? Primeiro a rotatividade da base que é um drama, segundo que a gente ia ver essa dificuldade, assim, de entregar o resultado e a priorização de outros serviços. O HIV sempre foi deixado de lado. (O. 37 Gestor do Governo Federal)

[...] eu não me sinto preparada para entregar um resultado positivo. Eu já fiz a capacitação do HIV, mas eu tenho outras demandas também e eu não me acho capacitada para esse tipo de exame. Para isso tem que ter a assistente social e aqui não tem! Como vou fazer o teste? (K. 48, Profissional de Saúde de Serviço Municipal)

Essas falas indicam que tem havido esforços por parte de gestores envolvidos nas áreas de coordenação dos programas de prevenção para ampliação do teste. No entanto, eles afirmam que uma das maiores barreiras do acesso ao teste tem sido a recusa e o despreparo dos profissionais de saúde, em geral, para a

realização do diagnóstico. Esses resultados apontam para uma reflexão em torno da política de descentralização do HIV/Aids.

A descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS pode ser considerada um dos maiores desafios para a sustentabilidade da resposta brasileira para o controle da epidemia. “Enquanto algumas cidades e estados apresentam significativos avanços, outros sofreram retrocessos em relação aos serviços de prevenção e assistência” (Representante ONG, PVHIV+ 53 anos).

Um dos pontos importantes ressaltados em nossos resultados é a capacitação dos gestores em âmbitos municipal e estadual, bem como a formação continuada dos profissionais de saúde que efetivamente executam a política de diagnóstico do HIV — que, ficou demonstrado, ainda requerem maiores investimentos nesse processo de formação.

Outro aspecto que pode ser destacado em nossa pesquisa acerca da descentralização é o papel das ONGs. Gestores e representantes dos movimentos sociais mencionaram que a descentralização das políticas de saúde aumenta também a demanda de monitoramento e avaliação desses processos — destarte, cada vez mais essas organizações têm recebido menos recurso, tendo diminuídas as suas capacidades de controle social.

Em nosso estudo, podemos considerar que a descentralização possibilitou avanços importantes para as políticas de saúde no Brasil como tem sido descrito (GRANJEIRO, 2009; 2010). No entanto, cabe aqui interpelar como essa política norteadora tem se concretizado na prática das ações de testagem. Para os nossos interlocutores, há diversos desafios associados à efetivação do teste, bem como das ações de prevenção e controle da Aids nos serviços públicos de saúde.

Um aspecto importante da descentralização da política de Aids é o fato de serem de pequeno e médio porte os diversos municípios incluídos na política de incentivo que recebem os recursos diretamente do Governo Federal (política de transferência de recursos fundo a fundo)²¹. Tal contexto significa que esses

²¹ Instituída em dezembro de 2002, a Política de Incentivo Fundo a Fundo consiste em financiar Unidades Prestadoras de Serviço, por meio de mecanismos regulares do SUS: repasse regular e programado de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, destina-se ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde. Esse mecanismo permite o acordo de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e das responsabilidades nos níveis de governo. Atualmente, estão qualificados para recebimento desse Incentivo as Secretarias de Saúde dos 26 estados, DF e de 489

pequenos municípios possuem também uma estrutura limitada para a realização do diagnóstico do HIV e para atender a demanda espontânea ou realizar ações voltadas especificamente para as populações-chave — e, por diversas vezes, com quadros profissionais que necessitam de uma formação mais qualificada para a oferta do teste.

Na cidade de Fortaleza o teste é ofertado (de acordo com a SMS) em todas as 108 UAPS do município, no entanto, cabe indagar acerca dessa oferta: de que modo ela tem ocorrido na prática cotidiana dos serviços? Em nossos estudos, as narrativas apontaram que em diversas situações a oferta do diagnóstico não tem ocorrido como é preconizada pelo Ministério da Saúde de modo efetivo (BRASIL, 2015). Um dos fatores associados a essas limitações foi a política de descentralização da Aids, o que podemos afirmar, em consonância com autores diversos (GRANJEIRO, 2010; PARKER, 2002; TERTO; PIMENTA, 2010), constituiu-se em aspectos positivos e também negativos dependendo do contexto local, considerando as diversidades regionais no Brasil.

Os aspectos positivos da descentralização dos serviços de saúde em relação ao HIV/aids, de acordo com esses autores supracitados, podem ser destacados a partir da autonomia local dos municípios e estados gerirem seus recursos conforme as necessidades da população — e por meio da participação dos conselhos de saúde locais e a sociedade civil organizada. Os conselhos de saúde municipais e estaduais, constituídos por profissionais de saúde e representantes de organizações não governamentais, também participam, ou deveriam participar, do processo de decisão da destinação dos recursos para o controle da epidemia de Aids nos municípios e no estado.

Essas decisões tiveram início ainda nas discussões sobre a reforma sanitária na década de 1980 (LIMA *et al.*, 2005), em torno da construção do Sistema Único de Saúde e da descentralização dos recursos para a área da saúde.

O movimento sanitário não se deu em formato único e modular no país, dadas as dimensões continentais do Brasil e os contextos regionais. Foi um processo de coalização de temas diversos que concordavam com a necessidade de

municípios. Esses municípios respondem a uma abrangência de 62% da população nacional e 89% dos casos de Aids registrados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é de R\$ 129,53 milhões (BRASIL, 2016).

mudança (SANTOS; MONTEIRO, 2015). Alguns consensos foram produzidos nesta perspectiva para conduzir acordos e mudanças em todo o território nacional nas décadas de 1980 e 1990, e essas mudanças contribuíram para a conformação de propostas de transformação da sociedade. Nessa direção, a reforma sanitária no Brasil foi fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde e, posteriormente, para o processo de descentralização que tinha como pressuposto, para além da autonomia financeira dos municípios, uma participação mais efetiva da sociedade na decisão sobre os usos dos recursos para a saúde.

Essa política em relação à epidemia de Aids foi se conformando e se consolidou fundamentalmente a partir das conferências municipais e estaduais de DST/Aids a partir de 2002, sendo realizada a primeira na cidade de São Paulo (SMS SÃO PAULO, 2002) e, nos anos seguintes, todas as capitais e estados passaram também a realizar tais conferências com o objetivo de planejar a alocação de recursos para o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids.

A reforma sanitária no Brasil teve início ainda no período da Ditadura Militar (1964-1985), quando as discussões em torno da implementação de uma nova constituição em 1988 estavam em debate nacional (SOUSA, 2001) e integravam essas discussões a descentralização das políticas de saúde.

A descentralização, de acordo com Souza (2002), teve início no Brasil a partir da reforma da Constituição Federal de 1988, a qual foi resultado de um exercício processual por meio de diversos atores. Esse processo se fundamentou na intenção de enfraquecer financeiramente o Governo Federal e atribuir maior autonomia aos municípios. O debate então passou a ser sobre como dividir os recursos em um país regionalmente tão desigual (TRAVASSOS *et al.*, 2006). Ao pensarmos as questões da descentralização atualmente, associamos esse processo a uma reflexão em torno dos poderes locais e ao clientelismo histórico no Brasil, que tem reflexos profundos também nos serviços de saúde (VELOSO; CAVALCANTI, 1995). Tal contexto afeta o modo como as políticas de controle da Aids são exercitadas em âmbito local e a maneira como os profissionais de saúde exercem suas práticas cotidianas, o que em nossa pesquisa se evidenciou na organização dos serviços de oferta do diagnóstico para o HIV.

A análise dos resultados neste estudo tem apontado para a necessidade

de ampliar a qualificação da formação continuada dos profissionais de saúde, bem como uma reflexão em torno da descentralização e a execução das políticas de diagnóstico em âmbito local em consonância com o planejamento central.

Em relação à gestão dos serviços, evidenciou-se também em nossas análises a necessidade de integrar o teste de HIV de forma mais efetiva à Estratégia Saúde da Família (ESF): profissionais e gestores ressaltaram que há desconexão dos serviços da atenção básica e o teste e manejo clínico em HIV/Aids. Nesse cenário, verificamos que as questões associadas ao histórico social da Aids perpassam a priorização ou não da realização do teste em muitas unidades de saúde.

Eu faço o teste quando eu tenho tempo para fazer, e na verdade eu nunca tenho mesmo. Na realidade, a gente tem muita demanda aqui de prevenção, porque eu tenho que ficar no acolhimento — se eu não posso fazer, eu peço para o paciente voltar outro dia, se ela realmente precisa fazer, ou então conversar com o médico. Eu não tenho a solicitação do teste na minha rotina, então eu prefiro agendar para outro dia porque eu posso conversar melhor com o paciente para fazer aquele aconselhamento que tem que fazer. A não ser que seja gestante, aí eu encaminho logo para fazer. (P. 37, profissional de saúde)

Eu fiz uma campanha aqui de teste do HIV porque os testes iam vencer, aí eu fiz. Mas no dia a dia, a população não quer fazer teste não, não procuram. As enfermeiras e os médicos não pedem também, só mesmo para gestante. (MA. 41, profissional de saúde municipal)

Olha, assim, o teste a gente solicita mais para gestante mesmo, se for outro caso, a pessoa quiser fazer, a gente pede para ela passar pelo médico, porque já tira as dúvidas, ele solicita e a pessoa vai fazer, mas normalmente as pessoas vão mais mesmo para o CTA, aqui não procuram muito, não. (K. 48, profissional de saúde municipal)

Aqui a gente faz o teste, sim, a gente faz campanhas, uma vez por ano, pelo menos, tem campanha aqui. E aí vem o pessoal da residência, da SMS para fazer o teste também junto com o pessoal que trabalha aqui. E quando tem uma campanha aqui e as agentes informam a população para virem se testar. Já fizemos também no outubro Rosa, oferecemos testagem rápida também de HIV, sífilis e hepatites. Sempre que fazemos essas campanhas nós testamos umas 20 a 30 pessoas. (P. 37, profissional de saúde municipal)

O teste do HIV na atenção primária passou a ser implementado em 2003

junto à Estratégia Saúde da Família como protocolo da assistência pré-natal, dos portadores de tuberculose, de outras doenças sexualmente transmissíveis e de populações mais vulneráveis (BRASIL, 2006, 2007; CARNEIRO; COELHO, 2010). Em nossa pesquisa, tem-se evidenciado que o teste ainda permanece centrado no pré-natal e junto a pacientes que apresentam sintomas ou são diagnosticados com tuberculose, sendo também ofertado em campanhas esporádicas. O que podemos constatar é que ainda não há uma rotina estabelecida de oferta do diagnóstico do HIV efetiva junto ao ESF que atenda à demanda espontânea ou integre o teste no cuidado integral dos usuários do SUS.

Por meio desses resultados, é possível tecer algumas considerações sobre a necessidade de ampliar as campanhas e informações sobre os serviços de teste do HIV de forma continuada. As ações de incentivo ao teste advindas de organizações não governamentais têm se mostrado eficazes e requerem maior avaliação e acompanhamento. Profissionais de saúde e gestores requerem a integração de forma mais qualificada das informações sobre o teste e realização dos serviços associados ao diagnóstico para o HIV e o manejo clínico do paciente vivendo com HIV nos serviços de atenção básica.

6.3. Subjetividades inerentes à realização do teste rápido: medo e percepção de risco

Nestas várias constatações gerais que fizemos, as quais constituem o pano de fundo do funcionamento da testagem e do teste em relação aos profissionais de saúde e das “populações”, desejamos explorar, ainda nesse estudo, mais duas categorias que recorrentemente apareceram nas falas e atitudes dos Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e pessoas vivendo com HIV: o medo e a percepção de risco.

6.3.1. O medo associado ao teste

A associação do medo ao momento da testagem aparece em todas as entrevistas e está também presente nos registros do campo. Indagamos a todos os entrevistados qual seria o maior desafio para a realização do teste para o HIV — e

quase todos responderam imediatamente da mesma forma: superar o medo. “As pessoas têm medo de saber que têm HIV” (Representante de ONG [R/ONG], 29 anos). “Acho que o medo de saber que tem Aids” (Profissional de Saúde [PS] da Secretaria Municipal de Saúde [SMS], 46 anos). “Medo! Com certeza! Medo do diagnóstico positivo!” (PVHIV, 43 anos). Essas afirmações, de modo tão espontâneo e imediato em resposta às limitações do teste, nos interpelaram a entender melhor o histórico das representações sobre a Aids.

Essas afirmações aparecem de maneiras distintas entre as entrevistas. Para as pessoas vivendo com HIV, há sempre uma entonação reflexiva afirmando o medo como uma limitação que eles parecem reviver ao relatar suas trajetórias até o momento do teste, como se buscassem meios de explicar a maneira como se sentiram e o que impediu o conhecimento do diagnóstico de maneira oportuna (todos os entrevistados vivendo com HIV [PVHIV] nesta pesquisa tiveram seus diagnósticos tardiamente, já com sintomas relativos à Aids).

Os profissionais de saúde acionaram o medo como um limite perceptível para os usuários dos serviços de saúde. E os representantes de ONGs falam a partir de suas experiências em ações de prevenção, incentivo à testagem e junto à PVHIV, demarcando a necessidade de intervenção política diante dos estigmas que acionam esse “medo” de ir em busca do teste.

As desinformações em torno de uma doença — pouco conhecida inicialmente e que ocasionava a morte rápida — ainda sem cura e nem tratamento, acionam interpretações diversas individual e coletivamente, em uma sinergia de crenças e valores associados ao pecado, à culpa e à punição. Ao organizarem uma compreensão sobre a Aids, as coletividades foram construindo também elaborações de ordem subjetiva em torno dos receios de carregar consigo uma doença repleta de características punitivas (JODELET, 1998) e que não tinha cura, desencadeando, desse modo, o medo associado ao teste. Contexto esse em que, mesmo com uma significativa produção de materiais contendo informações sobre a transmissão do HIV, estes não chegam a uma parte significativa da população, em especial às mais vulneráveis à infecção pela doença, tais como as mais empobrecidas e encarceradas. Sendo assim, mesmo com a possibilidade de tratamento e meios eficazes de prevenção, o medo ainda permanece como uma potencial limitação ao

diagnóstico.

Ao considerarmos que a disponibilização da TARV poderia ter contribuído para modificar essa compreensão, grande parte da população, em especial as populações-chave, ainda carecem de informações sobre Aids e tratamento, o que contribui para as representações envolvendo o medo e a recusa de fazer o teste:

É, acho que um dos maiores desafios mesmo são ainda essa questão mesmo de quebrar os tabus do medo de descobrir que conviver com Aids, ou seja, viver com Aids, é o fim da história, é o fim da vida, que não tem outra saída, que está condenado, são palavras que muitos usam ainda na questão de não aceitação do teste. (R.29, representante de ONG)

O medo de como seria a partir daquele momento, caso desse um positivo. Porque eu não tinha informação de nada, eu não sabia a quem recorrer [...]. (L. 28, HSH, PVHIV+)

Rapaz, ninguém vai querer fazer esse negócio de teste para saber resultado de HIV rápido, não, as pessoas têm é medo disso, ninguém quer fazer isso, não. (R.37, profissional de saúde municipal)

O medo de como seria a partir daquele momento, caso desse um positivo. Porque eu não tinha informação de nada, eu não sabia a quem recorrer, desamparado de família, sozinho, sem pai, sem mãe, sem irmãos! Então eu não tinha a quem recorrer, era eu e eu! Aí eu tinha um entendimento ainda que se eu pegasse o HIV, e como eu já estava meio doentinho, né, por causa da gripe, eu já estava tendo febre, eu poderia estar tendo alguma coisa mais séria por causa do HIV, eu poderia estar, estar já precisando me internar. (J.H., 21, HSH, PVHIV+)

Não, nem passava pela minha cabeça. Não tinha nem noção. Eu fiquei para mim, guardando para mim aquilo dali, e pensava como era que eu ia fazer isso. Como era que eu ia resolver essa situação [...] hoje eu vejo, se eu tivesse o conhecimento que eu tenho hoje, não teria demorado [...] se eu tivesse demorado mais do que eu demorei, talvez eu teria adoecido. Porque quando eu descobri, eu descobri o meu CD4 estava 192. (M.L. HSH, 44 PVHIV+)

O medo aparece como um desafio associado à testagem. Importante ressaltar que essa afirmação aparece em todas as entrevistas semiestruturadas, na avaliação antropológica rápida e ainda nos registros de campo. Cabe destacar que, em nossos estudos, esse “medo” não está associado ao medo do teste em si (do procedimento de punção digital e da coleta sanguínea que pressupõe furar o dedo), mas, sim, o medo do resultado. Ter que imaginar a possibilidade de integrar a

condição de pessoa vivendo com HIV/Aids como parte da identidade implica sentimentos de conflito e resistência que dificultam a elaboração e capacidade de ir em busca da realização do teste.

O medo associado à possibilidade de realizar o teste está fundamentalmente implicado ao estigma relacionado à Aids, o qual ainda é bastante recorrente, e embora a doença seja uma das mais estudadas no mundo, e com avanços significativos nos conhecimentos científicos sobre transmissão, prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda se vivencia elevada discriminação social ao se descobrir um diagnóstico positivo para o HIV:

Então eu fiquei com bastante medo! Bastante medo, não só do HIV, eu tinha medo de como é que eu vou levar isso agora no trabalho, como é que eu vou contar para o meu chefe, tá entendendo? Como é que, porque eu pensava que todos os remédios tinham que colocar na geladeira, como é que eu vou colocar esse remédio na geladeira, porque eu pensava que se diagnosticava, tinha que começar a tomar logo os remédios. (J. 29, HSH, PVHIV)

O estigma. O medo do resultado. O após o resultado. A questão não é nem o exame, é o medo do resultado, o que vai vir depois do resultado. (E. 26, HSH, PVHIV)

Não perguntei onde fazia o teste pelo próprio medo, medo mesmo das pessoas: “ah, por que tu tá perguntando? Tu tá infectado pelo vírus?” Eu tenho amigos que vivem na, só na sorointerrogatividade (termo utilizado em relação às pessoas que não realizaram o teste após uma possível exposição de risco e não conhecem o seu status sorológico para o HIV), mas porque têm medo de fazer o teste, têm medo de saber que é, porque não sabe como vai lidar com isso. (E. 31, HSH PVHIV+)

Em nossas análises, consideramos que esse processo acaba resultando em um dos maiores desafios na busca pelo diagnóstico oportuno, que pode ser atribuído ao acúmulo de representações distorcidas em torno do que realmente seja maior risco e melhor proteção (SEIDL *et al.*, 2010).

É importante considerar a relação de forma estreita das ideias construídas em torno do estigma com contextos socioculturais específicos, e não em um vácuo social. Segundo Parker e Aggleton (2001), faz-se necessário pensar amplamente nas relações sociais atravessadas pelas categorias de poder e dominação.

O estigma desempenha papel central na produção e reprodução das relações de poder e controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam, de alguma forma, superiores. Em última análise, portanto, estamos falando de desigualdade social.

O contexto do teste associado ao medo tem sido afirmado por pessoas vivendo com HIV, profissionais de saúde e representantes de ONGs — e também por gestores:

As pessoas não se percebem em risco ou têm medo de enfrentar esse resultado. São coisas que faz ele vacilar, dificulta, e não agiliza esse fazer, buscar o teste. É assim que a gente percebe. (G. 56, gestor governo federal)

Se você faz uma campanha em um território, você tem que sensibilizar todo mundo da unidade, porque quando a pessoa chegar “hoje é campanha”, aí sai todo mundo correndo, sai todo mundo com medo. As pessoas não se preparam para o diagnóstico positivo. Porque, sim, as pessoas ainda têm muito medo do teste, do resultado. Já aconteceu problemas assim na Unidade de Saúde. (R. 34, gestora governo municipal)

As pessoas ainda têm medo de fazer o teste. E não vão! (P.39, coordenador de ONG nacional)

As repetições da afirmação em torno do medo associado ao teste apontam para a necessidade de aprofundarmos as interpretações sobre o imaginário social da Aids e o modo como essa dimensão afeta o diagnóstico. As falas desses gestores, profissionais de saúde, ativistas, homens que fazem sexo homens e pessoas vivendo com HIV se coadunam em torno dos aspectos culturais ainda profundamente imbricados na ideia de Aids como morte, culpa e punição (JEOLÁS, 2008). Aspectos esses que são acionados subjetivamente e objetivamente no momento da decisão de se testar.

6.3.2. Percepção de risco

A análise do material relativo à avaliação antropológica rápida demonstrou que os HSH, ao se sentirem em uma situação de exposição ao risco de infecção do HIV, sentem-se motivados a buscar o teste:

Eu decidi fazer o teste porque eu tive relação sem camisinha. Eu não conhecia o cara. Vi ele aquela noite só no bar, então eu não sabia o que ele podia ter e pensei que deveria fazer o teste. (HSH 38, 20 anos)

Eu já tive alguns que eu fiquei e não usei camisinha, mas isso faz tempo, hoje em dia eu não faço mais isso. Mas na época que eu não usei camisinha, eu achei que eu deveria fazer o teste para saber se eu tinha alguma coisa. Mas eu não fiz ainda. (HSH 37, 33 anos)

As falas dos entrevistados apontaram para algumas situações em que, ao se expor a uma situação de risco, sentiram-se incentivados a realizar o teste; no entanto, sensações de medo, a falta de informação sobre onde buscar o serviço e como era o procedimento levaram esses sujeitos a desistir de realizar a busca pelo diagnóstico. Ou a só fazer o teste quando houvesse uma oportunidade e outros incentivos, como a presença de amigos ou a disponibilidade do acesso. Nesse caso, a unidade móvel evidenciou-se como um efetivo instrumento de oportunização do teste nessas situações, conforme já mencionado.

Ao triangular os resultados das três metodologias, pudemos identificar a percepção de risco ora como um incentivo ao teste, ora como limitação.

Pudemos avaliar que as informações sobre a prevenção do HIV, a importância da utilização do preservativo e as formas de contágio estavam presentes na maioria das falas dos HSH entrevistados na AAR. E essas narrativas apareceram como uma motivação significativa para a realização do teste. Ao se perceberem em uma situação de risco após uma exposição sexual, esses sujeitos afirmaram que desejaram fazer o teste. Muitos o fizeram, entretanto afirmaram que tiveram diversas dúvidas sobre o local, receios quanto a possíveis situações de preconceito e medo do resultado.

A principal motivação associada à percepção de risco foi a prática sexual sem o uso do preservativo. Os HSH reconhecem que, ao abrir mão da camisinha, se colocam em uma situação potencial de possibilidade de transmissão do HIV e associaram essas situações à necessidade de realizar o teste:

Eu só fiz o teste porque eu brinquei muito no meu passado. Porque se eu estou curioso com aquilo, vivendo com uma dor, com uma pulga atrás da orelha, eu tenho que saber da verdade. Se você tá plantando um abacaxi, você vai ter que colher abacaxi. Você não pode tá plantando abacaxi e colhendo maçã. (HSH07, 44 – PVHIV+)

Os resultados da triangulação dos dados demonstraram também que, nas entrevistas semiestruturadas, a percepção de risco pode se apresentar de forma diferenciada para a população geral e para os HSH. E, por diversas vezes, constatamos ainda que, para muitos HSH, a percepção de terem experienciado uma situação de risco se apresentou como uma limitação do acesso ao teste.

Nossos resultados apontam que a população em geral não se sente vulnerável ao HIV e que as populações-chave se reconhecem em potencial risco — e essa condição em algumas situações pode incentivar a busca pelo teste; no entanto, esse desejo de se testar só se consolida com a possibilidade de acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

As questões associadas à percepção de si quanto ao risco de infecção para o HIV, historicamente, têm confrontado as ações de prevenção. Um estudo recente sobre testagem para o HIV na população geral de Fortaleza (KERR *et al.*, 2013) mostrou que a maioria das pessoas que nunca realizaram o teste na vida se percebem com pouco ou nenhuma chance de se infectar. Chama atenção o número de pessoas que, mesmo quando passam por uma situação de risco, continuam sem realizar o teste, ou seja, não se percebem em risco (SOARES; BRANDÃO, 2012). Situação essa que também se relaciona ao estigma e ao medo de um possível resultado positivo.

Em um estudo realizado na Europa (MONDER-JACK; NIELSEN *et al.*, 2008), umas das principais barreiras para a não realização do teste foi o fato de os sujeitos pesquisados não se reconhecerem em risco, consoante a parte dos nossos resultados nessa pesquisa.

A percepção de baixo risco tem sido avaliada como um impedimento para fazer o teste. As pessoas têm construído representações de que quando se está em uma parceria fixa e acredita-se na fidelidade do parceiro, acaba se acionando proteções imaginárias (MENDES; LEITE, 1995) para o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. A não percepção de risco também está associada ao medo da discriminação no caso de um resultado positivo. Algumas pesquisas (GAGNON; HOLMES, 2008; HAILE *et al.*, 2007; GRANJEIRO, 2009) também enfatizam uma divergência entre o que os entrevistados acham recomendável — como, por exemplo, concordar que toda vez que tiver um comportamento de risco

deveria se testar, e achar importante fazer o teste periodicamente, no entanto, não o fizeram.

Eu sabia, lógico! Sabia que era importante usar camisinha, mas não usava... Até porque as próprias relações, as primeiras relações que eu tive, foi com amigos de infância, com amigos meus de infância. (L. 29, HSH PVHIV+ ONG)

Nas parcerias fixas, não, quase sempre não usam preservativo. E aí tem o aspecto: por que que não usa? Ou a questão da confiança, a dificuldade da negociação, do parceiro não aceitar. (K. 48, profissional de saúde municipal)

Em nossas investigações, tem se destacado também situações de não percepção do risco nas narrativas tanto de gestores e profissionais de saúde quanto na de representantes de ONGs e pessoas vivendo com HIV, coadunando-se às demais pesquisas que temos encontrado nesta mesma temática: “[...] as pessoas não se sentem em risco” (PS/SMS, 29 anos). “As pessoas esqueceram da Aids” (Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV), 32 anos). “A população não acredita que possa se infectar com o HIV... a Aids está longe das conversas sobre sexo e sexualidade” (Gestora Municipal, 36 anos).

Essa questão tem perpassado principalmente as falas dos representantes de ONGs e PVHIV, no sentido de buscarem estratégias que possam informar melhor a população sobre a transmissão do HIV, sem, no entanto, acionar ainda mais o estigma associado à Aids.

Quanto aos gestores e profissionais de saúde, a não percepção do risco para o HIV é informada como uma barreira recorrente ao teste.

Ou não se percebem em risco, ou o teste não está fácil, não está acessível, porque ele tem que tropeçar no teste, ou não se percebe em risco. (G. 56 anos. Gestor governo federal)

A maioria não se sente sob o risco, raramente chega um que diz: eu estava esperando esse dia, queria muito fazer o teste, vi na televisão e vim fazer porque eu estou com medo. (U. 44. Gestora governo estadual)

Podemos avaliar que os profissionais que organizam a política de Aids e também os que a executam percebem a distância da população, em especial, as populações-chave, em relação à percepção de risco para infecção do HIV. No

entanto, não têm sido descritos meios, estratégias ou ações que possam reduzir as idealizações de uma falsa proteção em relação ao HIV junto à população ao não se identificarem em situação de probabilidade de infecção pelo vírus.

Nesse âmbito, os resultados apontam para uma discussão acerca das representações em torno do risco. Indaga-se aqui o modo como os usuários dos serviços de saúde, bem como os demais interlocutores dessa pesquisa, percebem essa ideia de “risco”. Cabe, nesse aspecto, confrontar as idealizações em torno da Aids, o modo como a educação sexual em saúde e os programas de prevenção têm informado e discutido sobre “risco”.

Nesse sentido, em que medida pode se organizar junto à população o gerenciamento do risco no exercício da sexualidade, sem, no entanto, colocar o outro em uma constante situação de potencial transmissor de doenças? Esse é um contexto de ordem subjetiva que, no entanto, confronta a objetividade das políticas de prevenção do HIV no que tange à disseminação das informações sobre saúde sexual, proteção, sexo seguro, acesso ao teste, medidas de profilaxia, tratamento etc., e o modo como a população acessa ou não essas informações.

Questão essa que nos invoca a compreender as representações em torno da percepção de risco, informação em saúde, prevenção e identificação com a necessidade de realização do teste. E, ainda, de que maneira os gestores e planejadores da política de Aids percebem e têm ou não trabalhado na perspectiva de organizar a oferta do teste, considerando tais questões.

7. DISCUSSÃO

A descoberta do HIV ocorreu em um período em que o controle científico das doenças infecciosas se associava fundamentalmente ao saber biomédico (STONER, 1986). O desconhecimento sobre a doença, sua letalidade e o modo como afetou inicialmente os homens homossexuais alavancou a demanda por organizações coletivas em torno do seu controle (Parker, 2003 e Galvão 2000). A Aids rapidamente evoluiu associada às desigualdades sociais, econômicas e culturais. Essa sinergia de processos em torno de uma pandemia imediatamente necessitou de uma resposta comunitária conjuntamente às políticas de saúde em

todo o mundo.

Esse quadro tem-se revelado atualmente ainda como um desafio para a política de controle do HIV — tal contexto está associado a um histórico dos serviços de saúde no Brasil. Entendemos que para se chegar a alguns apontamentos sobre o acesso ao diagnóstico, faz-se necessário compreender a relação social, política e cultural que se configurou no Brasil entre os usuários e serviços de saúde. Tal análise deve ser associada também ao histórico das políticas de Aids, buscando desse modo reconstruir um panorama geral sobre saúde, prevenção e diagnóstico, focando tais questões principalmente entre as populações mais vulneráveis.

Na terceira década da epidemia de Aids no país, houve um quadro de avanços e retrocessos. Em 34 anos, foram cerca de 790.000 casos registrados, conforme já mencionado. Estima-se que o número de pessoas vivendo com HIV no Brasil que ainda não sabem sua condição sorológica por não ter realizado o teste seja de aproximadamente 255.000 pessoas (UNAIDS, 2014).

Mesmo com números preocupantes, o Brasil apresentou, durante um certo período, no passado, um cenário que podia ser considerado progressivo no enfrentamento da doença, pois buscou sempre garantir o acesso universal ao tratamento para pessoas que vivem com HIV. Mesmo que esse acesso não tenha sido e ainda não seja totalmente efetivado, pois milhares de pessoas com HIV permanecem com dificuldades de se manter em tratamento de forma qualificada (BRASIL, 2014), ainda assim pôde ser considerado um avanço significativo em termos de saúde e direitos humanos. Houve também uma significativa expansão do acesso ao diagnóstico por meio de campanhas que estimulam o conhecimento da condição sorológica nos Centros de Testagem e Aconselhamento, no entanto ainda há diversos desafios que nos interpelam sobre a necessidade de ampliar esse acesso.

Um dos processos mais importantes no caminho da contenção do HIV é o fato de o Brasil ter adotado por muito tempo medidas de prevenção não discriminatórias, nas quais a política de acesso aos insumos preventivos gratuitos, testagem e tratamento devia alcançar a todos qualificada e indistintamente. Sabemos que essas medidas nem sempre são totalmente respeitadas e concretizadas; têm, porém, um aspecto bastante progressista no contexto da

prevenção em âmbito mundial. É importante destacar que esses avanços representam principalmente uma conquista dos movimentos sociais brasileiros e, especialmente, do ativismo de pessoas vivendo com HIV.

Em se tratando especificamente da política de diagnóstico, pode ser avaliado um histórico de características marcantes, em matéria de organização da luta contra Aids — e de ações de prevenção e cuidados. Contudo, pesquisadores, ativistas e responsáveis pela saúde em geral têm constatado, nestes últimos anos, a existência de um acesso desigual ao diagnóstico, o que ocasiona, por conseguinte, o não acesso ao tratamento da doença e a interrupção da cadeia de transmissão. As desigualdades regionais e populacionais no Nordeste levam os HSH, por exemplo, a terem um menor acesso ao teste (FRANCA *et al.*, 2008; KERR; KENDALL, 2013).

Em muitas pesquisas já realizadas, as tentativas de compreender esta situação têm se voltado a enumerar fatores ressaltando somente o comportamento do indivíduo (o medo da estigmatização, o temor de revelar sua condição, entre outros), o que denota as limitações desse tipo de estudo para pensar as complexidades que envolvem a decisão de realizar o teste. Acreditamos que, nesse sentido, é necessário exceder as explicações “monofatoriais” e buscar as associações entre a percepção sobre o HIV e os contextos familiares, culturais, históricos e políticos, a fim de ir além das explicações causais mecânicas (KERR *et al.*, 2011).

A história da Aids tem registrado as contribuições das organizações não governamentais para a prevenção e apoio às pessoas vivendo com HIV. Em nossa pesquisa, os resultados também demonstraram que, para oportunizar o teste, a resposta por meio das ONGs continua sendo eficiente e necessária. Essas organizações estão contribuindo para ampliar o acesso ao teste, a adesão ao tratamento e a redução da carga viral e da transmissão do vírus.

O conhecimento da condição sorológica favorece a qualidade de vida das pessoas que necessitam estar em tratamento pela terapia antirretroviral (TARV) (DOURADO, 2006; GRANJEIRO, 2011). Se realizado de maneira oportuna (quando a contagem de CD4 ainda está maior que 500 células/mm³), diminui a morbidade e a mortalidade das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), melhorando a qualidade e a expectativa de vida (GRINSZTEJN, 2014).

O diagnóstico tardio aumenta a incidência das infecções por HIV e o risco de morte por Aids. O tratamento precoce do HIV por meio da TARV (independentemente da contagem do CD4) (GRANJEIRO, 2011; GRINSZTEJN, 2014) indica a diminuição da mortalidade e a redução da transmissão do vírus. Essas pesquisas interpelam a necessidade de potencializar o acesso ao teste, reduzindo as taxas de detecção tardia e ampliando a integração ao tratamento. Tais medidas podem gerar impacto no aumento da expectativa de vida e contribuir ainda para a prevenção pela infecção do HIV.

Essa pesquisa demonstrou que a participação de ONGs em campanhas de testagem tem um resultado mais efetivo para alcançar as populações-chave mais afetadas pelo HIV/Aids.

O governo brasileiro divulgou, nos últimos dois anos, alguns dados (BRASIL, 2015) que apontaram que um desses projetos de oferta do teste rápido pelas ONGs realizou 28.400 testes no país (a ação ocorreu nas principais capitais brasileiras: Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba, Porto Alegre e Manaus) em um período de 11 meses. A população testada foi: homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, mulheres e homens profissionais do sexo. Os principais resultados destacados nesses relatórios foram: a população que mais buscou o teste foram mulheres profissionais do sexo (18,2%), seguida por HSH e gays (18,1%) — sendo que 46,8% das pessoas testadas realizaram seu primeiro teste nesse projeto.

A maior prevalência de testes positivos para HIV foi entre as travestis (13%); seguidas pelas pessoas transexuais (6,4%); entre os HSH, 4,7%; entre homens profissionais do sexo, 4,5%; entre pessoas que usam drogas, 2,3%; e, finalmente, entre mulheres profissionais do sexo, 1,6% (BRASIL, 2015).

O relatório do governo demonstra que todos os resultados estão acima da prevalência nacional, que é de 0,4%. O que indica o êxito no objetivo do projeto que tem sido alcançar as populações-chave para a epidemia.

Ao avaliar os resultados da nossa pesquisa associada aos dados relativos ao acesso ao teste também do governo brasileiro, podemos constatar as contribuições das ONGs para o enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil. Em se tratando da participação das ONGs para a prevenção e o acesso ao tratamento,

esses fatos têm sido amplamente reportados por pesquisadores diversos (PARKER, 1999; LIMA, 2005; AVRITZER, 2009), sendo, nos últimos anos, um dos fatores fundamentais para um relativo sucesso da resposta brasileira (PARKER, 1999).

No entanto, a contribuição das ONGs para o acesso ao teste especificamente ainda requer mais estudos e avaliações, pois trata-se de uma estratégia exitosa, mas recente no país.

Outro resultado importante das ações de testagem promovidas por essas organizações tem sido a participação de pessoas vivendo com HIV, contribuindo para que aqueles que tiveram resultado positivo no teste possam chegar aos serviços de saúde e aderir melhor à TARV.

Mesmo com esses resultados comprovadamente mais efetivos, as ONGs têm demonstrado utilizar pouco a sua capacidade de incentivo ao teste — e quando o fazem junto ao público que atendem, principalmente os jovens, não sistematizam dados dessas ações. Em nossos estudos, constatamos que não há práticas sistematizadas de monitoramento, avaliação e controle dessas ações.

Esse fator se deve fundamentalmente às dificuldades que as ONGs vêm encontrando na última década para obter financiamento e apoio de modo que, quando há recursos disponíveis, a maioria acaba priorizando as ações de prevenção (ABIA, 2016; PARKER, 2016). Os editais de financiamento de ações para as ONGs, que em geral disponibilizam poucos recursos e requerem muitos resultados, são em geral para financiar atividades relacionadas à prevenção e não contemplam diretamente o diagnóstico do HIV. E mesmo esse apoio para ações de prevenção, que antes advinha do governo e organizações internacionais, está escasso no país, como têm ressaltado os representantes das organizações não governamentais de enfrentamento da Aids:

Mergulhado na pior crise político-econômica experimentada desde a fase pós-democratização, o maior país da América do Sul perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais (PARKER, 2016).

De acordo com nossos resultados, podemos afirmar que as ações de incentivo ao diagnóstico em parcerias com as ONGs devem ser ampliadas de

maneira a oportunizar a testagem, a adesão à TARV e contribuir desse modo para a redução da transmissão do HIV e melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

7.1. Descentralização e políticas de controle do HIV/Aids

Em relação às políticas de diagnóstico e aos profissionais de saúde, os resultados de nossas pesquisas demonstraram que mesmo depois de adotada a política de *test and treatment* (política da prevenção combinada), a partir da meta “90, 90, 90” de 2016, ainda assim as populações-chave que enfrentam as maiores vulnerabilidades para o risco de infecção pelo HIV não acessam o diagnóstico oportuno.

A meta “90, 90, 90” foi proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids e prevê que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral; e 90% das pessoas que recebem tratamento possuam carga viral indetectável e não mais possam transmitir o vírus. A partir da implementação dessa política como pilar da prevenção, do diagnóstico e do tratamento no Brasil, temos como resultado que o percentual de brasileiros vivendo com HIV diagnosticados passou de 80%, em 2012, para 83%, em 2014, apontando para uma ampliação da testagem. E, embora tenhamos esses números que indicam um aumento de indivíduos testados, muitos ainda só procuraram o serviço quando já estão com Aids, de modo que o diagnóstico tem sido tardio, acarretando diversos agravos de saúde.

O teste aumentou! Aumentou! Mas onde aumentou? As pessoas ainda chegam muito tarde no teste, no serviço, a maioria já está doente com Aids. Aí recebem tratamento, têm uma qualidade de vida péssima, já transmitiram o vírus para muitos outros parceiros, principalmente os HSH. Então, o teste aumentou, mas não estamos de fato chegando na população mais vulnerável que são as populações-chave que ainda têm o diagnóstico tardio. (C. 42, Representante de Organização Não Governamental)

Eu quando fui fazer o teste já estava quase sem andar, só fui mesmo para não morrer, porque me levaram, eu já estava com Aids e era grave. E olha, eu sabia muitas coisas, sei sobre HIV e prevenção...

eu nunca me senti a fim mesmo de fazer o teste. Eu achava que ir no posto fazer teste era sempre adiável. Eu não sei por que, mas eu nunca fui mesmo de ir no posto, nem no CTA. Parece que era sempre uma coisa que eu não queria fazer. (L, 29, representante de ONG)

Hoje, com esses aplicativos de celular, tem sexo disponível toda hora com quem você quiser. Ninguém pensa em teste, em camisinha na hora... você vai lá e faz [sexo] ... é muito fácil, tem gay em todo canto. Se eu pegar [HIV] sei lá... aí eu vou ficar doente, né, magro. Aí é ter que fazer o teste, ou morrer mesmo [risos]. (HSH27, 19 anos)

Em diversos estudos já sistematizados pela literatura e em nossas análises, compreendemos que os HSH integram os grupos de maior vulnerabilidade para o HIV/Aids e outras DSTs, sendo que, no Nordeste, têm risco acrescido para a infecção de até 835 vezes em relação aos heterossexuais. Desse modo, constatamos que as afirmações dos gestores e os documentos em torno das prioridades das políticas de testagem e diagnóstico oportuno do HIV não têm, de fato, alcançado as populações-chave.

Ao avaliar juntamente aos representantes de ONGs sobre os dilemas associados às barreiras que poderiam limitar o acesso ao teste, a equação profissionais de saúde + serviços de saúde + HSH e Aids também são ressaltadas e se coadunam para essas limitações do diagnóstico oportuno. Os argumentos são diversos: a falta de sigilo, o despreparo dos profissionais da atenção primária à saúde frente às questões relacionadas ao sexo e à sexualidade, o tratamento hostil dos profissionais para com a população e a não priorização da população que busca o teste.

Os profissionais, eles tinham um certo receio. Existia algumas pessoas, muitos deles, o maior medo de alguns estava mais na questão da entrega do resultado positivo e, por isso, eles não querem incluir o teste nos serviços. (V. 26, profissional de Saúde Municipal)

O medo de entregar o resultado positivo, assim, a dificuldade das pessoas de falarem em sexualidade. Porque realmente isso não faz parte do cotidiano dos serviços, né? [...] fomos ver, então, olha, está aqui o teste, está disponível, vocês estão treinados e tal. Passa o tempo e a gente ia ver que não implantava em muitos serviços. Não implantava, mas por quê? Primeiro a rotatividade da base, que é um drama; segundo, que a gente ia ver, essa dificuldade, assim, que

eram sempre dois argumentos: não temos tempo, como se fosse exigir um tempo muito grande, porque tinha que ter o aconselhamento, aquela coisa, aquela conversa, ou então pelo medo de ter que implantar isso e dar um resultado positivo. (U.44, gestora serviço de saúde Estadual)

Profissional de saúde, enfermeiras, médicos, recepcionista, tudo trata a gente mal, não querem fazer teste, não querem nem olhar na cara da gente. Não fazem, e quando fazem tem sempre, sabe aquele olhar de julgamento do tipo: sabe, você tem Aids porque é gay! (E. 26, Representante de Organização Não Governamental)

Todos esses fatores foram levantados como pontos que afastam as pessoas da decisão de fazer o teste na unidade básica de saúde quando, efetivamente, sentem-se sob risco ou porque desejam se testar. Tal contexto tem demonstrado que quando esses profissionais, muitas vezes, não compreendem que as concepções de saúde, de risco, de necessidade de realização do teste, de conflitos e incertezas associadas à sexualidade envolvem a decisão pela busca do diagnóstico do HIV, suas posturas, enquanto trabalhadores da saúde, têm se configurado como uma significativa barreira para o diagnóstico oportuno e para o controle da propagação da epidemia.

Essas barreiras associadas aos profissionais de saúde estão imbricadas aos processos relacionados à descentralização das políticas de saúde e, mais especificamente, do HIV/Aids.

O modo como a descentralização tem sido conduzida no país invoca também o debate em torno da relação entre Governo Federal e município. A Constituição define um panorama dos fundos de participação que aumentou a quantidade de municípios no Brasil; atualmente, temos 47% com menos de 10 mil habitantes (BRASIL, 2014) com baixa capacidade de gestão para se organizar em torno do que preconizou a reforma sanitária e a organização dos serviços de saúde — como, por exemplo, a formação técnica dos profissionais de saúde.

Anteriormente à reforma e à descentralização, o Ministério da Saúde era o responsável total pelas ações coletivas e pela saúde pública. Podemos considerar que a descentralização proporcionou vários avanços no sentido de conferir autonomia aos municípios e à gestão dos recursos conforme suas necessidades. O SUS se constitui por meio dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, de modo que a descentralização se conformou como uma das diretrizes

para garantir a efetividade desses princípios. Entretanto, por outro lado, também oportunizou o clientelismo e a alocação de recursos com um viés de interesse eleitoral com intenções de manutenção dos poderes políticos e econômicos.

Nesse cenário, podemos ressaltar, assim como em outros estudos (TERTO; PIMENTA, 2011; GRANJEIRO, 2010; PARKER, 2016), a importância de uma discussão sobre a descentralização e as políticas de Aids em relação aos seus aspectos que constituem tanto os avanços quanto as limitações. É possível destacar como importantes avanços, por exemplo, a possibilidade de participação da sociedade civil, por meio dos conselhos no planejamento da utilização dos recursos de acordo com as realidades locais, bem como os aspectos negativos associados ao clientelismo ainda presente nos serviços de saúde que afetam diretamente as decisões da oferta de serviços. Em se tratando da epidemia de Aids, a qual historicamente tem sido associada a diversos preconceitos de fundo religioso engendrados nos aspectos culturais, a decisão pelo modo como os serviços irão se organizar tem sido afetada de forma negativa. Em muitas ocasiões, há consequências no exercício do direito à saúde, principalmente das populações-chave, as quais encontram maiores dificuldades de acessar os serviços devido a essas situações de preconceito alicerçadas, por diversas vezes, nas crenças dos gestores e profissionais de saúde.

Outra questão importante que podemos levantar a partir dos nossos resultados relativos à descentralização tem sido a participação dos movimentos sociais no processo administrativo. Estamos vivenciando um período da democracia brasileira que teve início ainda em 2012, com aprofundamentos significativos em 2016, em que se faz cada vez mais necessária a representação política da sociedade. No entanto, cada vez mais tem se evidenciado a redução e limitação dessa participação nos espaços decisórios.

Ao refletimos sobre essas questões, podemos ampliar o debate em torno da necessidade de qualificar a descentralização das políticas de saúde e especificamente do controle do HIV/Aids. O que se busca, de um modo geral, é a organização de um sistema de saúde que atenda às demandas locais, no entanto, os desafios são imensos diante de um país onde 70% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Granjeiro ainda traz uma importante discussão sobre as participações das ONGs nesse processo. A nossa pesquisa aponta para a efetividade da oferta do teste e o alcance das populações-chave para a epidemia por meio de ações de testagem realizadas por essas organizações. No entanto, cada vez mais os recursos de apoio a projetos de ONG têm sido limitados (PARKER *et al.*, 2016).

A descentralização acabou aprofundando a redução dos valores repassados para as ONGs, enfraquecendo, assim, as ações de controle social (GRANJEIRO, 2010). A resposta à epidemia de Aids no Brasil pode ser compreendida como marcada por importantes atuações das ONGs nas últimas três décadas, no entanto, os incentivos financeiros para a atuação dessas ONGs se deram fundamentalmente por meio de projetos apoiados, em sua grande maioria, pelo Governo Federal e instituições internacionais.

Desse modo, podemos considerar que um aprofundamento das discussões e pactuações em torno da operacionalização da política em âmbito local, fundamentalmente a capacitação dos técnicos e gestores, tem sido fundamental para qualificar o processo de descentralização (TERTO; PIMENTA, 2011), o que tem se colocado também como um grande desafio.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões aqui levantadas entorno dos resultados dessa pesquisa apontam para os dilemas associados à descentralização da política de Aids no Brasil. As principais dificuldades identificadas para oportunizar o acesso ao teste, pactuado nas instâncias do SUS, referem-se à falta de quadros profissionais preparados para o atendimento à população e à realização do diagnóstico do HIV. O incentivo para DST/Aids, instituído pelo Ministério da Saúde, intensificou o processo de descentralização, transferindo poder decisório para o Estado e para os municípios, aperfeiçoando a gestão das políticas públicas em DST/Aids. Todavia, a oferta do teste precisa ser qualificada, priorizando-se, principalmente, os municípios novos que ingressaram no sistema fundo-a-fundo.

Podemos considerar que a política de saúde tem sido formalmente baseada em dados epidemiológicos e novas descobertas científicas. No entanto, em relação

ao HIV/Aids, as técnicas, os projetos, os protocolos, as elaborações e a execução de normas e processos requerem, ainda, um entendimento fundamental acerca dos aspectos culturais que envolvem a doença.

A política de Aids e de prevenção no Brasil, nos últimos anos, tem encontrado diversos desafios que comprometem o controle mais eficaz da propagação da doença, considerando a proposta de descentralização em um país de proporções continentais e culturalmente diverso na sua relação com o processo saúde-doença. E, ainda, os desafios da última década, que se acentuaram neste ano de 2016 após a mudança de governo em âmbito federal e que têm afetado as ações de prevenção e incentivo ao diagnóstico do HIV.

Neste último período temos constatado os desafios da qualificação e ampliação dos serviços de saúde associados à atual política brasileira envolvida em um viés conservador advindo de muitos representantes das igrejas nos espaços decisórios que acabam por comprometer a oferta do teste e o acesso aos serviços de saúde livre de preconceitos. Questões essas que ainda merecem mais reflexões e abordagens.

REFERÊNCIAS

Agência de Notícias da Aids: *Aids 2016: ABIA lança publicação com ênfase em retrocesso da resposta brasileira ao HIV*. São Paulo, Brasil, 2016. Disponível em: <acesso em outubro de 2016. >

AMOS, Sílvia. *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2004, vol.9, n.4

AVRITZER L. **Participatory Institutions in Democratic Brazil**. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: BARBOSA, R. M.; BASTOS, F. I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BENTLEY, M; CAULFIELD, L; TORUN, B; SCHROEDER, D; HURTADO, E. **Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala**. FASEB J, 1988.

BERKMAN A, GARCIA J, MUÑOZ-LABOY M, et al. **A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries**. Am J Public Health.2005;95(7):1162–1172.

BEYRER, C; BARAL, SD; WALKER, D; WIRTZ, A. L.; JOHNS, B; SIFAKIS, F. **The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency**. Epidemiol Rev, 2010, 32:137–151.

BRANSON *et al.* **Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health care settings**. MMWR Recomm Rep, 55 (RR-14): 1-17.

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

BRASIL. **O plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DSTs entre gays, homens que fazem sexo com homem (HSH) e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **PCAP 2010: taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política brasileira de enfrentamento da Aids: resultados, avanços e perspectivas**. Brasília: Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde**. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde**. Departamento Nacional de DSTs, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório: resultados do “Viva Melhor Sabendo”. Seminário em Brasília que apresentou os números da estratégia que promove testagem de fluido oral entre populações vulneráveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/resultados-do-viva-melhor-sabendo-confirmam-sucesso-do-primeiro-ano-do-programa>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

BRITO AM, KENDALL C, KERR L, et al. **Factors Associated with Low Levels of HIV Testing among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Brazil**. Newman PA, ed. PLoS ONE.2015.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever*. Revista de Antropologia (USP), vol. 39, nº 1, São Paulo, 1996.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. *Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, suppl.1, p. 1216-1226, 2010.

CASTRO, C.; PEDROSA, F. (Orgs.) **Juventudes homossexuais e sexualidades: comportamentos e práticas**. Fortaleza: GRAB, 2008.

CHIOU P, Lin LC, CHEN YM, WU SC, LEW-TING CY, YEN HW, et al. **The Effects of Early Multiple-Time PN Counseling on Newly HIV-Diagnosed Men Who Have Sex with Men in Taiwan**. AIDS and Behavior. 2015;19(10):1773-81

CHOPRA M, KENDALL C, Hill Z, SCHAAY N, NKONKI LL, Doherty TM. **'Nothing new': responses to the introduction of antiretroviral drugs in South Africa**. AIDS. 2006 20(15):1975-7.

CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2006. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

DIAS, Sónia et al. **Utilização de serviços de saúde relacionados com a infecção VIH por parte de homens gays: acesso a informação, prevenção e teste**. Psicologia [online]. 2012, vol.26, n.1.

DOURADO I, VERAS MA de SM, BARREIRA D, et al. **Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral**. Rev. Saúde Pública. 2006; 40 suppl.: 9–17.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico/Fortaleza: Aids e Sífilis**, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Vol. 1. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, L. **Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005**. Rev Saúde Pública, v. 42, suppl 1, p. 84-97, 2008.

GALVÃO J. **As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS**. In: Parker R, ed. *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro, Brazil: ABIA; 1997:67–108

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil**. São Paulo: Editora 34; Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GLASER, G., STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GLOBAL REPORT: *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2016*. Consulted on <http://www.unaids.org/en/>

GOFFMAN, E. **Estigma**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010** [Internet]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010 Acesso em: 29 mar. 2014.

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY. XX International Aids Conference, 2014. Washington DC, USA. Evaluation Report. 2014.

JODELET, D. (Orgs). **AIDS e representação sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998.

JÖNSSON, C., & SÖDERHOLM, P. (1995). **IGO-NGO relations and HIV/AIDS: Innovation or stalemate**. Third World Quarterly, 16, 459–476.

KENDALL, C. et al. **The construction of risk in aids control programs: theoretical bases and popular responses**. In: PARKER, R.; GAGNON, J. (Eds.). *Conceiving Sexuality: approaches to sex research in a post modern world*. New York: Routledge, 1995.

KENDALL, C. et al. **Understanding pregnancy in a population of young African American women in New Orleans: results of qualitative research**. Elsevier (Amsterdam). v. 60, p. 297-311, 2005.

KENDALL, C. et al. **An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men**. Fortaleza, Brazil. *Aids and Behavior*, v. 12, p. 97-104, 2008.

KERR, L. R. **Avaliação de comportamento de populações vulneráveis**: propostas de monitoramento. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2011.

KERR, *et al.* **HIV among MSM in a large middle-income country**. New York, **AIDS**, Vol. 27, n. 3, 2013.

LIMA, NT (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: 2005.

MANN, Jonathan (ORG). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. *Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online], vol. 36, n. 2, 2014.

MATTOS, R. *et al.* **World Bank strategies and the response to AIDS in Brazil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. 20 p. (Coleção ABIA. Políticas Públicas e AIDS, vol. 1).

MENDÈS-LEITE, R. **Identité et altérité – Protections imaginaires et symboliques face au sida**. Gradhiva, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MOATTI J. P. *et al.* **Economics of Aids and access to HIV/Aids care in developing countries**. Issues and challenge. Paris: ANRS, 2003.

NEEDLE, R. H. *et al.* *Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions*. *Am. J. Public Health*, 2003; 93 (6):970-9.

PAIVA, V. **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 1992.

PALELLA FJ Jr., DELORIA-KNOLL M, CHMIEL JS, MOORMAN AC, WOOD KC, GREENBERG AE, HOLMBERG SD., 2003, *Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strat*”, *Ann Intern Med*, 138 : 620–626

PALELLA, F. J. *et al.* *Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strat*. *Ann Intern Med*, 138, p. 620-626, 2003.

PARKER RG. *Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-up on Health Systems in Brazil*. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999). 2009; 52(Suppl 1):S49-S51.

PARKER, R. G.; CAMARGO, K. R. **Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, vol.16, suppl. 1, p.89-102, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001. (Coleção ABIA. Cadernos de cidadania e direitos humanos).

PARKER, R. *et al.* **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e aids em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

PARKER, R. *et al.* *Mitos vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016*. ABIA, Rio de Janeiro, Brasil, 2016. Disponível em: <acesso em outubro de 2016. >

PATTON MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. Second ed. Newbury Park: Sage Publications; 1991.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

PERES, C.; BLESSA, C.; PAIVA, V. **Jovens e adolescentes em tempos de Aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção**. *Psicologia USP*, 2009.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Global AIDS Response Progress Reporting 2015**. Geneva; 2015.

SEIDL, E. M. F. *et al.* *Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/Aids: um estudo exploratório sobre preconceito*. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.

SHILTS R. **And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic**. Saint Martin's Press; 1987

SOARES, P.; BRANDAO, E. *O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional*. 1999-2011. *Saúde soc.* [online], vol. 21, 2012.

STONER, B.P. *Understanding medical systems: Traditional, modern, and syncretic health care alternatives in medically pluralistic societies*. *Med. Anthropol. Quart.* 1986;17:44-48

TERTO JR., Veriano. *Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS*. *Horiz. antropol.* [Online]. 2002, vol.8, n.17

THEICHLER, P. **Aids, homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification**. In: AIDS: CULTURAL ANALYSIS, CULTURAL ACTIVISM. Cambridge: 1988. p.31-70.

TRAVASSOS C. *et al.* *Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003*. Ciência e Saúde Coletiva, 2006, p. 975-986.

TROTTER RT, NEEDLE RH, GOOSBY E, BATES C, SINGER M. **A methodological model for rapid assessment, response, and evaluation**: the RARE program in public health. Field Methods. 2001 13 (2):137-59.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. 3. ed. Brasília: Editora UnB, 1972.

ANEXO A – ENSAIO DE UM BREVE RELATO SOBRE O ACOMPANHAMENTO DE UM JOVEM AO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CARLOS RIBEIRO PARA REALIZAR O TESTE DE DIAGNÓSTICO PARA O HIV.

Sexta-feira, 2012, 14 horas da tarde aproximadamente no centro da cidade de Fortaleza – Ceará. Estávamos eu e um amigo conversando próximo ao mercado São Sebastião (mercado de venda de frutas, legumes, carnes, frios e artesanato, tradicional na cidade de Fortaleza), repleto de pessoas comprando coisas diversas em meio a alimentos, restos de resíduos de frutas, legumes e verduras jogados ao chão e misturados ao lixo, em um piso cinzento que aglutinava a possível ausência de água e limpeza ao longo dos anos. Em meio a esse ambiente, sentíamos o cheiro das refeições que lá eram servidas e feitas recentemente.

Podemos dizer que esse é um lugar bastante frequentado por pessoas diversas em busca de uma refeição tida como “tradicional do Ceará”, tais como: buchada de bode, carneiro, língua de vaca etc. Tínhamos ido tomar um sorvete juntos, eu trabalhava próximo a esse local e ele queria me falar sobre algo importante. A tarde estava quente e o cheiro de frutas envelhecidas, peixes (nesse lugar também havia muitas peixarias) e a fumaça dos carros se misturava ao ambiente barulhento e confuso daquela região do centro.

Ele, Léo (nome fictício para preservar sua identidade), um amigo mais jovem, 18 anos, morava em uma região empobrecida da cidade, uma das mais violentas, o bairro Siqueira. Terminou o ensino médio, tentava cursar a faculdade em uma instituição particular, trancara novamente sua matrícula por falta de dinheiro para pagar a mensalidade, cursava administração.

Léo era sempre muito simpático e amável com todo mundo, se identificava como gay, já pensou em se travestir, depois desistiu porque achava que o mundo era muito cruel com homens vestidos de mulheres. Mesmo assim colocou silicone industrial nos glúteos, queria parecer mais atraente! O risco do uso do silicone industrial é grande, pesquisas diversas feitas sobre esse tema já evidenciaram que tal intervenção pode ocasionar diversos agravos de saúde, como o deslocamento do silicone para os membros inferiores e infecções, podendo levar a óbito. Ainda assim, muitos jovens fazem uso desse material para modelar o corpo, o qual tem um custo bem mais baixo em relação ao silicone que é utilizado em procedimento hospitalares autorizados pelos conselhos de Medicina. A inserção do silicone de forma caseira ou amadora é geralmente realizada por mulheres identificadas como bombadeiras, as quais cobram um valor bem mais baixo do que o cobrado por médicos cirurgiões plásticos para aplicar o silicone adequado à cirurgia na pele.

Em meio ao sorvete, ele me relatou que precisava da minha ajuda porque confiava em mim, pois se tratava de um assunto íntimo e difícil para ele. Eu me dispus em situação de apoio, buscando ser amigável e solícita, já imaginava do que se tratava. Então ele me pediu que eu o acompanhasse ao Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, pois estava “precisando” fazer o teste de HIV. Eu aceitei e disse que, claro, iria.

Voltamos ao local onde eu trabalhava, peguei minha bolsa e chamei um táxi, tentei fazer tudo o mais próximo do que podemos chamar de “natural”, procurando não demonstrar preocupação, receio ou curiosidade. Como atuava já há algum tempo em trabalhos relacionados à prevenção do HIV/Aids, já estava um pouco habituada às indagações dos jovens acerca de sua sorologia e também já conhecia o CTA. Por isso, ele se sentiu à vontade para pedir minha companhia nesse momento, construímos — ao longo de alguns encontros em atividades para jovens — uma certa proximidade, então ele se sentia à vontade para conversar comigo sobre sexualidade, identidade, desafios da vivência homossexual etc.

Entramos, então, no táxi e fomos até o Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro/CTA, que fica localizado no bairro Jacarecanga, no município de Fortaleza, sob a abrangência administrativa da Secretaria Executiva Regional I (SER I). Para caracterizar administrativamente o CTA, é importante dizer que esse é o único serviço de saúde, na cidade de Fortaleza, que disponibiliza testagem e aconselhamento rápido com entrega do resultado em até 45 minutos após a coleta do sangue, seguindo o modelo de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde, principalmente com relação ao item demanda espontânea pelo teste.

Esses Centros realizam atendimento à população com idade acima de 12 anos, garantindo sigilo, anonimato e teste voluntário para HIV, Sífilis e hepatites virais. Adotam os seguintes procedimentos, sob orientação do Departamento Nacional de DST/Aids e hepatites virais DN: realização diária de aconselhamento coletivo pré-teste, em horários pré-estabelecidos e de conhecimento público; realização de exames anti-HIV, Sífilis e Hepatite, cujo pré-requisito é a manifestação da vontade pessoal, a participação no aconselhamento coletivo e a concordância com a entrega de resultado em aconselhamento individual pós-teste.

O aconselhamento nos CTAs é uma estratégia de prevenção que prioriza o diálogo coletivo, ressaltando alguns temas como transmissão, testagem, biossegurança, aspectos éticos, legais e as práticas de sexo protegido.

Desse modo, os profissionais são orientados a não reproduzirem discursos imbuídos de valores e moral que ressaltam os preconceitos de gênero, classe, idade e orientação sexual.

Algo que em minha avaliação tem sido respeitado (no CTA), pois nas diversas vezes em que participei do processo de aconselhamento coletivo com diferentes profissionais que atuam neste serviço, tais como assistentes sociais e enfermeiras, pude observar que o diálogo sempre priorizava um discurso livre de preconceitos, buscando situar todos nas mesmas possibilidades de exposição ao HIV, relacionando tal fator às práticas sexuais e não ao comportamento ou identidade sexual. O que de certa forma contribui para que as pessoas se sintam à vontade para ouvir e falar, em certa medida, sobre suas dúvidas — principalmente homossexuais, travestis e profissionais do sexo que, de acordo com os relatos coletados em algumas entrevistas que pude fazer com os profissionais que trabalham no CTA, são o grupo que mais frequenta esse serviço.

Chegamos à Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde se encontra o local de realização do teste (O CTA está instalado no lado externo de uma UAPS). Passamos por dois corredores em um ambiente simples, piso branco obscurecido pelo tempo, paredes brancas com detalhes em verde claro, portas, muitas! Todas fechadas, algumas tinham um cartaz pequeno, uma meia folha de papel ofício indicando a especialidade médica. Muitas mães, crianças e bebês em seus colos, algumas choravam, outras sorriam. Muitas mulheres sentadas nas poucas cadeiras disponíveis encostadas nas paredes das salas, um pouco mais amplas do que os corredores destinados à espera pelo atendimento, com médicos, enfermeiras ou para imunização. Na entrada também havia uma fila para a farmácia, onde se distribuía os medicamentos prescritos pelos médicos.

Caminhamos por esses corredores, Léo estava ansioso, inquieto e tenso, sentimentos recorrentes para muitas pessoas em um momento como esse. Saímos da UAPS e passamos por um corredor a céu aberto com um jardim em volta, poucas flores, muita areia, mas limpo, aparentado ter recebido recentemente os cuidados de um jardineiro. Em meio ao jardim, uma árvore — o único lugar onde se avistava uma sombra e, em volta, uma árvore e um banco em formato circular, vazio.

Cruzamos o jardim e chegamos à porta de entrada, uma placa pequena em alumínio já envelhecida nos recebia: Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro. Eu falei com a recepcionista, tentando aliviar a tensão dele, disse que queríamos fazer o teste para HIV. Ela pediu que preenchêssemos um papel, em que não era necessário colocar o nome, somente idade, sexo e outras informações que não identificavam diretamente a pessoa.

Pedimos teste para HIV e Sífilis, ela explicou que o HIV saía na hora, mas o de sífilis

tinha que retornar para buscar vinte dias depois. Entregou-nos um papel pequeno com um número escrito e disse que era a senha — e que aguardássemos.

Ele me olhou por diversas vezes como se buscasse uma certeza em meu rosto, e eu tentava devolver o olhar de forma tranquilizadora. Na entrada, um corredor de aproximadamente três metros de largura acomodava dois bancos de cimento, um em cada lateral da parede. E em meio aos bancos, duas portas de um lado e uma do outro. No final do corredor, uma porta aberta com uma bancada, onde se viam alguns papéis, gazes e materiais de laboratório, pranchetas, álcool etc.

Sentamos no banco, onde também haviam sentado dois homens jovens de aproximadamente 25 anos cada um, e uma mulher de 40 anos, aparentemente. Um clima nada confortável, silêncio, só ouvíamos os barulhos das portas fechando e abrindo.

Após uns 10 minutos de nossa chagada, uma profissional de saúde loira, simpática, olhos claros, alta e com sorriso acolhedor convida a todos que estavam sentados para entrar em uma das salas. Sala pequena, acomodava 7 cadeiras em círculo, havia uma televisão desligada e vários cartazes encadernados junto com muitas imagens de doenças sexualmente transmissíveis, pênis, vaginas, ânus, mãos, bocas e pés com cortes, ferimentos, secreções, vermelhidões, sinais de infecção etc.

Sentamos, a sala não era muito iluminada, cadeiras de plástico brancas, parede pintada de rosa claro, piso esverdeado. Ela começa então a conversar, tranquilizando a todos e informando que aquele era um ambiente sigiloso onde iríamos receber informações sobre sexo seguro, transmissão do HIV e outras DSTs — e reforçou que todos ficassem à vontade para tirar suas dúvidas.

Ela falou por aproximadamente 10 minutos, deu orientações sobre o uso do preservativo, sexo protegido, imunização para hepatite e o tratamento antirretroviral para pessoas vivendo com HIV, reforçou as informações sobre a vivência com HIV e sobre como isso tinha mudado e hoje as pessoas viviam melhor. Enfatizou também a importância da prevenção positiva e falou um pouco sobre preconceito. Finalizou informando novamente o sigilo e que a entrega dos resultados era individual.

Um dos jovens perguntou sobre hepatite e a vacina e a mulher perguntou sobre fidelidade e proteção — penso que ela desejava partilhar um desabafo, onde afirmava que acreditava que a crença na fidelidade e no casamento não significava proteção para o HIV.

Léo nada falava, apenas observava o ambiente, olhava para mim e apertava as mãos

uma na outra. Terminada a conversa coletiva, a profissional que então se apresentara como assistente social sorriu e pediu que aguardássemos no banco no corredor do lado de fora da sala, porque a enfermeira iria chamar todos, um por vez, por meio da senha que recebemos ao preencher o papel na entrada, para então seguirmos para a coleta sanguínea.

Voltamos para o banco, eu disse ao Léo que eu não iria fazer o teste, iria só acompanhá-lo, não estava me sentindo à vontade para fazer teste, pois não queria gerar nele uma tensão da possibilidade de comparar nossos testes e também não era algo que eu desejava fazer naquele momento — a tensão do ambiente também se replicara em mim, inevitavelmente!

Já estive no CTA diversas vezes, mas quando me vejo na situação de usuária e não de pesquisadora, me sinto muito próxima de meus interlocutores: receios, angústias, tensão, dúvidas são sentimentos que adentram o ambiente e parecem nos emaranhar em uma sensação de medo e recusa. Recusa em fazer o teste, recusa em se ver naquele ambiente onde o modelo biomédico das intervenções terapêuticas se fazia tão concreto e intenso. Ambiente este onde uma gota de sangue em uma haste de plástico podem mudar o curso da vida, da identidade, da sexualidade, das crenças, dos valores, do modo como após decidir ir em busca de sanar a dúvida — positivo ou negativo —, a realidade parece transformar-se de maneira irreversível, incurável... caso o resultado seja positivo.

Da porta no final do corredor, a enfermeira vai chamando os números: 33, e em seguida 34... o do Léo era o 36. O ambiente parecia encolher a cada número que ela chamava, os rostos silenciosos olhavam para o chão, para as paredes, pareciam procurar se fixar em algo. Na parede desse corredor nenhum cartaz, nada que interrompesse a parede fria e distinta, aprofundando a sobriedade do lugar. A atendente na recepção lia uma revista de cabeça baixa, parecia não fazer parte do ambiente, as roupas comuns, sem o tradicional jaleco branco a invocar o controle sobre a saúde e a doença e invocar o biopoder não encenava a bancada onde ela estava.

A enfermeira sai e vem andando pelo corredor, ela não era muito alta, aproximadamente uns 90 quilos, cabelos lisos nos ombros, com aparentemente 45 anos. Usava calça jeans, blusa preta, jaleco branco e um crucifixo de aproximadamente 8 centímetros em um cordão pendurado sob sua blusa preta brilhava com minúsculos cristais. Ela caminha e diz: “— 35”. Léo olha para mim e diz: “sou eu o próximo”... — e eu seguro as mãos dele: “vamos lá, vamos até o fim, vou ficar te esperando”, vou intervindo em sua

angústia com falas de estímulo. O corredor parecia ainda menor em meio ao silêncio, o tempo parecia não passar, enquanto o sol do lado de fora parecia ter congelado as plantas naquele cenário que queria ser tranquilizador, mas parecia na verdade acomodar as dúvidas e reflexões que se traduziam em *positivo ou negativo*, estampadas nas pessoas ali sentadas.

“Trinta e seis” — avisa a enfermeira; eu disse: “vá, eu espero aqui”. Alguns minutos depois ele volta, vamos aguardar o resultado. Aproximadamente 10 minutos de uma espera que parecia nos estagnar naquele banco — eu não sabia o que dizer e nem ele, apenas olhávamos as plantas, a parede vazia, o chão limpo e a atendente a ler a revista. As portas abrem e fecham, a enfermeira circula com uma espécie de bandeja de plástico, carregando o material do teste e papéis. Então ela entra em uma das salas, atrás dela entra a assistente social, a porta fecha. Silêncio por alguns minutos, o sol se pondo lá fora e o ambiente ficando mais frio e mais acolhedor (temperatura mais agradável). A porta abre, a enfermeira chama: “36, pode entrar”. Eu digo: “vá, estou lhe esperando”. Continuo olhando a parede e pensando o que vou dizer, como devo agir... o que sentem essas pessoas nesse momento?

Aproximadamente 8 minutos depois a porta abre, ele sai com um papel na mão, olhando para baixo, e me chama: “vamos!”. Eu caminho até ele, que vai em direção ao jardim. Ele cruza a porta, caminha pelo jardim e para perto da grande árvore que havia lá fora. Parado, ele sobe o olhar em meio à sombra da árvore, o ambiente parecia estar sob uma neblina de sentimentos confusos na aflição de uma espera que não era minha, mas agora também era, e com os olhos molhados ele segura minha mão e diz: “você já sabe, né?”.

Momentos de tensão, lamento, indignação, impotência, transformação... difícil descrever o que sentimos ao partilhar com os amigos o momento do teste — esse não foi o único, já estive nessa situação algumas vezes. É sempre uma jornada difícil, desafiadora: pesquisa, amizade, informação, querer conhecer a situação, analisar a realidade e compreender o trajeto de um vírus que persiste! Tudo se mistura e engendra um misto de lamento, interpelações e desejo de transformação. Relatar as incursões ao CTA, seja em situação de pesquisa ou acompanhando alguém para fazer o teste, envolve os limites e as possibilidades de pesquisar uma doença que traz consigo uma carga profunda de estigmas, incertezas e receios. Ao analisar dados dos registros do campo, todo esse processo me interpela a pensar sobre o fazer etnográfico, a observação participante, o ativismo social, a neutralidade e a objetividade da pesquisa. Questões que vão costurando essa imersão no trabalho de campo, esse trajeto desafiador que tem sido a pesquisa em Aids.

ANEXO B - Política de diagnóstico de infecção pelo HIV/ Aids: respostas institucionais em Fortaleza - Ceará

Conjunto de Guias de investigação para realização de entrevista semiestruturada: respostas institucionais

Esse material foi elaborado pela equipe de coordenadores da pesquisa ('Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales - ANRS) e revisado pelos coordenadores no Brasil (Universidade Federal do Ceará) e nos Estados Unidos da América (Tulane University). Essas orientações foram escritas originariamente em francês e traduzidas e adaptadas para o português. A partir dessas orientações a equipe de pesquisadores dessas três instituições se reuniram duas vezes pessoalmente com os pesquisadores em campo no Brasil, e diversas vezes por Skype de modo a orientar, planejar e acompanhar a execução da coleta de dados. Essas guias de orientações foram adaptadas pelas pesquisadoras em campo em roteiros de entrevistas semiestruturadas.

Essa tese de doutorado apresenta os resultados de parte da pesquisa em geral conforme relatado na metodologia deste trabalho.

Tabela geral

| Módulos | Objeto do módulo | Guias/públicos alvos | Organização do trabalho |
|----------------|---|--|---|
| 1 | Políticas e práticas das ONGs/associações e das instituições (federias, estaduais e municipais) na área da testagem | G1 Guia ONGs/associações G2 Guia ONGs/associações/Lideranças Guia instituições federais, estaduais e municipais | Camila Direção Laetitia Coordenação Yves |
| 1 e 3 | Políticas e práticas nos centros de testagem e centros de saúde | G3 Guia responsáveis das estruturas/unidades oficiais de testagem e acompanhamento – Gestores/as G4 Guia profissionais das estruturas/unidades de testagem – profissionais de saúde | Camila e Denise Direção Laetitia e Laurent Coordenação Yves |

Recomendações gerais

Algumas recomendações específicas são colocadas no início das Guias referidas.

Pré-requisitos absolutos às entrevistas: obter a autorização da pessoa para conversar com ela e a autorização de gravar a entrevista e assinatura do TCLE.

Tratar a pessoa com respeito máximo, acatar o ritmo e a forma de expressar-se. A pesquisadora deve desenvolver uma postura compreensiva.

As guias são apenas um instrumento para favorecer o diálogo. As entrevistas podem ser orientadas por roteiros semiestruturados para a execução das entrevistas. As conversas, os assuntos abordados podem transbordar os itens das guias uma vez que têm ligação ao tema da pesquisa. A pesquisadora deve adaptar as questões e o modo de perguntar em função do contexto e da pessoa entrevistada.

Os detalhes são importantes, às vezes mais do que as respostas gerais e/ou abstratas.

Além de administrar e gravar as entrevistas, é também importante no decorrer desta operação — ou depois —, redigir anotações a respeito do contexto da conversa, do quadro físico, do comportamento, da atitude do/da entrevistado/a.

As guias não impõem uma ordem de passagem das questões/dos itens. O desenrolar das entrevistas dependem menos da lógica aparente da guia e mais da interação com a pessoa entrevistada e da vontade ou da capacidade dela de abordar num dado momento determinados assuntos.

Verificar junto à pessoa entrevistada a possibilidade de reencontrá-la.

Depois das primeiras entrevistas (por exemplo, após 5) elaborar um levantamento sobre as eventuais dificuldades e sugerir modificações nas guias.

Recomendações vinculadas às guias G1, G2, G3 e G4 (respostas institucionais)

A pesquisa tratará as respostas institucionais tanto das ONGs quanto das diversas instituições federais, estaduais e municipais coordenadoras dos programas de controle da epidemia do HIV/Aids no Brasil e em Fortaleza e em Brasília, possivelmente em outras capitais brasileiras. A abordagem desenvolvida, de tipo antropológico, será baseada sobre uma investigação aprofundada das estratégias dos atores participando da luta contra o HIV/Aids e dos processos decisórios que eles definem.

Ela dirá respeito às interrogações e será dedicada às populações vinculadas aos serviços de saúde e organizações não governamentais buscando compreender suas concepções e práticas institucionais.

Dois níveis de inquérito serão destacados:

- O primeiro nível se referirá aos processos de elaboração das ações que dizem respeito ao acesso ao teste pelas populações-chave;
- O segundo nível será dedicado à colocação em prática destas ações em Fortaleza.

Para isso, em cada nível, serão realizadas entrevistas com os responsáveis dos programas de ações, colaboradores e outros membros das equipes — dos mais “políticos” até os mais ativos nos territórios dos serviços de realização de testagem.

Os dados assim coletados no que tange à gênese, filosofia e avanços das ações, serão cruzados com:

- As informações oriundas da exploração dos documentos disponíveis (publicados e não publicados);
- As observações e anotações dos pesquisadores na ocasião das reuniões onde estas ações serão discutidas;
- O acompanhamento, pelo meio de observações e entrevistas, de algumas destas ações, tanto do lado dos agentes profissionais das instituições estudadas quanto dos beneficiários das mesmas ações.

G1 Guia de orientação para entrevistas com representantes de organizações não governamentais (ONGs) (Diretrizes para todos os entrevistados)

Recomendação:

Não esquecer de explorar, além das entrevistas, também os dados e as informações dos relatórios de atividades destas organizações.

Histórico do movimento no qual a ONG se integra

Síntese deste histórico: quem, quando, quais meios materiais, financeiros e humanos, quais interesses, quais camadas sociais são representadas nestas ONGs, por que a criação destas?

Há especificidades deste panorama geral em Fortaleza?

Qual a importância e o papel do universo do associativismo no movimento social brasileiro?

Associações e ONGs envolvidas no enfrentamento da epidemia de Aids em Fortaleza

As características: quem, quando, quais meios materiais, financeiros e humanos, quais interesses, quais camadas sociais são representadas nestas associações e ONGs, por que a criação destas?

O pessoal destas associações e ONGs (líderes, responsáveis, agentes e militantes): qual a composição social, qual a eventual mistura social dentro estes órgãos?

As fontes de financiamentos caminham junto com recomendações, linhas de ações, e modos operacionais impostos pelos financiadores?

Quais as especificidades destas entidades engajadas na área do HIV/Aids em relação às associações e ONGs atuando noutras áreas?

Estas associações e ONGs pertencem a alguma rede? Elas têm contatos com outras organizações mais ou menos semelhantes em Fortaleza, no Ceará, no Brasil, fora do país? Em que consistem estes contatos, em que medida eles influenciam as orientações e o desempenho das associações e ONGs estudadas?

Modo de atuação e interações na área HIV/Aids

Quais ações foram iniciadas e desenvolvidas? Com quais mudanças e inflexões? Se sim, por quê?

De qual forma as pessoas (populações-chave) foram abordadas, contatadas? Qual proporção, nestes contatos iniciais, das iniciativas espontâneas das pessoas e das iniciativas tomadas pelas ONGs?

Quais atitudes das pessoas no âmbito do primeiro contato? Quais esperanças/expectativas? Quais dúvidas e quais medos?

Quais informações, quais conselhos, quais sugestões, quais recomendações as ONGs dão às pessoas no momento do primeiro contato e por ocasião de contatos a seguir?

Como as ONGs respeitam o sigilo, a confidencialidade dentro dos contatos com as pessoas e ao longo do acompanhamento delas?

Existem grupos/camadas da população que são, especialmente, público-alvo destas ONGs (faixa etária, bairros etc.)?

As ONGs e o controle do HIV/Aids

Qual a visão das ONGs sobre o dispositivo brasileiro dedicado à HIV/Aids (institucional, político, técnico-médico, sobre as estruturas e os comportamentos dos funcionários destas)? A visão é unânime, compartilhada, diferenciada entre as organizações?

Dentro do dispositivo há diferenças ou peculiaridades entre os níveis federal, estadual e municipal? Qual o teor destas diferenças e peculiaridades?

Em que medida as eventuais mudanças na política pública (federal, estadual, municipal) voltadas para a Aids (orientações, responsabilidades, estruturas) tiveram impactos sobre a postura e a atuação das ONGs?

Qual é a imagem, a representação das ONGs perante ao estado em relação as estruturas de testagem e de tratamento?

Qual a representação e a relação das ONGs com a população de Fortaleza e em especial com as populações chaves?

Efeitos, impactos, resultados do desempenho das ONGs

Qual avaliação destas organizações a respeito dos efeitos e da eficácia das intervenções que elas fazem em relação à Aids? Em quais áreas? Empregam ferramentas para mensurar estes efeitos (número de contatos, número de pessoas orientadas para as estruturas de testagem e a seguir de tratamento, número de pessoas acompanhadas depois do testagem etc.)?

Qual é o perfil destas pessoas? No momento do teste e do resultado do teste estas pessoas são acompanhadas pelos membros das ONGs? Há mudanças no comportamento destas pessoas em relação ONGs e em relação às estruturas de testagem e de tratamento?

Quais os problemas, quais as dificuldades encontradas por ocasião do contato inicial, no momento da orientação para o testagem, por ocasião do acompanhamento posterior, etc.?

Qual importância, qual papel das ONGs nos eventos nacionais e locais em torno do HIV/Aids (conferências, seminários, ateliês, manifestações nas mídias, reportagem jornalísticas)?

Situação atual das associações e ONGs

Quais consequências já são observadas ou previsíveis do fechamento dos subsídios federais (a

curto, médio e longo prazo)? Na área da prevenção (informação, sensibilização, orientação...) e do acompanhamento (apoio etc.)?

Questão idêntica no que tange o esgotamento dos recursos exteriores.

Guia 2 Responsáveis de ONGs/associações (Lideranças, presidentes, diretores)

Recomendação:

Conseguir dos entrevistados/as muitos de exemplos concretos iluminando as respostas para afastar o risco da palavra formal/oficial, preformatada.

A estrutura: organização e desempenho

Histórico desde a criação.

Objetivos iniciais e atuais: esclarecer as eventuais mudanças.

Recursos humanos:

- No passado e presentemente;
- Evolução dos estatutos (assalariados? Voluntários?);
- Ações realizadas e fonte de financiamento.

Relações com as instituições federais, regionais e agências internacionais: tipo de ligação; desenrolar da relação; controle da atividade e com as associações atuando na prevenção do HIV voltadas às populações vulneráveis: conteúdo e modalidades de concretização (particularmente partilha de experiências de colaboração). Cooperação? Concorrência? Dar alguns exemplos.

O/A responsável: a trajetória

- Apresentação: idade, formação;
- Histórico do seu envolvimento nas atividades da estrutura até as suas atuais responsabilidades;
- Envolvimento nas estruturas administrativas;
- Relações com outros líderes nas instituições ativas no combate à epidemia (associações ou não).

A estrutura: avaliação e evolução

Julgamento sobre a evolução da estrutura:

- Boas coisas adquiridas e evoluções consideradas positivas; perspectivas de novas ações;
- Dificuldades e constrangimentos sobre as atividades no passado e no presente: recursos humanos, financiamento, liderança, relações com as autoridades e doadores;
- Avaliação das razões do envolvimento dos membros na estrutura: interesse pessoal/coletivo;
- Comunicação entre os membros, condições de trabalho, relações profissionais;
- Descrição do processo de decisão na estrutura;

- Julgamento sobre a pertinência do trabalho no seio das estruturas de saúde; pontos positivos, pontos a ser melhorados; compartilhamento desta experiência dentro da estrutura.

Guia 3 Responsáveis das estruturas/unidades oficiais de testagem e acompanhamento (Gestores/as)

Recomendação:

Conseguir dos entrevistados/as muitos exemplos concretos iluminando as respostas para afastar o risco da palavra formal/oficial, preformatada.

Tanto nos centros de testagem quanto nas estruturas/unidades de saúde é preciso cobrir, abranger toda a cadeia, desde o usuário até os atores de saúde para perceber e restituir o conjunto de interações em todas as escalas num mesmo lugar.

A estrutura/unidade: organização e desempenho

Histórico desde a criação.

Objetivos iniciais e atuais: esclarecer as eventuais mudanças.

Recursos humanos:

No passado e presentemente;

Evolução dos estatutos (assalariados? Voluntários?);

Ações realizadas e fonte de financiamento.

Relações com as instituições federais, regionais e agências internacionais: tipo de ligação; desenrolar da relação; controle da atividade e com as associações atuando na prevenção do HIV voltadas às populações chaves: conteúdo e modalidades de concretização (particularmente partilha de experiências de colaboração). Cooperação? Dar alguns exemplos.

O/A responsável: a trajetória

- Apresentação: idade, formação;
- Histórico do seu envolvimento nas atividades da estrutura até as suas atuais responsabilidades;
- Envolvimento nas estruturas administrativas;
- Relações com outros líderes nas instituições ativas no combate à epidemia (associações ou não).

A estrutura: avaliação e evolução

Julgamento sobre a evolução da estrutura:

- Boas coisas adquiridas e evoluções consideradas positivas; perspectivas de novas ações;

- Dificuldades e constrangimentos sobre as atividades no passado e no presente: recursos humanos, financiamento, liderança, relações com as autoridades e doadores;
- Avaliação das razões do envolvimento dos membros na estrutura: interesse pessoal/coletivo;
- Comunicação entre os membros, condições de trabalho, relações profissionais por dentro;
- Descrição do processo de decisão na estrutura. Dar o exemplo concreto de uma ação;
- Compartilhamento da experiência do trabalho nas estruturas de acompanhamento com os outros membros;
- Julgamento sobre a pertinência do trabalho no seio das estruturas de saúde; pontos positivos, pontos a ser melhorados; compartilhamento desta experiência dentro da estrutura.

Guia 4 Profissionais das estruturas/unidades de testagem

(Médicos/s, enfermeiros/as técnicos/as de laboratórios, farmacêuticos/as, assistentes sociais)

Recomendação:

Tanto nos centros de testagem quanto nas estruturas/unidades de saúde é preciso cobrir, abranger toda a cadeia, desde o usuário até os atores de saúde para perceber e restituir o conjunto de interações em todas as escalas num mesmo lugar.

Trajetória

Apresentação: idade, formação.

Formação e percurso profissional antes de entrar nesta estrutura/unidade:

Períodos e lugares de exercício.

Funções:

- Desde quando trabalha nesta estrutura;
- Função nesta estrutura; eventual evolução desde a chegada;
- Fontes de informação e de formação sobre o HIV (incluindo autoformação, aprendizagem fazendo);
- Compartilhamento de informações com colegas (incluindo aquelas do nível central do PNT), com colaboradores/as, com pessoal que lidera: conteúdo e circunstâncias das trocas de informação.

Avaliações gerais

Sobre a evolução:

- Da carga de trabalho;
- Do acompanhamento/tratamento do HIV em geral na estrutura e na sua atividade pessoal;
- As relações com colegas e a hierarquia;

- As relações com pessoas portadoras do HIV;
- Sobre a evolução da epidemia em Fortaleza, as políticas de prevenção e de acompanhamento/tratamento e a colocação destas políticas com os usuários encontrados no centro de testagem.

Práticas atuais

Fazer o relato, a narrativa detalhada, cronologicamente, de um acompanhamento e tratamento.

Testagem:

- Desenrolar;
- Reação do usuário;
- Colaboração com colegas;
- Referência do usuário a um outro centro.

Lançamento e acompanhamento do tratamento:

- Informação dada ao usuário;
- Conteúdo e tipo de questões dos usuários;
- Condições de trabalho;
- Carga de trabalho e organização do serviço: evoluções; julgamento e expectativas a respeito das relações com a hierarquia e com os colegas.

Descrição detalhada de atividade.

ANEXO C - Termos de consentimento livre e esclarecido utilizados na pesquisa

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Tulane University</p>  |  <p>Universidade Federal do Ceará</p> |
|---|--|--|

Termo de Consentimento livre e esclarecido para as Organizações Não-Governamentais

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “Populações vulneráveis face ao diagnóstico no Brasil: respostas institucionais e experiências individuais em Fortaleza”, que será realizada em Fortaleza com representantes de Organizações Não-Governamentais da cidade que apóiam as pessoas que vivem com HIV/AIDS e desenvolvem ações de prevenção contra o vírus.

O objetivo desta pesquisa é conhecer como os representantes das ONGs percebem as políticas de testagem e as campanhas do governo para HIV e como eles colocam em prática essas políticas com suas populações-alvo. As informações fornecidas por você ajudarão na construção de políticas públicas mais eficazes contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e o vírus da aids e, conseqüentemente, contribuirão para o aumento da qualidade de vida da população que vive com HIV.

Por isso, pedimos seu consentimento para participar de uma entrevista individual ou em grupo, que durará em torno de 1 (uma) hora. Durante a entrevista, faremos perguntas sobre as políticas governamentais que acontecem na prática e sobre a testagem do HIV. Se você permitir, iremos gravar as entrevistas, sem nenhum tipo de identificação.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar Ligia Kerr nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, fone 3366-8338, localizado na R. Cel. Nunes de Melo, 1127 - Rodolfo Teófilo – Fortaleza – CE é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos que estão sendo pesquisados.

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____ / ____ / ____

| |
|--|
| Polegar Direito (analfabeto) |
|--|

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Tulane University</p>  |  <p>Universidade Federal do Ceará</p> |
|---|--|--|

Termo de consentimento livre e esclarecido para populações-chave

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “Populações vulneráveis face ao diagnóstico no Brasil: respostas institucionais e experiências individuais em Fortaleza”, que será realizada nesta cidade, entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), profissionais do sexo, usuários de drogas, travestis e população geral com 18 anos de idade ou mais.

O objetivo desta pesquisa é compreender as razões sociais e individuais que dificultam a realização do teste de HIV pelas populações vulneráveis no Nordeste.

As informações fornecidas por você ajudarão na realização das campanhas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e do vírus da aids e, conseqüentemente, no aumento da qualidade de vida da população em geral.

Por isso, pedimos seu consentimento para participar de uma entrevista individual ou em grupo, que durará em torno de 1 (uma) hora. Durante a entrevista, faremos perguntas sobre os motivos sobre as motivações e as barreiras para a realização do teste de HIV. Se você permitir, iremos gravar as entrevistas, sem nenhum tipo de identificação.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar Ligia Kerr nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, fone 3366-8338 é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos que estão sendo pesquisados.

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

| |
|--|
| <p>Polegar Direito</p> <p>(analfabeto)</p> |
|--|

Local _____ e data ____ / ____ / ____

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Tulane University</p>  |  <p>Universidade Federal do Ceará</p> |
|---|--|--|

Termo de Consentimento livre e esclarecido para Organizações Governamentais

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “Populações vulneráveis face ao diagnóstico no Brasil: respostas institucionais e experiências individuais em Fortaleza”, que será realizada com coordenadores municipais, estaduais e federais de organizações governamentais que colocam em prática as políticas públicas acerca do HIV/AIDS em Fortaleza, no Ceará e no Brasil.

O objetivo desta pesquisa é compreender como os gestores das organizações governamentais estão implementando as políticas públicas sobre HIV/AIDS e como se comportam em relação a testagem do HIV para a população. As informações fornecidas por você ajudarão na reformulação de políticas públicas mais eficazes voltadas para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e para o vírus da aids e, conseqüentemente, contribuirão para o aumento da qualidade de vida da população em geral

Por isso, pedimos seu consentimento para participar de uma entrevista individual ou em grupo, que durará em torno de 1 (uma) hora. Durante a entrevista, faremos perguntas sobre as políticas governamentais que acontecem na prática e sobre a testagem do HIV. Se você permitir, iremos gravar as entrevistas, sem nenhum tipo de identificação.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar Ligia Kerr nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, fone 3366-8338, localizado na R. Cel. Nunes de Melo, 1127 - Rodolfo Teófilo – Fortaleza – CE é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos que estão sendo pesquisados.

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/____

| |
|--|
| <p>Polegar Direito</p> <p>(analfabeto)</p> |
|--|

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)