



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

TEREZINHA DA SILVA RODRIGUES

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES COM  
DST/HIV/AIDS DO CTA DO POSTO DE SAÚDE CARLOS RIBEIRO DA  
REGIONAL I.**

Fortaleza - CE

2017

TEREZINHA DA SILVA RODRIGUES

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES COM  
DST/HIV/AIDS DO CTA DO POSTO DE SAÚDE CARLOS RIBEIRO DA  
REGIONAL I.**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili G. Cortez

Fortaleza - CE

2017

TEREZINHA DA SILVA RODRIGUES

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES COM  
DST/HIV/AIDS DO CTA DO POSTO DE SAÚDE CARLOS RIBEIRO DA  
REGIONAL I.**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelas professoras.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili G. Cortez

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Roberta Maria Albuquerque Sá

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Virzangela Paula Sandy Mendes

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pois no decorrer desses quatro anos me deu forças para enfrentar uma sala de aula mesmo cansada após dias de trabalho. Ao meu esposo e meu filho que entenderam a necessidade da minha ausência e aos parentes e amigos que acreditaram em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiro a Deus pela oportunidade de realizar um sonho de adolescente, o de fazer uma faculdade, me tornando uma Assistente Social, obrigada Deus pai todo poderoso. O Senhor é meu pastor, nada me faltará.

Posteriormente agradeço a minha família, meus irmãos, irmãs, sobrinhas. Agradeço a minha amiga Rosa Ângela Paiva que mesmo atribulada com seu trabalho me deu força nos primeiros trabalhos da faculdade. Sou grata a meu esposo que apesar da sua ausência por conveniência do seu trabalho, compreendeu o meu cansaço após trabalho e faculdade. Meu filho que muitas vezes deu força para que não desistisse. Sou grata a minha nora, Vitória que por muitas vezes transmitiu seus conhecimentos na área da informática. Não posso deixar de agradecer a minhas colegas de faculdade, Francileuda Mota, Joselene Medeiros e meu colega Bruno Anastácio, pela dedicação durante os trabalhos em equipe.

As minhas colegas de sala que tornaram amigas do coração, que sempre permaneceram perto de mim, dando força em todos os sentidos, Silvia Helena, a loira séria, Gorete Evangelista, a humorista, sempre transmitindo alegria, Rafaela Souza, a meiga e culta sempre dedicada a ajudar, Regina Anastácio, nossa cantora carinhosa e sempre preocupada comigo.

Sou muito grata as Assistentes Sociais, Rosangela Teixeira e Verônica Melo que transmitiram muitos conhecimentos durante estágio no CTA do Posto de Saúde Carlos Ribeiro, sendo que a última foi minha monitora no estágio durante um ano no CTA.

Agradeço aos professores que no longo do curso de Serviço Social nos levou aos conhecimentos, tornando-nos profissionais dedicados e preparados para o campo da profissão.

Finalizo agradecendo a orientadora, Lucili G. Cortez, pelo conhecimento transmitido, e aos professores Roberta Sá e Virzangela Mendes, que aceitaram compor minha banca de defesa.

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso parte das observações relacionadas ao aconselhamento em Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro. Objetiva relatar a atuação do Serviço Social junto aos pacientes com DST/HIV/AIDS do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Posto de Saúde Carlos Ribeiro, e os objetivos específicos foram traçados para identificar o perfil socioeconômico dos pacientes soropositivos, descrever a prática do aconselhamento realizado pelo Serviço Social e compreender essa prática como um processo de escuta ativa individualizada e centrada no paciente. No aconselhamento, são esplanadas várias formas de como evitar uma contaminação durante a prática sexual com um portador de DST/HIV/AIDS, ao procurar o serviço as pessoas que comparecem, nem sempre são portadores de DST/HIV/AIDS, elas comparecem para fazer o teste rápido, após o teste rápido é feito um aconselhamento individual, nessa segunda fase o Serviço Social inicia um acompanhamento com o portador de DST/HIV/AIDS. Para a realização do estudo apropriou-se de uma metodologia de pesquisa qualitativa, bibliográfica, documental e de campo, com coleta de dados através de entrevistas com duas assistentes sociais. Durante o aconselhamento é avaliado o método de tratamento aos usuários. Como resultado principal das entrevistas captadas pela as assistentes sociais aos usuários, percebe-se que esse trabalho é fundamental para o acompanhamento dos pacientes portador de DST/HIV/AIDS, já que estes chegam bastante depressivos e orientá-los acerca da importância do tratamento.

**Palavras-chave:** DST/HIV/AIDS; Aconselhamento no (CTA); Serviço Social.

## **ABSTRACT**

This work of conclusion of course is part of the observations related to counseling in the Testing and Counseling Center Carlos Ribeiro. The objective of this study was to describe the performance of the Social Work with STD / HIV / AIDS patients at the Carlos Ribeiro Health Care Center (CTA), and the specific objectives were drawn to identify the socioeconomic profile of seropositive patients, to describe the practice Of the Social Service counseling and understand this practice as an individualized and patient-centered active listening process. In counseling, various ways of avoiding contamination during sexual intercourse with an STD/HIV/AIDS carrier are sought out by seeking the service from people who attend, do not always have STD/HIV/AIDS, they come to do The rapid test, after the quick test is done an individual counseling, in this second phase the Social Service starts a follow-up with the DST/HIV/AIDS carrier. To carry out the study, a qualitative, bibliographic, documentary and field research methodology was used, with data collection through interviews with two social workers. During counseling the method of treatment is evaluated to the users. As a main result of interviews with social workers, it is evident that this work is fundamental for the follow-up of STD / HIV / AIDS patients, as they arrive very depressed and guide them about the importance of treatment.

**Keywords:** STD/HIV/AIDS; Counseling at (CTA); Social service.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEMJA - Centro de Especialidades Médicas José de Alencar  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ELISA - Teste Imunoenzimático  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
IST- Infecção Sexualmente Transmissíveis  
LACEN - Laboratório Central do Governo do Estado  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
PNC - Programa Nacional de Controle  
PN - Programa Nacional  
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/AIDS  
SAE - Serviço de Assistência Especializada  
SER - Secretaria Executiva Regional  
SI- Sistema de Informação  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TARV - Terapia Antirretroviral Combinada

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E A SEXUALIDADE BRASILEIRA</b> .....	17
1.1 O controle da sexualidade no século XX no Brasil: o discurso da (a) normalidade e da maternidade .....	18
1.2 Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) .....	21
<b>2 A HISTÓRIA DOS CTAs</b> .....	25
2.1 As Diretrizes Organizacionais do Centro de Testagem e Aconselhamento .....	27
2.2 O aconselhamento no CTA.....	29
<b>3 O CAMPO DE PESQUISA: O CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CARLOS RIBEIRO</b> .....	34
3.1 As dinâmicas cotidianas do CTA.....	38
3.2 Da Infraestrutura do CTA .....	40
3.3 Composição da equipe dos CTA.....	40
3.4 A origem do Serviço Social no CTA .....	41
3.4.1 Programas e Projetos desenvolvidos pelo Serviço Social no CTA .....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>APÊNDICE</b> .....	53

## INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma análise sobre o processo de Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Posto de Saúde Carlos Ribeiro, situado na Rua Jacinto de Matos, 944 no Bairro de Jacareacanga.

Os CTAs oferecem à população os exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, Sífilis, Hepatite B, C e D. O serviço é ofertado pelo Ministério da Saúde de Brasília para todos os Estados do Brasil. Por esta razão decidimos analisar a influência da prática do Aconselhamento realizado pelo Serviço Social junto aos usuários com DST/HIV/AIDS do Centro de Saúde Carlos Ribeiro, que pertence à Secretaria Regional I, do município de Fortaleza.

O aconselhamento no âmbito da Coordenação Nacional de DST/AIDS é definido como: um processo de escuta ativo individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Especialmente no âmbito das DST e HIV/AIDS, os processos de aconselhamento contêm três componentes: apoio emocional; educativo, que trata das trocas de informações sobre DST/HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco, Coordenação Nacional (CN-DST/AIDS, 1998).

Assim, o aconselhamento auxilia a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde; provê informações sobre a doença, esclarecendo de forma mais personalizada e encorajando o cliente a verbalizar suas dúvidas e receios; e desenvolve a capacidade pessoal do usuário para reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.

Essa prática consiste em fazer aconselhamento por uma equipe de profissionais capacitadas para as pessoas que procuram o serviço no CTA. O aconselhamento é feito de forma coletiva, individual ou de acordo com a necessidade

das pessoas, antes e após o teste rápido. É no aconselhamento coletivo que as pessoas têm conhecimento das doenças e infecções que as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) podem causar.

O trabalho no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) aos pacientes com DST/HIV/AIDS surgiu diante da complexidade da transgressão dos padrões sexuais de pessoas que vivenciavam com pessoas do mesmo sexo, dependentes de drogas injetáveis que compartilhavam a mesma seringa, no cotidiano e com perdas humanas.

No percurso de 1999 a 2002, como Auxiliar de Enfermagem do Centro de Saúde José de Alencar (CEMJA), observando a ação da equipe multidisciplinar de profissionais no campo da prevenção de DST/HIV/AIDS, sem participação direta ou indiretamente, fomos instigadas a estudar e aprofundar este tema de extrema relevância para os serviços de saúde que atendem as pessoas com DST/HIV/AIDS.

O estudo aborda a compreensão dos discursos e das práticas realizadas dentro de um Centro de Testagem e Aconselhamento em sua dimensão histórica, objetivando contextualizar o impacto sociocultural do surgimento das DST/HIV/AIDS e as transformações discursivas no processo de disseminação e enfrentamento da epidemia.

Segundo conceituação da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS, 1997), o aconselhamento coletivo objetiva oferecer aos usuários a oportunidade de redimensionar as dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos.

Por se tratar de serviços que contam com equipes capacitadas e experientes na realização da testagem e do Aconselhamento para HIV/AIDS, elas contribuem para a incorporação do teste rápido no serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de apoio técnico. O aconselhamento é uma ação de prevenção que permite a atenção individualizada e singular, além de representar um importante componente do processo de diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites virais. Sua realização na prática dos CTAs não deve estar restrita aos momentos pré e pós-testagem, nem ao aconselhamento das pessoas que buscam o diagnóstico.

O CTA realiza atendimento à população com idade acima de 12 anos, garantindo-lhe sigilo, anonimato e testes para HIV e Sífilis. Adota os procedimentos do Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/HIV/AIDS), com realização diária de aconselhamento coletivo pré-teste, em horários pré-estabelecidos e de conhecimento público; realização de exames de HIV e Sífilis, cujos pré-requisitos

são: a manifestação da vontade pessoal, a participação no aconselhamento coletivo e a concordância com a entrega de resultado em aconselhamento individual pós-teste (BRASIL, 1997).

A atribuição do Assistente Social, juntamente com uma equipe multidisciplinar, é atuar para dar mais segurança e apoio múltiplo nesta área de intervenção, o que inclui: informar e acolher o usuário; desenvolver ações educativas junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS, familiares, parceiros e comunidades; incluir o usuário nas políticas de saúde, previdência, assistência social; promover a cidadania e o reconhecimento dos direitos individuais e coletivos; identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de conflitos

Um dos desafios no CTA é articular a atuação dos serviços ofertados pelo Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado CTA/SAE com outras redes, grupos e instituições como é o caso das Organizações não Governamentais (ONGs), parceiros importantes na prevenção e adesão ao tratamento do HIV/AIDS. Essas organizações proporcionam ao usuário um trabalho mais profundo, além das questões relativas à doença, também quanto às questões relativas à pessoa em si e seus familiares.

Para fundamentar a pesquisa, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: DST/HIV, AIDS; Aconselhamento no CTA; e Serviço Social, de acordo com seguintes autores: Spinnz, Ayres, Paulilo, Daniel Parker, Vilela, Franzen, Matos, Iamamoto e Raichesllis.

A importância desse trabalho para a formação profissional é contribuir para a efetivação da abordagem profissional humanizada, o respeito aos direitos de cidadania, livre de qualquer manifestação de preconceito, sejam eles por motivos sociais, econômicos ou por gênero, favorecendo o desenvolvimento de estratégias profissionais que contribuam para a melhoria da formação acadêmica. A perspectiva é de ter oportunidade de desenvolver maior capacidade para o trabalho profissional, assim como propiciar uma reflexão sobre a realidade social na qual estou inserida.

A metodologia da pesquisa foi de natureza qualitativa, que se caracteriza por uma forma adotada de conduzir a pesquisa pelo caminho do detalhamento, buscando esclarecer os questionamentos sobre as dúvidas que precisarem ser explicadas. Optou-se pelo método qualitativo, pois, além dos “entrevistados falarem e pensarem livremente, a pesquisa é aberta para respostas objetivas e espontâneas”, Segundo Minayo (2010, p. 21). Caracterizamos o ambiente da pesquisa apresentando a

proposta de trabalho educativo dos Centros de Testagem e uma breve história do CTA Carlos Ribeiro.

Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens. Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p. 14).

Inicialmente lançamos mão da pesquisa bibliográfica que é feita a partir de livros, artigos, entre outros textos, publicados por outras pessoas. Além disso, a pesquisa bibliográfica fornece bagagem teórica e contribui para elaboração de trabalhos originais, e permite conhecer as respostas já prontas sobre determinados temas e também saber se é interessante buscar novos caminhos. Conforme Martins (2001, apud Liana, 2010), a pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com bases em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros, buscando também conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinados temas.

Em um segundo momento, realizamos uma pesquisa documental, que é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois desta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou ainda podem ser elaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também os que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (GIL; 2008).

A partir destes fundamentos realizamos a pesquisa de campo, com finalidade de coletar dados para análise da pesquisa. Pesquisa de campo, segundo Lakatos e Marconi (1996), é uma fase que é realizada após o estudo bibliográfico, para que o pesquisador tenha um bom conhecimento sobre o assunto, pois é nesta etapa que ele vai definir os objetivos da pesquisa, as hipóteses, definir qual é o meio de coleta de dados, tamanho da amostra e como os dados serão tabulados e analisados.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram as duas assistentes sociais que trabalham no período da tarde no CTA Carlos Ribeiro. Os critérios de inclusão do sujeito foram adotados visando perceber o perfil deste mediante as condições que os evidenciam na pesquisa, com o intuito de contemplar dados importantes para o objetivo aqui proposto. Os critérios de exclusão foram destinados ao restante da equipe multiprofissional porque não contemplam o objetivo deste estudo.

Foram realizadas entrevistas, pois esta é uma importante técnica de coleta de dados, que possibilitaram um conhecimento mais profundo dos entrevistados, “ressaltando a observação sensível dos fatos, com um olhar crítico”. A entrevista foi realizada através de um instrumento composto de um roteiro de perguntas abertas, por oferecer uma aproximação naturalmente das duas partes: o entrevistado e o entrevistador, e abrir portas para assuntos mais delicados.

Para Gil (1999), a entrevista é seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõem as ciências sociais. Para compreender a importância da utilização da técnica da entrevista em um trabalho científico é necessário compreender algumas vantagens desta técnica frente a outras formas e procedimentos para obtenção de informação, assim como apontar algumas desvantagens ou limitações da sua utilização. Identificar os pontos fortes de uma técnica de coleta de dados, assim como suas fraquezas, possibilita ao pesquisador, ter plena consciência da quantidade e qualidade das informações que podem ser coletadas com a sua utilização. Isto faz com que a escolha da melhor técnica a ser utilizada torne-se mais lúcida para o pesquisador.

Ribeiro (2008) aponta como vantagens da utilização da técnica da entrevista, a flexibilidade na aplicação, a facilidade de adaptação de protocolo, viabilizar a comprovação e esclarecimento de respostas, a taxa de resposta elevada e o fato de poder ser aplicada a pessoas não aptas à leitura.

O papel do entrevistador em todo o processo de análise e avaliação é crucial. As informações que são retiradas das falas dos entrevistados possuem subjetividade, o que neste ponto, torna perigosa e densa a técnica da entrevista. Romanelli (1998 apud RIBEIRO 2008, p.130) diz que cabe ao entrevistador desempenhar:

[..] o papel do entrevistador, mas como responsável por proceder a uma profunda avaliação, classificando e categorizando as respostas, e organizando-as de acordo com o conteúdo e com o tema, selecionando as palavras e solicitando, às vezes, maiores esclarecimentos, através de novos questionamentos, quando necessários. Outra grande dificuldade é que as falas são produzidas e elaboradas por sujeitos com diferentes recursos reflexivos e com maior ou menor facilidade de expressão verbal.

Para explicar o aconselhamento nos CTAs, estruturamos este estudo em quatro capítulos distintos. No primeiro, contextualizamos as DST/HIV/AIDS: aspectos sociais e a sexualidade brasileira através de discursos de vários autores, mostrando como se deu o controle da sexualidade no início dos séculos XX. Em seguida, mostramos a abordagem produtivista da sexualidade no meio do século XX, enfocando o período ditatorial. Por fim, mostramos o fortalecimento do decorrer da naturalização do prazer no período de democratização. Concluímos mostrando os novos conceitos e práticas sociais na contemporaneidade do prazer com responsabilidade, e o campo da investigação científica da sexualidade, de acordo com

Foucault (1988). Explicitamos o obstrucionismo social como a perspectiva teórica na pesquisa sobre sexualidade.

No segundo capítulo abordaremos a origem dos CTAs e quando foram implantados. No Brasil a primeira experiência que aconteceu em 1988, em Porto Alegre - RS. A partir de então, os CTAs passaram a se estruturar nos serviços das Secretarias Estaduais.

E por fim, iremos apresentar no terceiro capítulo o campo e os resultados da pesquisa, pelos quais buscamos responder os objetivos aqui propostos que foram relatar a atuação do Serviço Social junto aos pacientes com DST/HIV/AIDS do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Posto de Saúde Carlos Ribeiro, da Regional I. Identificar o perfil socioeconômico dos pacientes soropositivos. Descrever a prática do aconselhamento realizado pelo Serviço Social. Compreender o aconselhamento como um processo de escuta ativa individualizada e centrada no paciente.

## 1 AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E A SEXUALIDADE BRASILEIRA

Ao estudar essa temática temos como objetivo a compreensão dos discursos e das práticas sociais em relação à sexualidade na sociedade brasileira, na sua dimensão histórica com o objetivo de contextualizar o impacto sociocultural do surgimento da AIDS.

No início, a epidemia era considerada uma doença que atingia um grupo restrito, os homossexuais, os hemofílicos, os haitianos, e os profissionais do sexo. Esse grupo recebeu a nomenclatura de Grupo de Risco. Essa expressão marcaria a construção histórica, cultural imaginária e social da AIDS.

As pessoas soropositivas apresentam como estratégia de sobrevivência social ocultar a doença, para, dessa forma, continuarem a viver suas vidas como pessoas perfeitamente saudáveis, sem medo de serem apontadas e discriminadas; seja no âmbito familiar, social ou no trabalho. A omissão do HIV é uma forma de garantir para o portador seja a manutenção de seu emprego ou das rodas de amizades. Porém, uma vez que esse segredo é revelado, o indivíduo corre um sério risco de sofrer preconceito.

Apesar de todo o conhecimento científico que se tem sobre a doença, além do acesso universal ao tratamento e dos benefícios sociais conquistados, as pessoas vivendo com HIV/AIDS, (PVHA) ainda sofrem preconceitos na família, nos grupos sociais e nos serviços assistenciais. Muitas se isolam em vista das dificuldades de iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como compartilhar o diagnóstico positivo, com medo de serem rejeitadas. Aquelas que se encorajam na retomada dos seus projetos de vida não raro vivenciam conflitos e situações de constrangimento, vulnerabilidade e desrespeito aos seus direitos de cidadania.

Por ser [a AIDS] uma doença transmissível sexualmente, surge sobre sua contagiosidade fantasias diversas, decorrentes certamente dos mistérios e pavores gerados pela ignorância sobre a sexualidade. O portador de AIDS carrega consigo os estigmas que marcavam grupos já marginalizados e discriminados, como os homossexuais e usuários de droga. Tudo isso leva a pessoa a um processo de clandestinização. Além de se ver afetada por uma doença grave, ter de vivê-la solitária e clandestinamente é a pior tragédia que pode ocorrer a uma pessoa com AIDS. (DANIEL, 1994, p.11)

Todas essas situações e condições podem levar a sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica,

desencadeadores de estados de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Em ambos os processos, a AIDS é percebida como um mistério, temida de modo muito forte e internalizada como moralmente contagiosa patogênica e incurável, sendo, conseqüentemente, motivadora de expressões de rejeição, violência e exclusão social das pessoas infectadas e afetadas.

Para contribuir com algumas reflexões e tematizações, apresentamos algumas dimensões e desafios para melhor conhecer essas realidades, e propor algumas diretrizes e estratégias de enfrentamento a serem consideradas pelos serviços e equipes de saúde.

O HIV/AIDS passou a ser um agravo potencialmente controlável a partir do surgimento da Terapia Antirretroviral Combinada (TARV), da utilização de exames que revelam as taxas de defesas e resistências imunológicas (CD4/8) e da quantificação do vírus na corrente sanguínea (carga viral). Tais conquistas, imprescindíveis para a prevenção e o monitoramento das infecções oportunistas e de outros agravos à saúde, têm contribuído para o seguimento do tratamento, redução de taxas de morbimortalidade e diminuição do número de internações, proporcionando aumento da qualidade de vida das PVHA.

### **1.1 O controle da sexualidade no século XX no Brasil: o discurso da (a) normalidade e da maternidade**

No Brasil, as primeiras ideias com relação à educação sexual emergiram no início do século XX, sob a influência do movimento higienista<sup>1</sup> europeu. Esta educação tinha como finalidade a construção de uma sexualidade “normal” (heterossexual e procriativa) e propunha o combate à masturbação e às doenças venéreas, bem como a preparação da mulher para o casamento e a maternidade (SAYÃO, 1997).

No início do século XX, foram realizadas campanhas de saúde pública pelo “movimento higienista”, partindo do princípio de que a cultura brasileira era

---

<sup>1</sup> Movimento higienista se propagou na Europa do século XIX, contexto de consolidação do estado burguês. De acordo com essa concepção os costumes dos trabalhadores eram considerados nocivos e decadentes e a saúde seria obtida com a prática de bons hábitos - morais e de higiene - a serem aprendidos (ASSIS, 1998). Com relação à sexualidade e à reprodução, o discurso higienista propaga a responsabilidade da mulher com a saúde das crianças e da família, incentiva a natalidade e propõe a vinculação da sexualidade à procriação (MANDÚ, 2002).

degenerada, fato explicado, em grande medida, pela miscigenação racial. Acreditava-se que a salvação do “povo brasileiro” se daria através da mudança da cultura e da saúde, perspectiva que atendia as necessidades do desenvolvimento urbano e industrial emergente (COSTA, 1979).

Estudando um pouco em relação a transformação da família brasileira colonial, Costa (1979) mostra a interferência da política higienista no processo, destacando o papel da medicina social, que entrou na intimidade familiar, justificando a necessidade de superação do caos em que se encontrava, buscando promover uma nova cultura burguesa, em oposição à cultura colonial, fazendo-se necessário educar o corpo a moral, o intelecto, a atividade e o sexo da família.

[...] percebe-se que a ação desta pedagogia médica extravasou os limites da saúde individual. A higiene, enquanto alterava o perfil sanitário da família, alterava também sua feição social. Contribuiu, junto com outras instâncias sociais, para transformá-la na instituição conjugal e nuclear característica dos nossos tempos. Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de Classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se ao mesmo tempo movimento, sinônimo histórico de família burguesa. (COSTA, 1979, p. 12)

Este autor chama a atenção para a prática de inserção no seio da família Colonial utilizada pelos higienistas. A ponto de não provocar graves conflitos sociais, tratavam “a falta e a culpa familiar” como irresponsabilidade, o que poderia, inclusive, decorrer da falta de conhecimento. Desse modo, poder-se-ia prescindir da ação legal, jurídica, apelando apenas para a normatização e a correção<sup>2</sup>. Os Higienistas, “melhor preparados” para tais ações educativas, colocavam-se como fundamentais para tal empreitada, assegurando, deste modo, seu reconhecimento.

Ao estudar essa trajetória da saúde pública brasileira no âmbito da sexualidade e da reprodução, Mandú (2002) considera que, até 1920, a atenção estatal à reprodução humana continuou trilhando o modelo desenvolvido desde o final do século XIX: o que importou foi a interferência moral na intimidade das famílias e geralmente não se prestava assistência pública à maternidade (os partos continuavam acontecendo no domicílio, com as chamadas “parteiras”). A assistência do governo

---

<sup>2</sup> Costa (1979), fundamentado em Foucault, apresenta a diferença entre lei e norma: “A lei impõe-se por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras [...] A norma, embora possa incluir em sua tática o momento repressivo, visa prioritariamente a prevenir o virtual, produzindo fatos novos. A regulação é o mecanismo de controle que estimula, incentiva, diversifica, extrai, majora ou exalta comportamentos e sentimentos até então inexistentes ou imperceptíveis”.

continuava limitando-se ao controle da Sífilis, com direito até a construção de alas nos hospitais para o tratamento.

Na década de 20 houve a intervenção do controle das doenças venéreas, tendo uma intensificação, principalmente por causa da necessidade de manter os trabalhadores sadios num momento de grande fluxo da mão-de-obra internacional para o Brasil. O combate a Sífilis estava ligado ao controle moral da população que tinha como referência o discurso higienista e eugenista<sup>3</sup>.

[...] atenta-se que a mistura de raças no Brasil é resultado de uma promiscuidade que, por meio de estratégias eugênicas, poderia ser superada. A hereditariedade é controlada por medidas normalizadoras da sexualidade. São exigidos os exames pré-nupciais, essas regras são estabelecidas e relação ao casamento e através das relações científicas de caráter científico e moralizador, os comportamentos sexuais são disciplinados. (MANDÚ, 2002, p. 3)

Quanto ao controle feito pelas práticas higienistas aumentou a repressão da sexualidade imprimida pela Igreja Católica desde o tempo colonial. Alguns autores contam que a Igreja Católica cerceou o desenvolvimento de iniciativas de orientação sexual<sup>4</sup> nas instituições escolares brasileiras até o início do século XX. Algumas experiências implantadas nas escolas até a década de 50 eram voltadas, hegemonicamente, à transmissão de informações do corpo biológico. Assim mesmo foram reprimidas, prevalecendo o silêncio (SAYÃO, 1997).

<sup>3</sup> O discurso eugenista, fortalecido na Europa da segunda metade do século XIX, considera a superioridade racial dos brancos e propõe a depuração da raça. De acordo com Marques (1994:47), no livro *A Medicalização da Raça*, a eugenia qualificava, ampliava e fortalecia as práticas higienistas de controle da população: “Nos anos 20, no imaginário dos eugenistas, havia necessidade de construir uma nova representação do homem brasileiro, diferente daquela tão difundida nos manuais de higiene que alardeavam a degradação racial e moral das populações. A esta os eugenistas contraporiam os ideais de corpo sadio, hígido, embranquecido das classes burguesas higienizadas no transcorrer do século XIX, no país”.

<sup>4</sup> Há controvérsias com relação à utilização do termo educação sexual ou orientação sexual para designar as atividades sobre sexualidade desenvolvidas nas instituições escolares no Brasil (Werebe, 1998). Nesse trabalho utilizaremos a expressão orientação sexual por ser a utilizada nos “Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental”, do Ministério da Educação e Cultura (Brasil, 1998). Os defensores da expressão orientação sexual, grosso modo, argumentam que a educação sexual ocorre ao longo da vida e é veiculada por instituições diversas (família, amigos, livros, mídia, etc.) e que a orientação sexual é uma prática pedagógica planejada, intencional, sistemática e não diretiva (problematizadora), que se dá no contexto escolar (Sayão, 1997).

## 1.2 Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA)

O processo para esconder a doença das pessoas tem formas variadas de pessoa para pessoa, elas tentam esconder que são soropositivos para os próprios familiares, para os amigos. Eles têm vergonha de revelar para qualquer pessoa que são portadores do vírus do HIV. Agindo dessa forma, eles não correm o risco de sofrer preconceito, nem pelos familiares, nem pela sociedade que convivem. Essa é a forma que esses portadores encontram para se poupar de eventuais transtornos, em muitas ocasiões essas pessoas fazem de conta que não têm a doença. Esses relatos são ouvidos de pessoas que são soropositivas.

Segundo Sprinz (1999), a epidemia da Aids teve início a partir do final dos anos 70 e começo dos anos 80, ao atingir pessoas no primeiro mundo, adquiriu notoriedade. O desconhecimento era tanto que foi inicialmente chamada de “peste gay”. Posteriormente os indivíduos foram divididos nos famosos grupos de riscos, o que atribuiu para o aumento da discriminação das pessoas com HIV e dos seus hábitos de vida. Fundamentalmente o vírus é transmitido por via sexual ou através do sangue ou de algum de seus derivados.

Nos dias atuais a epidemia atinge todo o planeta. A cada minuto, de 10 a 12 pessoas são contaminadas; mais de 90% dos casos ocorrem nos países em desenvolvimento, principalmente em adultos em idades laborativas e reprodutivas. As mulheres representam 43% das pessoas contaminadas pelo HIV com mais de 15 anos de idade. Os números de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm aumentado de forma assustadora, enfim, a epidemia ainda está longe de ser controlada, pois vem afetando principalmente as populações carentes e desavisadas por difícil acesso a informações sobre o caso (SPRINZ, 1999).

No Brasil as localidades mais afetadas são os centros urbanos, as cidades portuárias, e as fronteiriças. As regiões com mais incidências de casos (dados de 1997) são as regiões sudeste e a região sul. O estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e da Bahia, são as cidades brasileiras com maior incidência de casos (SPRINZ, 1999).

Conforme Sprinz (1999) torna-se necessário que um maior contingente de médicos e outros profissionais de saúde familiarizem-se com a rotina de atendimento ambulatorial desses pacientes.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito através de teste que detecta a presença de anticorpos anti-HIV. A testagem anti-HIV deve ser realizada sempre com a concordância da pessoa, quando essa manifestar sinais ou sintomas de qualquer das doenças indicativas de imunodeficiência, ou apresentar alguma das situações consideradas de risco para infectar-se com o HIV ou simplesmente por desejo pessoal, mesmo que não haja evidência de exposição ao HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a descoberta do diagnóstico é traumática para a maioria das pessoas. Dessa forma, é importante a investigação sobre como foi a sua descoberta, a reação e os sintomas experimentados frente à maneira como isso ocorreu, mas também o sentimento atual em relação ao viver com HIV/AIDS, considerando a frequência e a intensidade desses sentimentos. Também se deve realizar uma investigação sobre os medos e fantasias relacionados à doença, as vivências de preconceitos e discriminação e como o usuário lidou com a situação, se já sentiu vontade de morrer e se já pensou e/ou planejou a própria morte, além de alguma tentativa efetiva nesse sentido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A descoberta da soropositividade está relacionada, para a maioria das pessoas, à transmissão sexual. Desse modo, é fundamental abordar aspectos relacionados à vivência da sexualidade antes e após o diagnóstico (2012). É importante investigar a relação do usuário com seu próprio corpo, sua orientação sexual e mudanças em relação às vivências sexuais após a descoberta do soropositividade, como abstinência ou diminuição da libido e da frequência da atividade sexual (2012).

O impacto e as repercussões do diagnóstico de HIV/AIDS atingem não apenas a pessoa que o recebe, mas também todos aqueles com os quais essa pessoa escolhe compartilhar a descoberta, como sua família e/ou companheiro (a). A nova realidade traz à tona questões difíceis e mobilizadoras, repletas de medos, preconceitos, discriminação, dúvidas relacionadas ao significado do diagnóstico, transmissão, tratamento, morte e, muitas vezes, revelações sobre a própria sexualidade. Compreender o significado e a importância que as relações familiares exercem no processo do cuidado auxilia na atenção integral às PVHA (2012).

A AIDS se manifestou inicialmente em uma parcela específica da população, os homossexuais, sendo por isso denominada “peste gay” pela imprensa e opinião pública, nos primeiros anos da década de 1980, sem que houvesse contraposição da comunidade científica às especulações preconceituosas (AYRES et al., 1999).

As lacunas e incertezas do discurso médico diante da AIDS fragilizaram a imagem do poder das ciências com relação ao conhecimento e controle das doenças. O sentimento de vulnerabilidade humana mobilizou discursos com conteúdo similares àqueles presentes em outros contextos históricos, nos quais o homem esteve ameaçado coletivamente por determinadas doenças. Ganham destaque, então, explicações de base moral ou religiosa, a exemplo daquelas que consideraram a AIDS um “castigo divino diante da desobediência humana”, externando o discurso da culpa e do castigo” (PAULILO, 1999).

Já em 1982, a instituição médica constatava a ampliação do grupo social inicialmente notificado. Registravam-se casos de AIDS em usuários de drogas, bissexuais, receptores de transfusão sanguínea e em seus parceiros sexuais e filhos recém-nascidos. Os estudos epidemiológicos dos fatores de riscos, de cunho probabilístico, tornaram-se elementos fundamentais na consolidação do conceito de grupo de risco. Tal equívoco de ordem epidemiológica trouxe prejuízos ao campo da intervenção e fortaleceu ainda mais estigmas, preconceitos e exclusão (AYRES et al., 1999):

A prevenção gravitou nessa época predominantemente em torno dos grupos de risco e do tema da abstinência e do isolamento: não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis. As implicações morais e os resultados práticos dessas estratégias já são conhecidos: estigmatizarão, preconceito, individualismo, insucesso.

Contemporaneamente, tornou-se pública a situação da AIDS na África, região onde homens e mulheres apresentam a doença na mesma proporção, mas as descobertas laboratoriais e o caráter heterossexual de epidemia na África não conduziram a uma ressignificação do conceito de risco. Durante mais de meia década manteve-se um olhar rígido e limitado para o desenho epidemiológico inicial: a imprensa estagnou na exploração de imagens de homossexuais em fase terminal; os hemocentros permaneceram refratários a uma política objetiva de controle do sangue. Finalmente, o caso da África não foi considerado alerta ao mundo, pois foi visto à luz de preconceito étnico (AYRES et al., 1999).

Após a comprovação da presença do HIV nos líquidos sexuais, em 1986, o conceito de grupo de risco permanece intacto em sua lógica, embora tal grupo ganhasse novos matizes, uma vez acrescido dos ditos “promíscuos”, das prostitutas e dos seus parceiros (AYRES et al., 1999).

A AIDS foi conceituada como uma doença indicadora de costumes, uma doença específica dos transgressores da ordem moral, favorecendo uma reação social de negação dos direitos humanos básicos. Daniel e Parker (1991, p. 14), retomando a denominação de Jonathan Mann, membro da Organização Mundial de Saúde, (OMS), designaram-na de “terceira epidemia”, síndrome do preconceito de morte civil, de negligencia estatal etc.:

[...] A primeira é a epidemia pela infecção do HIV que ciente e penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda epidemia, que ocorre alguns anos depois da primeira, é a epidemia da própria AIDS: a síndrome de doença infecciosa pelo HIV. Finalmente, a terceira (talvez potencialmente, a mais explosiva) epidemia de reações sociais, culturais econômicas e políticas a AIDS, reações que, na palavra do Dr. Mann, são tão fundamentais para o desafio global da AIDS como a própria doença.

No Brasil, durante longo tempo, a questão da AIDS foi negligenciada pelo poder público. Argumentou-se que, diante de graves e numerosos problemas sociais, a intervenção pública na prevenção e no controle de uma doença que atingia uma minoria não constituía prioridade, como bem registra Daniel e Parker (1991, p.14): “[...] a epidemia da AIDS foi muitas vezes apresentada, inclusive por sucessivos ministros da saúde e outras altas autoridades da saúde pública, como problema secundário mais complexo ou estaticamente mais relevante [...]”.

Nos anos de 1983 e 1984, os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro estruturaram serviços para o atendimento dos doentes de AIDS, estimulando respostas similares em outros municípios. Quando o governo federal implantou o Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS), em 1985, aproximadamente dez estados já tinham programa direcionado à AIDS (VILLELA, 1999).

## 2 A HISTÓRIA DOS CTAs

No final da década de 80 iniciou-se o fomento para a estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), dessa forma denominados na época, considerados modalidade alternativa de serviços de saúde, devendo oferecer sorologia anti-HIV gratuita, de forma confidencial e anônima, além de prover educação e acolhimento para os indivíduos sob risco de infecção pelo HIV.

Recomendava-se que os CTAs fossem implantados em locais de grande fluxo de população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e compostas por equipes multiprofissionais. Os seguimentos populacionais prioritários eram aqueles identificados como de maior risco para a infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. O objetivo principal era interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros; oferta do aconselhamento, preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas; e encaminhamento de pessoas com resultado positivo para o HIV, aos serviços de referência e aos grupos organizados de base comunitária que atuavam com o tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Na segunda metade da década de 90, tornaram-se evidentes as mudanças nas tendências da epidemia de AIDS, com o crescimento do número de novos casos entre os heterossexuais, mulheres, a população de baixa renda, os residentes em municípios de médio porte e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BASTOS e SZWARCOWALD, 2000). Nesse cenário de mudança a epidemia pode ser ressignificada, levando à adoção de conceitos que permitiam uma compreensão mais adequada das formas de disseminação da doença.

A noção de risco para a infecção, de início associada a grupos específicos, passou a ser relacionada ao comportamento individual. Ambas as concepções eram limitadas, na medida em que a primeira impulsionou o estigma e preconceito, levando os grupos ao isolamento social; e a segunda reforçou a culpabilização pela infecção e expansão da doença, responsabilizando a escolha pessoal.

A noção de vulnerabilidade, apresentada por Mann et al. (1993), permitiu uma compreensão ampliada de que fatores sociais, culturais e políticos estão na base da suscetibilidade de indivíduos e grupos à infecção pelo HIV. Partindo disso, se ampliam

as diretrizes e estratégias, visando à redução dessas vulnerabilidades e às respostas as necessidades de seguimentos populacionais prioritários.

Os CTAs, nos anos 90, tornam-se referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em DST/HIV/AIDS mostrando a expansão da oferta do teste e de orientações para prevenção do HIV e outra DST, dirigida a população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade.

Com o dinâmico cenário da epidemia de HIV/AIDS no mundo e no Brasil, somados às inovações tecnológicas para o diagnóstico do HIV e tratamento da doença - que proporciona grande aumento da expectativa de vida, são exigidas modificações relacionadas à estrutura e organização dos serviços. As testagens e aconselhamento passam a ocupar espaço privilegiado nas estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

Quanto ao perfil das pessoas no Brasil, existem grandes variações regionais entre aqueles que buscam o teste anti-HIV, relacionadas ao sexo e a características socioeconômicas. A demanda espontânea ainda é baixa na maioria dos CTAs. Uma parcela razoável busca o teste por ter vivenciado alguma situação de risco de infecção. A realização do diagnóstico associado a outros eventos de saúde, como o pré-natal ou doação de sangue, estas são as mais frequentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Aproximadamente 41% das pessoas iniciam o tratamento num estágio avançado da doença e o fator principal associado à chegada tardia ao serviço de saúde é o desconhecimento de sua situação sorológica (SOUZA JR., 2007). Isso é um indicativo bastante forte da necessidade de priorização e de mobilização permanente para estimular o diagnóstico precoce do HIV, Sífilis e hepatite B e C. Atualmente, em articulação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), os CTAs são considerados serviços estratégicos para promoção da equidade no acesso ao diagnóstico e ao aconselhamento.

A expansão da rede de CTA no país ocorre em três períodos distintos. Entre 1995 e 1998, o Ministério da Saúde induz a implantação de novos serviços através do financiamento de projetos de Estados e Municípios, principalmente onde a epidemia é mais importante, ou seja, as regiões Sudeste e Sul (WORLD BANK, 1998). Nesse período, foram implantados 108 CTAs. O ano de 1998, inclusive, é o que concentra o segundo maior número de CTAs implantados em um único ano: 39 novas unidades.

## 2.1 As Diretrizes Organizacionais do Centro de Testagem e Aconselhamento

Os CTAs foram implantados em diversos países a partir de 1985. No Brasil, a primeira experiência aconteceu em 1988 em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul - RS. A partir de então os CTAs<sup>5</sup> passaram a se estruturar nos serviços das secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com o governo federal (BARROS e SILVA, 2004). Foi nascendo no contexto de revisão crítica de conceito de grupo de riscos, quando as coincidências epidemiológicas começaram a mover a necessidade de ações de saúde, baseadas nos comportamentos indicadores de riscos.

Foram implantadas a partir do reconhecimento de riscos para o conjunto da população, com o objetivo de oferecer diagnóstico sorológico para as DST e HIV e aconselhamento como estratégia de prevenção. O trabalho educativo do CTA tinha como objetivo a difusão de informações e a promoção de apoio psicossocial à população, diante dos transtornos emocionais que surgiam com a realidade da AIDS, isso em sua primeira fase. Por outro lado, novos desafios foram apresentados a essas unidades de saúde, exigindo um novo direcionamento político pedagógico.

Os centros de testagem têm uma forma de atendimento, que é feita para uma população com idade acima de 12 anos, com o maior sigilo e anonimato<sup>6</sup>, sendo os testes para HIV e Sífilis. Os seguintes procedimentos são adotados sob a orientação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis como HIV e AIDS (PNC-DST/HIV/AIDS): acontecem diariamente aconselhamentos coletivos pré-teste, nos horários pré-estabelecidos e que o público venha a ter conhecimento. Tratando-se da realização de exames de Sífilis, HIV, os requisitos são: a vontade das pessoas de participação no aconselhamento coletivo e a aceitação de receber os resultados em aconselhamento pós-teste.

Dentre as diretrizes organizacionais do Centro de Triagem e Aconselhamento, destacam-se as seguintes ofertas de atividades extramuros, propondo a realização de ações de CTA volante, entre outras; flexibilização das formas de identificação e da

---

<sup>5</sup> Inicialmente essas unidades foram denominadas de COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico). A partir de 1996 o PN-DST/AIDS propôs a alteração da nomenclatura para CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). Nesse trabalho utilizaremos a sigla CTA indistintamente, referindo-se a essas unidades desde a sua implantação.

<sup>6</sup> Até o ano de 1996, a proposta de atendimento anônimo foi seguida rigidamente nos CTA. Demandas provenientes da população apontaram a necessidade de flexibilização do anonimato, o que foi se tornando progressivamente opcional nos anos seguintes.

reação com o usuário; confidencialidade é mantida, mas o anonimato passa a ser opcional; ênfase na agilidade e na resolutividade, ressaltando a importância de uma recepção acolhedora, encaminhamentos internos rápidos, tempo de espera reduzido e agilidade no retorno dos resultados de exames; esforço quanto à necessidade de instalação dos CTA em locais de fácil acesso, incluindo a possibilidade da implantação de tais serviços em estruturas físicas de outras unidades de saúde, principalmente naquelas para atendimento ambulatorial de DST/AIDS; definição de espaço físico mínimo exclusivo, sendo que cada serviço deve ter pelo menos salas para recepção, atendimento coletivo e individual e coleta de sangue, além de local para arquivo; o número de profissionais deve estar de acordo com a demanda e o conceito que fundamenta o processo de trabalho passa a ser interdisciplinar, ampliando a característica multiprofissional, apontada anteriormente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dentre seus programas e/ou projetos desenvolvidos estão: grupo de adesão com foco em ações educativas, envolvendo profissionais e usuários para discutirem situações para melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV. São reuniões mensais (uma vez por mês), nas quais os pacientes têm a oportunidade de receber informações sobre diversas temáticas que envolvem a doença, sexualidade, exercícios físicos, prevenções de doenças oportunistas e questões relacionadas com o viver com o HIV/AIDS. Além disso, a abordagem grupal favorece a troca de experiências, reforçando a autoestima e permitindo apoio mútuo. A dinâmica grupal também favorece o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes (CN-DST/AIDS, 1997).

No aconselhamento individual, as situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, seriam melhor trabalhadas em um atendimento personalizado. Entende-se que a identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas e dos subsídios para definição de mensagens compatíveis com o cliente depende da qualidade da relação construída entre os interlocutores no aconselhamento. Percebeu-se que os serviços incorporavam o aconselhamento de forma distinta: aqueles em que havia clara atribuição da ação do aconselhamento às psicólogas, assistentes sociais e no máximo, às enfermeiras, serviços em que a equipe defendia que todos deveriam realizá-lo (ainda que com competências e dificuldades distintas).

Nos aconselhamentos coletivos, muitas vezes, o roteiro temático a ser cumprido é de tal maneira priorizado, que as dúvidas e perguntas dos usuários eram vistas como “desvio” da verdadeira meta (o repasse de informação). Diante destas ousadas interrupções que ameaçariam o cumprimento do “menu” pré-fixado, o profissional (ainda que de forma cordial) voltava ao seu roteiro, tomando a palavra ou mesmo enfatizando que “no aconselhamento individual aquelas dúvidas poderiam ser tiradas”.

Se, por um lado, o momento do aconselhamento coletivo tem um caráter fortemente informativo, há que se discutir as maneiras pelas quais estas orientações serão ministradas: se por meio de um roteiro rígido de conteúdos tal qual uma aula expositiva, ou valorizando-se a interação entre profissional e usuários, incentivando-os a verbalizar dúvidas e temores.

Há que se ressaltar que esta interação não está garantida pela simples aplicação de uma dinâmica professoral de perguntas-respostas. Esta troca só é possível a partir do reconhecimento de que estes usuários detêm um conhecimento prévio, baseado nas experiências e no saber de senso comum. Ainda que este escopo informativo não seja científico, e muitas vezes composto por informações equivocadas desse ponto de vista, ele é suficientemente arraigado e capaz de orientar o comportamento cotidiano desses indivíduos. A comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade (HABERMAS, 1989).

Sabendo que o aconselhamento em DST/HIV/AIDS é uma prática duvidosa em construção, marcadas por limites significativos conforme destaca Deslandes e Filgueiras (1999) em pesquisa e avaliando as práticas do CTA, a implantação desses centros representa uma conquista político-pedagógica no campo da prevenção, por concepção humanista ou pela dinâmica que busca implantar, objetivando o acolhimento das demandas espontâneas da população, aceitando definir o encontro e o diálogo entre grupos.

## **2.2 O aconselhamento no CTA**

O aconselhamento poderá ser realizado por profissionais com formação de nível superior ou técnico que estejam devidamente capacitados para a realização

dessa atividade, devendo ter passado por formação específica e adequada para o desempenho da mesma.

O aconselhamento antes da testagem deve ser oferecido a todos os usuários dos CTA. Fazem parte desta etapa o aconselhamento, o estabelecimento do vínculo, o mapeamento de situação de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste. É direito dos usuários optar pela realização ou não do procedimento de aconselhamento pré-teste, independentemente da metodologia diagnóstica utilizada, seja rápida ou convencional. Isso não significa suprimir o aconselhamento e diálogo sobre a motivação do teste, a metodologia a ser utilizada e as expectativas do resultado. Para os CTAs que ofertam diferentes modalidades de testagem, é prerrogativa do usuário a decisão pelo método a ser utilizado. Considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico bem como de reiterar as orientações preventivas, todas as entregas de resultado de exames realizados dos CTAs, independentemente de seus resultados devem ser acompanhadas de aconselhamento pós-teste individual.

A disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção nos CTA é uma ação de prevenção essencial, que deve ter como prioridade a facilitação do acesso dos usuários. Os CTA devem buscar conhecer o perfil da clientela a que atendem e sua real necessidade de insumos de prevenção, a fim de demandar aos gestores os quantitativos adequados a tais necessidades.

Os quantitativos de preservativos destinados pelo programa de DST/AIDS para disponibilização nos CTA devem estar previstos nos planos de necessidade elaborados anualmente pelos estados e municípios para insumos de prevenção: preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante. Considerando que os programas de hepatites virais não realizam levantamento de necessidades, é importante que haja articulação entre os dois programas locais para inclusão do quantitativo total de insumos necessários. Poderá ser desenvolvido em vários momentos, não se reduzindo a um único encontro entre duas pessoas, podendo ser estendido aos grupos.

Transcende o âmbito de testagem, contribui para a qualidade das ações educativas em saúde, fundamenta-se em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST/AIDS e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na plena utilização dos seus direitos. A recepção, atividades de sala de espera, grupos específicos, consultas individuais,

onde se estabelece a troca de informações, o vínculo com o serviço e o estímulo ao diagnóstico, significam aproximações importantes para a avaliação de riscos, etapa principal do aconselhamento.

Segundo Franzen (1997), o aconselhamento é orientado às pessoas que buscam os serviços de saúde por se encontrarem em alguma situação de riscos para infecção HIV. Os objetivos de quem realiza o aconselhamento são: facilitar a percepção de risco de exposição, buscar motivação a adotar comportamentos mais seguros e ajudar a reduzir o estresse frente à realização de teste diagnósticos e de possíveis tratamento. Importa ressaltar que, se a pessoa que buscar a realização do teste conscientizou-se de sua condição de risco, deve, então, estar preparada para um possível diagnóstico desfavorável.

O profissional de saúde deve avaliar o nível de compreensão do indivíduo, usando a linguagem adequada e respeitando sempre os seus valores pessoais e culturais. Deve procurar estabelecer o diálogo de modo que a pessoa possa sentir-se à vontade para expor suas dúvidas, seus anseios e seus medos. Ao perguntar sobre práticas sexuais e sobre o uso de drogas injetáveis, não se deve emitir juízo de valores e sim buscar umas atitudes de imparcialidade. As informações devem ser fornecidas de forma clara e objetiva, procurando sempre avaliar as reações que possam impedir a tomada de atitudes positivas e preventivas, oportunizando as suas discussões.

No aconselhamento individual, deve-se realizar a entrevista buscando informações que instrumentalizem o profissional que detecta o risco de exposição bem como possíveis sintomas que a pessoa possa estar apresentando ou tenha apresentado e que possam ser indicativos de infecção pelo HIV. É importante a realização do exame físico para evidenciar tais achados. Deve-se questionar sobre Hepatite e DST's, no presente e no passado, assim como tratamentos realizados, visto que a associação dessas patologias é um evento frequente. Perguntar também sobre teste anti-HIV prévios e seus resultados.

Na ocasião do aconselhamento, devem-se orientar as pessoas quanto ao significado do teste, sendo esse negativo ou positivo, prover apoio emocional e tentar avaliar o impacto psicológico frente à possibilidade de um teste com resultado positivo. Deve-se discutir com a pessoa o tempo decorrido da exposição ao risco, orientando sobre a possibilidade de janela imunológica (2 a 12 semanas) e a decorrente necessária realização de uma nova testagem em 3 meses. Abordar a importância da

prática e do uso correto de preservativos, inclusive no período desde a realização do teste até a informação do resultado.

Deve-se, ainda, reforçar os meios de transmissão do HIV e de outras DSTs, salientando que o uso de certas drogas, inclusive do álcool, pode dificultar a percepção de risco e a não adesão a práticas seguras. Marcar a data do retorno da pessoa para a informação do resultado o mais breve possível.

O trabalho desenvolvido pelos profissionais nas esferas de formulação, gestão e execução da política social é, indiscutivelmente, peça importante para o processo de institucionalização das políticas públicas, tanto para a afirmação da lógica da garantia dos direitos sociais, como para a consolidação do projeto ético-político da profissão. Portanto, o enfrentamento dos desafios nesta área torna-se uma questão fundamental para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão.

Em movimento em um campo extremamente tensionado por projetos profissionais e societários em disputa, em uma dinâmica que expressa as contradições e os interesses sociais públicos e privados no contexto de processos coletivos de trabalho. Nessas circunstâncias, os assistentes sociais deparam-se com duas questões cruciais: a autonomia e a especificidade profissional. Em tese, significa enfrentar os dilemas que ainda persistem no debate sobre a prática profissional no Serviço Social e que no novo cenário brasileiro se reatualizam.

Sobre a autonomia profissional, o desenvolvimento do pensamento social crítico e a postulação de que a profissão se insere na divisão sociotécnica permitiram o avanço no debate relacionado à condição do assistente social como trabalhador assalariado. Tal condição impõe limites à condução de seu trabalho e, conseqüentemente, à implementação do projeto profissional, confirmando sua relativa autonomia, que é condicionada pelas lutas travadas na sociedade entre os diferentes projetos societários. Ou seja, tal autonomia pode ser dilatada ou comprimida, dependendo das bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo profissional nas suas ações (IAMAMOTO, 2007).

A existência de um campo de mediações que necessita ser considerado para realizar o trânsito da análise da profissão ao seu exercício efetivo na diversidade dos espaços ocupacionais em que ele se inscreve; a exigência de ruptura de análises unilaterais, que enfatizam um dos pólos daquela tensão transversal ao trabalho do assistente social, destituindo as relações sociais de suas contradições (IAMAMOTO, 2007).

No Brasil, as origens do Serviço Social são percebidas na década de 1930, com a emergência da sociedade capitalista urbano-industrial, marcada por conflitos de classes, pela ampliação da classe operária urbana e pelas lutas sociais desencadeadas em decorrência da forte exploração de trabalhadores, em defesa dos direitos de cidadania, conforme discutem Carvalho e Yamamoto (2006, p.126):

O Serviço Social é requisitado pelas complexas estruturas do Estado e das empresas, de modo a promover o controle e a reprodução (material e ideológica) das classes subalternas, em um momento histórico em que os conflitos entre as classes sociais se intensificam, gerando diversos 'problemas sociais' que tendem a pôr a ordem capitalista em xeque.

Vale ressaltar que o Serviço Social configurava uma prática caritativa assistencialista, centrada em "segmentos mais vulnerabilidades e empobrecidos da classe operária, especialmente crianças e mulheres" (RAICHESLLIS, 2006, p. 1). No seu nascedouro, a profissão não se pautou, portanto, por reflexões teórico-metodológicas, respondendo somente por práticas imediatistas, inspiradas na doutrina social católica ao (tomismo) e na tradição positivista.

### **3 O CAMPO DE PESQUISA: O CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO CARLOS RIBEIRO**

O campo da pesquisa foi o Centro de Testagem e Aconselhamento Carlos Ribeiro (CTA)<sup>7</sup>, localizado no bairro Jacarecanga, no município de Fortaleza, sob a abrangência administrativa da Secretaria Regional I (SR I)<sup>8</sup>. A escolha do CTA da SR I como um campo de pesquisa teve por critério fundamental o fato de ser o único serviço de saúde na cidade de Fortaleza que disponibiliza testagem e aconselhamento seguindo o modelo de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde, principalmente com relação ao item demanda espontânea pelo teste, que é a questão fundamental para nosso estudo.

O Posto de Saúde Carlos Ribeiro foi criado na década de 1950 para atender uma população constituída por núcleos de favelados e trabalhadores, que se acomodavam próximo às mansões do bairro Jacarecanga, que nessa época era um dos bairros da elite de Fortaleza no Estado do Ceará. Foi construído e equipado com verba da União e do Estado, para prestar assistência de saúde à população de baixa renda e tratamento para doenças infectas contagiosas, como a tuberculose e hanseníase.

O município de Fortaleza conserva em cada Secretaria Regional as unidades de saúde que são referências para a realização de aconselhamento e testes de DST/HIV. De acordo com as informações da coordenação municipal de DST/HIV/AIDS, nas gestões de 2001 a 2004 essas unidades têm os profissionais preparados para realizar aconselhamento em grupo, individual, no pré e pós-testes, somente para aqueles que comparecem para realizar os testes solicitados em atendimento médico. (Informações cedidas pela coordenação Administrativa do Posto de Saúde Carlos Ribeiro, seguindo as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs do Brasil, Brasília 2010).

Em 1993 a Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza lançou como prioridade a territorialização dos distritos sanitários com as características geográficas, políticas, econômicas e sociais de cada território. O Centro de Saúde Carlos Ribeiro

---

<sup>7</sup> No estado do Ceará foram implantados apenas 3 Centros de Testagem e Aconselhamento, situados nos municípios de Fortaleza, Maracanaú e Sobral.

<sup>8</sup> A reforma administrativa realizada no município de Fortaleza em 1997 implementou 6 (seis) Secretarias Executivas Regionais, que seriam responsáveis pela execução dos serviços públicos municipais dentro de áreas geográficas estabelecidas. Estas atualmente recebem a denominação Secretarias Regionais (SRs).

passou a ter como área de abrangência o bairro Jacarecanga, tendo em vista que a unidade prestava historicamente atendimento aos bairros vizinhos e os serviços foram estendidos à população que ali residia. Em 1996 foi inaugurado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) com o objetivo principal de enfrentar a epidemia da AIDS de forma a oferecer testes e aconselhamento para a demanda espontânea da população em geral. Em 17 de Junho de 1996 o Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (PN-DST/AIDS propôs a alteração da nomenclatura para (CTA), sob a abrangência Administrativa da Secretaria Regional I (SR I). (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2010).

Esta unidade prestava atendimento aos bairros adjacentes, e os serviços foram estendidos a populações que por ali residia. Em 1996, foi inaugurado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), com o objetivo principal de enfrentar a epidemia da AIDS de forma a oferecer testes e aconselhamento para a demanda espontânea à população em geral. Por questões administrativas, em 2000, o serviço foi anexado ao Centro de Saúde Carlos Ribeiro.

No terreno do Posto de Saúde Carlos Ribeiro foi construído o primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que foi inaugurado em 17 de junho de 1996. No período da inauguração foi estruturado um ambiente bem aconchegante, com direito a decoração e pintura “como manda o figurino”. Cada ambiente foi colorido com uma cor que tivesse um significado, a definição de tudo isso servia para amenizar a mente de cada usuário que compareceria ao setor a procura dos testes rápidos.

Na sala do aconselhamento coletivo tem inclusive luzes de cores diferentes eram tudo muito bonito. No início se teve todo um cuidado, a ideia era fazer sessão de relaxamento. Com as pessoas que viessem fazer exames, A filosofia do CTA foi bem incorporada pela Coordenação do programa na época (Palavras de uma Aconselhadora).

Ao saber que estava sendo implantado um Centro de Testagem e Aconselhamento naquele terreno, as associações comunitárias se movimentaram a fim de impedir sua implantação, principalmente por se tratar de um serviço para atendimento de DST/HIV/AIDS naquela região, manifestando temores por causa do vírus. Essa polêmica foi tão acirrada que foi necessária a intervenção da Coordenação Municipal do programa de DST/AIDS nessa comunidade, com o objetivo de esclarecer algumas questões relacionadas à transmissão do vírus HIV.

No começo não havia nenhum tipo de relação entre o CTA e o Centro de Saúde Carlos Ribeiro, é tanto que o acesso entre os dois era independente um do outro completamente, até porque quem gerenciava o CTA era a Coordenação Municipal de DST/HIV e, segundo informações dos funcionários da unidade, o compromisso da coordenação em realizar o projeto foi fundamental para a implantação na cidade. A parceria do CTA junto à Secretária de Saúde gerou dificuldades administrativas e operacionais em relação a sua manutenção.

Os funcionários que prestam serviço no CTA, por estarem ligados à Coordenação Municipal de DST/AIDS, não podiam receber a produtividade referente aos atendimentos; um incentivo financeiro que todos os funcionários recebem por direito, os que trabalham na saúde municipal. Diante dessa situação aconteceu a integração do CTA ao Centro de Saúde Carlos Ribeiro, sem haver nenhuma objeção. O processo de negociação aconteceu sem nenhum problema, com isso, o CTA passou a ter acesso exclusivo por dentro da unidade de saúde e o acesso antigo foi isolado definitivamente.

Houve um período em que os exames colhidos no CTA eram realizados pelo Laboratório Central do governo do Estado (LACEN), isso durante o período de 1996 a 2002. A partir de 2002, a responsabilidade passou para a gestão municipal da saúde, que resolveu descentralizar a realização desses exames.

Para melhor atender a demanda de exames a gestão municipal de saúde resolveu equipar laboratórios já existentes em suas unidades. Desse modo, os testes do CTA passaram a ser realizados no próprio Laboratório do Centro de Saúde Carlos Ribeiro. Em alguns períodos aconteciam várias dificuldades, devido à grande demanda de exames. Surgiam problemas técnicos nos equipamentos (máquinas) a ponto de correr um grande atraso na entrega de resultados nas unidades dos exames. Diante dessa problemática o CTA resolveu reduzir a oferta de testes à população, dando prioridade de coleta anti-HIV exclusivamente para as mulheres grávidas.

Nessa mesma gestão, no período de 2001 a 2004, aconteceu outra alteração nas atividades Laboratoriais, dessa vez, a centralização dos exames no Laboratório do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA). Os exames do CTA passaram a ser colhidos e realizados nessa unidade.

Nesse período, era sempre uma problemática com relação ao prazo da entrega de exames no CTA, ainda mais quando o resultado era reagente, porque os exames

confirmatórios de um teste ELISA<sup>9</sup> reagente continuam sendo realizados pelo LACEN, os resultados reagentes ou inconclusivos demoram meses para chegar ao CTA. Isso tem causado sérias dificuldades para cumprimento da rotina do serviço, sérios desgastes emocionais e danos à saúde das pessoas que dependem do resultado do exame para esclarecer diagnóstico em decorrência de um quadro sintomatológico.

Tratando-se das hepatites virais, a inclusão da testagem sorológica nos CTAs foi iniciada a partir de 2004, o que implicou a readequação destes e à reestruturação da rede de referência, a capacitação dos profissionais sobre os modos de transmissão e medidas de controle e a interpretação de marcadores sorológicos.

A necessidade de descentralizar e ampliar o acesso, junto à introdução de novas tecnologias de testagem, por exemplo: os testes rápidos estabelecem mudanças estratégicas na rotina do CTA. Ele exerce papel central na efetivação no princípio da equidade do SUS, incluindo a particularidade de grupos prioritários - homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas e travestir, entre outros na construção de um sistema de saúde universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Atualmente, em articulação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), os CTAs são considerados serviços estratégicos para promoção da equidade no acesso ao diagnóstico e ao aconselhamento. Em Fortaleza, no ano de 2012, foi implantado o Serviço de Atendimento Especializado Carlos Ribeiro (SAE). A partir de então, estes serviços passaram a funcionar de forma integrada e dividindo inclusive o mesmo espaço físico, visto que apesar de ter sido construído um prédio exclusivamente para o SAE, o mesmo nunca foi equipado adequadamente para atendimento.

Os objetivos e metas são: ampliar o acesso da população em geral e, principalmente, dos segmentos populacionais mais vulneráveis, ao aconselhamento, às ações de prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C; contribuir para a redução das vulnerabilidades ao HIV, hepatites B e sífilis e outras DST; realizar ações de aconselhamento com o fim de promover a reflexão sobre as vulnerabilidades, estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada

---

<sup>9</sup> A primeira técnica utilizada no processo de testagem é a ELISA. Quando o resultado é reagente, o protocolo que estabelece normas para testagem exige a realização de novo exame com outra técnica. Em Fortaleza utiliza-se como teste confirmatório a Imunofluorescência. O exame com resultado reagente só pode ser entregue ao usuário após a realização do confirmatório.

usuário e reduzir o impacto emocional dos diagnósticos; realizar ações de prevenção e aconselhamento que propiciem a reflexão dos usuários sobre questões relativas à sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos; apoiar tecnicamente a rede de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, AIDS, sífilis e hepatites B e C nos serviços da rede; encaminhar portadores do HIV, portadores de DST, e pessoas com suspeita de hepatites B e/ou C para serviços de saúde, com oferta de acompanhamento até o atendimento nos serviços de referência; realizar outros encaminhamentos e orientações que se façam necessários para a resolução dos problemas de saúde dos usuários que chegam aos CTA; notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os agravos de notificação compulsória. Tem por finalidade proporcionar uma ampla cobertura de diagnóstico de HIV para os usuários, contribuindo para o diagnóstico precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A missão do CTA é: promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e a prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

Seus valores são: garantia do atendimento inteiramente sigiloso, oferecendo a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTAs são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência. Sua função é realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e por elas controlados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

### **3.1 As dinâmicas cotidianas do CTA**

O CTA, em fase inicial, funcionava com um quadro multidisciplinar de profissionais um pouco escasso, mas dava cobertura às necessidades. Compõe-se por uma enfermeira, duas assistentes sociais, sendo que uma tem carga horária mais extensa, uma psicóloga, uma agente administrativa, um médico infectologista. A

dinâmica de atendimento do CTA é a seguinte: oferta diária de dois aconselhamentos coletivos, (manhã e tarde), para todos os usuários que farão testes de HIV e sífilis e entrega dos resultados dos exames, sem a necessidade de agendamento prévio. Constatamos o comprometimento da qualidade do aconselhamento realizado pelos profissionais. No aconselhamento pós-teste, quando os resultados são reagentes para HIV, a equipe do CTA viabiliza o agendamento da primeira consulta médica na unidade de saúde.

Os resultados de sorologia quando são reagentes para HIV são encaminhados a este Centro de Saúde Carlos Ribeiro, por ser um dos Centros de Referência em DST do Município que realiza atendimento aos moradores de todos os bairros, isso facilita o trabalho do CTA que tem essa característica. Nesse Centro de Saúde foi estabelecida uma rotina com relação à demanda de usuários com sintoma de DST: primeiramente todos são encaminhados ao CTA para Aconselhamento, em seguida, retornam para o atendimento clínico. Pudemos observar o esforço das equipes para realizar o primeiro atendimento do usuário na ocasião da procura espontânea.

Os CTAs têm uma grande característica: a possibilidade de realizar teste de forma anônima, o usuário é identificado por senha ou pseudônimo. Esse princípio foi seguido com muita rigidez nos primeiros anos de implantação dos CTAs no país. Quando havia necessidade o anonimato era flexibilizado para as outras unidades de saúde. No entanto, o anonimato para a população não era uma questão fundamental, não era relevante a questão do anonimato para a maioria dos usuários para a realização dos exames.

A questão do anonimato atualmente é flexível em todo CTA praticamente, sendo que o usuário pode escolher. Inclusive na ficha padronizada pelo Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), existe espaço para a identificação do nome da pessoa. Em Fortaleza, desde o momento em que os exames passaram a ser realizados no Laboratório do Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), são todos identificados com o nome. É que a diferença está em não exigir o fornecimento do endereço, e não identificar os usuários pelo nome nos livros de registro dos atendimentos. Quando o usuário telefona para saber se o exame está pronto, é identificado por uma senha. Em um período de observação, percebemos que os usuários se identificavam com uma naturalidade na recepção, pelo nome, sem fazer qualquer menção à proposta do anonimato.

### **3.2 Da Infraestrutura do CTA**

Segundo as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs do Brasil (2010), é importante a organização de um espaço físico para que os CTAs possam realizar as atividades adequadamente. Considerando que muitos CTA estão inseridos em outras unidades de saúde, é possível que alguns dos espaços sejam compartilhados por diferentes unidades do serviço. Alguns desses ambientes são: Recepção; Sala de coleta; Sala de espera; Sala de arquivamento.

Os CTAs devem conter também alguns espaços para seu uso exclusivo, de modo que estejam disponíveis para utilização durante todo o horário de funcionamento do serviço: Sala de aconselhamento individual; Sala de atendimento individual com pia, para os serviços que realizarem teste rápido; Sala de atividade coletiva; Sala de gerência/apoio para (CTA de médio e grande porte).

Para o acesso da população às atividades, importa que os CTAs funcionem em período integral (manhã e tarde) e, quando possível, em horário estendido (à noite ou nos finais de semana).

Ao compararmos o espaço físico do CTA Carlos Ribeiro com as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil, observamos que o mesmo atende o que preconiza o referido documento, pois identificamos todos os espaços acima citados. E com relação ao horário de funcionamento não cumpre como tal, pois só funciona de segunda a sexta em período integral, não atende à noite, nem nos finais de semana.

### **3.3 Composição da equipe dos CTA**

As Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs do Brasil (2010) recomendam que as equipes dos CTAs sejam formadas por um número mínimo de profissionais, com carga horária compatível com a demanda do serviço. A equipe mínima deverá ser composta de: Coordenador; Aconselhores (exclusivamente para o CTA); Profissionais responsáveis pela coleta; Recepcionistas; Apoio administrativo (qualificado para manuseio dos sistemas de informação).

O número de profissionais da equipe deverá ser ampliado de acordo com as atividades desenvolvidas pelo serviço, a inserção dos profissionais em outros serviços

de saúde no horário de funcionamento do CTA, a capacidade instalada e a demanda do serviço.

Outros profissionais também poderão fazer parte da equipe (equipe complementar), como um agente de prevenção capacitado em redução de danos e um profissional de apoio na área de informática para geração de informação a partir do SI-CTA.

É importante que os CTAs possuam um coordenador exclusivo para o desenvolvimento de suas atividades (mesmo quando inseridos em outros serviços de saúde) e que este profissional esteja presente no cotidiano das atividades, mesmo acumulando mais de uma função dentro do próprio serviço de saúde do CTA.

Quanto ao tamanho e composição da equipe do CTA Carlos Ribeiro, constatamos que também está de acordo com as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil (2010), pois a equipe é composta por 1 coordenadora, 1 agente administrativo, 1 recepcionista, 3 enfermeiras, 2 psicólogas, 1 farmacêutica, 3 assistentes sociais e 2 infectologistas. As enfermeiras são responsáveis pelas coletas, e os aconselhamentos são realizados tanto pelas enfermeiras como pelas assistentes sociais.

### **3.4 A origem do Serviço Social no CTA**

O serviço social surge no Posto de Saúde Carlos Ribeiro, juntamente com a chegada do CTA, para compor uma equipe interdisciplinar, no sentido de atender integralmente as demandas dos usuários diante do grande desafio que é o enfrentamento das DST/AIDS e suas implicações.

O objetivo é responder as demandas dos usuários dos serviços ali prestados, garantindo-lhes o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. Contribuir com toda equipe de profissionais, para o enfrentamento das demandas postas pelos usuários dos serviços, na perspectiva de garantir atenção integral, assegurando-lhes agilidade e resolutividade nas ações prestadas.

Atribuições do Assistente Social na instituição são: realizar o aconselhamento pré-teste, com vista a fornecer todas as orientações necessárias aos usuários, considerando-se a necessidade conduzir adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como reiterar as orientações preventivas; atuação junto aos serviços de atendimento especializado como uma forma de contribuir para o

aprimoramento do sistema de referência e efetivação da atenção integral e atendimento pleno das demandas apresentadas pelos usuários do CTA; realizar mensalmente oficina educativa temática com os pacientes acompanhados pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) com vista a promover a integração e a troca de experiência entre os pacientes, como também contribuir para elevar a autoestima dos usuários do Serviço de Atendimento Especializado (SAE); realizar encaminhamentos e orientação que se faça necessários para a resolução dos problemas de saúde dos usuário que chegam ao CTA; aumentar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV/AIDS; incentivar a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infectados pelo HIV/AIDS) para os serviços de referência; ajudar pessoas vivendo com HIV e AIDS no processo de adesão ao tratamento e estimular os diagnósticos de parceiros sexuais.

#### **3.4.1 Programas e Projetos desenvolvidos pelo Serviço Social no CTA**

Iremos descrever a atuação do Serviço Social no CTA Carlos Ribeiro através dos relatos das duas assistentes sociais que participaram deste estudo através de entrevista. Respeitando o anonimato das entrevistadas, nos referiremos a elas com os codinomes de Sol e Lua, na ordem sequencial da entrevista.

Ao indagarmos sobre qual a atuação do Serviço Social no Centro de Testagem e Aconselhamento, obtivemos as seguintes informações. As entrevistadas nos relataram que atuam no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), bem como outros profissionais, tais como psicólogo e enfermeiros.

Pudemos verificar que o CTA é um espaço onde são realizadas atividades, cujos objetivos são apresentar e discutir com os usuários do serviço informações sobre DST, HIV, AIDS e hepatites virais, transmissão, tratamento e prevenção. As assistentes sociais entrevistadas relataram que: “realizam estratégias de prevenção e fortalecimento da reflexão sobre a importância da prática de sexo seguro, visando contribuir com a redução de risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis como o HIV”. Entretanto, a entrevistada Lua acrescentou que elas “realizam o aconselhamento pós-teste, onde se dá acerca dos resultados dos exames, esclarecem dúvidas, fazendo avaliação de riscos, encaminhamentos para tratamento e convocação dos parceiros”.

Durante a realização da entrevista foi possível perceber que as entrevistadas tinham a mesma visão do trabalho que era realizado no CTA. Porém, um fato que consideramos importante que foi relato por Sol é que elas “trabalham com ações educativas, pautadas com compromisso ético-político, oferecendo um serviço inteiramente sigiloso”. Ademais, foi possível perceber na fala das entrevistadas que existe de fato uma equipe interdisciplinar que atua em diversas instâncias de atendimento, além disso, faz atendimento no acompanhamento dos usuários, familiares que ficam realizando o tratamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Carlos Ribeiro.

Quanto ao perfil socioeconômico e educacional dos usuários atendidos no CTA, as entrevistas informam que “a clientela atendida no centro de testagem e aconselhamento provem de demanda espontânea ou encaminhada por outros serviços de saúde dentre elas gestantes”. Entretanto, a entrevistada Lua nos relatou algo muito importante no que diz respeito a uma nova demanda que chega ao posto Carlos Ribeiro “no início o serviço atendia principalmente pessoas das áreas próximas a sua locação e de mais baixo nível socioeconômico. Após o segmento da internet, percebe-se que a divulgação atingiu a população em geral”.

As entrevistadas chegam a um consenso em relação aos níveis socioeconômico e educacional dos usuários que procuram atendimento no CTA Carlos Ribeiro, em que são desde o analfabeto a pós-graduado, de pessoas extremamente pobres a pessoas de ótima condição financeira. Ademais, a entrevistada Sol nos diz que mesmo tendo uma diversificação no atendimento é possível perceber que as pessoas que mais procuram atendimento no CTA: “são as que se encontram em vulnerabilidade, e buscam o serviço como rotina”.

Sobre a sua compreensão do Aconselhamento, a entrevistada Sol relatou que: “o Aconselhamento assume papel central na prevenção, na promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DSTs e a integralidade no cuidado”. Entretanto, a entrevistada Lua nos diz que:

O Aconselhamento é uma importante ferramenta, estratégia para o enfrentamento de diversas questões relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), seus estigmas e desafios a serem superados, desde questões preconceitos as relacionadas ao tratamento e prevenção.

Embora o aconselhamento tenha como objetivo uma prevenção ou enfrentamento, como citam as entrevistadas, podemos verificar na fala das mesmas que se trata de um processo educativo e de escuta e, principalmente, de apoio emocional que favorece um diálogo entre usuários e o profissional.

A entrevista Sol nos relatou que durante os aconselhamentos são “discutidos riscos, reflexão de valores e ações, com enfoque na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e mudança de comportamento, com incentivo às práticas seguras de sexo e direcionamento ao tratamento das infecções sexualmente transmissíveis”. Contribuindo com o pensamento de Sol, a entrevista Lua nos diz que: “durante o aconselhamento o profissional de saúde deve ir além da transmissão de informações”. Podemos verificar a importância do trabalho do assistente social para com esses usuários que precisam trabalhar o seu protagonismo de sujeito, abrindo reflexão para que o mesmo reconheça-se como sujeito de sua saúde e transformação, além disso, como conhecedor de seus direitos e seus deveres.

Com relação às orientações que o usuário do serviço recebe do Assistente Social diante do resultado positivo e negativo para HIV as entrevistadas respondem com muita clareza que os usuários precisam ter apoio emocional, através de um diálogo centrado na escuta ativa e qualificado.

A entrevistada Sol relata que: “procede com orientações necessárias, e realiza encaminhamento ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ele terá assistência continuada com uma equipe interdisciplinar; auxiliamos a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde recém descoberto”. Diante das falas das entrevistadas fica claro que o atendimento com o usuário nesse momento tem que ser estabelecido uma relação de relação de confiança com o usuário buscando sempre sensibilizá-lo para a importância da mudança de comportamento frente a práticas de sexo seguro.

Ao serem questionadas sobre como elas avaliavam a atuação do Serviço Social no processo de Aconselhamento no CTA, as entrevistadas foram muito claras: o assistente social desempenha um papel fundamental nesse processo. A entrevistada Sol relata que: “Aos poucos conseguimos mais abertura com os usuários, e conseguimos estabelecer uma relação de confiança com o mesmo por meio de uma atitude de escuta e de uma comunicação clara e objetiva”. Entretanto, a entrevistada Lua acredita que: o “assistente social tem uma visão crítica e abrangente acerca das questões que se apresentam e conseqüentemente consegue, apesar das diversas

dificuldades, atende de modo responsável, competente e consequente”. Verificamos na fala das entrevistadas que, mesmo diante dos percalços e das barreiras instrucionais, é possível sim desenvolver um bom trabalho no aconselhamento no CTA. Destaco a fala da entrevistada Sol, que traz um relato de que mesmo diante das problemáticas existentes é possível:

Direcionamos os usuários rumo aos seus direitos, quebrando a ideologia da responsabilidade do sujeito por seus males..., mais focamos no trabalho que os faça resgatar a identidade, a autonomia e a sua emancipação frente as suas questões sexuais, suas escolhas e seus cuidados fomentando informações e enfocando a importância da mudança de comportamento, visando o combate a disseminação do HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Por fim, é importante destacar que o profissional assistente social sempre busca um melhor direcionamento para os usuários no que se refere à garantia e principalmente a efetivação dos seus direitos. Foi possível perceber durante a realização das entrevistas que as duas entrevistadas possuem quase os mesmos pensamentos acerca do trabalho que é desenvolvido no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e de suas motivações para realização de um trabalho bem feito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa objetivamos refletir com a motivação de realização de um aconselhamento, a fim de estar mais perto dos conhecimentos para evitar uma prática de sexo desprotegido, e com isso o processo de realização de testes para uma prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Iniciamos nosso estudo fazendo uma breve exposição sobre sexualidade na sociedade brasileira, com o objetivo de compreender suas transformações ao longo do século XX. Discutimos também a publicização da sexualidade a partir da redemocratização do país e o papel que a AIDS exerceu nesse processo. O enfrentamento político no contexto da epidemia, a concepção de sexualidade fundamentada em princípios democráticos, nos direitos humanos e na ética.

Nesse contexto, foram sendo construídas intervenções educativas no campo da AIDS baseadas no ideal de preservação da saúde, evitando, no entanto, a excessiva normatização das vivências afetivo-sexuais. Diante da complexidade dos problemas sociais do nosso país, vem se desenhando um novo caminho, novas abordagens que consideram a realidade cultural dos grupos e a subjetividade.

As motivações para fazer exames, não advêm simplesmente da vivência de uma prática sexual desprotegida pelos sujeitos. Em verdade, mais do que a questão das relações sexuais desprotegidas, o grande fator desencadeador da motivação ao exame.

O estudo que fizemos possibilitou uma visão bastante esclarecedora, um pouco crítica, com atenção para a importância que ocupa no serviço usando as estratégias e posteriormente alcançando sucesso fazendo o acolhimento as pessoas que procuram o serviço, ou pelo motivo de tirar dúvidas em relação às vivências sexuais, e também aqueles que já são portadores de uma das DST/HIV, AIDS.

Ao realizar entrevista com as profissionais, Assistentes Sociais, aconseladoras do CTA, podemos observar que o serviço é muito importante para os que vão à procura de realizar o teste rápido, notamos que existem algumas falhas, que podem melhorar, detectamos pontos positivos nas estratégias utilizadas para acolher os pacientes portadores de HIV. Foi mostrado também na pesquisa que as entrevistadas se sentem lisonjeadas em fazer parte dessa ação em prol da sociedade que ali passa a procura de ajuda.

Em se tratando da referida exploração da pesquisa, permitiu que fosse possível responder a problemática que propus: o Serviço Social é de tamanha importância para o funcionamento do CTA no Posto de Saúde Carlos Ribeiro, a demanda é muito grande, funciona de segunda a sexta feira, são oito horas de atendimento, e toda equipe a posto, exercendo suas funções com bastante satisfação, sempre simpáticas e com um sorriso no rosto, estão prontas para atender as pessoas que as procuram.

Respondendo ao objetivo geral proposto neste estudo, o Serviço Social do CTA Carlos Ribeiro atua realizando o aconselhamento coletivo, pré-teste, e são abordadas as questões, educacionais e de prevenção; realiza o aconselhamento pós-teste, acerca dos resultados dos exames; esclarece dúvidas, fazendo avaliação de riscos, encaminhamentos para tratamento e convocação dos parceiros; atende no acompanhamento dos usuários, familiares que ficam realizando o tratamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Carlos Ribeiro. Trabalha com ações educativas, pautadas com compromisso ético-político, oferecendo um serviço inteiramente sigiloso. Oferece apoio emocional ao usuário, esclarecendo suas dúvidas sobre DST, HIV e AIDS, principalmente, auxiliando na avaliação dos riscos que correm e as melhores maneiras que dispõem para prevenir se. Realiza também estratégias de prevenção e fortalecimento acerca da pratica de sexo seguro, buscando contribuir com a redução de infecção e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

Embora na constituição do CTA tenha ficado estabelecido que os seguimentos prioritários dos serviços fossem as populações mais vulneráveis, o que se evidencia no atendimento dos CTA é uma demanda completamente diversificada. Demanda pelo atendimento é feita por grupos das mais diversas classes sociais, pessoas extremamente pobres como pessoas de ótima condição financeira; e educacionais, atende desde o analfabeto, ao pós-graduado, respondendo assim ao primeiro objetivo específico deste estudo. Este fato acontece por ser o CTA Carlos Ribeiro, o único de Fortaleza.

Quanto ao segundo objetivo específico, verificou-se que a prática do aconselhamento realizado pelo serviço social é uma importante ferramenta estratégica para o enfrentamento de diversas questões relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis, seus estigmas e desafios a serem superados, desde questões de preconceitos relacionadas ao tratamento e prevenção. Durante o aconselhamento as profissionais vão além da transmissão de informações. Realizam uma escuta qualificada para fazer avaliação de riscos, trabalhar os sentimentos mais

diversos que se apresentam por ocasião do diagnóstico. Além de estabelecer estratégias de superação.

Compreende-se que o aconselhamento é um processo de escuta e ativa individualiza e centrada no paciente, pois é um processo de escuta e de apoio emocional que favorece um diálogo entre usuários e o profissional, onde são discutidos riscos, reflexão de valores e ações, com enfoque na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e mudança de comportamento, com incentivo às práticas seguras de sexo e direcionamento ao tratamento das infecções sexualmente transmissíveis. Trabalha o protagonismo do sujeito, abrindo reflexão para que o mesmo se reconheça como sujeito de transformação de sua história, bem como conhecedor de seus direitos e de seus deveres, assim respondemos ao último objetivo.

As DST, HIV, AIDS, são doenças transmitidas através do sexo desprotegido. A população tem vários meios de evitar uma contaminação, pois são vários postos que prestam serviços com atendimento gratuito, com profissionais preparados e ainda há preservativos para distribuição gratuita. Este serviço é de competência do Governo Federal.

Os profissionais do CTA do Posto de Saúde Carlos Ribeiro têm feito um trabalho muito bom para toda população que mora naquela comunidade e nas demais comunidades de Fortaleza que procuram pelo serviço. São ofertados exames de laboratório, testes rápidos, atendimento médico, atendimento pelo Serviço Social, que é o aconselhamento. Os profissionais do CTA, em especial as Assistentes Sociais, têm feito um maravilhoso trabalho para com esses pacientes. É um trabalho de persistência e insistência incansável pela vida dessas pessoas. Elas buscam elevar ao máximo o nível de consciência desses pacientes, ajudando-os a enfrentar seus desafios, que não serão poucos ao longo do seu tratamento.

Pesquisar sobre essa temática foi bastante enriquecedor para nossa formação acadêmica. O campo é muito vasto, com bastante espaço, e muito amplo para pesquisar. Precisa ser mais explorado e também divulgado para as pessoas tomarem mais conhecimentos. Estamos falando de um público que faz parte de uma sociedade que não os enxergam.

Os conhecimentos obtidos nessa pesquisa são de grande valia para nós, tanto na vida pessoal, como social. O campo é vasto e envolvente, pois, ao nos depararmos

com esse tema que é apaixonante, encontramos pessoas muito carentes precisando de uma palavra amiga, de apoio moral e emocional, orientação, todo um processo.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Mônica de. **Educação em Saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação**. Série Estudos em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 1998.

AYRES, Ricardo de Carvalho de Mesquita. **Práticas Educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais**. Interface. Comunicação, Saúde Educação. São Paulo: Fund. UNI/UNESP. v.6, n.11, p. 11-24, agosto 2002.

AYRES, Ricardo de Carvalho Mesquita. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo: Editoração eletrônica, Casa da Edição, 1996.

AYRES, Ricardo de Carvalho de Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenções em tempos de AIDS. Ln: BARBOSA, Regina Maria e PARKER, Richard. **Sexualidades pelo Averso**. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Editora 34, 1999.

BARROS, Sandra Regina, SILVA, Sonia Maria Batista da. **CTA contextualizando a sua história**. In: ZAFIRO, Ana Maria. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Integrando Prevenção e Assistência, Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: MS 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório: **Seminário de Aconselhamento. PN DST/AIDS**, Brasília, DF, 4-5/12/1996.

----- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual. Brasília,1999.

-----Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos Centros de Testagem para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília: Ministério da Saúde,2008.

CAMARGO, K. R. **As ciências da AIDS A AIDS das Ciências** – O Discurso Médico e a Construção da AIDS. Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 1994.

COSTA, Jurandir Freire. **A inocência e o vício**. Estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

DANIEL, H. e PARKER, R. **A Terceira epidemia: o exercício da solidariedade**. In; --- --.Aids, a terceira epidemia: ensaio e tentativas. São Paulo: Igu; 1991.

DESLANDES, Suely Ferreira & FILGUEIRAS, Sandra Lúcia. **Avaliação das Ações de Aconselhamento**. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública v. 15 supl. 2, 1999.

FERREIRA, Margarete de Paiva Simões et al. Testagem Sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). São Paulo; Revista Ciências e Saúde Coletiva, v.6, n.2,2001.

FILGUEIRAS S. **Aconselhamento no Contexto das DST's**. Brasília: [s.n.], 1996.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais-Coordenação Municipal de DST/AIDS** edição preliminar. Fortaleza: SMS 2005.

FOUCAULT, M., **Historie de La Volonté de Savoir**, Paris: Gallimard, 1976.

HABERMAS, J., 1989. Consciência Moral e Agir Comunicativo, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

HUCITEC, São Paulo, 1994.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social Na Contemporaneidade**. São Paulo, 1998.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 e 4. ed. São Paulo: Atlas, 1991 e 2007.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do Trabalho Científico** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LUZ, M. **Instituição Médicas no Brasil**. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

MANN, J. TARANTOLA, D. NETTER, T. (orgs.). **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MARTINS JUNIOR, JOAQUIM - **Como escrever trabalhos de conclusão de cursos**: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos - terceira edição. Petrópolis: RJ; Vozes 2009.

MESQUITA, F., BASTOS, F.I., **Drogas e AIDS**: Estratégias de Redução de Danos. Ed.

PARKER, Richard, HERDT, Gilbert e CARBALLO, Manuel. **Cultura Sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS**. In: AIDS. Pesquisa Social e educação. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1995.

PAULILO, Maria Ângela S. **AIDS** - Os sentidos do risco, São Paulo: Veras, 1999.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Educação sexual**. Além da informação. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1990.

ROGERS, C. **Terapia Centrada no Cliente**, Ed. Livraria Martins, 1974.

SAYÃO, Yara. **Orientação sexual na escola: os territórios possíveis e necessários**. In: AQUINO, Júlio Groppa. Sexualidade na escola. Alternativas Teóricas e Práticas. São Paulo: Summus, 1997.

SPRINZ, EDUARDO. **Rotinas em HIV e AIDS**; Minas Gerais 1999.

VILLELA, Wilza Vieira, BARBOSA, Regina Maria. **Repensando as relações entre gênero e sexualidade**. In: PARKER, Richard, BARBOSA, Regina Maria (orgs.), 1999.

Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.

WORLD BANK. Documentos de avaliação de projeto sobre empréstimo mundial proposto no momento equivalente a US\$165 milhões ao Brasil para um segundo projeto de controle de AIDS e DST. Washington, 1998. Relatório n 18338-BR. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/aids2-planejamento.htm>>. Acesso em 30.03.2001.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Descreva a atuação do Serviço Social no Centro de Testagem e Aconselhamento.
  
2. Qual o perfil socioeconômico e educacional dos usuários atendidos no CTA?
  
3. Qual a sua compreensão do Aconselhamento?
  
4. Quais as orientações que o usuário do serviço recebe do Assistente Social diante do resultado positivo e negativo para HIV?
  
5. Como você avalia a atuação do Serviço Social no processo de Aconselhamento no CTA?