

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis por médicos
e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: percepção, prática auto-referida e
efeitos de uma intervenção educativa

Montes Claros - MG

2015

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis por médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: percepção, prática auto-referida e efeitos de uma intervenção educativa

Tese (Doutorado) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Desirée Sant'Ana Haikal

Coorientadora: Profa. Dra. Ludmila Mourão Xavier Gomes

Montes Claros - MG

2015

B238a

Barbosa, Thiago Luis de Andrade.

Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis por médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [manuscrito] : percepção, prática auto-referida e efeitos de uma intervenção educativa / Thiago Luis de Andrade Barbosa. – 2015.

161 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2015.

Orientadora: Profª. Dra. Desirée Sant'Ana Haikal.

Coorientador: Profª. Dra. Ludmila Mourão Xavier Gomes.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis – HIV - Aconselhamento. 2. Avaliação – Estudo de intervenção. 3. Efetividade. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Educação continuada. I. Haikal, Desirée Sant'Ana. II. Gomes, Ludmila Mourão Xavier. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Percepção, prática auto-referida e efeitos de uma intervenção educativa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Avilmar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro de Almeida Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Junior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: André Luiz Sena Guimarães

Subcoordenador: Lucyciana Conceição Farias



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO: THIAGO LUÍS DE ANDRADE BARBOSA

TÍTULO DO TRABALHO: "Prática auto-referida e efeitos de uma intervenção educativa sobre aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis no conhecimento de profissionais da atenção primária"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Etiopatogenia e Fisiopatologia das Doenças.

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. DESIRÉE SANT'ANA HAIKAL - ORIENTADORA/PRESIDENTA

PROFA. DRA. LUDMILA MOURÃO XAVIER GOMES - COORIENTADORA

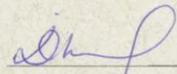
PROFA. DRA. LUCINÉIA DE PINHO

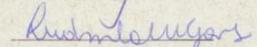
PROFA. DRA. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO

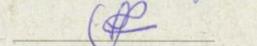
PROFA. DRA. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

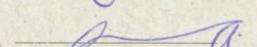
PROF. DR ANTONIO PRATES CALDEIRA

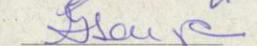
ASSINATURAS

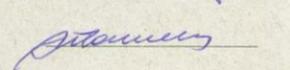












BANCA (SUPLENTE)

PROFA. DRA. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO

PROFA. DRA. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E SILVA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial a Deus, a Ele toda honra e toda glória, autor e consumidor de minha vida. Se consegui chegar até o final dessa trajetória foi graças a Ele que proporcionou tudo isso. Por toda inspiração em cada palavra colocada aqui. Grandes coisas o Senhor tem me proporcionado na vida!!!

Aos meus pais, Ivanete e Luiz, pelo intenso incentivo nos meus estudos e na minha capacitação; e que alicerçaram a formação da minha personalidade, para que eu nunca desista dos meus sonhos e persista em busca dos meus ideais; e que sempre falaram que o maior tesouro que podiam me proporcionar era a minha educação, os meus estudos. Agradeço muito a vocês!!!

À minha esposa Ludmila pelo incansável apoio, incentivo, amor, carinho e companheirismo e também por acreditar que é possível fazer algo maior do que eu podia imaginar. A sua contribuição e ideia foram essenciais para que se materializasse essa tese de doutorado. O meu eterno agradecimento por isso. Muito obrigado!!! Nem tenho palavras para dizer a sua importância em todos os instantes!!!

Ao meu sogro, José Augusto, e minha sogra, Magna, pelo incentivo, colaboração, torcida e apoio. Por não medir esforços para me ajudar nesse período. Muito obrigado!!!

À minha irmã, Vanessa, pela colaboração, incentivo, torcida e apoio. Pela grande ajuda no processo de entrega dos materiais deste trabalho. Muito obrigado!!!

Aos meus cunhados, Arnon, Guga e Higor, pela colaboração, incentivo, torcida e apoio.

Ao Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira, a quem eu admiro desde o mestrado. Obrigado pelos ensinamentos, paciência, compreensão e disponibilidade para inúmeras reuniões que contribuíram em trabalhos anteriores. Agradeço pela atenção e confiança depositada em mim. E por contribuir na minha formação pessoal e profissional. Muito obrigado!!!

À Profa. Desirée pela orientação, contribuição intelectual, ensinamentos, disponibilidade para as inúmeras reuniões para concretização deste trabalho de doutorado. Pelo aceite deste desafio. Muito Obrigado!!!

Ao Professor Alfredo pelos ensinamentos, oportunidade e compreensão de mudar o foco deste trabalho para uma área de meu interesse do qual foi possível esse doutorado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS da Universidade Estadual de Montes Claros, que contribuiu para a minha qualificação profissional.

À Karla Dias, enfermeira e amiga, que participou ativamente da coleta dos dados, não medindo esforços para buscar informações essenciais desta pesquisa Sua participação foi fundamental. Obrigado pela dedicação e esforço singular nesse processo!!!

À acadêmica de iniciação científica, Rubmara, que participou ativamente desta pesquisa. Obrigada pela dedicação e esforço singular.

Ao Prof. Antônio Caldeira, ao Prof. João Felício, à Profa. Cristina Sampaio pelas importantes contribuições na banca de qualificação.

Ao Prof. Antônio Caldeira, à Profa. Máisa Tavares, à Profa. Cristina Sampaio, à Profa. Maria Fernanda, à Profa. Lucineia Pinho, à Profa. Carla Sylvania pelas importantes contribuições na banca de defesa.

Às secretárias Kátia e Maria do Carmo pela solicitude e presteza, atendendo-nos em todo o momento com paciência e disposição.

À enfermeira Ana Paula Holzmann pelo grande apoio, contribuição e ajuda nos momentos organização e ministração de capacitação dos profissionais da atenção primária durante todo o processo do doutorado. Muito obrigado!!!

Aos amigos do CERDI pela contribuição em minha formação profissional, momentos de alegria, oportunidade e incentivo em desenvolver os trabalhos.

À coordenadora do CERDI, Vanilda Veloso, que aceitou prontamente a proposta de realização deste trabalho por meio da capacitação dos profissionais da atenção primária.

À Secretaria de Saúde e Coordenação da Atenção Primária do município de Montes Claros, na figura do Dr. Danilo Narciso, pela parceria e aprovação da realização deste trabalho.

À Prefeitura do município de Montes Claros pelo apoio financeiro e lanches disponibilizados nas capacitações.

Aos colegas do PPGCS pela convivência construtiva e enriquecedora durante estes dois anos.

Ao Corpo docente do PPGCS, por nos ter mostrado outros horizontes do conhecimento a serem conhecidos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelo apoio financeiro na iniciação científica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela Bolsa de Doutorado.

A todos os meus amigos pela torcida, apoio e por propiciar momento alegres de muita descontração, em especial: Laurindo, Kleber, Wenderson, Katinha e Laura.

Aos meus primos, tios e avôs por compreenderem o meu isolamento e pelo incentivo e carinho em todo este período.

Ao meu avô Odilon (*in memoriam*) pelo apoio e carinho, além de enxergar em mim uma formação profissional futura que hoje alcancei por meio do doutorado.

Aos profissionais da Atenção Primária à Saúde que, mesmo com o cotidiano muito atarefado nas unidades, forneceram uma valiosa contribuição com este trabalho.

Consciente de que é impossível listar todos que de uma forma ou de outra me acrescentaram conhecimentos e experiências essenciais à forma de ver o mundo e nele atuar. Muito obrigado!!!

“Então tomou Samuel uma pedra, e a pôs entre Mizpá e Sem, e chamou-lhe Ebenézer; e disse: Até aqui nos ajudou o Senhor.”

Bíblia Sagrada - I Samuel 7:12

“Grandes coisas fez o Senhor por nós, pelas quais estamos alegres

Bíblia Sagrada - Salmos 126:3

RESUMO

Este estudo objetivou investigar as percepções, a prática auto-referida e os efeitos de uma intervenção educacional sobre aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta investigação adotou-se um misto de métodos de pesquisa, mediante a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas na investigação, sendo dividido em fase 01 (estudo qualitativo), fase 02 (estudo transversal) e fase 03 (intervenção educativa). O público-alvo do estudo foi composto por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município e que não estivessem de férias ou qualquer outra licença no período do estudo. O período de coleta ocorreu entre janeiro e abril de 2015. A pesquisa qualitativa foi fundamentada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz e a coleta de dados se deu em formato de grupo focal com 12 profissionais a fim de investigar a percepção deles sobre a prática aconselhamento na APS. As falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O delineamento transversal foi realizado por meio da aplicação de um questionário que avalia prática auto-referida dos profissionais à luz dos manuais do Ministério da Saúde, classificando-a em adequada/inadequada. Foram investigadas quatro unidades temáticas da prática: realização do aconselhamento, medidas de prevenção, avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade e testagem sorológica. No estudo de intervenção educativa, os profissionais foram randomizados em grupo controle ou intervenção. O grupo intervenção recebeu uma capacitação de 16 horas com a utilização de metodologias ativas sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS. O grupo intervenção (n=72) foi comparado com o grupo controle (n=78). O grupo controle não recebeu quaisquer orientações no período de realização da pesquisa. A avaliação da intervenção educativa foi realizada por meio de pré e pós-testes de conhecimento que abordavam questões sobre aconselhamento e comunicação, avaliação de risco e vulnerabilidade, medidas de prevenção e testagem sorológica. Os dados qualitativos foram submetidos às etapas da análise da Fenomenologia Social e organizados em três categorias. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva e bivariada. Os preceitos éticos foram respeitados. No estudo qualitativo, a percepção dos profissionais sobre a prática do aconselhamento em DST/HIV/AIDS na APS foi agrupada em três categorias: “Concepções e práticas do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS”; “Barreiras para prática do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS”; “Expectativas dos profissionais para melhoria do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS”. Os resultados do estudo qualitativo apontaram que os profissionais realizam o aconselhamento de forma reduzida baseada na orientação para prevenção de doenças. Essa prática está inserida no planejamento familiar e atividades escolares. O acesso do usuário com DST ao serviço é marcado por procura mínima. Constataram-se dificuldades para o aconselhamento na visita domiciliar, manutenção do sigilo e da privacidade de informações dos usuários. Participaram do estudo transversal 146 profissionais (41,1% médicos e 58,9% enfermeiros). Apenas 25,7% dos profissionais relataram práticas adequadas. O domínio com maior proporção de práticas inadequadas foi o de avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade. Os médicos mostraram maior chance de prática global adequada (OR: 3,48), especialmente no domínio testagem sorológica. No estudo de intervenção educativa, com 150 profissionais (40% médicos e 60% enfermeiros), os resultados mostraram que houve incremento significativo de acertos nas questões formuladas após a intervenção ($p < 0,001$). Esse incremento foi significativo em todos os domínios cognitivos do questionário. Conclui-se que as práticas de aconselhamento em DST e HIV/Aids na APS ainda não atingiram os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, revelando necessidade de intensificar a sensibilização/capacitação dos profissionais na realização das mesmas. A intervenção educativa realizada foi efetiva, pois possibilitou a elevação do conhecimento sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids entre profissionais da ESF.

Palavras-chave: Aconselhamento. Doenças Sexualmente Transmissíveis. HIV. Avaliação. Estudo de Intervenção. Efetividade. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação Continuada.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the self-reported practice and the effects of an educational intervention about counseling on sexually transmitted diseases (STD) and HIV/AIDS in knowledge of physicians and nurses from primary health care (FHS). In this investigation we adopted the mixed method research, by combining quantitative and qualitative approaches in research, using the following designs sequentially: qualitative, cross-sectional and community trial approach. The subjects of study were physicians and nurses of Family Health Strategy (FHS) and who were not on vacation or other leave during the study period. The qualitative research was based on Social Phenomenology of Alfred Schütz and data collection took place in the focus group format with 12 professionals in order to investigate their perception about practice of counseling in primary care. The statements were recorded and later transcribed. The cross-sectional study was conducted by applying a questionnaire that evaluates self-reported practice based on manuals of the Ministry of Health, classifying it into proper/improper. It was investigated four areas of practice: counseling, preventive measures, risk behavior and vulnerability assessment and serological testing. In community trial, professionals were randomized into the control or intervention group. The intervention group received a 16-hour training with the use of active methodologies of counseling on STD and HIV/Aids in primary care. The intervention group (n=72) was compared to the control group (n=78). The control group received no guidelines in the period of the research. The evaluation of the educational intervention was carried out by means of pre-test and post-test of knowledge that addressed questions about counseling and communication, risk and vulnerability assessment, preventive measures and serological testing. Qualitative data were submitted to the steps of Social Phenomenology analysis and organized in three categories. Quantitative data were submitted to descriptive and bivariate analysis. The ethical principles were respected. The perception of professionals about the practice of counseling on STD and HIV/Aids was grouped into three categories: "Conceptions and practices of counseling on STD and HIV/Aids in PHC"; "Barriers to practice of counseling on STD and HIV/Aids in PHC"; "Expectations for improvement of professional counseling on STD and HIV/AIDS in PHC". The results of the qualitative study showed that professionals perform the counseling' reduced form based on the orientation for disease prevention. This practice is part of the family planning and school activities. User access to service is marked by minimum demand. They found up difficulties for counseling on home visits, maintenance of confidentiality and privacy of user information. In the cross-sectional study participated 146 professionals (41.1% physicians and nurses 58.9%). Only 25.7% of the professionals reported adequate practices. The domain with the highest proportion of improper practice was assessment of risk behavior/vulnerability assessment. Physicians showed more chance of proper practice (OR: 3.48), especially in serological testing domain In the study of educational intervention with 150 professionals (40.0% physicians and 60.0% nurses), the results showed significant increase of correct answers in the questions asked after the intervention (p <0.001). This increase was significant in all domains of the questionnaire. In conclusion the practices of counseling on STD and HIV/Aids in FHS did not reached yet the parameters recommended by the Ministry of Health, revealing the need to intensify the sensitization/training of professionals. The educational intervention carried out was effective, because it made possible the rise of knowledge about counseling on STD and HIV/AIDS among primary health care professionals.

Keywords: Counseling. Sexually Transmitted Diseases. HIV. Evaluation. Interventional Studies. Effectiveness. Primary Health Care. Family Health Strategy. Education, Continuing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Questionário de práticas com a divisão em domínios.....	38
Quadro 2 - Questionário de conhecimento com a divisão em domínios.....	39
Quadro 3 - Indicadores de produtos e resultados estabelecidos para o desenvolvimento da intervenção educativa.....	49
Quadro 4 - Distribuição dos artigos conforme periódico.....	55
Figura 1 - Seleção dos profissionais para o grupo focal.....	36
Figura 2 - Diagrama de seleção dos profissionais participantes do estudo transversal.....	42
Figura 3 - Fluxograma de seleção de médicos e enfermeiros participantes do estudo de intervenção educativa. Montes Claros, MG, Brasil, 2015.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção primária à saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CERDI	Centro de Referência em Doenças Infecciosas
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GF	Grupo focal
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMJE	<i>International Comitee of Medical Journal Editors</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ML	Modelo lógico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NS/NR	Não sei/não respondeu
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
SAE	Serviços de Atenção Especializada
SI-CTA	Sistema de Informação dos CTA
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades básicas de saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
USF	Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeiro de formação e trabalhei durante seis anos em Januária, município do norte de Minas Gerais, como funcionário efetivo. Neste período tive a oportunidade de trabalhar no Hospital Municipal de Januária e de ser Coordenador de Epidemiologia do município, o que me propiciou o desenvolvimento de algumas ferramentas da epidemiologia para auxiliar no meu serviço. Com o propósito de aprimoramento profissional e aprofundamento do conhecimento da epidemiologia, ingressei no mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) em 2010 e almejava o desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde Pública. Entretanto, isso não foi possível, pois na alocação dos estudantes do curso tive que ficar na linha de pesquisa laboratorial. No início, isso me pareceu muito bom, pois sempre me identifiquei na graduação com disciplinas básicas, tais como anatomia, fisiologia, bioquímica, citologia e histologia, imunologia e patologia. Entretanto, até o momento nunca havia realizado pesquisas laboratoriais. Pensei que seria um desafio, mas que gostaria da experiência.

Durante o desenvolvimento da pesquisa de mestrado, eu tive que aprender as técnicas, pois era novato na área. Além disso, o espaço na minha agenda para dedicação ao laboratório não era tão grande, pois trabalhava em outro município, o que dificultava ainda mais. Todo o período do mestrado foi muito difícil para mim, mas consegui defendê-lo. O mestrado me mostrou uma coisa: não queria desenvolver pesquisas laboratoriais; a minha área é a saúde pública e mais especificamente, a epidemiologia.

Imediatamente após o mestrado, ingressei no doutorado e na entrevista para a seleção já expus o meu forte desejo de trabalhar na área da saúde pública. Entretanto, isso não foi possível. Fui alocado novamente para a realização de pesquisas laboratoriais. Em reunião com o orientador ele me informou que a pesquisa de doutorado que desenvolveria faria interface com a epidemiologia. Isso a princípio seria desafio pelo estudo se concentrar também na epidemiologia, mas me lembrei de como foi complicado aprender a realizar as técnicas durante o mestrado. Fiquei o primeiro ano do doutorado tentando desenvolver as técnicas e novamente tive dificuldades, o que gerou poucas esperanças de desenvolver algo que me motivasse.

Em 2013 comecei a trabalhar também no Centro de Testagem e Aconselhamento do Centro de Referência em Doenças Infecciosas (CERDI) de Montes Claros. Foi um local de muita aprendizagem em que recebi capacitações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, o aconselhamento e a testagem. Nesse serviço desenvolvia rotineiramente o aconselhamento para os usuários que procuravam o serviço, palestras e ações de prevenção e promoção à saúde em diferenciados lugares, além do atendimento de enfermagem ao usuário com HIV. Trabalhar nessa área me motivava. Desde a época que era Coordenador de Epidemiologia em Januária já tinha muito contato com os pacientes que vivem com HIV para marcação de consultas e exames.

No serviço do CTA era evidente a necessidade de descentralização das ações de aconselhamento para a atenção primária como forma de aumentar o diagnóstico precoce dos casos de DST e de infecção pelo HIV. Em muitos momentos no CERDI, houve a presença de muitos usuários que pertenciam a áreas cobertas pela ESF e eram diagnosticados, principalmente o HIV, de forma tardia. Nesse contexto, a enfermeira Ana Paula Holzmann e eu ficamos responsáveis de desenvolver educação permanente em saúde para profissionais da atenção primária sobre essa temática a fim de haver empoderamento dos profissionais. A minha esposa viu nesse processo uma oportunidade de realizar a minha pesquisa de doutorado em um contexto que me motivava e que traria uma contribuição para a sociedade.

Fiz a proposta para a coordenação do CTA que recebeu a ideia prontamente. Contudo, era preciso definir isso primeiro com o orientador. Como meu orientador, Prof Alfredo Maurício, estava no exterior naquela época não tive como conversar com ele, mas a Profa. Desireé Haikal, sua esposa, desenvolvia pesquisas na área de saúde pública, o que me impulsionou a conversar com ela sobre essa questão. Pude conversar com o Prof. Alfredo depois, expondo a situação da minha necessidade de mudar o enfoque da minha pesquisa e ele aceitou prontamente a permuta de troca de orientador. A Profa. Desireé Haikal aceitou o desafio de me orientar sobre essa temática, pois o HIV era uma área de seu interesse. Iniciou-se assim a minha pesquisa de doutorado em maio de 2014. A partir de então dediquei todos os meus esforços para o desenvolvimento dessa pesquisa. Foram vários finais de semana, feriados e noites para a escrita desta tese.

Com a ajuda o tempo todo da enfermeira Ana Paula Holzmann e da coordenação do serviço, desenvolvemos toda a proposta de capacitação dos profissionais pelo CERDI. Ressalte-se que a capacitação proposta já era uma idealização do serviço, mas que foi impulsionada por mim.

Esta tese de doutorado apresenta a percepção da prática e o efeito de uma intervenção educacional no conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o aconselhamento em DST.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 Histórico do aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids no Brasil.....	22
2.2 Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids e sua prática na APS.....	24
2.3 Formação e capacitação dos profissionais para realização do aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids na APS.....	29
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 Objetivo geral.....	32
3.2 Objetivos específicos.....	32
4 MÉTODOS.....	33
4.1 Tipo de pesquisa.....	33
4.2 Cenário do estudo.....	34
4.3 Apresentação da proposta à gestão municipal.....	35
4.4 Público-alvo.....	36
4.5 Condução da pesquisa qualitativa.....	37
4.6 Construção dos questionários de avaliação das práticas e conhecimentos dos profissionais da ESF sobre o aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids.....	38
4.7 Validação de conteúdo e estudo piloto dos questionários construídos.....	42
4.8 Condução do estudo transversal.....	43
4.9 Condução da intervenção educativa com avaliação pré e pós-teste.....	44
4.10 Modelo lógico para avaliação e monitoramento da intervenção.....	49
4.11 Avaliação da efetividade da intervenção educativa.....	52
4.12 Análise dos dados qualitativos.....	53
4.13 Análise dos dados quantitativos.....	53
4.14 Rigor do estudo.....	55
4.15 Aspectos éticos.....	56
4.16 Apoio financeiro.....	56
5 PRODUTOS.....	57

Artigo 1: Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional.....	58
Artigo 2: Prática auto-referida do aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids na atenção primária à saúde.....	68
Artigo 3: Efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da atenção primária...	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	126
APÊNDICES.....	138
ANEXOS.....	157

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que 340 milhões de casos novos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) curáveis ocorram anualmente em todo o mundo, entre indivíduos com idade de 15 e 49 anos. Outros milhões de casos anuais estão representados pelas DST não curáveis (virais), incluindo herpes genital, infecções pelo papilomavírus humano (HPV), hepatite B e vírus da imunodeficiência humana (HIV)^{1,2}. Dados atuais apontam que, em nível mundial, há cerca de 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), cuja pandemia encontra-se em franca expansão^{3,4}.

Em 2012, no Brasil, detectaram-se 39.185 casos da doença registrados. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos de Aids/100.000 habitantes no mesmo ano. Ocorreram aproximadamente 253.000 mortes no país relacionadas à Aids. Os óbitos situaram-se principalmente na região Sudeste com 56% dos casos acumulados da doença⁵.

O enfrentamento ao HIV/Aids e às DST constitui um desafio à sociedade no estabelecimento de medidas de controle das suscetibilidades ligadas aos aspectos individuais e contextuais de exposição ao vírus^{3,4}. No Brasil, os esforços de autoridades governamentais e sociedade civil organizada visam ampliar o conhecimento e a utilização de tecnologias para melhorar a qualidade de vida. Essas ações estão implicadas em investimentos de prevenção e controle das DST/HIV/Aids e de atenção aos indivíduos soropositivos^{6,7}. O aconselhamento constitui tecnologia leve considerada como prática relevante para redução da transmissão das DST/HIV/Aids. Possui o potencial de reduzir situações de risco de exposição às DST e ao HIV, ao permitir uma relação direta e personalizada com os usuários do serviço, constituindo importante prática em saúde coletiva. Consiste em escuta ativa, individualizada e centrada no usuário, baseada na confidencialidade e na confiança para que este avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids^{8,9,10,11}.

O aconselhamento está alicerçado em três pilares fundamentais “informar, avaliar riscos e apoiar emocionalmente o usuário”. Deve ser exercido por profissional de saúde capacitado, com atendimento integral e livre de juízos de valor ou morais^{12,13}. No mundo e no Brasil, constitui uma importante estratégia no combate às DST e à Aids, tanto pelo baixo custo de sua aplicação, quanto pelo seu potencial de efetividade^{14,15}. Juntamente com insumos

preventivos disponíveis (preservativos, profilaxia pós-exposição), o aconselhamento é dispositivo imprescindível no enfrentamento de tais doenças^{13,16}. Apresenta relevância especial nas situações de risco de infecção por exposição sexual. Essa ferramenta contribui para ações educativas em saúde, podendo ser utilizado em vários momentos nos serviços de saúde, e não se restringindo à oferta do exame anti-HIV¹⁷.

No Brasil, a realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids iniciou-se com o Ministério da Saúde, na década de 1980, por meio dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Esses centros possuem como finalidade ofertar diagnóstico e aconselhamento sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV¹⁴. No final da década de 1990, foi iniciado o processo de descentralização das atividades de prevenção das DST/HIV/Aids para a atenção primária à saúde (APS)¹⁸. A APS se tornaria, desde então, importante espaço de ações de prevenção e assistência dessas doenças, sendo componente prioritário da política brasileira de controle da epidemia de Aids. Esse fato tem grande relevância, pois a rede de atenção estava centrada nos hospitais, CTA e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE).

O Ministério da Saúde estabelece o aconselhamento como prioridade do Programa Nacional de DST/Aids, que tem como meta a incorporação dessa prática nas atividades assistenciais já existentes nos serviços de saúde¹⁹. As unidades básicas de saúde (UBS) constituem espaço estratégico de destaque para o trabalho de prevenção às DST/HIV/Aids devido à crescente abrangência de cobertura populacional e por representar um cenário adequado a essa prática²⁰.

A implantação do aconselhamento e do diagnóstico do HIV na rotina da APS possui papel relevante na forma de reorganização do processo de trabalho da equipe e do serviço como um todo. Na prática, constata-se a necessidade de uma atenção para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, funções e oferta de atividades no serviço^{9,21}. A descentralização dessas ações na APS contribui para o fortalecimento de ações preventivas no combate às DST/HIV/Aids. A identificação de usuários em risco de infecção pelos profissionais da APS, associando-se aconselhamento e testagem pode melhorar em muito o diagnóstico precoce da DST e infecção pelo HIV. Cada consulta é uma oportunidade para realizar a avaliação de risco para a infecção pelo HIV e oferecer aconselhamento e testagem para aqueles pacientes que estão em risco. Apesar disso, estudos têm demonstrado que esses profissionais frequentemente perdem oportunidades de oferecer testagem por meio do aconselhamento^{22,23}.

Apesar de a APS ter, dentre suas prioridades, o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/Aids, no âmbito individual e coletivo, observam-se lacunas sobre o modo como os profissionais da APS atuam e realizam (ou não) o aconselhamento no cotidiano desses serviços^{18,20}. O aconselhamento em DST/HIV/Aids em ambientes de cuidados primários é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), todavia é pouco implementado na prática. Essa falta representa perda de oportunidade de diagnosticar a infecção pelo HIV nos estágios iniciais da doença²⁴.

Na literatura nacional, existem poucos estudos que abordem treinamento e capacitação em aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais de qualquer nível de atenção à saúde. Nas publicações internacionais, há poucas intervenções educacionais direcionadas aos profissionais da APS e há escassez de estudos intervencionais randomizados e com grupo controle. Abordar a formação é estratégico para qualificar a prática dos profissionais da APS na direção de construção de respostas mais eficazes e efetivas às DST e à Aids¹³. A formação de profissionais para a área de saúde tem sido problematizada em pesquisas^{13,25,26}. Em estudo etnográfico que acompanhou médicos que assistiam a pessoas vivendo com HIV/Aids, associou a dificuldade desses profissionais em prestar atenção mais humanizada à própria formação²⁵. A falta de profissionais treinados tem mostrado diferenças na qualidade do atendimento quando comparado com profissionais capacitados²⁶.

Este trabalho propôs a realização de uma investigação sobre a prática auto-referida e os efeitos de uma intervenção educativa no conhecimento de médicos e enfermeiros sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na Estratégia Saúde da Família (ESF). Destaca-se que no Brasil, a ESF é a estratégia de reorientação do modelo assistencial da APS e por isso foi selecionada para o presente estudo. Este trabalho poderá contribuir para a realização de novas intervenções educacionais para instrumentar os profissionais de saúde da APS para realização do aconselhamento para redução dos casos de DST e infecção pelo HIV.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico do aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids no Brasil

A tendência de crescimento da epidemia de HIV/Aids no Brasil já sinalizava desde o princípio, variações na probabilidade dos indivíduos se infectarem. Sob essa vertente, o Ministério da Saúde estabeleceu o aconselhamento como uma das prioridades do Programa Nacional de DST/Aids na incorporação dessa prática nas atividades assistenciais já existentes nos serviços de saúde¹⁹. O modelo de aconselhamento adotado por esse programa prevê uma política de inclusão e acesso universal às ações de prevenção e assistência²⁷. Com a evolução da epidemia, houve a necessidade de se ampliar a oferta de testagem sorológica voluntária, anônima e confidencial, com garantia de aconselhamento pré e pós-teste²⁸.

O aconselhamento para DST/HIV/Aids começou no país com organizações não governamentais e, posteriormente, passou a ser realizado pelo setor público em serviços especializados, como os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), hoje denominados CTA^{9,14,28}. Os CTA tiveram uma função essencial no início da epidemia, na década de 1980, quando ainda não havia locais disponíveis para pessoas que desejassem realizar o teste anti-HIV²⁹. Estão envolvidos ainda no desenvolvimento de ações de prevenção e alimentação do Sistema de Informação dos CTA (SI-CTA), com o objetivo de oferecer suporte às atividades de atendimento, vigilância epidemiológica e gestão do serviço, a partir da aplicação do formulário aos usuários³⁰. Os CTA, junto a outras estratégias de prevenção, têm sido determinantes para garantir o direito à assistência especializada e à terapia combinada a todos que delas necessitam, efetivando os princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)³¹. A área de atuação dos CTA pode ser especificamente no local onde está situado ou em áreas fora do espaço físico do estabelecimento de saúde (extra-muros). Essa última situação ocorre no CTA volante ou itinerante cujo objetivo é facilitar a realização do teste de HIV, principalmente a pessoas com acesso dificultado aos serviços de saúde¹⁰.

Mudanças no perfil epidemiológico da Aids, no Brasil, provocou a descentralização do aconselhamento e testagem do HIV para outros serviços de saúde, como centros de referência para DST, SAE para pessoas vivendo com HIV/Aids e também para as UBS²⁸. O

aconselhamento constitui um processo contínuo, que se insere dentro do contexto das atividades das UBS e articulado ao Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). É estratégico para ampliação da testagem sorológica para o HIV para a qualificação do diagnóstico de HIV e da atenção à saúde¹⁰. A institucionalização dessas ações propicia a minimização do impacto da epidemia na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas UBS. Possibilita ainda conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento.

Somente no final da década de 1990, iniciou-se o processo de descentralização das atividades de prevenção das DST/HIV/Aids, até então concentradas na atenção secundária, para a APS¹⁸. Esta passa a ser importante componente prioritário da política brasileira de controle da epidemia de DST/Aids. Um dos fatores que justificou o direcionamento para APS foi a constatação realizada pelo Ministério da Saúde, em 1998, do diagnóstico tardio do HIV no Brasil, ou seja, quando o sistema imunológico já estava debilitado³².

As UBS constituem espaço estratégico de destaque para o trabalho de prevenção às DST/HIV/Aids devido à crescente abrangência de cobertura populacional e por representar um cenário adequado a essa prática²⁰. A APS é um ambiente propício para a realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids. Dentro desse contexto, a prática do aconselhamento se assemelha aos princípios adotados pela ESF. Esse fato reside no modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e a comunidade^{10,21}. Entretanto, um dos grandes desafios do enfrentamento das DST/HIV/Aids é sua efetivação na APS³³.

O Ministério da Saúde preconiza que o aconselhamento realizado na APS cumpra ações de acolhimento (atenção e disponibilidade para receber bem o usuário, ouvir as suas necessidades, o motivo que o levou ao serviço e dar respostas as suas demandas); provisão de insumos; material para coleta de sangue, preservativos, material instrucional. Na medida da consolidação da prática é importante que se inclua a disponibilização de gel lubrificante e kits de redução de danos (agulhas e seringas descartáveis); capacitação das equipes - a qualificação da equipe é um dos fatores essenciais para atingir este objetivo^{10,21}.

2.2 Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids e sua prática na APS

O impacto negativo do estigma e preconceito associado à Aids nos campos da prevenção e assistência, bem como nos direitos humanos, é algo que chama atenção desde o início da epidemia na década de 1980¹⁵. Estados e organizações internacionais têm proposto estratégias para identificação de estigma ou mensuração de discriminação, principalmente para as populações mais vulneráveis²⁰. O aconselhamento entra como importante estratégia utilizada para veicular informação sobre HIV/Aids em situações de discussões privadas, assim como para proporcionar suporte social para mudança ou manutenção de comportamentos que trazem maior segurança¹⁹.

O aconselhamento representa importante prática em saúde coletiva na desafiante tarefa de quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/Aids. Trata-se de um processo de escuta ativa, individualizada e centrada no usuário, baseada na confidencialidade e na confiança para que este avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids^{8,9,11}. Está pautado em uma relação dialógica entre usuários e profissionais do serviço que sinaliza a existência de um jogo entre necessidades democraticamente contempladas e modos tecnológicos de agir³⁴. Fornece a oportunidade de educar e promover um comportamento de mudança.

O aconselhamento é uma prática preventiva ampla que tem como uma das etapas a realização da testagem, contribuindo para a qualidade das ações educativas em saúde³⁵. Nessa prática, deve-se estabelecer uma relação de confiança na qual o profissional esteja atento às situações conflituosas vivenciadas pelos usuários e que podem bloquear a ação preventiva. A relação entre profissional e usuário não apenas reflete relações sociais, mas faz com que as pessoas construam e se posicionem de diversas maneiras como sujeitos sociais^{19,36}. Existe a figura do aconselhador que é o agente ativo na cena do aconselhamento (geralmente um profissional de saúde), diante do usuário que recebe orientações para mudança de comportamento e redução de riscos (aconselhando)³⁷.

A prática do aconselhamento engloba a atenção integral, mediante intervenções pautadas na singularidade da visão de mundo dos sujeitos e nas experiências sociais compartilhadas. Trata-se de atividade que insere ações educativas e que, no contexto das DST/Aids, mostra-se como uma ferramenta tecnológica essencial para a prevenção dessas doenças³⁸. Constitui porta de entrada para melhorar os esforços de prevenção e cuidados e tornou-se estratégia

fundamental para diminuir a transmissão e incidência do HIV³⁹. Associado a isso é uma oportunidade para indivíduos que se encontram em situação de risco ou vivem em circunstâncias difíceis⁴⁰.

O aconselhamento pode ser realizado em vários momentos, não se restringindo a um único encontro entre duas pessoas. Pode ser realizado de forma individual ou coletiva, desempenhando papel importante na aceitação e realização do teste pelo estabelecimento do vínculo e da relação de confiança que se desenvolve durante o seu processo e pode ajudar na adesão às orientações^{35,41}. A expansão do acesso aos serviços de aconselhamento tem benefícios tanto individuais quanto sociais¹¹. Como ferramenta preventiva transcende o âmbito da testagem e 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 direitos⁹.

Para avaliação de riscos, etapa principal do aconselhamento, deve-se envolver diversos ambientes e momentos oportunos, não ficando apenas localizado em consultórios de UBS, por exemplo. Nos serviços de saúde, destaca-se a recepção, atividades desenvolvidas na sala de espera, grupos específicos, consultas individuais. Esses locais são oportunos para se estabelecer a troca de informações, o vínculo com o serviço e o estímulo ao diagnóstico contribuem para a avaliação de riscos. Associado a isso as abordagens preventivas são direcionadas a temas pessoais e coletivos, como relações de gênero, preconceito e direitos civis^{34,35}. Na abordagem coletiva ou grupal, o profissional deve ter habilidade para utilizar estratégias que favoreçam a identificação da demanda do grupo e trabalhe as questões comuns expressas pelos participantes. O profissional também deve estar atento para reconhecer os limites da identificação de demandas grupais e individuais, evitando, dessa forma, expor os participantes a situações constrangedoras³⁵.

O processo do aconselhamento está fundamentado em três tarefas básicas: informar (educar), avaliar riscos e apoiar emocionalmente o usuário¹³. O componente educativo envolve troca de informações sobre DST/HIV/Aids, formas de transmissão, prevenção, tratamento e esclarecimento de dúvidas. Essa etapa do aconselhamento pode ser realizada em diferentes momentos e ambientes, como nas atividades de sala de espera, grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, planejamento familiar, terceira idade, adolescentes, consultas individuais e nas atividades extra-muros. O profissional se desloca para visitas domiciliares,

empresas, escolas, zonas de prostituição, locais de uso de drogas, bares, boates, saunas, entre outros⁹.

O apoio emocional é relevante haja vista que a busca de um serviço implica em que o usuário está em uma situação de fragilidade, mais ou menos explícita, exigindo de toda a equipe sensibilidade para o acolher em suas necessidades. Esse apoio implica em estabelecer uma relação de confiança com o usuário já no momento de acolhimento. Ao sentir-se acolhido e ao estabelecer relação de confiança com o profissional, ele poderá ficar mais seguro para explicitar suas práticas de riscos e avaliar os possíveis resultados do teste anti-HIV. Isto pode acontecer nas consultas individuais e no aconselhamento pré e pós-teste⁹. O apoio emocional é fundamental para contribuir no enfrentamento das questões emergentes após a descoberta da soropositividade, especialmente do medo da morte³⁵.

Os componentes do aconselhamento são abordados nas consultas individuais, no aconselhamento pré-teste, devendo ser novamente trabalhados no pós-teste, em que se acrescenta a avaliação dos recursos pessoais e sociais que auxiliem na adesão ao tratamento e na definição de um plano factível de redução de riscos, sempre baseado na realidade e nas possibilidades de cada usuário. Nos momentos de conversa com o usuário é relevante abordar sobre o estilo de vida, exposições a situações de risco para as infecções relacionadas às práticas sexuais e uso de drogas. Essa ação auxilia o usuário a perceber melhor seus comportamentos e possibilidades de exposição ao HIV. Este momento da avaliação de riscos também deve incluir o planejamento cuidadoso de estratégias para a redução de riscos, adoção de práticas mais seguras, promoção da saúde e qualidade de vida¹⁰.

Considerando as características do aconselhamento e sua aplicabilidade nos diferentes níveis de atenção à saúde, a APS constitui cenário ideal para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento DST/HIV/Aids. Deve ser porta de entrada, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde⁴². Consiste na oportunidade de fornecer aconselhamento sobre prevenção às DST e HIV, além da triagem de indivíduos sexualmente ativos⁴³. De forma especial, o aconselhamento apresenta-se como prática decisiva dessas ações e os profissionais apresentam função relevante no controle e prevenção da Aids na área de abrangência dos serviços onde atuam¹⁷.

Organizações internacionais têm recomendado que os profissionais da APS aconselhassem todos os usuários sobre HIV, avaliando o risco e oferecendo teste^{2,24}. No entanto, apenas uma

minoria dos profissionais segue essas recomendações⁴⁴. Nos Estados Unidos, apesar das recomendações dos *Centers for Prevention Disease and Control* (CDC) para realização generalizada da testagem e esforços no rastreio, muitos usuários infectados pelo HIV e outras DST fazem várias visitas a serviços de saúde da APS, antes de serem diagnosticados por tais doenças⁴⁵.

A introdução do aconselhamento e do diagnóstico do HIV na rotina da APS possui papel relevante na forma de reorganização do processo de trabalho da equipe e do serviço como um todo. Faz-se necessário uma atenção para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, funções e oferta de atividades no serviço²¹. A descentralização dessas ações na APS contribuiu para o fortalecimento de ações preventivas no combate às DST/HIV/Aids. A identificação de usuários em risco de infecção pelos profissionais da APS, associando-se aconselhamento e testagem pode melhorar em muito o diagnóstico precoce da DST e infecção pelo HIV. Cada consulta é uma oportunidade para realizar a avaliação de risco para a infecção pelo HIV e oferecer aconselhamento e testagem para aqueles pacientes que estão em risco. Apesar disso, estudos têm demonstrado que esses profissionais frequentemente perdem oportunidades de teste^{18,46}.

O aconselhamento pode ser realizado de forma coletiva e/ou individual. O fundamental é que, independentemente do tipo de abordagem, o processo contribua para troca de experiências e vivências. É preciso ir além do que informar, acolhendo as necessidades e as demandas do usuário e ouvindo suas preocupações²⁸. Dar visibilidade aos discursos sociais dos profissionais da APS permite refletir sobre a construção de ações efetivas a partir dos diversos entendimentos dos profissionais⁴⁷. É necessário também que na APS seja fornecido à população o conhecimento em DST/HIV/Aids com sensibilização das pessoas em relação a seus riscos e a prática de sexo seguro para que assim ocorra a redução da incidência e prevalência das DST e HIV⁴⁸.

A atuação da APS deve estar centrada na avaliação de risco para identificar os comportamentos que colocam os usuários em aumento de vulnerabilidade para infecção, e aconselhamento sobre prevenção para ajudar os doentes a alterarem o seu comportamento e reduzir seus riscos. As ações desenvolvidas estão voltadas ao enfrentamento das DST/HIV/Aids em diferentes situações e persistem grandes desafios para o seu aprimoramento. Entre esses, encontra-se a ampliação do diagnóstico precoce, pois mais da metade das confirmações da doença é feita quando já existe deterioração imunológica³³. A

APS possui dentro de suas atribuições o papel de propor ações de prevenção das doenças e promoção da saúde, assistência de forma continuada e resolutiva, realizando encaminhamento, quando necessário, às referências com maior rapidez e precisão⁴⁹.

Outro ponto importante da avaliação de risco dos usuários pelos profissionais consiste, já no primeiro contato com os serviços de saúde, na realização do aconselhamento e oferta de testes de HIV. Os profissionais desempenham um papel significativo na prevenção e oferta do diagnóstico precoce do HIV, através da normalização e expansão de teste rápido para HIV²³. Para tanto, o acolhimento e garantia do sigilo das informações são aspectos envolvidos com a qualidade do aconselhamento. Essas dimensões favorecem a aproximação entre o profissional e o usuário e podem contribuir sobremaneira para que se estabeleça a relação de confiança tão necessária quando se desenvolve o trabalho relacionado às DST/HIV/Aids³⁵.

No contexto brasileiro e mundial, estudos têm constatado a redução do aconselhamento e das ações educativas de prevenção de DST ou HIV realizados em serviços de APS ao repasse de informações^{49,50}. Muitos usuários com diagnóstico de Aids não se recordam de ter recebido qualquer tipo de informação sobre HIV ou outras DST nos serviços que frequentavam antes do diagnóstico, tendo, a maioria, descoberto a soropositividade quando do aparecimento de sintomas ou da morte por Aids do companheiro ou filho¹⁸. Orientações realizadas no contexto da APS podem refletir na prevenção da disseminação do HIV no aconselhamento e testagem, na maior ênfase nas abordagens que maximizam o número de pessoas que busquem conhecer o estado sorológico⁴⁶.

Um dos aspectos importantes para o sucesso do aconselhamento consiste na postura adotada pelos profissionais. Estes devem desenvolver habilidades de comunicação, sensibilidade às demandas do indivíduo e permissão de expressão dos seus sentimentos; devem evitar atitudes moralistas de juízo de valor e abster-se, durante o atendimento, de expressar seus próprios desejos, reações e inclinações. Importante também é ter conhecimento técnico e ética profissional^{50,51}. Atitudes moralistas de juízo de valor devem ser evitadas. Outra questão é que o profissional abstenha-se, durante o atendimento, de expressar seus próprios desejos, reações e inclinações. Toda atividade educativa deve considerar a situação em que se encontra o sujeito⁵².

O aconselhamento deve ser um processo contínuo inserido nas atividades das UBS, articulado aos demais programas assistenciais existentes e ao cotidiano das práticas desenvolvidas pelos

profissionais da APS¹⁷. Juntamente com essas questões, deve-se associar a prática da comunicação em saúde no estabelecimento da relação entre o profissional e o usuário. Essa prática tem desempenhado importante papel na prevenção desde o início da epidemia de Aids⁵³. Pode ser usada para criar um comportamento saudável, aumentando a procura pelo serviço de saúde no sentido de melhoria da qualidade deste. No contexto do HIV, a comunicação pode motivar as pessoas a fazer o teste e obter os seus resultados, promover o acesso ao tratamento, além de reduzir o estigma que pode impedir o indivíduo de tomar tais atitudes⁵⁴. A comunicação entre APS e serviços especializados de HIV é essencial para a ligação imediata para cuidar de pacientes recém-diagnosticados, a fim de minimizar a perda no acompanhamento⁴⁶.

2.3 Formação e capacitação dos profissionais para realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS

Na literatura nacional, existem poucos estudos que abordem a capacitação em aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais de qualquer nível de atenção à saúde. Nas publicações internacionais, há escassez de intervenções educacionais direcionadas aos profissionais da APS. O treinamento sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids afeta a experiência de profissionais de saúde em diferentes contextos, incluindo a forma de antecipar frente aos desafios que surgem na prática. Apesar de sua preparação, os profissionais percebem muitos desafios, tais como exigências emocionais, angústia a partir de seu trabalho ou dilemas éticos insolúveis. Os profissionais de saúde lutam regularmente contra dilemas éticos relacionados a não divulgação^{25,54-56}.

Abordar a formação é estratégico para qualificar a prática dos profissionais da APS na direção de construção de respostas mais eficazes e efetivas às DST/HIV/Aids¹³. Em estudo etnográfico acompanhando médicos que assistiam a pessoas vivendo com HIV/Aids, associou as dificuldades desses profissionais em prestar atenção mais humanizada à própria formação²⁵. Relato de experiência conduzido no estado de São Paulo sobre políticas de DST/Aids apontou o despreparo de profissionais de saúde para o trabalho com prevenção e aconselhamento como fator alarmante devido ao fato de poucos profissionais terem passado por capacitação específica para atuação nesses campos⁵⁶. Nesse mesmo estudo, os profissionais referiram as mídias populares (TV, rádio, revistas) como fontes de informação

sobre DST/Aids, indicando ausência de fundamentos consistentes para a atuação neste campo. A falta de profissionais treinados tem mostrado diferenças no atendimento entre os profissionais que participaram de oficina de formação e aqueles que não participaram²⁶.

Análise hermenêutica conduzida dos documentos brasileiros e internacionais sobre aconselhamento em DST/Aids, estudos avaliativos e teorias relacionadas, revelou dificuldade de articular a ideia do aconselhamento teórica e normativa para o campo das práticas da saúde, de maneira exitosa e consistente⁵⁷. Nessa análise, foram observadas ambiguidades nos manuais nacionais e internacionais sobre aconselhamento: misturam metas e preocupações comprometidas com o plano individual, mais abertas e focadas na singularidade do usuário; e metas coletivas e sociais, mais diretas e fechadas, focadas em políticas públicas determinadas e da saúde coletiva em geral. Originalmente, o aconselhamento trata-se de uma prática individual com o objetivo de contribuir para que o indivíduo compreenda a si mesmo, reflita sobre seus recursos e limitações e possa tomar decisões livremente pessoais⁵⁸.

Na prática, tem-se ressaltado a falta de aprofundamento teórico na realização do aconselhamento no campo da Aids associado à falta de formação dos profissionais⁵⁷. É importante destacar ainda a necessidade do aconselhador nortear sua prática, tomando por base algum princípio teórico em relação ao aconselhamento, tornando seu saber/fazer fundamentado¹⁹.

A formação de profissionais para realização do aconselhamento reflete a maneira como se aborda os usuários pertencentes a grupos específicos. Ensaio randomizado e controlado foi realizado nos Estados Unidos para avaliar a eficácia do aconselhamento a populações vulneráveis (usuários de drogas, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens) em relação ao uso de mensagens educativas. Os resultados apontaram redução dos casos de DST através do aconselhamento, revelando que esse dispositivo preventivo possui maior impacto no comportamento de risco e vulnerabilidade⁵⁹. Estudo realizado no Kênia com homens que fazem sexo com homens revelou que os profissionais, apesar da crescente experiência, apontaram que a formação mais direcionada para atendimento de grupos específicos melhora a eficácia do aconselhamento para redução de riscos³³.

Investigação realizada nos Estados Unidos, no qual foram entrevistados 171 médicos da APS, obteve como resultado que a maioria (86%) não oferecia rotineiramente o teste de HIV no aconselhamento aos usuários sexualmente ativos e a metade não oferecia rotineiramente às

gestantes⁶⁰. Ainda no mesmo estudo, residentes em medicina, cuja maioria não havia recebido treinamento formal para o aconselhamento e testagem apontaram que deveriam ter recebido essa formação ainda na grade escolar. Outra pesquisa no Canadá apontou que poucos profissionais integram o aconselhamento em DST/HIV/Aids e solicitação da testagem para os usuários, associando esse fato à falta de treinamento em educação sexual durante a educação médica⁶¹.

Estudos de intervenção educativa revelam que após o treinamento de profissionais tem-se observado mudança na abordagem de indivíduos vivendo com HIV. Verifica-se ganhos no conhecimento, na forma de conduzir a avaliação de risco e aconselhamento centrado no cliente, a divulgação de negociação do uso do preservativo, testagem da parceria sexual, uso de preservativo, adesão ao tratamento com antirretrovirais^{62,63}. Em comunidades de baixa renda, essa realidade é traduzida em mudanças de atitudes e comportamento e redução de práticas sexuais de risco entre os indivíduos. Os resultados apontaram a eficácia da intervenção em ambientes de cuidados primários para a redução do risco sexual e vulnerabilidades associadas entre homens casados⁶².

Com base nesses pressupostos teóricos, este trabalho se propôs a apresentar um modelo de intervenção educativa para capacitação de médicos e enfermeiros sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS. Essa intervenção é descrita na íntegra desde a apresentação da proposta de capacitação à gestão até a execução e análise da efetividade com base em modelo lógico. Nessa proposta, contemplou-se ainda a investigação da prática auto-referida e sua compreensão pelos profissionais em relação ao aconselhamento realizado na APS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Investigar a prática auto-referida e os efeitos de uma intervenção educacional sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da APS.

3.2 Objetivos específicos

- Compreender percepção de médicos e enfermeiros sobre a prática do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS;
- Investigar a prática auto-referida de médicos e enfermeiros da ESF sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids;
- Avaliar o conhecimento desses profissionais antes e após uma intervenção educativa.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Neste estudo realizou-se o misto de métodos de pesquisa, mediante a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas na investigação. Utilizaram-se os seguintes delineamentos de forma sequencial: qualitativo, transversal e estudo de intervenção educativa com avaliação pré e pós-teste.

O estudo qualitativo procurou compreender a percepção dos médicos e enfermeiros sobre a prática do aconselhamento em DST/HIV/Aids realizado na ESF e foi fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz que permite conhecer as questões sociais da ação humana⁶⁴. O delineamento transversal foi utilizado para investigar a prática auto-referida de médicos e enfermeiros da ESF sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids à luz dos manuais do Ministério da Saúde. A intervenção educativa foi realizada por meio de um treinamento para médicos e enfermeiros das equipes da ESF do município de Montes Claros. Os profissionais pertencentes a 44 UBS com ESF da zona urbana foram aleatorizados para o grupo intervenção e controle.

4.1.1 Referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social

A perspectiva fenomenológica constitui alternativa de investigação que permite um olhar efetivo sobre as experiências relacionadas ao processo saúde-doença de seres humanos e, principalmente, as vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde. Neste estudo, utilizou-se a Fenomenologia Social por permitir melhor compreensão da percepção do profissional sobre sua prática no aconselhamento, sendo essa experiência dotada de significado social⁶⁵.

A Fenomenologia Social, de acordo com Alfred Schütz, fundamenta-se em compreender a ação de sujeitos no mundo social, tendo como referência as relações estabelecidas entre eles com base em suas vivências cotidianas e passadas. No contexto do aconselhamento, é importante para análise do significado das ações sociais dos indivíduos envolvidos (profissionais e usuários) e na relação estabelecida entre eles⁶⁴.

Na Fenomenologia Social, a ação acontece baseada em motivos existenciais (vivências subjetivas) e não meramente psicológicos. Os motivos remetem a finalidade com que se pretende alcançar determinada ação. Estão relacionados ao passado e ao presente vivido (motivos por que) e à orientação para a ação futura que constitui a possibilidade da ação propriamente dita, ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação (motivos para). Aborda os conceitos de tipificação que representa a ação de um determinado grupo social. Outros conceitos-chaves são intersubjetividade e atitude natural^{65,66}. A intersubjetividade é um dos conceitos-chave desse referencial, e refere-se às vivências experienciadas que são interpretadas de forma recíproca⁶⁷. A atitude natural refere-se à forma como o sujeito se relaciona com o mundo onde está inserido. Este conceito é influenciado pelo conhecimento prévio e pela situação biográfica de cada sujeito⁶⁴.

No contexto social, o homem vive e se relaciona e, de acordo com os relacionamentos e experiências vivenciadas, vai transformando seu "eu biográfico", o que o diferencia dos outros, motivando-o em suas atitudes naturais. A ação social é executada entre duas ou mais pessoas e é projetada pelo homem de forma consciente e intencional e traz um significado subjetivo que possui um sentido^{64,67}.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a ESF de Montes Claros. Destaca-se que esse município foi selecionado devido ao crescente número de atendimentos no CTA na atenção secundária aliado com a proposta de descentralização desse atendimento para ESF, conforme preconizado pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde⁹ desde 2003. No município, o CTA apresenta-se inserido no Centro de Referência em Doenças Infecciosas (CERDI) que realiza o aconselhamento e testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatite B e C. Esse serviço se destaca pela abrangência de atuação que envolve a região macronorte. Constitui referência no atendimento e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/Aids por meio do SAE.

Montes Claros é o principal centro urbano do norte de Minas Gerais, apresentando características de uma capital regional. Seu raio de influência abrange todo o norte do estado e

sudoeste da Bahia. Conta com uma população aproximada de 385 mil habitantes⁶⁸. Em 2015, o município possuía 44 Unidades Básicas de Saúde com 95 equipes da ESF na zona urbana e 10 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁶⁹.

Na constituição das equipes da ESF de Montes Claros, verificaram-se algumas peculiaridades a serem destacadas. Como recursos humanos, verificou-se a presença dos profissionais, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e vigilantes de segurança patrimonial. No entanto, a maioria das equipes não possuía auxiliar administrativo. Devido à ausência desse profissional, em muitas equipes da ESF, os ACS se revezam em plantões na recepção, realizando o serviço que seria do auxiliar administrativo. Nos plantões, o ACS realiza o trabalho administrativo⁷⁰ com o acolhimento inicial da população que chega para atendimentos, arquivamento e separação de prontuários dos atendimentos do dia, agendamento de consultas e exames. Os plantões costumam ocorrer uma vez por semana, porém devido a férias ou licença de outro profissional, pode acontecer de o ACS fazer mais de um plantão por semana⁷¹.

Outro ponto relevante é a presença de poucos profissionais efetivos (não temporários) de nível superior na ESF no município de Montes Claros no período de realização do estudo, persistindo vínculos empregatícios precários, propiciando alta rotatividade dos profissionais, principalmente de médicos. O trabalho precário resulta de relações que provocam a rotatividade, insegurança do vínculo empregatício, baixos salários e largas jornadas de trabalho⁷².

4.3 Apresentação da proposta à gestão municipal

Previamente à realização da pesquisa, procedeu-se à reunião com a Coordenação da APS de Montes Claros para mobilização e apresentação da proposta de treinamento sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. Em reunião com o secretário adjunto da APS, foram discutidos os seguintes pontos: a necessidade de a ESF realizar o aconselhamento e a testagem rápida para HIV e Sífilis a fim de ampliar o acesso do usuário, visto que seria disponibilizado na UBS mais próxima da sua residência; a relevância da realização da testagem e aconselhamento, principalmente em gestantes, o que estaria de acordo com o propósito da Rede Cegonha do Ministério da Saúde; a proposta de intervenção educativa para

médicos e enfermeiros da ESF para instrumentalizá-los na realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids; as técnicas de avaliação da intervenção educativa antes e após a sua realização; a necessidade de liberação dos profissionais para o treinamento em aconselhamento com carga horária de 32 horas com o planejamento de metodologia sugerida no manual “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica” do Ministério da Saúde⁷³.

Posteriormente à apresentação da proposta, houve adesão do secretário adjunto, todavia a carga horária permitida para liberação dos profissionais para o treinamento foi de 16 horas devido a diversas atividades de demanda espontânea e programada a serem desempenhadas por esses profissionais, o que requer a sua permanência na UBS. Devido à solicitação do gestor houve a necessidade de readequação da carga horária para 16 horas e assim houve a liberação dos profissionais atuantes na ESF para participação da pesquisa. Posteriormente, o pesquisador foi encaminhado à Coordenação da Atenção Primária do município para agendamento dos dias e horários da capacitação dos profissionais.

4.4 Público-alvo

O público-alvo deste estudo foi constituído pelos profissionais de nível superior das equipes da ESF. Estabeleceram-se os critérios de inclusão: 1) ser médico ou enfermeiro da equipe da ESF da zona urbana do município de Montes Claros; 2) não estar de férias ou qualquer outra licença no período de coleta de dados na região abordada.

4.5 Condução da pesquisa qualitativa

Antes da randomização dos profissionais para intervenção educativa, realizou-se a pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Social por meio de grupo focal (GF) com os médicos e enfermeiros da ESF. A escolha dessa técnica teve como objetivo investigar um assunto em profundidade⁷⁴, propiciando momentos de reflexão e de discussão acerca da percepção dos profissionais sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF.

Na pesquisa fenomenológica, a utilização do GF permite a multiplicação de possibilidades de compreensão do fenômeno, agora discutido em grupo⁷⁵. A técnica do GF é utilizada para estudar temas na coletividade, obtendo-se as impressões de vários indivíduos em interação, propiciando compreender a realidade para o conhecimento das percepções e linguagens prevalentes no tema pesquisado^{76,77}. O enfoque nas ideias sendo construídas coletivamente a fim de compreender o fenômeno estudado foi o que levou o pesquisador a optar por este método de coleta de dados.

Na formação do GF, é fundamental que haja, pelo menos, alguma característica semelhante entre os participantes⁷⁸. Nessa perspectiva, médicos e enfermeiros foram selecionados por atuarem em conjunto na UBS e por possuírem a graduação de nível superior o que os torna semelhantes para participarem do GF. O quantitativo de participantes do GF foi definido de acordo com a orientação proposta na literatura sendo referidos entre seis a 15 pessoas como recomendável para a sua execução^{78,79}.

O próprio pesquisador foi o moderador do GF que realizou a constante interação com os participantes e fez encaminhamentos, intervenções direcionadas ao tema para que o grupo estivesse atento aos objetivos estabelecidos para aprofundar pontos específicos e estimular a participação homogênea do grupo⁷⁶. Dois observadores participaram do GF a fim de registro no diário de campo de anotações de expressões, gestos, falas sussurradas e discordâncias não faladas.

Participaram do GF profissionais enfermeiros e médicos atuantes na ESF em atividade laboral no período da pesquisa e que aderiram à proposta. Foi evitada a inclusão de profissionais que atuassem em UBS próximas geograficamente e foram convidados para participação no estudo apenas um profissional de cada equipe de ESF (médico ou enfermeiro). O convite foi realizado pela Coordenação da APS por e-mail com a explicação do GF e apresentação de proposta futura de treinamento dos profissionais. Inicialmente, foram convidados 18 profissionais (09 enfermeiros e 09 médicos) através de e-mail constando os objetivos do estudo e seis se recusaram a participar do estudo (Figura 1). Ressalte-se que os 18 profissionais convidados trabalhavam na ESF da zona urbana por mais de três meses e foram indicados para essa etapa pela Secretaria Municipal de Saúde. Esse critério foi utilizado pelo fato de o profissional recém-admitido pode ainda não ter tido oportunidades de praticar o aconselhamento no seu cotidiano de trabalho⁸⁰.

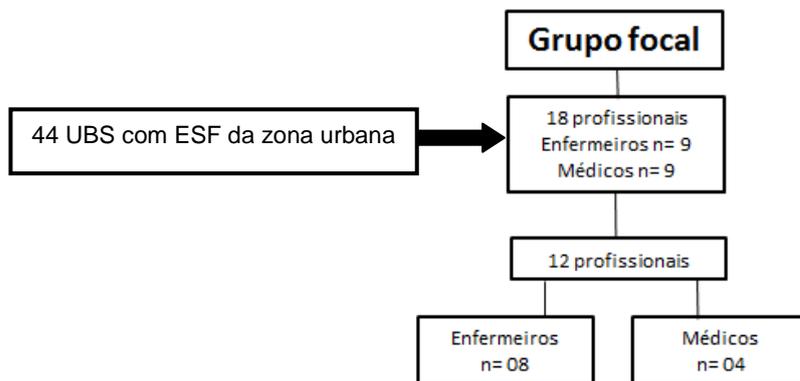


Figura 1. Seleção dos profissionais para o grupo focal.

Para a participação no GF, os profissionais foram convidados a estarem em dia, horário e local pré-definidos. No GF, abordaram-se os temas: aconselhamento em DST/HIV/Aids, acolhimento da pessoa que busca o aconselhamento na ESF, acompanhamento do usuário com DST/HIV/Aids após o aconselhamento (APÊNDICE A). As falas dos participantes foram transcritas na íntegra e os registros de fala dos observadores foram considerados para a análise. O tempo de duração foi de uma hora e meia e a finalização ocorreu quando as falas dos sujeitos no GF mostraram sinais de desvelamento do fenômeno.

O GF se deu no formato de mesa redonda com a utilização de dois gravadores dispostos em locais estratégicos para melhor captação das falas. O debate ocorreu em sala disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2015, em horário previamente agendado com os participantes.

No período do desenvolvimento do estudo o pesquisador trabalhava no CTA e sua relação de trabalho com os sujeitos do estudo era de suporte e apoio técnico para o desenvolvimento de ações relacionadas às DST na ESF.

4.6 Construção dos questionários de avaliação das práticas e conhecimentos dos profissionais da ESF sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids

Para avaliação da prática-autoreferida e do conhecimento dos profissionais foram elaborados dois questionários com base nos manuais “Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a

Atenção Básica”⁹, “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”⁷³, Caderno da Atenção Básica “HIV/Aids, hepatites e outras DST”⁸¹, do Ministério da Saúde.

Os instrumentos elaborados são compostos de duas partes sendo a primeira com 20 questões, contendo a caracterização dos participantes tais como dados sociodemográficos e relativos à formação dos profissionais sendo as principais: sexo (masculino/feminino), idade (anos), estado civil (casado ou união estável/solteiro (a)/separado (a) ou viúvo (a), prática de alguma religião (sim/não), nacionalidade (brasileira/outra nacionalidade), categoria profissional (enfermeiro/médico), qualificação em Saúde da Família (sim/não), tempo de formado (anos), tempo de atuação na APS (meses), treinamento prévio em aconselhamento DST/HIV/Aids (sim/não). A qualificação em Saúde da Família considerada foi a residência (médica ou multiprofissional) em Saúde da Família e o título de Medicina de Família e Comunidade. A segunda parte dos dois questionários abordava itens relativos à prática auto-referida (APÊNDICE B) e conhecimento dos profissionais (APÊNDICE C). A descrição de cada questionário segue abaixo.

4.6.1 Questionário para avaliação da prática auto-referida de médicos e enfermeiros da ESF sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids

A segunda parte do questionário de prática auto-referida possui cinco questões sobre a realização e dificuldades no aconselhamento e 27 questões relacionadas à frequência de ações pertinentes a tal prática dispostas em escala de Likert com cinco opções de resposta. Dessa forma o participante deveria escolher a resposta que melhor representasse sua prática em relação ao aconselhamento em DST/HIV/Aids. Foram atribuídos valores correspondentes a cada item, sendo “sempre” (valor=5), “frequentemente” (valor=4), “às vezes” (valor=3), “raramente” (valor=2), “nunca” (valor=1) e “não sei/não respondeu” (NS/NR) e em branco (*missing*). O item 25 precisou ter seus valores invertidos pela natureza do item (“sempre” representava situação pior).

As 27 questões do questionário de práticas foram divididas em quatro unidades temáticas domínios, a saber (Quadro 1): “Realização do aconselhamento” (07 itens); “Medidas de prevenção” (06 itens); “Avaliação do comportamento de risco/vulnerabilidade” (10 itens); “Testagem sorológica” (04 itens).

Quadro 1. Questionário de práticas com a divisão em unidades temáticas.

Unidade temática 01: Realização do aconselhamento

- 1-Eu realizo o aconselhamento individual em DST/HIV/Aids em local reservado com os usuários.
- 2-Eu realizo o agendamento dos usuários que necessitam de aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 3-Eu gasto tempo suficiente para prestar um aconselhamento de qualidade para os usuários atendidos por mim.
- 4-Eu insiro na rotina da equipe os usuários que possuem demanda relacionada à DST.
- 5-No aconselhamento, eu estou à vontade para discutir questões relacionadas a sexo com os usuários.
- 6- Eu realizo visitas domiciliares aos usuários com demanda relacionada à DST/HIV/Aids.
- 7-Eu realizo mais de um aconselhamento em DST/HIV/Aids com o usuário quando é necessário.

Unidade temática 02: Medidas de prevenção

- 8-Eu discuto práticas sexuais seguras com todos os usuários no aconselhamento.
- 9-Eu discuto a importância da prevenção das DST/Aids na pré-concepção para mulheres em idade fértil.
- 10-Eu discuto sobre medidas preventivas relacionadas às DST/HIV/Aids durante o aconselhamento.
- 11-Eu discuto a importância do uso do preservativo com cada usuário atendido por mim.
- 12-Eu forneço informações sobre os preservativos masculinos e femininos.
- 13-Eu ofereço preservativo para os usuários atendidos no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Unidade temática 03: Avaliação do comportamento de risco e vulnerabilidade

- 14-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de transmitir alguma DST com os usuários que fazem uso delas.
- 15-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de contrair alguma DST com os usuários que fazem uso delas.
- 16-Eu abordo as diferenças de vulnerabilidades relacionadas às DST/Aids.
- 17-Eu discuto os riscos de adquirir DST, incluindo a infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.
- 18-Eu discuto os riscos de transmissão das DST e da infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.
- 19-Eu discuto o risco da transmissão de mãe para filho das DST e da infecção pelo HIV com cada gestante na consulta pré-natal.
- 20-Eu discuto sobre a história prévia de DST com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 21-Eu pergunto sobre o número atual e passado de parcerias sexuais de cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 22-Eu pergunto sobre a orientação sexual dos usuários em cada aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 23-Eu discuto sobre práticas sexuais (sexo oral, vaginal e anal) com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Unidade temática 04: Testagem sorológica

- 24-Eu solicito a autorização/consentimento para testagem anti-HIV e de outras DST no aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 25-Eu já omiti diagnóstico de DST para não causar transtorno no relacionamento dos usuários.
- 26-Eu solicito o teste anti-HIV e de outras DST mediante o aconselhamento.
- 27-Eu indico o teste anti-HIV a todo usuário que atendo na unidade de saúde independente do motivo original do atendimento.

4.6.2 Questionário para avaliação do conhecimento dos profissionais sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS antes e após a intervenção educativa

Anterior e posterior à realização da intervenção educativa proposta neste trabalho, foi realizada a aplicação de um questionário para avaliação do conhecimento dos profissionais, denominado pré-teste e pós-teste, respectivamente (APÊNDICE C).

A segunda parte do questionário é constituída por 43 questões que abordam o conhecimento sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids. As questões foram divididas em quatro domínios: aconselhamento e comunicação (10 questões), avaliação de risco e vulnerabilidade

(19 questões), medidas de prevenção (07 questões) e testagem sorológica (07 questões) (Quadro 2).

Quadro 2. Questionário de conhecimento com a divisão em unidades temáticas.

Unidade temática: Aconselhamento e comunicação

- 1 - Aconselhamento significa dar conselhos e informações relacionadas à transmissão de DST/HIV/Aids.
- 2 - O aconselhamento envolve o apoio emocional, o apoio educativo e a avaliação de riscos.
- 5 - A comunicação horizontal é aquela que forma um vínculo distante entre o profissional e o usuário.
- 19 - O aconselhamento coletivo é aquele que ocorre a particularização das necessidades do grupo.
- 21 - Aconselhamento é o mesmo que orientação preventiva.
- 24 - Aconselhamento é o processo de escuta passiva individualizada centrada no usuário.
- 29 - A verticalidade da comunicação favorece a interação entre profissional e usuário devido à proximidade causada para ambos.
- 36 - O aconselhamento individual permite à pessoa avaliar seus próprios riscos e tomar decisões sobre seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.
- 42 - No caso de diagnóstico de DST, a comunicação das parcerias fica a cargo dos profissionais e do próprio usuário.
- 43 - No aconselhamento, a comunicação é um processo dialógico centrado na transmissão de informações.

Unidade temática: Avaliação de risco e vulnerabilidade

- 3 - Gênero possui o mesmo significado que sexo para fins de aconselhamento em DST/HIV/Aids.
- 4 - Na maior parte das vezes, as diferenças de gênero interferem na adoção de práticas sexuais seguras.
- 6 - Comportamento de risco se refere às situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se exporem às DST ou HIV.
- 7 - Vulnerabilidade individual se relaciona com a vulnerabilidade do ponto de vista social e institucional.
- 8 - A vulnerabilidade ocorre quando o indivíduo expõe ele mesmo e o (a) parceiro (a) a práticas sexuais não seguras.
- 9 - A avaliação de risco envolve um diálogo com o cliente sobre a necessidade de adotar medidas preventivas.
- 17 - O histórico de repetições de DST está relacionado ao não uso do preservativo nas relações sexuais.
- 18 - O tipo de relação sexual (sexo anal, vaginal e oral) difere no risco de transmissão de DST ou HIV.
- 22 - A atividade sexual precoce não é fator de risco para DST entre adolescentes que não são usuários de drogas.
- 23 - Uma nova exposição de risco não pode ser considerada em um paciente que já se encontra em janela imunológica.
- 26 - A negociação do uso do preservativo está ligada a questões de gênero, constatadas no comportamento de risco das mulheres.
- 27 - O risco corresponde às condições que deixam as pessoas em situação de fragilidade e de expô-las ao adoecimento.
- 28 - Vulnerabilidade coletiva está relacionada com os comportamentos adotados pela pessoa que aumentam as chances de contrair alguma DST.
- 31 - A avaliação de risco junto ao paciente deve ser feita, considerando a orientação sexual.
- 32 - O uso de álcool ou outras drogas influenciam a percepção de risco em relação às DST.
- 33 - A percepção do risco de se adquirir uma DST deve partir do profissional e não do usuário.
- 34 - O histórico de repetições de DST está relacionado ao uso do preservativo nas relações sexuais.
- 38 - Pessoas com DST frequentemente têm sintomas e estes são facilmente percebidos por elas.
- 39 - Atualmente, a transfusão de sangue ou hemoderivados não representa mais risco para infecção pelo HIV devido ao alto rigor de qualidade dos hemocentros.

Unidade temática: Medidas de prevenção

- 10 - O plano de redução de risco é estabelecido no momento do aconselhamento coletivo.
- 16 - Durante o período de janela imunológica, o uso do preservativo impede uma nova exposição de risco para DST.
- 20 - No Brasil, as ações de prevenção das DST/HIV/Aids primam pelo uso do preservativo em todas as relações sexuais.
- 30 - O princípio da redução de danos é a liberdade de escolha do profissional sobre mudar comportamentos de risco do usuário.
- 35 - A imunização contra hepatite A e B é uma forma de prevenção importante para usuários de drogas.

40 - O uso correto e regular do preservativo no sexo vaginal, oral e anal impede o aparecimento de DST.

41 - A prática do coito interrompido é uma maneira de evitar a infecção pelo HIV e de outras DST.

Unidade temática: Testagem sorológica

11 - Na testagem sorológica, o sigilo das informações dos usuários pode ser rompido somente com o consentimento expresso do usuário.

12 - Uma das premissas básicas para testagem do HIV e de outras DST é a voluntariedade desta decisão.

13 - Na testagem sorológica, a janela imunológica é o período no qual o indivíduo tem maior possibilidade de contrair uma DST.

14 - O resultado negativo do exame anti-HIV ou de outra DST substitui medidas de prevenção.

15 - Se uma pessoa tem o teste positivo já confirmado para o HIV significa que a pessoa tem Aids.

25 - Na testagem, resultado indeterminado é um provável resultado positivo que deve ser confirmado após 30 dias do primeiro exame.

37 - Atualmente, o número de pessoas que desconhecem sua sorologia é pouco significativo haja vista a quantidade de testes sorológicos disponíveis.

No instrumento, as afirmativas apresentam-se sob forma de julgamento em verdadeiro ou falso e a opção “não sei”. Cada questão corretamente respondida soma um ponto no número de acertos e a opção “não sei” não pontua no questionário.

Posteriormente ao treinamento, na última oficina do grupo intervenção, aplicou-se o pós-teste que é o mesmo questionário do pré-teste a fim de avaliar o ganho de conhecimento dos profissionais.

4.7 Validação de conteúdo e estudo piloto dos questionários construídos

Anterior à coleta de dados do estudo transversal e da intervenção educativa, os questionários de conhecimento e de prática elaborados pelo pesquisador passaram pela avaliação de especialistas da área para validação de conteúdo. Os questionários foram analisados pelo julgamento de 02 médicos infectologistas, 01 médico especialista em APS, 01 médico especialista em APS e em DST, 01 enfermeiro especialista em APS, 02 enfermeiros especialistas em DST. Os instrumentos foram avaliados na presença ou ausência dos seguintes critérios: abrangência, objetividade, clareza, relevância e pertinência. Nos questionários de avaliação de prática auto-referida e de conhecimento, houve a necessidade de alteração com reformulação de 04 e 06 itens após a avaliação dos profissionais, respectivamente.

O estudo piloto referente à aplicação dos questionários que avaliaram o conhecimento e prática auto-referida foi realizado com 10 profissionais das equipes de ESF da zona rural. Os

dados do estudo piloto permitiram checar a viabilidade dos instrumentos e da estratégia de coleta de dados e a sua readequação. Os dados gerados não foram utilizados nas análises dos resultados relatados nos artigos que compõem esta tese.

Para verificação da consistência da escala de Likert adotada, calculou-se o α de Cronbach para cada unidade temática e para os 27 itens (escala global), adotando-se valores $\geq 0,60$ (que indica boa consistência interna da escala adotada)⁸².

4.8 Condução do estudo transversal

A população do estudo transversal foi constituída pelos 180 profissionais enfermeiros e médicos das equipes da ESF, zona urbana (Figura 2). Desses, foram excluídos os profissionais com menos de três meses de tempo de serviço na APS (profissional recém-admitido pode ainda não ter tido oportunidades para realizar o aconselhamento e avaliar a sua prática)⁸⁰ e os que não se encontravam em atividade no período do estudo (férias ou licença). Assim, o estudo partiu de 168 profissionais elegíveis.

Foi aplicado um questionário para avaliação da prática dos profissionais. A entrega do questionário ocorreu nas UBS em horário convencional de trabalho. Inicialmente, o pesquisador responsável procurou tais profissionais, apresentou a proposta do estudo e convidou-os a participar. O questionário foi entregue para resposta dos profissionais na presença do pesquisador na UBS. Entretanto, alguns profissionais estavam atarefados e assim relataram não poder responder o questionário naquele momento. Agendou-se dia e horário para devolução (dois dias em média) do questionário para aqueles profissionais que não responderam no momento da visita do pesquisador à UBS. Para certificar-se da devolução do questionário, o pesquisador utilizou da estratégia de ligação prévia para confirmação.

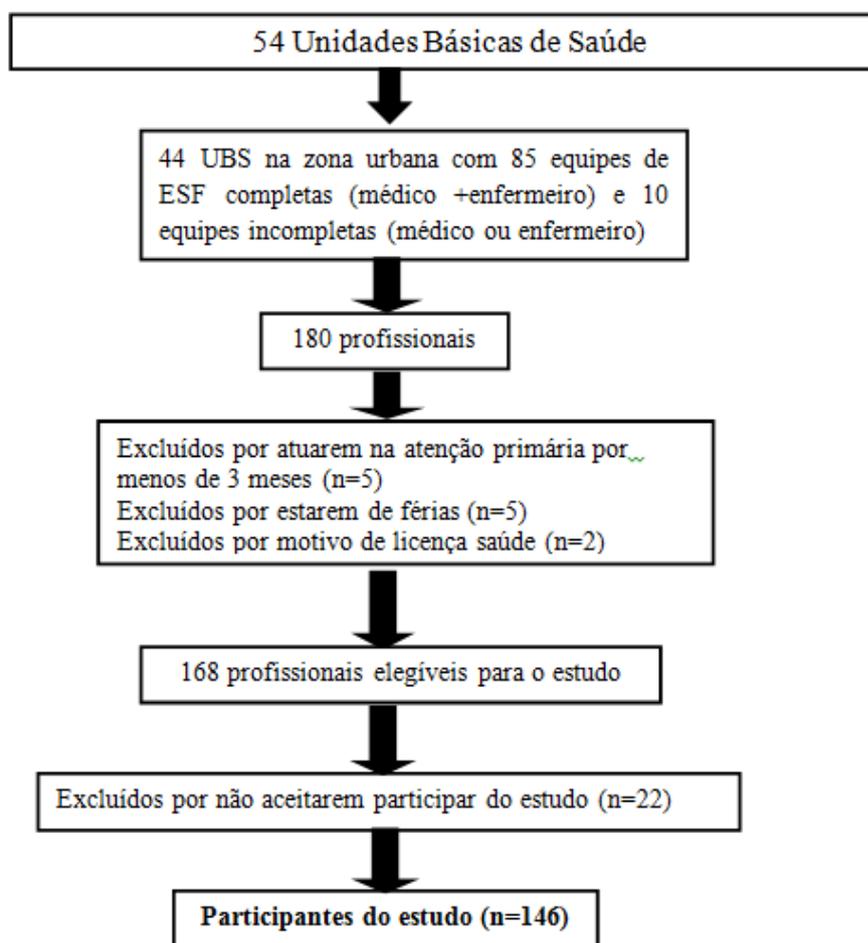


Figura 2. Diagrama de seleção dos profissionais participantes do estudo transversal.

4.9 Condução da intervenção educativa com avaliação pré e pós-teste

4.9.1 Recrutamento e aleatorização dos profissionais para a intervenção educativa

A Coordenação da APS do município elaborou uma lista das equipes de ESF em funcionamento, constando os profissionais atuantes. Os participantes da pesquisa foram distribuídos aleatoriamente na proporção 1:1 e alocados para o grupo intervenção e grupo controle. Na alocação, foi considerada a totalidade de equipes da ESF da zona urbana do município. Uma lista de 180 profissionais foi gerada por meio de aplicativo construído com uso do *software Microsoft Excel 2010* por um profissional da área de ciências da computação não participante da pesquisa.

A randomização foi escolhida por ser a forma mais adequada para avaliar os sujeitos do grupo intervenção e do grupo controle, porque o pesquisador pode controlar de maneira ativa e intencional a variável independente e conhecer seus efeitos sobre as variáveis dependentes. A apreciação dos efeitos de uma modificação da variável independente se baseia na possibilidade de comparar o grupo intervenção com o grupo controle⁸³.

Na alocação dos profissionais, considerou-se como unidade de sorteio as UBS com equipes da ESF (Figura 3). No total, existiam na época da coleta de dados, 54 UBS, sendo que algumas possuíam três equipes no mesmo local. Dessas, foram selecionadas 44 UBS por pertencerem à zona urbana no município, sendo metade incluídas no grupo intervenção e outra metade para o controle. Em cada UBS sorteada participaram os profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) para a intervenção educativa.

4.9.1.1 Grupo intervenção

Aos profissionais do grupo intervenção, foi oferecido o curso de capacitação em aconselhamento para DST/HIV/Aids em dias previamente agendados em horário de serviço, estabelecidos pela Coordenação da APS.

4.9.1.2 Grupo controle

Os profissionais do grupo controle não receberam qualquer tipo de informação sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no momento em que o grupo intervenção estava sendo capacitado. Ou seja, a capacitação só será realizada no grupo controle a partir do momento em que os resultados da intervenção educativa no grupo intervenção forem analisados e se mostrem efetivos. Essa capacitação será realizada pelos profissionais do CERDI com apoio da Coordenação da APS.

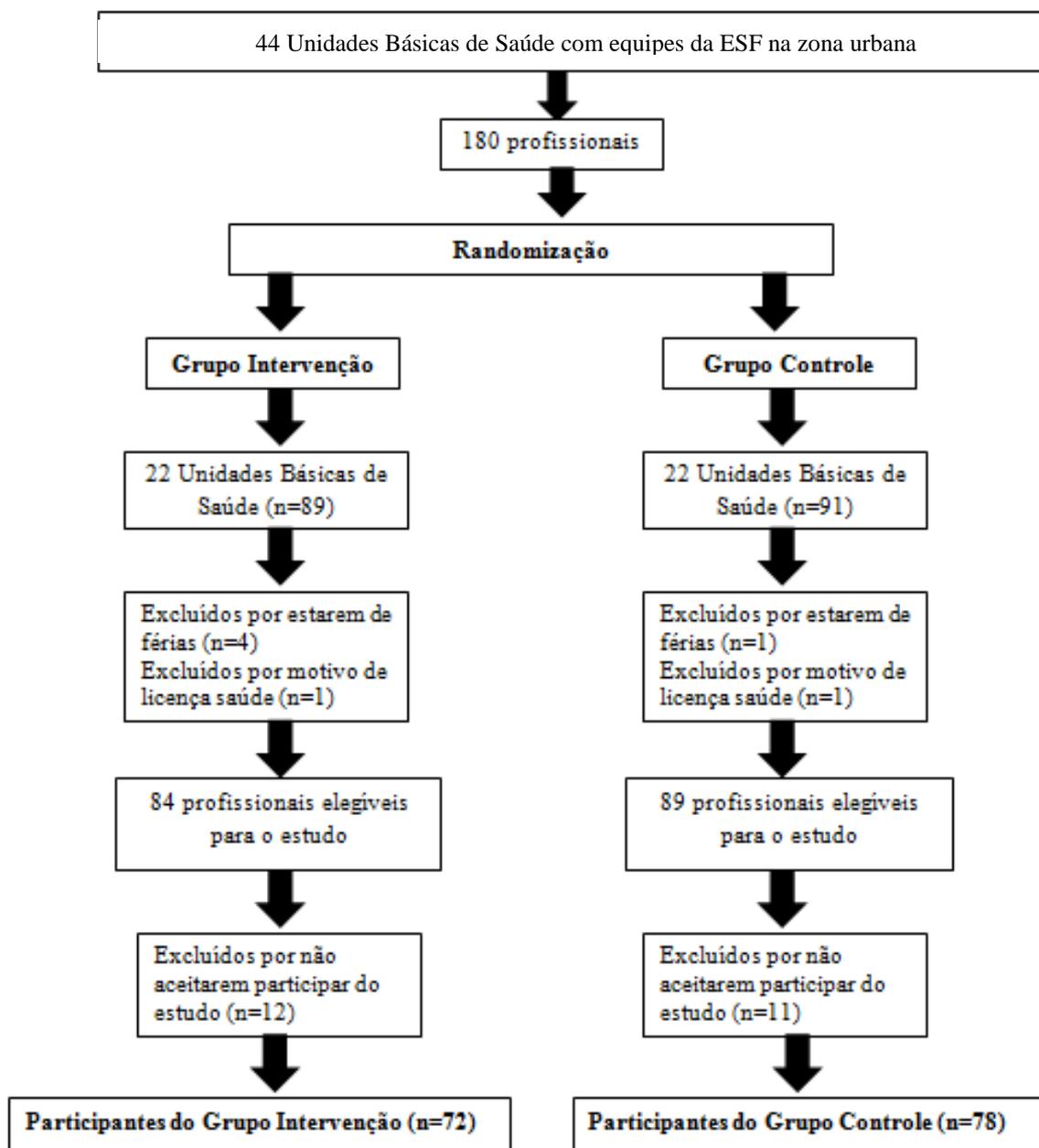


Figura 3. Fluxograma de seleção de médicos e enfermeiros participantes do estudo de intervenção educativa. Montes Claros, MG, Brasil; 2015.

4.9.2 Fidelidade do estudo

Todos os profissionais foram acompanhados com relação à participação das atividades da intervenção com assinatura da lista de presença na entrada e saída em cada dia do treinamento. Os encontros foram supervisionados por dois pesquisadores que estavam atuando nos treinamentos. Os profissionais que faltaram algum dia da capacitação foram

convidados a participar da oficina perdida com outro grupo. Esta estratégia propiciou minimização das perdas durante o treinamento.

4.9.3 Descrição da estrutura da intervenção educativa

A intervenção educativa consistiu em quatro encontros grupais sendo dois por semana com duração de 4 horas. O treinamento ocorreu em horário de trabalho em local pré-definido pela coordenação da APS. Os locais da capacitação foram o auditório da Secretaria Municipal de Saúde e salas de aula da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) no Campus Professor Darcy Ribeiro e da Escola Técnica de Saúde da Unimontes. Após a alocação das equipes, os profissionais foram divididos em 04 grupos com 22 ou 23 participantes por grupo. A intervenção aplicada foi uma proposta desenvolvida pelo pesquisador em parceria com o CERDI e a Secretaria Municipal de Saúde para o treinamento dos profissionais da ESF.

O formato de aplicação da intervenção foi a técnica de oficinas. Essa abordagem permite o desenvolvimento de um espaço de debate, construção de conhecimentos e propostas para melhoria da assistência em saúde⁸⁴. A estrutura foi baseada na “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”⁷³ elaborada pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Nas capacitações foram acrescentados estudos de casos desenvolvidos pelo pesquisador juntamente com profissionais do CERDI sobre as temáticas trabalhadas para o debate de ideias e o confronto com a realidade vivenciada pelos profissionais. Para o desenvolvimento das oficinas, adotou-se a metodologia dialógica e participativa, com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade do aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF. As estratégias educativas possibilitam a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde e a busca coletiva pelo saber⁸⁵.

O processo de ensino-aprendizagem aconteceu por meio de discussões em subgrupos, debates em plenária, exposição dialogada e leitura de textos. O processo educativo teve uma abordagem interativa para facilitar o processo de aprendizagem. Nas discussões dos estudos de caso, foram abordados os seguintes aspectos: conceitos, conhecimento prévio, opiniões, atitudes e práticas realizadas de aconselhamento na ESF.

No primeiro encontro, houve avaliação de conhecimento sobre prática dos profissionais de saúde no aconselhamento em DST/HIV/Aids, por meio da aplicação do pré-teste. Após o término do pré-teste, os profissionais receberam kit educativo com o conteúdo e programação das oficinas (APÊNDICE D) e textos complementares da oficina em cada dia de capacitação: “O Sistema Único de Saúde: princípios doutrinários e organizativos”; “Comunicação, informação e ação social”; “Principais vulnerabilidades e riscos para a infecção do HIV”; “Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV” e “Gênero: construindo um novo modo de interagir com mulheres e homens”.

Inicialmente, nas oficinas, realizou-se a ambientação/aquecimento dos participantes com a utilização de estratégias facilitadoras de expressão. A primeira temática discutida foi os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Essa discussão objetivou relacionar esses princípios às ações dos serviços de ESF ligados à prevenção, diagnóstico e assistência às DST/HIV/Aids. Houve o debate dos objetivos e das diretrizes nacionais do aconselhamento, bem como diferenciação dos tipos de aconselhamento e como devem ser aplicados na prática.

No segundo encontro, foram retratadas as questões relacionadas à comunicação e informação no processo de aconselhamento, com ênfase em preconceitos, discriminação, aspectos jurídicos e legais da testagem anti-HIV. Na oficina, foi abordado como se processa o atendimento das DST no serviço juntamente com a discussão dos conteúdos que devem ser trabalhados no aconselhamento individual e coletivo. Os participantes sumarizaram as DST atendidas mais comumente na ESF por meio da construção de quadro explicativo com os principais sinais e sintomas. Em seguida, ocorreu a realização de estudos de casos com aplicação da abordagem sindrômica.

No terceiro encontro, os participantes discutiram as questões relacionadas à abordagem da vulnerabilidade e comportamento de risco na prática do aconselhamento. Nessa atividade, foram debatidos o roteiro de perguntas e os conteúdos pertinentes para realizar a avaliação de risco. Houve o levantamento das principais vulnerabilidades para as infecções, segundo comportamento sexual; uso de drogas lícitas e ilícitas; histórico de DST; outros fatores (transfusão, tatuagem) e o contexto socioeconômico e cultural dos diversos grupos da população. Esse levantamento permitiu aos profissionais avaliar riscos individuais do usuário e orientar sobre medidas preventivas relacionadas aos casos (uso do preservativo, kit de redução de danos composto por preservativo, seringa e agulha descartáveis, lenço umedecido com álcool, recipiente, água destilada para diluição). A última parte dessa etapa consistiu na

discussão de conceitos de sexo, sexualidade e gênero de forma a promover reflexão sobre os sentimentos, valores e tabus que interferem no exercício da sexualidade.

O quarto encontro envolveu as questões éticas e aspectos legais relacionadas à testagem do HIV, considerando o sigilo e confidencialidade das informações, testagem em adolescentes e gestantes, busca ativa/consentida e comunicação das parcerias sexuais. Houve ainda a capacitação sobre testagem sorológica para HIV e sífilis. Nessa etapa, explanaram-se os aspectos técnicos relativos à testagem: janela imunológica; possíveis resultados; exames confirmatórios; realização da 2ª amostra e apresentação do fluxograma da testagem anti-HIV.

Ao final do treinamento de cada grupo, aplicou-se o pós-teste aos profissionais para avaliação do conhecimento sobre o aconselhamento. As oficinas realizadas foram avaliadas pelos participantes por meio de instrumento específico (APÊNDICE E), abordando-se questões metodológicas, de conteúdo, tempo de duração e material didático. Os participantes receberam o certificado de participação do CERDI. Para registro de cada oficina ministrada, utilizou-se um protocolo (APÊNDICE F) que contemplou os seguintes aspectos: número de participantes, tema da oficina, horário de início e término, recurso educativo utilizado, síntese da oficina, elementos facilitadores e dificultadores.

4.9.4 Aplicação do questionário ao grupo controle

O questionário que aborda o conhecimento foi aplicado nos meses de janeiro a fevereiro de 2015 no grupo controle como pré-teste nas UBS. O grupo controle não recebeu quaisquer orientações ou treinamentos específicos sobre a temática no período do estudo. O pós-teste foi aplicado ao grupo controle cerca de um a dois meses após responderem o pré-teste no mesmo local. O mesmo questionário, mas somente com as questões de conhecimento foi utilizado a fim de verificar se houve alteração do conhecimento dos profissionais por interesse e iniciativa em busca de informações sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

4.10 Modelo lógico para avaliação e monitoramento da intervenção

A avaliação e o monitoramento da intervenção educacional realizada foram baseados no referencial do modelo lógico (ML). O ML trata-se de uma ferramenta bastante útil, que propicia de maneira visual e sistemática apresentar as relações entre recursos necessários,

intervenções (atividades planejadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos) que se pretende alcançar com o programa^{28,86}. Possibilita a análise entre as atividades desenvolvidas na intervenção e os efeitos alcançados⁸⁷.

O ML desta intervenção (APÊNDICE G) apresenta os seguintes componentes: insumos, atividades, produtos e resultados. Na prática, existem vários formatos de ML, não havendo uma forma certa, errada ou única para sua construção^{87,88,89}. É importante ressaltar que a escolha deve ser realizada de acordo com a forma que melhor se encaixa no programa em razão da informação/mensagem que se precisa passar⁹⁰.

Na construção do ML é importante a construção de indicadores para verificação de desempenho. O indicador representa a unidade de medida de uma atividade, com a qual está relacionado ou uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorar e avaliar as atividades^{87,91,92}. Ressalta-se a construção de indicadores que sejam específicos para capacitação avaliada para aferição do desempenho individual esperado em certas atividades⁹³. Neste estudo, foram construídos indicadores para subsidiar a avaliação da intervenção educativa realizada. Os indicadores foram construídos a partir de elementos propostos em nota técnica pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que incluem metas, indicador, fórmula, fonte da informação e resultado da aferição⁹⁴ e no trabalho de efetividade de uma intervenção educativa realizado por Gomes⁷¹. O quadro 3 mostra o detalhamento da elaboração dos indicadores de produtos e resultados.

A definição das metas para os indicadores foi baseada no quantitativo de reuniões necessárias com a coordenação da APS do município para proposta de treinamento e pesquisa (indicador 01); na distribuição do material educativo confeccionado para o treinamento realizado com o grupo intervenção (indicador 02); no número de profissionais elegíveis do grupo intervenção para participação na oficina sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids (indicador 03); nos resultados sobre o conhecimento dos profissionais encontrados em estudo anterior⁹⁵ que subsidiou o estabelecimento do desempenho $\geq 80\%$ em relação ao total de acertos no teste de conhecimento (indicador 04); no quantitativo de dados coletados no projeto de pesquisa que gerou esta tese (Intervenção educacional sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais da ESF) que apresentam potencial de serem analisados e de posteriormente serem elaborados artigos (indicador 05). Ao término da intervenção educativa, os indicadores foram aferidos. Os resultados da aferição estão descritos no Apêndice H.

Quadro 3 – Indicadores de produtos e resultados estabelecidos para o desenvolvimento da intervenção educativa.

No.	Atividades Produto/Resultado	Meta	Indicador	Fórmula
01	Reuniões com os gestores da APS do município para apresentação da proposta	03 reuniões com a equipe gestora municipal	Taxa de reuniões realizadas com a gestão municipal para apresentação da proposta	Número de reuniões realizadas/número de reuniões previstas
02	Distribuição de materiais educativos para os participantes do grupo intervenção	01 kit educativo para cada profissional	Taxa de kits entregues aos profissionais que receberam a intervenção	Número de kits entregues/número de kits previstos para entrega
03	Participação dos profissionais na capacitação em aconselhamento em DST/HIV/Aids no município de Montes Claros	90 profissionais pertencentes ao grupo intervenção capacitados	Taxa de profissionais capacitados em Montes Claros	Número de profissionais capacitados/número de profissionais previstos
04	Desempenho dos profissionais após a intervenção educativa (eixo conhecimento)	Desempenho $\leq 80\%$ no pós-teste	Taxa de desempenho dos profissionais $\leq 80\%$ após o treinamento no teste de conhecimento	Número de profissionais capacitados com desempenho $\leq 80\%$ no pós-teste/número total de profissionais capacitados
05	Produção de artigos científicos	03 artigos	Taxa de	Número de

		elaborados	artigos produzidos	artigos produzidos/ número de artigos previstos
--	--	------------	--------------------	--

4.11 Avaliação da efetividade da intervenção educativa

A efetividade de uma intervenção é avaliada mediante análise das transformações ocorridas a partir da realização de uma ação. Trata-se da avaliação da capacidade de se promover resultados ou efeitos pretendidos sobre a população-alvo de uma intervenção ou programa social^{96,97}. A avaliação da efetividade da intervenção educativa para médicos e enfermeiros das equipes de ESF foi realizada, considerando o efeito sobre o “conhecimento” dos profissionais anterior e posterior à intervenção educativa.

Os termos efetividade e eficácia diferem quanto ao significado. O estudo de eficácia tem como finalidade avaliar uma possível relação causal entre o tratamento e a resposta. O enfoque é a validade interna e, em uma avaliação modelo, as amostras se caracterizam pela homogeneidade, com critérios de inclusão e exclusão altamente definidos, retirando, por exemplo, os participantes que apresentam co-morbidades⁹⁸. A exemplo, é o que ocorre nos ensaios clínicos fase I ou II realizados com pacientes hospitalizados, voluntários sadios, e experimentos com modelos animais. A população estudada em ensaios tende a ser jovem, do sexo masculino, branco, sofrendo de uma condição única e usando um único tratamento. A maioria dos pacientes, pelo menos na prática geral, não se encaixam nessa descrição⁹⁹. Ao contrário dos estudos de eficácia, a efetividade avalia se os resultados desejados foram atingidos em condições reais e se os resultados encontrados podem ser atribuídos à intervenção¹⁰⁰.

O presente estudo foi conduzido pelo pesquisador em parceria com o CERDI. Ressalta-se que momento de realização da investigação o pesquisador era funcionário do CERDI e a intervenção educativa proposta já era uma idealização do serviço que foi impulsionada pelo pesquisador. A intervenção educativa realizada foi feita pelo CERDI como treinamento em serviço para os profissionais, ocorrendo então no mundo real. Os profissionais da ESF foram

alocados nos grupos intervenção e controle a fim de permitir a comparação, o que é uma estratégia recomendada de adoção em estudos de efetividade¹⁰¹.

4.12 Análise dos dados qualitativos

Em relação aos dados qualitativos, estes foram submetidos aos seguintes passos da Fenomenologia Social^{64,65,66} de Alfred Schütz: leitura e releitura criteriosa; descrição das ações dos sujeitos expressas nas falas sempre buscando compreender os “motivos por que” e os “motivos para” das ações dos profissionais no cotidiano de trabalho sobre o aconselhamento; formação das categorias.

Dois pesquisadores analisaram independentemente os dados do grupo focal. Os pesquisadores eliminaram as diferenças existentes nas categorias encontradas por meio de encontros pessoais e por correspondência de e-mail.

4.13 Análise dos dados quantitativos

A análise dos dados referentes aos aspectos quantitativos da pesquisa foi realizada por meio dos programas *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®] 17.0. Inicialmente foram conduzidas análises descritivas de todas as variáveis, por meio de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio-padrão, e as variáveis categóricas foram apresentadas em proporções.

4.13.1 Análise da prática auto-referida dos profissionais anterior à intervenção

Para análise descritiva dos itens relativos à prática do aconselhamento, as respostas obtidas pela escala Likert foram agrupadas em três categorias: sempre/frequentemente; às vezes; raramente/nunca.

Para cada unidade temática, foram calculados escores através da soma do valor correspondente à resposta dada pelo indivíduo a cada um dos itens da unidade temática,

dividido pelo número de itens que compõem a unidade temática (escore obtido). Posteriormente, os valores foram transformados em uma escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir, conforme preconizado na análise de outro instrumento (*Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil*)¹⁰², adotado em estudo anterior que também utilizou o mesmo cálculo¹⁰³. Para tanto, utilizou-se a fórmula a seguir:

$$\text{Escore ajustado} = [(\text{escore obtido} - 1) / (\text{escore máximo} - \text{escore mínimo})] \times 10.$$

O escore máximo considerado no estudo foi de 5 (sempre) e o mínimo de 1 (nunca). Para a abordagem ou tratamento das respostas do tipo não sei/não respondeu (NS/NR), foi adotado o procedimento de substituição das respostas (imputação). O critério de imputação consistiu na substituição das respostas NS/NR pela média das respostas observadas (medida de tendência central) dos outros indicadores da mesma dimensão, desde que houvesse, no mínimo, 50% de respostas registradas^{104,105}. Os casos em que se obteve 50% ou mais de resposta NS/NR ou em branco foram considerados *missing*, sendo excluídos para análise posterior de escore.

Para cada unidade temática calculada, os valores de escore ajustado foram dicotomizados em $\geq 7,5$ pontos como prática adequada (valores de quatro ou mais na escala Likert) e em $< 7,5$ pontos como prática inadequada (valores igual ou menor que três na escala Likert). Este ponto de corte foi adotado por identificar os profissionais que tenham respondido sempre/frequentemente a todos os itens que compõem a unidade temática, uma vez que essa é a recomendação do Ministério da Saúde para os profissionais da ESF^{9,73,81}.

Para o cálculo do escore geral, que reflete a prática global de aconselhamento, consideraram-se as quatro unidades temáticas e, conjuntamente, foi estimada a média dos escores ajustados obtidos em cada unidade temática. Na sequência, novamente dicotomizou-se a prática auto-referida em adequada e inadequada pelo ponto de corte de 7,5. Neste caso, foram considerados *missings* os indivíduos em que duas ou mais unidades temáticas não foram calculadas.

Posteriormente, foram conduzidas análises bivariadas através dos testes qui-quadrado (χ^2) de Pearson ou exato de Fisher, para avaliar a associação entre a prática global de aconselhamento em DST/HIV/Aids adequada/inadequada (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional. As variáveis sociodemográficas e de formação profissional que mostraram significância estatística em nível de 5% com a prática de

aconselhamento global, foram então submetidas à nova análise, agora considerando cada domínio individualmente. Para tanto, também utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson.

4.13.2 Análise do conhecimento dos profissionais anterior e posterior à intervenção

O teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson foi utilizado para verificar diferenças na composição dos grupos intervenção e controle. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para analisar se as variáveis contínuas apresentam distribuição normal. O desempenho no teste de conhecimento foi aferido através da média de acertos para as questões propostas. O teste t de Student pareado foi utilizado para verificação das diferenças de conhecimento no pré e no pós-teste nos dois grupos. Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

4.14 Rigor do estudo

Para manter o rigor no estudo foram utilizados critérios estabelecidos por guias internacionais recomendados pelo *International Comittee of Medical Journal Editors – ICMJE*¹⁰⁶. Os *checklists* foram utilizados para guiar o desenvolvimento do estudo, a análise dos dados e a construção dos artigos científicos provenientes desta tese.

O “*Consolidated criteria for reporting qualitative research – COREQ*” foi utilizado como ferramenta de apoio no estudo qualitativo. Este instrumento abrange 32 itens de verificação de estudos com entrevistas e grupos focais relacionados à equipe de pesquisa, o projeto de pesquisa e análise dos dados em relação a métodos de pesquisa qualitativa¹⁰⁷.

Para a fase de análise da prática dos profissionais anterior à intervenção por meio da realização de estudo quantitativo observacional utilizou-se o “*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology – STROBE*”¹⁰⁸ que aborda 22 questões para orientar o desenvolvimento da pesquisa.

Na etapa de avaliação do estudo de intervenção educativa foi considerado o *checklist* e fluxograma para ensaios controlados e randomizados “*Consolidated Standards of Reporting Trials – CONSORT*” que contém 25 questões¹⁰⁹. Para este estudo, itens relativos

especificamente às etapas clínicas da pesquisa foram excluídos, visto que o estudo desenvolvido trata-se de uma intervenção educativa.

4.15 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os princípios da Declaração de Helsinque e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Unimontes, em cumprimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi aprovada por meio do parecer substanciado nº 890.235/2014 (ANEXO A).

Antes de participarem da pesquisa, os voluntários receberam informações sobre a metodologia deste estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I e J) foi lido e assinado pelos sujeitos do estudo, anteriormente à coleta de dados. Foram tomadas precauções para a preservação da identidade e da privacidade, além da saúde e do bem-estar dos participantes acima de qualquer interesse. A Secretaria Municipal de Saúde autorizou a realização da pesquisa mediante o documento no Anexo B.

4.16 Apoio financeiro

O CERDI contribuiu com a impressão dos *kits* educativos para os participantes das oficinas, cessão de dois enfermeiros para conduzirem as oficinas e transporte às UBS para coleta de dados do estudo transversal. A Secretaria Municipal de Saúde cedeu o lanche durante as oficinas educativas e o espaço para realização do treinamento. A Unimontes e a Escola Técnica de Saúde da Unimontes também cederam espaço para a realização das oficinas.

Uma acadêmica do curso de Odontologia da Unimontes com bolsa de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) auxiliou na etapa de coleta de dados e construção do banco de dados do projeto. Uma enfermeira auxiliou na etapa de coleta de dados. O pesquisador responsável por este estudo recebeu bolsa de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

5 PRODUTOS

O presente estudo resultou na elaboração de três artigos científicos que serão apresentados individualmente, a seguir, respeitando as normas exigidas pelos periódicos a que foram submetidos para publicação (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição dos artigos conforme periódico.

Artigo	Periódico	Situação
Artigo 1: Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional	Acta Paulista de Enfermagem	Aceito para publicação em 06/10/2015.
Artigo 2: Prática auto-referida de aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids na atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva	Submetido em 11/10/2015.
Artigo 3: Efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de profissionais da atenção primária	<i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i>	Formatado nas normas da revista. A tradução será feita posteriormente.

5.1 Artigo 1

Barbosa TL, Gomes LM, Holzmann AP, De Paula AM, Haikal DS

APE-2015-0067

Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional

Thiago Luis de Andrade Barbosa¹
Ludmila Mourão Xavier Gomes²
Ana Paula Ferreira Holzmann¹
Alfredo Maurício Batista De Paula¹
Desirée Sant Ana Haikal¹

Submetido

14 de Maio de 2015

Aceito

6 de Outubro de 2015

1 Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

2 Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Autor correspondente:

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro s/n, Montes Claros, MG, Brasil. CEP: 39401-089
tl_andrade@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Compreender percepção dos profissionais sobre a prática do aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis/HIV na atenção primária.

Métodos: Estudo qualitativo realizado com enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária de saúde. A coleta de dados ocorreu mediante a técnica grupo focal, ancorada no Reporting Pesquisa Qualitativa - COREQ. A análise dos dados foi submetida aos passos da Fenomenologia Social, Alfred Schütz, evidenciando-se as categorias do estudo.

Resultados: Os profissionais realizam o aconselhamento de forma reduzida baseada na orientação para prevenção de doenças. Essa prática está inserida no planejamento familiar e atividades escolares. O acesso do usuário com doença sexualmente transmissível é marcado por procura mínima. No acolhimento, apontou-se priorização do atendimento dos casos. Constataram-se sensação de despreparo e insegurança na comunicação do resultado de exames, dificuldades para o aconselhamento na visita domiciliar, manutenção do sigilo e da privacidade de informações dos usuários.

Conclusão: Os profissionais percebem o aconselhamento como uma prática relevante, porém acompanhada de limitações e barreiras na realização.

Introdução

O aconselhamento constitui importante prática em saúde coletiva na desafiante tarefa de quebra da cadeia de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV e AIDS. Está fundamentado em três tarefas básicas: informar, avaliar riscos e apoiar emocionalmente o usuário. Deve ser exercido por profissional de saúde capacitado.(1) No contexto brasileiro e mundial, constitui uma importante estratégia no combate às DST/HIV/AIDS, tanto pelo baixo custo de sua aplicação, quanto pelo seu potencial de efetividade.(2,3) Juntamente com insumos preventivos disponíveis (preservativos, profilaxia pós-exposição), o aconselhamento é dispositivo para enfrentamento dessas doenças.(1,4)

O aconselhamento apresenta relevância especial nas situações de risco de infecção por exposição sexual, contribuindo para ações educativas em saúde de qualidade, podendo ser utilizado em vários momentos nos serviços de saúde, não se restringindo à oferta do exame anti-HIV.(5) Já na década de 1980, o Ministério da Saúde implantou Centros de Testagem e Aconselhamento com a finalidade de ofertar diagnóstico e aconselhamento sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV.(6) No final da década de 1990, iniciou-se o processo de descentralização das atividades de prevenção das DST para a atenção primária à saúde (APS).(7) Esta passa a ser importante espaço de ações de prevenção e assistência dessas doenças, sendo componente prioritário da política brasileira de controle da epidemia do HIV. Embora a APS tenha, dentre suas prioridades, o desenvolvimento de ações de prevenção às DST, no contexto individual e coletivo, há poucos estudos sobre o modo como os profissionais atuam e realizam (ou não) o aconselhamento no cotidiano do serviço.(5,8)

Ao se considerar a importância do aconselhamento como um momento em que o usuário e o profissional se relacionam, trocam ideias e partilham conhecimentos,(9) faz-se necessário conhecer a percepção dos profissionais sobre como essa prática tem sido desenvolvida, a fim de orientar planejamentos e ações pertinentes, fornecer aos profissionais uma reflexão sobre suas práticas e provê-los de embasamento científico que possa fundamentar e direcionar as suas ações diante do aconselhamento, de forma coerente e consistente.(5) Assim, este estudo objetivou compreender a percepção dos profissionais sobre a prática do aconselhamento em DST/HIV/AIDS realizado na APS.

Métodos

Estudo qualitativo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz(10) que permite compreender as questões sociais da ação humana. É concebida nos significados da vivência intersubjetiva da relação social e se volta ao atendimento das ações sociais que têm significado contextualizado e que configuram um sentido social.

Nesse referencial(10) a ação acontece baseada em motivos existenciais relacionados ao passado e ao presente vivido (motivos por que) e à orientação para a ação futura que constitui a possibilidade da ação propriamente dita, ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação (motivos para). Aborda os conceitos de tipificação que representa a ação de um determinado grupo social. Outros conceitos chaves utilizados neste estudo são intersubjetividade e atitude natural.

O estudo foi desenvolvido em Montes Claros, sudeste do Brasil, com 12 enfermeiros e médicos atuantes por mais de três meses na APS em atividade laboral no período da pesquisa e que aderiram à proposta. Foi evitada a inclusão de profissionais que atuassem em unidades básicas de saúde próximas geograficamente e foram convidados para participação no estudo apenas um profissional de cada equipe (médico ou enfermeiro). Essa seleção ocorreu após a sensibilização do gestor com a apresentação de proposta futura de treinamento dos profissionais. Inicialmente, foram convidados 18 profissionais (nove enfermeiros e nove médicos) através de e-mail constando os objetivos do estudo. Desses, seis não compareceram, indicando recusa em participar.

A coleta de dados ocorreu mediante a técnica grupo focal, permitindo interação, discussão do assunto em profundidade e debate a partir de sete perguntas estabelecidas pelo

pesquisador sobre os temas: aconselhamento em DST/HIV/Aids, acolhimento da pessoa que busca o aconselhamento, acompanhamento do usuário após o aconselhamento. O grupo focal contou com um moderador/coordenador e dois observadores a de fim de registro no diário de campo. O debate foi gravado e ocorreu em sala disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2015, em horário previamente agendado com os participantes com duração de uma hora e meia. A finalização ocorreu quando o debate mostrou sinais de desvelamento do fenômeno, as inquietações dos pesquisadores foram respondidas e os objetivos alcançados.

Na análise de dados utilizou-se os passos de acordo com estudiosos da Fenomenologia Social:(10) leitura e releitura criteriosa; agrupamento de aspectos significativos presentes nos depoimentos para compor as categorias; análise das categorias, buscando compreender os “motivos para” e os “motivos porque” da ação dos participantes. Dois pesquisadores analisaram independentemente os dados do grupo focal. Os pesquisadores eliminaram as diferenças existentes nas categorias encontradas por meio de encontros pessoais e por correspondência de e-mail.

Para manter o rigor no estudo foram utilizados critérios estabelecidos para o *Reporting Pesquisa Qualitativa - COREQ* como ferramenta de apoio.(11) Entretanto, após as transcrições do debate, não houve retorno aos participantes para comentar o assunto. A relação do pesquisador com os pesquisados antes do início do estudo foi de suporte técnico para o desenvolvimento de ações relacionadas às DST.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O perfil dos profissionais está descrito na tabela 1. A percepção dos profissionais sobre a prática do aconselhamento em DST/HIV/AIDS na APS foi agrupada em duas categorias que abordam os “motivos por que” e uma categoria com os “motivos para” (Figura 1). Os “motivos por que” foram agrupados nas categorias a seguir:

A primeira categoria contemplou as concepções e práticas do aconselhamento em DST/HIV/AIDS. A primeira subcategoria referiu-se ao significado do aconselhamento para os profissionais e sua utilização na prática. Este foi definido como uma orientação para que o usuário possa agir corretamente em relação à redução de riscos para determinada doença. Observou-se que o aconselhamento ocorre inserido no planejamento familiar e no trabalho com os adolescentes nas escolas. O aconselhamento consistiu-se na orientação sobre o uso de métodos contraceptivos, com destaque para o preservativo, a vulnerabilidade e a prevenção de doenças. No âmbito de ações coletivas, as ações desenvolvidas constituíram-se em palestras com orientações sobre as principais DST, formas de transmissão e de prevenção para adolescentes. Foi relatado que nas escolas, os adolescentes demonstram dúvidas e buscam esclarecimentos dos profissionais. Pelas falas, foi percebido ausência de grupos educativos específicos sobre DST/HIV/AIDS na APS. Os profissionais consideraram a APS cenário apropriado para o aconselhamento, principalmente devido ao vínculo profissional-usuário propiciado pela longitudinalidade do cuidado.

A segunda subcategoria envolveu o acesso, acolhimento e tratamento do usuário com DST na unidade básica de saúde. Os profissionais relataram que a procura do serviço é mínima e, para alguns profissionais, quando ocorre, há a priorização no atendimento. O acolhimento da pessoa que busca o aconselhamento é feito sob demanda programada e espontânea das queixas mais comuns. Os usuários buscam conversar com os profissionais após o acolhimento para revelar informações sobre sua situação em particular para marcação de consulta. O tratamento é conduzido sem convocar as parcerias sexuais, associando-se terapêutica medicamentosa e preservativo. Os profissionais referiram adotar tal conduta por ficarem apreensivos diante de possibilidade de chamar a parceria sexual para atendimento devido a questões que envolvem a conjugalidade.

A terceira subcategoria retrata a abordagem e comunicação do resultado de exames no momento pós-teste. A abordagem é realizada com orientações ao usuário sobre comportamentos

de risco, vulnerabilidade, janela imunológica e oferecimento do teste anti-HIV. Na comunicação dos resultados de DST e HIV, constatou-se o medo devido às consequências da revelação do resultado e o despreparo dos profissionais, principalmente na comunicação de resultado de DST às mulheres e a não aceitação do diagnóstico pelos parceiros.

Na segunda categoria, verificaram-se barreiras que comprometem a prática do aconselhamento. A primeira subcategoria aponta que a abordagem sindrômica inadequada pelos profissionais pode comprometer o processo de detecção de DST no aconselhamento. Na segunda subcategoria, evidenciaram-se barreiras na inserção do aconselhamento na visita domiciliar, tais como experiências negativas e à falta de privacidade para discutir a temática. A terceira categoria inclui os “motivos para” e aborda as expectativas dos profissionais para a melhoria do aconselhamento na APS. A primeira subcategoria contempla as expectativas frente à manutenção do sigilo das informações do usuário com DST obtidas a partir do atendimento. Verificou-se a preocupação dos profissionais com o gerenciamento da privacidade dos usuários com DST devido aos casos de quebra do sigilo pelos agentes comunitários de saúde. Os profissionais possuem a expectativa de futura utilização do prontuário eletrônico na unidade básica de saúde e a sensibilização dos agentes comunitários de saúde quanto às informações sigilosas. Na segunda subcategoria, é apontada as expectativas de capacitações dos profissionais, principalmente pelos novos conhecimentos que são agregados na forma de abordar o usuário com DST a fim de que possam desempenhar um bom trabalho.

Discussão

Os resultados deste estudo são limitados devido ao fato de ser realizado com profissionais do mesmo grupo social e que vivenciam situações específicas, não permitindo a generalização dos achados ou estabelecimento de relações de causa e efeito. É preciso enfatizar que oferece contribuições interessantes para a compreensão de como os profissionais percebem o aconselhamento. Os achados poderão contribuir para a reflexão do processo de trabalho dos profissionais.

Neste estudo, o significado do aconselhamento para os profissionais esteve pautado na orientação do usuário para minimização dos riscos de determinada doença. Esse significado deve ir além de orientações, de forma que o usuário seja estimulado a expressar o que sabe, pensa e sente. O significado atribuído pelos profissionais remonta ao conceito de atitude natural, que se refere à forma como o homem experimenta o mundo intersubjetivo, incorporado no mundo do senso comum. A atitude natural é influenciada pelo conhecimento prévio e pela situação biográfica de cada sujeito.(10) Dessa forma os profissionais atribuem o significado do aconselhamento baseado no conhecimento e na prática vivenciada.

As categorias relacionadas aos “motivos por que” mostram que as ações desempenhadas no cotidiano de trabalho sobre o aconselhamento denotam aspectos objetivos e ocorrem baseadas em fatos do passado e presente vivido que é perpassado por inúmeros desafios. O modo como suas atividades são executadas desvela o saber e experiências vividas. Apreende-se que os profissionais apresentam discursos em comum, constituindo parte de sua tipificação.(10)

Evidenciou-se que o aconselhamento é minimizado à prática do planejamento familiar e de atividades educativas escolares. A prática reduzida do aconselhamento é justificada pela dificuldade de se trabalhar a temática na APS devido ao preconceito e estigma associados. A eficácia do aconselhamento depende do conforto e da vontade do usuário para tratar de temas potencialmente sensíveis com seus cuidados de saúde que pode ser especialmente difícil, considerando-se preconceitos e tabus.(12,13) Pela dificuldade de trabalhar tais temáticas, a inserção de assuntos considerados polêmicos do aconselhamento pode ser facilitada no planejamento familiar.

Neste estudo o aconselhamento esteve presente na atuação dos profissionais com os adolescentes nas escolas com o intuito de esclarecimentos. As atividades desenvolvidas com adolescentes são relevantes, uma vez que esse grupo etário tem sido considerado prioritário em empreendimentos e estratégias de proteção e prevenção, face à alta suscetibilidade às DST.(14,15)

A longitudinalidade foi considerada importante para o atendimento ao usuário no aconselhamento devido ao vínculo criado deste com o profissional. É um atributo da APS que permite acompanhamento do usuário ao longo do tempo pelos mesmos profissionais.(16,17) A longitudinalidade propicia formação de confiança e vínculo com o usuário, o que pode ser considerado um facilitador no atendimento às DST/HIV/AIDS. A consolidação desse atributo na prática dos profissionais permite que na presença de uma nova demanda, esta seja atendida de forma mais eficiente e resolutiva.(18) Embora a longitudinalidade seja considerada relevante pelos profissionais e a APS seja um cenário para desenvolvimento do aconselhamento, todavia esta prática ainda não está consolidada na APS.

O acesso do usuário com DST ao serviço da APS ainda é marcado por uma procura mínima que pode estar relacionada a estigmas e discriminações. A existência do receio na procura por serviços próximos aos seus locais de residência ou o medo de serem identificados e encontrarem pessoas conhecidas reduzem a procura pelo serviço. A busca ocorre principalmente nos casos de sintomas sugestivos de DST em que é revelada ao profissional a situação de maneira particular, após o acolhimento de outros usuários. São necessárias estratégias na APS que garantam o acesso do usuário com DST/HIV/AIDS pelo uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. A política de fortalecimento das ações de aconselhamento na APS pode ser vista como oportunidade de identificação precoce e tratamento imediato das DST.(6,19)

O acolhimento do usuário na APS caracterizou-se pela priorização do atendimento por se tratar de doenças marcadas por estigmas sociais. A maioria dos indivíduos que busca o serviço devido às DST prefere não falar sobre sua saúde sexual com um profissional, por se sentirem desconfortáveis sobre o assunto, o que pode comprometer o sucesso do aconselhamento. Esse estigma tem sido associado com algo vergonhoso direcionado a indivíduos que integram grupos de risco, reforçado, sobretudo, pelo fato de pessoas com HIV/AIDS serem percebidas pela sociedade em geral como responsáveis por causar sua infecção.(20) O acolhimento propicia universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional, qualifica a assistência, humaniza as práticas e estimula o combate ao preconceito.(21) É importante que na APS o trabalho em saúde incorpore mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como acolhimento e vínculo.

Em relação à comunicação dos resultados de DST, especialmente nos casos de HIV, constataram-se dificuldades, evidenciando sentimentos como medo, insegurança e sensação de despreparo diante da reação que o usuário pode apresentar. Há dificuldades em lidar com aspectos subjetivos e íntimos, envolvendo sexualidade e conjugalidade no aconselhamento. Existem receios sobre o falar, fazer e abordar dos profissionais, revelando vulnerabilidade da prática. A fragilidade da comunicação faz com que o aconselhamento concentre-se nos parâmetros biológicos e solicitação de exames, fragmentando a atenção à saúde e distanciando-se do sofrimento psíquico e social dos usuários.(12,22)

Os profissionais adotam a conduta de tratamento medicamentoso sem convocar as parcerias sexuais, não se envolvendo em questões que possam comprometê-los diante do serviço. A convocação das parcerias é imprescindível para que possam procurar assistência institucional, quebrando a cadeia de transmissão. Na prática, os profissionais vivenciam dificuldades pessoais e não se sentem amparados pela instituição em relação à convocação das parcerias.(23) A conduta descrita foi observada principalmente para as mulheres com DST que buscavam o serviço. É possível constatar o desequilíbrio de poder entre os gêneros com sobreposição do homem que tende a produzir comportamentos mais arriscados, dificuldades na negociação do uso do preservativo.(24) Estudo com mulheres que se submeteram ao aconselhamento, sem o apoio dos parceiros do sexo masculino, apontou que essas podem não revelar seu *status* ao parceiro por medo de acusações de infidelidade, violência, abandono e perda de apoio econômico.(25)

A detecção das DST/HIV é comprometida devido à abordagem sindrômica ser inadequada o que representa uma barreira e remete à necessidade de capacitação. Pensar a formação dos profissionais atuantes na APS para a prática do aconselhamento constitui tarefa

imprescindível na qualificação do cuidado de forma estratégica para uma resposta mais efetiva, sobretudo em relação ao HIV.(12,22)

Outra barreira é a relutância dos profissionais na abordagem do aconselhamento no contexto da visita domiciliar devido à confidencialidade da conversa, privacidade e partilha do resultado no local. Verifica-se inexistência de estratégias que garantam a oportunidade de realizar o aconselhamento fora do ambiente da unidade básica de saúde, o que representa perdas potenciais de tratamento oportuno. Estudo no Kenya com visitas domiciliares às gestantes vivendo com HIV detectou alta aceitabilidade dos casais muito provavelmente devido à abordagem do resultado de exame, que prevê a confidencialidade e partilha de resultados entre os parceiros, permitindo um acompanhamento mais frequente e integral.(25)

Os “motivos para” revelam expectativas para melhoria do processo de trabalho no aconselhamento ao usuário. Os profissionais apresentam expectativas quanto ao uso de prontuários eletrônicos que é visto como alternativa à quebra de informações sigilosas devido ao uso ser restrito pelos profissionais. A preocupação com a privacidade reside no fato de os agentes comunitários de saúde serem moradores da comunidade em que vivem os usuários.(9) No município estudado esses documentos encontram-se organizados em arquivos acessíveis a todos os profissionais. Além disso, o envolvimento e a sensibilização dos agentes comunitários de saúde para o sigilo constituem ações esperadas pelos profissionais.

Os profissionais manifestaram desejo de melhoria da sua formação profissional, principalmente no que diz respeito diagnóstico e tratamento das DST. Nesse contexto é relevante a capacitação dos profissionais da APS a fim de melhorar a detecção dessas doenças e a abordagem feita ao usuário. Estudo realizado na Espanha com profissionais da APS revelou a necessidade de capacitação em teste rápido em HIV e aconselhamento por parte desses profissionais.(26)

As expectativas dos profissionais se traduzem na melhoria da sua formação e do seu processo de trabalho para a prestação de um aconselhamento pautado na ética e na integralidade. Estas aspirações constituem a tipificação desse grupo em relação a seus desejos. A necessidade sentida por esses profissionais é compartilhada e inclui-se na intersubjetividade, na qual as experiências são interpretadas de forma recíproca.(10)

Ressalte-se que à luz de Schütz(10) todas as pessoas que compartilham de uma realidade social, sentem necessidades pessoais e sociais como pertencentes a um grupo social. Nessa perspectiva, os indivíduos precisam ter a definição do papel que desempenham em sua prática diária, determinando seu lugar na sociedade e certa posição, que faz parte de suas expectativas.

Conclusão

Na percepção dos profissionais o aconselhamento é reduzido à orientação do usuário para minimização dos riscos de determinada doença, porém ainda é considerado prática relevante. A sua realização na atenção primária à saúde envolve limitações e barreiras e não se encontra consolidado. É imprescindível o uso de estratégias para subsidiar a abordagem do usuário com DST na unidade básica de saúde, no momento da visita domiciliar para o estabelecimento de vínculo e confiança no contato inicial e no acompanhamento dos casos. Existe nesse espaço a necessidade de instrumentalizar os profissionais não só para o aconselhamento, como também para questões envolvidas na detecção e tratamento das DST/HIV/AIDS. Por fim, o sigilo e privacidade de informações do usuário devem ser trabalhadas junto à sensibilização dos profissionais, especialmente os agentes comunitários de saúde.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado para Barbosa TLA).

Colaborações

Barbosa TLA e Gomes LMX contribuíram com a concepção do projeto, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e

aprovação da versão a ser publicada. Holzmann APF e De Paula AMB participaram da interpretação de dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. Haikal DSA participou da concepção do projeto, interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Taegtmeyer M, Davies A, Mwangome M, van der Elst EM, Graham SM, Price MA, et al. Challenges in providing counselling to MSM in highly stigmatized contexts: results of a qualitative study from Kenya. *PLoS One*. 2013;8(6):e64527.
2. Leta TH, Ingvild FS, Knut F. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:438-49.
3. Cawley C, Wringe A, Slaymaker E, Todd J, Michael D, Kumugola Y, et al. The impact of voluntary counselling and testing services on sexual behaviour change and HIV incidence: observations from a cohort study in rural Tanzania. *BMC Infect Dis*. 2014;14:159-69.
4. Tromp N, Siregar A, Leuwol B, Komarudin D, van der Ven A, van Crevel R, et al. Cost-effectiveness of scaling up voluntary counselling and testing in West-Java, Indonesia. *Acta Med Indones*. 2013;45(1):17-25.
5. Sanga Z, Kapanda G, Msuya S, Mwangi R. Factors influencing the uptake of voluntary HIV counseling and testing among secondary school students in Arusha City, Tanzania: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:452-60.
6. Silva RAR, Figueiredo MS, Medeiros LKA, Oliveira DKMA, Vieira NRS, Prado NCC. Evaluation of advice actions for prevention of STD/AIDS in the optical of the users. *J res: fundam care online*. 2013;6(3):1162-77.
7. Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de Centro de Testagem e Aconselhamento anti-HIV. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):441-7.
8. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM, et al. Coordination of care for people living with HIV/AIDS in a city in São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(11):2283-97.
9. Fay H, Baral SD, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Iiping S. Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav*. 2011;15(6):1088-97.
10. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):888-95.
11. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*. 2012;12:181-8.

12. Mora CMC, Monteiro S, Moreira COF. Expansion of HIV counseling and testing strategies: technical challenges and ethical-political tensions. *Salud colect.* 2014;10(2):253-64.
13. Woo VG, Cohen CR, Bukusi EA, Huchko MJ. Direct questioning is more effective than patient-initiated report for the detection of sexually transmitted infections in a primary care HIV clinic in Western Kenya. *Sex Transm Dis.* 2013;40(2):158-61.
14. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. [Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(3):747-58. Portuguese.
15. Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):829-37.
16. Cunha EM, Giovanella L. [Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of primary health care in the context of the Brazilian public health system]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):1029-42. Portuguese.
17. Cheng QJ, Engelage EM, Grogan TR, Currie JS, Hoffman RM. Who provides primary care? An assessment of HIV patient and provider practices and preferences. *J AIDS Clin Res.* 2014;5(11):366-76.
18. Gomes LMX, de Andrade Barbosa TL, Vieira EDS, Vieira LJT, Castro KPAN, Pereira IA, Caldeira AP, Torres HC, Viana MB. Community healthcare workers' perception of an educational intervention in the care of patients with sickle cell disease in Brazil. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2015;7(1):e2015031.
19. Rispel LC, Cloete A, Metcalf CA. 'We keep her status to ourselves': experiences of stigma and discrimination among HIV-discordant couples in South Africa, Tanzania and Ukraine. *SAHARA J.* 2015;12(1):10-7.
20. Florin L. HIV stigma in Romania – from the generation of nosocomially-infected children to the new generation of injecting drug users. Results from a qualitative study. *BMC Infect Dis.* 2014;14(Suppl 7):O5.
21. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha AS, Spagnuolo RS. User embracement in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(2):144-9.
22. Bott S, Newman M, Helleringer S, Desclaux A, Asmar KE, Obermeyer CM. Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Health Policy Plan.* No prelo 2014.

23. Sabidó M, Gregg LP, Vallès X, Nikiforov M, Monzón JE, Pedroza MI, et al. Notification for sexually transmitted infections and HIV among sex workers in Guatemala: acceptability, barriers, and preferences. *Sex Transm Dis.* 2012;39(7):504-8.
24. Garcia S, Souza FM. [Vulnerabilities to HIV/AIDS in the Brazilian context: gender, race and generation inequities]. *Saude Soc.* 2010;19(S2):9-20. Portuguese.
25. Osofi AO, John-Stewart G, Kiarie J, Richardson B, Kinuthia J, Krakowiak D, et al. Home visits during pregnancy enhance male partner HIV counselling and testing in Kenya: a randomized clinical trial. *AIDS.* 2014;28(1):95-103.
26. Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary health care practitioners in Spain. *AIDS Care.* 2013;25(5):544-9.
27. Moradi G, Mohraz M, Gouya MM, Deiman M, Alinaghi SS, Rahmani K. Problems of providing services to people affected by HIV/AIDS: service providers and recipients perspectives. *East Mediterr Health J.* 2015;21(1):20-8.
28. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé JF, Obermeyer CM. Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso. *BMC Int Health Hum Rights.* 2014;4:27-38.

Tabela 1 - Características dos participantes. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	08	66,7
Masculino	04	33,3
Idade		
23 a 30 anos	06	50,0
31 a 40 anos	06	50,0
Estado civil		
Casado ou união estável	06	50,0
Solteiro ou separado	06	50,0
Religião praticada		
Católica	08	66,6
Protestante	02	16,7
Não pratica	02	16,7
Categoria profissional		
Médico	04	33,3
Enfermeiro	08	66,7
Tempo de atuação na atenção primária		
06 a 12 meses	06	50,0
13 a 24 meses	01	08,3
25 a 36 meses	02	16,7
37 a 48 meses	01	08,3
> 48 meses	02	16,7

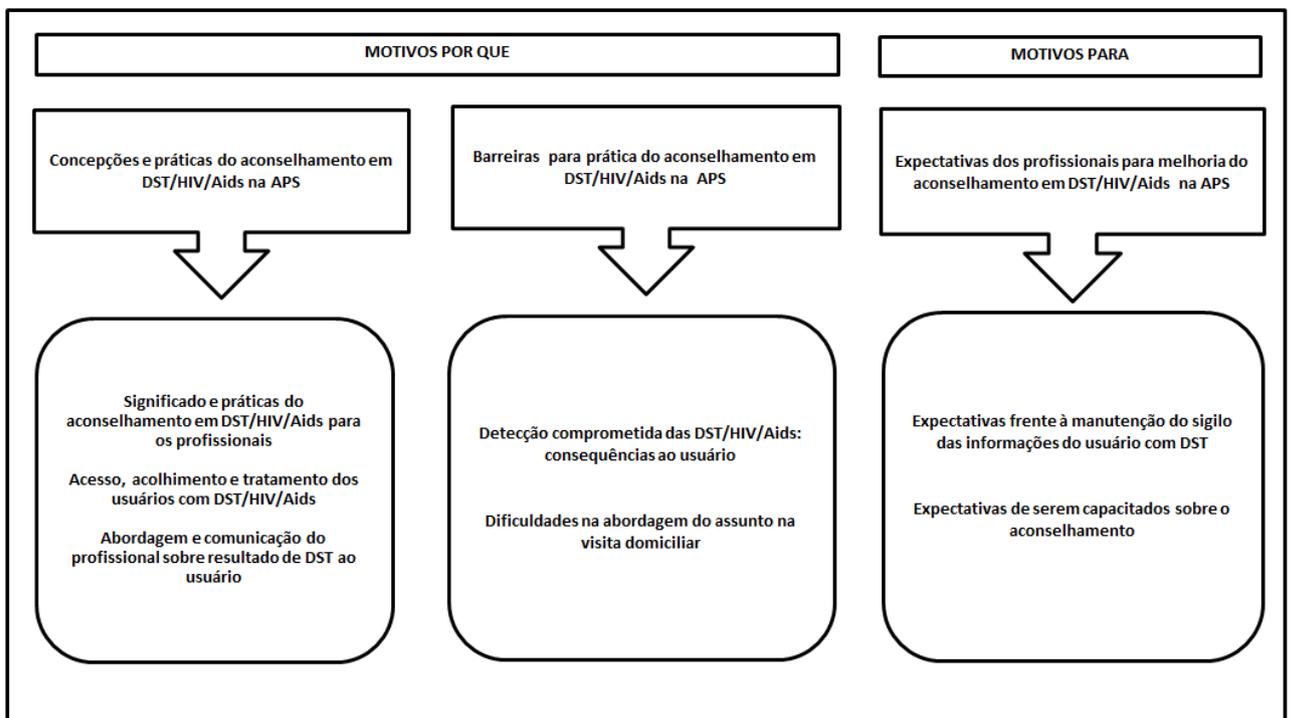


Figura 1. Percepção dos profissionais.

5.2 Artigo 2

Prática auto-referida de aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis e

HIV/Aids na atenção primária à saúde

Self-reported practice of counseling on sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in primary health care

Thiago Luis de Andrade Barbosa¹

Ludmila Mourão Xavier Gomes²

Ana Paula Ferreira Holzmann^{1,3}

Leia Cardoso³

Alfredo Maurício Batista de Paula¹

Desirée Sant' Ana Haikal¹

1 Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

2 Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA), Foz do Iguaçu, PR, Brasil

3 Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Montes Claros, MG, Brasil

Avenida Castelar Prates, nº 196, Major Prates, Montes Claros, MG, Brasil, CEP: 39403-206

Resumo

Estudo censitário transversal que objetivou investigar a prática auto-referida dos profissionais da atenção primária à saúde sobre aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids, por meio de questionário aplicado a médicos e enfermeiros da atenção primária. A prática dos profissionais foi avaliada à luz dos manuais do Ministério da Saúde, classificando-a em adequada/inadequada. Foram investigados quatro unidades temáticas: Realização do aconselhamento; Medidas de prevenção; Avaliação de comportamento de

risco/vulnerabilidade e Testagem sorológica. Testou-se associação da prática com variáveis sociodemográficas e de formação profissional. Participaram 146 profissionais (41,1% médicos e 58,9% enfermeiros). Apenas 25,7% dos profissionais relataram práticas adequadas. O domínio com maior proporção de prática auto-referida inadequada foi o de Avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade. Médicos tiveram prática global com maior chance de ser adequada que enfermeiros (OR: 3,48), especialmente no unidade temática Testagem sorológica. As práticas de aconselhamento em DST e HIV/Aids na atenção primária à saúde ainda não atingiram os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, revelando necessidade de intensificar a sensibilização/capacitação dos profissionais na realização das mesmas.

Palavras-chave: Aconselhamento, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV, Atenção Primária à Saúde

Abstract

A census-based and cross-sectional study that aimed to investigate the self-reported practice of primary care providers in counseling on sexually transmitted diseases (STD) and HIV/AIDS through a questionnaire applied to physicians and nurses. The professional practice was assessed in the light of the manuals of the Ministry of Health, classifying it into proper/improper. Four areas were investigated: Counseling realization; Prevention methods; Risk behavior and vulnerability assessment and Serological testing. It was tested the association between practice and sociodemographic and training variables. 146 professionals participated (41.1% physicians and nurses 58.9%). Only 25.7% of professionals reported adequate practices. The area with the highest proportion of improper self-reported practice was the Risk behavior and vulnerability assessment. Physicians had global practice with more likely to be appropriate than nurses (OR: 3.48), especially in the domain Serological testing.

Counseling practices in STD and HIV/AIDS in primary care have not yet reached the parameters recommended by the Ministry of Health, revealing the need to intensify the sensitization/training of professionals in meeting them.

Keywords: Counseling, Sexually Transmitted Diseases, HIV, Primary Health Care

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) representam um dos mais importantes problemas de saúde no mundo. Anualmente, ocorrem 340 milhões de casos novos de DST curáveis entre indivíduos com idade entre 15 e 49 anos. Outros milhões de casos anuais estão representados pelas DST não curáveis (virais), incluindo herpes genital, infecções pelo papilomavírus humano (HPV), hepatite B e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ^{1,2}. Dados atuais apontam que, em nível mundial, existem 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, cuja pandemia encontra-se em franca expansão^{3,4}.

Em 2012, no Brasil, havia 39.185 casos de HIV/Aids registrados. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos de Aids/100.000 habitantes no mesmo ano. Ocorreram aproximadamente 253.000 mortes no país relacionadas à Aids. Os óbitos situaram-se principalmente na região Sudeste com 56% dos casos acumulados da doença⁵.

O enfrentamento ao HIV/Aids e às DST constitui desafio à sociedade para o estabelecimento de medidas de controle das suscetibilidades ligadas aos aspectos individuais e contextuais de exposição ao vírus^{3,4}. Frente à problemática, no cenário brasileiro houve esforços de autoridades governamentais e sociedade civil organizada para ampliar o conhecimento e a utilização de tecnologias que possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com DST ou HIV/Aids. Somado a isso, existem ainda investimentos nas medidas de prevenção, controle e na detecção de novos casos de infecção por HIV^{6,7}.

O aconselhamento constitui tecnologia leve considerada como prática imprescindível para redução da transmissão das DST/HIV/Aids. Possui o potencial de reduzir situações de risco de exposição às DST e ao HIV, ao permitir uma relação direta e personalizada com os usuários do serviço, constituindo importante prática em saúde coletiva⁸⁻¹¹.

No combate à epidemia de DST/HIV/Aids, o aconselhamento de alta qualidade e a testagem são vitais, pois reduzem o comportamento de risco e impedem novas infecções¹². Partindo dessas premissas e da evolução da epidemia de HIV/Aids no Brasil, houve, no final da década de 1990, a descentralização das ações dos Centros de Aconselhamento e Testagem para atenção primária à saúde (APS). A justificativa desse redirecionamento pautou-se, principalmente, na constatação do diagnóstico tardio de HIV pelo Ministério da Saúde, que ocorria quando o sistema imunológico já estava debilitado¹³. Na década de 2000, foram publicados três manuais articulando atenção em HIV/Aids e APS. Estes manuais enfatizam a inserção do aconselhamento e o incentivo da oferta diagnóstica para o HIV¹⁴⁻¹⁵.

A APS tem como função a realização de ações de caráter individual e coletivo a fim de prevenir a transmissão das DST e do HIV⁷. Para alcançar esse objetivo, destaca-se como imprescindível a realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids, pois propicia aproximação e partilha entre profissional de saúde e usuário, em que há troca de saberes e compartilhamento de ideias¹⁶. No Brasil, constata-se, na literatura nacional, a escassez de pesquisas que envolva o monitoramento regular da prática do aconselhamento em DST/HIV/Aids pelos profissionais da APS e desconhece-se como está atualmente essa prática em muitas regiões do país^{17,18,19}. Nessa perspectiva, este estudo objetivou investigar a prática auto-referida dos profissionais da atenção primária à saúde sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. O município dista 420 km da capital Belo Horizonte, possui uma população de mais de 390 mil habitantes, sendo considerado município de grande porte. Representa o maior centro urbano do norte de Minas Gerais e possui área de atuação que abrange todo norte do estado e sudoeste da Bahia²⁰.

O estudo foi conduzido no âmbito da APS, representada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana. Na época da coleta de dados (janeiro a fevereiro de 2015), o município contava 95 equipes.

O quantitativo de profissionais atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF) foi obtido por meio da Secretaria Municipal de Saúde do município. A população do estudo foi constituída pelos 180 profissionais enfermeiros e médicos das equipes das USF da zona urbana (Figura 1). Desses, foram excluídos os profissionais com menos de três meses de tempo de serviço (profissional recém-admitido pode ainda não ter tido oportunidades para realizar o aconselhamento e avaliar a sua prática)²¹ e os que não se encontravam em atividade no período do estudo (férias ou licença). No estudo, foram considerados elegíveis 168 profissionais.

Primeiramente, a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Os dados foram coletados por meio de questionário. A entrega do questionário ocorreu nas USF em horário convencional de trabalho. O pesquisador responsável procurou tais profissionais, apresentou a proposta do estudo e convidou-os a participar. O questionário foi entregue para resposta dos profissionais na presença do pesquisador na USF. Entretanto, alguns profissionais estavam atarefados e assim relataram não poder responder o questionário naquele momento. Agendou-se dia e horário para devolução (dois dias em média) do questionário para aqueles profissionais que não responderam no momento da visita do

pesquisador à UBS. Para certificar-se da devolução do questionário, o pesquisador utilizou da estratégia de ligação prévia para confirmação.

O questionário foi composto de duas partes. A primeira continha informações sociodemográficas e relativas à formação dos profissionais: sexo (masculino/feminino), idade (coletada em anos e, posteriormente, dicotomizada pela mediana), estado civil (casado ou união estável/solteiro (a)/separado (a) ou viúvo (a), prática de alguma religião (sim/não), nacionalidade (brasileira/outra nacionalidade), categoria profissional (enfermeiro/médico), qualificação em Saúde da Família (sim/não), tempo de formado (anos), tempo de atuação na APS (coletada em meses e, posteriormente, dicotomizada pela mediana). Neste estudo a qualificação em Saúde da Família considerada foi a residência (médica ou multiprofissional) em Saúde da Família e o título de Medicina de Família e Comunidade.

A segunda parte do questionário foi constituída por 27 itens relativos à prática auto-referida do aconselhamento. Esses itens foram totalmente confeccionados com base na atuação dos profissionais da APS preconizada pelos manuais “Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”⁹, “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica”¹⁴, “Cadernos da Atenção Básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST”¹⁵, todos do Ministério da Saúde. Ainda seguindo as recomendações desses manuais, os itens foram divididos em quatro unidades temáticas, a saber: “Realização do aconselhamento” (07 itens); “Medidas de prevenção” (06 itens); “Avaliação do comportamento de risco/vulnerabilidade” (10 itens); “Testagem sorológica” (04 itens). As questões passaram pelo julgamento de 02 médicos infectologistas, 01 médico especialista em atenção primária, 01 médico especialista em atenção primária e em DST, 01 enfermeiro especialista em atenção primária, 02 enfermeiros especialistas em DST (validação de conteúdo). O instrumento foi avaliado quanto à presença ou ausência dos seguintes critérios: abrangência, objetividade,

clareza e relevância. Houve a necessidade de alteração com reformulação de 04 itens após a avaliação dos profissionais.

As opções de resposta aos itens seguiram escala Likert com cinco opções de resposta, solicitando ao respondente que escolhesse a que melhor representasse sua prática em relação ao aconselhamento em DST/HIV/Aids. Foram atribuídos valores correspondentes a cada item, sendo “sempre” (valor=5), “frequentemente” (valor=4), “às vezes” (valor=3), “raramente” (valor=2), “nunca” (valor=1), “não sei/não respondeu” (NS/NR) e em branco (*missing*). O item 25 precisou ter seus valores invertidos pela natureza do item (o “sempre” representava situação pior).

Foi realizado estudo piloto prévio com 10 profissionais que trabalhavam na USF em áreas rurais e, portanto, não entraram na análise dos dados desta pesquisa. Os profissionais não relataram qualquer dificuldade ou dúvida no preenchimento do questionário e o mesmo foi mantido inalterado para o estudo principal.

As análises foram conduzidas utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)[®] 17.0. Inicialmente foram conduzidas análises descritivas de todas as variáveis, por meio de frequências absolutas e relativas. Para análise descritiva dos itens relativos à prática do aconselhamento, as respostas obtidas pela escala Likert foram agrupadas em três categorias: sempre/frequentemente; às vezes; raramente/nunca. Calculou-se o α de Cronbach para cada unidade temática e para os 27 itens (escala global), adotando-se valores $\geq 0,60$ (que indica boa consistência interna da escala adotada)²².

Para cada unidade temática, foram calculados escores através da soma do valor correspondente à resposta dada pelo indivíduo a cada um dos itens do domínio, dividido pelo número de itens que compõe o domínio (escore obtido). Posteriormente, o escore obtido foi transformado em uma escala contínua, variando entre zero e dez, com valores ajustados. Esse ajuste teve o objetivo de evitar a superestimação dos valores da prática auto-referida,

conforme utilizado na análise de outro instrumento (*Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil*)²³, adotado em estudo anterior que também utilizou a escala de Likert²⁴. Para tanto, utilizou-se a fórmula a seguir:

$$\text{Escore ajustado} = [(\text{escore obtido} - 1) / (\text{escore máximo} - \text{escore mínimo})] \times 10.$$

O escore máximo considerado no estudo foi de 5 (sempre) e o mínimo de 1 (nunca). Para a abordagem ou tratamento das respostas do tipo não sei/não respondeu (NS/NR), adotou-se o procedimento de substituição das respostas (imputação). O critério de imputação consistiu na substituição das respostas NS/NR e em branco pela média das respostas observadas (medida de tendência central) dos outros indicadores da mesma dimensão, desde que houvesse menos que 50% de respostas registradas^{25,26}. No estudo, 11 casos foram submetidos a esse procedimento estatístico. Os casos em que a soma de respostas em branco (*missing*) com respostas NS/NR atingiu 50% ou mais do total de itens de uma unidade temática foram excluídos para análise posterior de escore^{23,26}.

Para cada unidade temática calculada, os valores de escore ajustado foram dicotomizados em $\geq 7,5$ pontos como prática auto-referida adequada (valores de quatro ou mais na escala Likert) e em $< 7,5$ pontos como prática auto-referida inadequada (valores igual ou menor que três na escala Likert). Este ponto de corte foi adotado por identificar os profissionais que tenham respondido sempre ou frequentemente a todos os itens que compõem a unidade temática, uma vez que é essa a recomendação do Ministério da Saúde para os profissionais da APS^{14,15}.

Para o cálculo do escore geral, que reflete a prática global de aconselhamento, consideraram-se as quatro unidades temáticas, conjuntamente, para estimar a média dos escores ajustados obtidos em cada domínio. Na sequência, novamente dicotomizou-se a

prática auto-referida em adequada e inadequada pelo ponto de corte de 7,5. Neste caso, foram considerados *missings* os indivíduos em que dois ou mais unidades temáticas não foram calculadas.

Posteriormente, foram conduzidas análises bivariadas através dos testes qui-quadrado (χ^2) de Pearson ou exato de Fisher, para avaliar a associação entre a prática auto-referida global e temática do aconselhamento em DST/HIV/Aids adequada/inadequada (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional. As variáveis sociodemográficas e de formação profissional que mostraram significância estatística em nível de 5% com a prática de aconselhamento global e específico foram então submetidas à análise e apresentadas nos resultados.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros pelo parecer substanciado nº 890.235/2014. Os aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos foram devidamente respeitados. Para a participação no estudo os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e lhes foi garantido total anonimato. Os resultados foram devolvidos à Secretaria de Saúde do município a fim de que possam subsidiar planejamentos e ações pertinentes.

Resultados

Dos 168 profissionais médicos e enfermeiros elegíveis para o estudo, 146 concordaram participar, caracterizando taxa de resposta de 87%. Destes, 59,7% eram enfermeiros (tabela 1). Do total de médicos, 18,3% eram cubanos. A distribuição dos profissionais, segundo a frequência com que realizam os itens relativos à prática auto-referida de aconselhamento encontra-se apresentada na tabela 2. Os valores obtidos do alfa de Cronbach global foram de 0,88 e por unidade temática foi: “Realização do aconselhamento”

0,65; “Avaliação do comportamento de risco/vulnerabilidade” 0,85; “Medidas de prevenção” 0,71; “Testagem sorológica” 0,60.

Na unidade temática “Realização do Aconselhamento”, a maioria dos profissionais (79,5%) referiram realizar sempre/frequentemente o aconselhamento individual em DST/HIV/Aids em local reservado. Na unidade temática “Medidas de Prevenção”, a proporção dos profissionais que discutem sempre/frequentemente sobre medidas preventivas relacionadas às DST/HIV/Aids durante o aconselhamento foi de 79,5%. Na unidade temática “Avaliação do comportamento de risco/vulnerabilidade”, o percentual dos profissionais que aborda sempre/frequentemente a transmissão vertical de DST e HIV no pré-natal foi de 75,3%. Na unidade temática “Testagem sorológica”, 87,7% dos participantes raramente/nunca omitem o diagnóstico de DST aos usuários.

Em relação à proporção de profissionais que apresentam prática auto-referida adequada em cada domínio, observou-se 31,9% na unidade temática “Realização do aconselhamento”, 28,2% na unidade temática “Avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade”; 64,1% na unidade temática “Medidas de prevenção”, e 40,1% na unidade temática “Testagem sorológica”. Ao se considerar a prática global, 25,7% dos profissionais apresentaram práticas auto-referidas adequadas, enquanto 74,3% como inadequadas.

A tabela 3 apresenta a relação bivariada da prática global adequada dos profissionais da APS com variáveis sociodemográficas e de formação profissional. A única variável que mostrou associação com a prática adequada de aconselhamento foi a categoria profissional ($p=0,002$), sendo que médicos apresentaram maiores chances de práticas adequadas quando comparados aos enfermeiros (OR: 3,48; IC95%:1,57-7,70). Partindo desse resultado, conduziu-se análise por domínio para a variável categoria profissional. “Testagem sorológica” foi a única unidade temática que apresentou diferença significativa entre as duas categorias

profissionais investigadas, com maiores chances de práticas adequadas entre médicos do que entre enfermeiros ($p=0,001$) (tabela 4).

Discussão

Os resultados deste estudo indicaram que médicos e enfermeiros da APS referiram práticas de aconselhamento em DST/HIV/Aids que estão abaixo do ideal recomendado pelo Ministério da Saúde. Esse fato é preocupante, pois isso pode indicar a não realização de importantes ações do aconselhamento no cotidiano de trabalho dos profissionais. Os itens analisados neste estudo foram baseados em manuais elaborados pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, implicando que os participantes desconhecem ou desconsideram tais orientações. Ressalte-se que a APS constitui cenário propício para a realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids pelo caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade²⁷.

Neste estudo, constatou-se baixa proporção de médicos e enfermeiros que possuem qualificação em Saúde da Família, o que pode contribuir para práticas auto-referidas inadequadas do aconselhamento. O aconselhamento é uma atividade que deve ser desenvolvida por profissional de saúde devidamente treinado, não devendo se limitar à realização da sorologia anti-HIV²⁸. É imprescindível a capacitação desses profissionais nos programas de pós-graduação e do Ministério da Saúde com a inserção do aconselhamento em DST/HIV/Aids nesse tipo de formação dos profissionais para melhorar a detecção dessas doenças e a abordagem feita ao usuário.

A formação e preparo para o trabalho com prevenção e aconselhamento é uma forma de permitir atuação direcionada e resolutiva voltada para as necessidades do indivíduo, considerando-o de forma holística²⁹. A presença de profissionais treinados tem sido associada à maior resolutividade dos casos, diagnóstico precoce de infecção pelo HIV e menores

complicações nos casos de DST, produzindo resposta mais e efetiva no combate à DST/Aids³⁰.

Na unidade temática “Realização do aconselhamento”, ressalta-se que grande parte dos profissionais investigados referiram realizar o aconselhamento individual em DST/HIV/Aids em local reservado nas USF. Esse fato pode refletir o cumprimento e a preocupação do profissional da APS em manter a confidencialidade das informações geradas no atendimento, possivelmente devido ao estigma e discriminação existentes em torno das DST/Aids. As medidas de proteção à confidencialidade dos usuários que buscam o serviço devem ser garantidas como meio de reduzir as chances de não retorno, de complicações provocadas pelas DST, diagnóstico tardio de infecção pelo HIV³¹.

A unidade temática “Medidas de Prevenção” apresentou o maior percentual de prática auto-referida adequada neste estudo. A prática adequada dessas ações pode revelar a sensibilização dos profissionais para prevenção com a discussão de práticas sexuais seguras, de informações e uso do preservativo. Contudo, é importante destacar que as ações de prevenção das DST/Aids são altamente suscetíveis a variações contextuais, geográficas, sociais, econômicas e culturais. Pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo³², que avaliou a implantação de atividades de prevenção das DST/Aids na APS, apontou que modos de transmissão e métodos de prevenção são pouco discutidos entre os usuários, diferentemente deste estudo. As diretrizes nacionais sobre aconselhamento preconizam ações específicas para orientar os profissionais para uma atuação mais direcionada frente aos casos atendidos^{19,14-15}. Neste estudo, a abordagem de medidas preventivas, mesmo que auto-referida, aponta uma melhor situação do município estudado quando comparado com outra região no país.

Na unidade temática “Avaliação do comportamento de risco e vulnerabilidade”, identificou-se o menor percentual de prática auto-referida adequada entre os participantes

pesquisados. Esse achado merece atenção especial, pois essa parte do aconselhamento constitui o momento em que o profissional direciona suas ações para que o usuário compreenda e avalie os próprios riscos e evite práticas sexuais inseguras que exponham outros indivíduos. Trabalhos apontam que a avaliação do risco para o HIV e outras DST depende de treinamento, confiança e habilidades específicas no aconselhamento^{33,34}. A redução dessas doenças requer uma abordagem multifacetada, incorporando treinamentos específicos e formação para aconselhamento direcionado às demandas individuais. Nessa unidade temática, todavia, destacou-se a prática auto-referida da abordagem da transmissão vertical do HIV durante as consultas de pré-natal pela maioria dos participantes. Os profissionais parecem estar mobilizados para redução de intercorrências na gestação e na mortalidade materna, diferentemente de estudo anterior³⁵. Tal prática se aproxima do recomendado pelo Ministério da Saúde, o que pode implicar na adoção de práticas sexuais saudáveis ou de estratégias preventivas para esse público³⁶.

Na unidade temática “Testagem Sorológica” constatou-se que menos da metade dos participantes possuem prática auto-referida adequada nesse quesito. Evidenciou-se que a omissão de diagnóstico de DST foi referida raramente/nunca por médicos e enfermeiros no atendimento dos usuários. Esse dado possui efeito positivo na APS para captação de novos casos de indivíduos com DST ou HIV, evitando-se complicações futuras. A revelação do diagnóstico na APS mostra-se essencial para elaborar e planejar o seguimento dos casos para se garantir maiores chances de evolução favorável dos casos. Diferentemente do propósito desse trabalho, estudos têm identificado elementos que dificultam a tarefa: o medo do preconceito, da discriminação e da reação do indivíduo; o desconforto pela exposição à família ou entre parcerias; e medo das responsabilidades^{37,38}.

Os médicos mostraram maior chance de prática global de aconselhamento classificada como adequada, consequência do melhor desempenho relatado na unidade temática

“Testagem sorológica”. Sugere-se que esses profissionais solicitam o teste anti-HIV na rotina do pré-natal e ocasiões fora dessa consulta, enquanto aos enfermeiros essa solicitação fica restrita ao pré-natal. O tipo de formação diferente dos profissionais se traduz na oferta do exame anti-HIV. Os médicos tendem a condutas mais voltadas ao diagnóstico de doenças, enquanto os enfermeiros para prevenção e cuidado. No município estudado, ressalte-se a existência de protocolo de atenção à saúde na rede municipal que respalda o enfermeiro para solicitação desse exame fora do pré-natal na APS³⁹. Desse fato pode-se pressupor duas situações: o desconhecimento a respeito do protocolo associado à ausência de treinamentos sobre o mesmo por parte da secretaria municipal; ou o conhecimento sem aplicação dessa prática no cotidiano desses profissionais. É fundamental a capacitação e sensibilização dos enfermeiros para solicitação do teste anti-HIV, integrando este ao aconselhamento realizado fora do ambiente do pré-natal conforme protocolo municipal.

Convém comentar que embora tenha se tratado de pesquisa censitária, ainda assim foram utilizadas técnicas de inferência estatística ao se considerar que os profissionais investigados podem ser vistos como sendo uma amostra de outros profissionais da APS de localidades ou contextos semelhantes e, aí então, seria legítimo fazer inferências⁴⁰. No entanto, por esse motivo, a questão da validade externa deve ser considerada com cautela.

Existem também limitações pertinentes ao delineamento transversal, que impedem que os resultados apresentados sejam tomados como causa e efeito, devido a não aferição da temporalidade. Além disso, o instrumento de coleta de dados utilizado, embora totalmente baseado nos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, é original e foi realizada apenas sua validação de conteúdo. Mas a principal limitação refere-se à avaliação das práticas através do auto-relato. Sabe-se que este tipo de coleta de dados é passível de viés, e é possível que haja supervalorização das práticas consideradas “politicamente corretas” (viés de desejo). Assim, a prevalência de práticas inadequadas no âmbito da APS pode ser ainda maior

do que a revelada nos resultados aqui apresentados. Apesar de tais limitações, acredita-se que o panorama desvelado é útil, permitindo reconhecer a magnitude e a natureza dos pontos frágeis do aconselhamento em DST/HIV/Aids no âmbito da APS. Tal reconhecimento permitirá o planejamento de estratégias adequadamente direcionadas aos problemas identificados e contribuirá ao abrir caminho para investigações futuras.

Conclusão

Este estudo descreveu a prática auto-referida de aconselhamento em DST/HIV/Aids no âmbito da APS que se caracterizou como inadequada. A unidade temática com maior proporção de prática auto-referida inadequada foi a de “Avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade”. Médicos apresentaram maior prevalência de práticas adequadas, ao serem comparados aos Enfermeiros, o que foi consequência do melhor desempenho dos médicos na unidade temática “Testagem sorológica” dos usuários. Assim, verifica-se que as práticas de aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS ainda não atingiram os parâmetros preconizadas pelo Ministério da Saúde, o que compromete a qualidade do atendimento voltado para as demandas de DST/Aids dos usuários. Esses resultados enfatizam a necessidade de educação permanente e sensibilização dos profissionais da APS para que possam efetivamente cumprir os propósitos do Sistema Único de Saúde.

Contribuições

TLA Barbosa participou da concepção e delineamento do estudo, coleta de dados, análises e redação e revisão crítica do artigo. LMX Gomes participou da concepção e delineamento do estudo, análises e redação e revisão crítica do artigo. DSA Haikal e AMB de Paula participaram das análises, redação e revisão crítica do artigo. L Cardoso e APF Holzmann

participaram da tabulação, da redação, da revisão crítica, da análise dos dados e do trabalho de campo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa de doutorado. À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros pelo apoio técnico.

Referências

1. World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infection*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
2. World Health Organization. *Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
3. Taquette SR. HIV/Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. *Saude soc* 2013; 22(2):618-628.
4. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaids). *Global report: Unaid report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: Unaid; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim epidemiológico: Aids e DST*. Ano II - nº 01 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid). *Global report: Unaid report on the global AIDS epidemic 2010*. Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS: WHO Library Cataloguing; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de aconselhamento em DST HIV/aids para atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Leta TH, Sandøy IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12:438.
12. Kalumbi L, Kumwenda S, Chidziwisano K. Counsellors' experience during training and home based HIV counselling and testing in Zomba District, Malawi. *Malawi Med J* 2014; 26(1):1-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de atenção básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM, et al. Coordination of care for people living with HIV/AIDS in a city in São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(11):2283-2297.
17. Marques SC, Oliveira DC, Gomes AMT, Penna LHG, Spíndola T. The offer of the anti-HIV test to users of the health basic net units: diferente approaches of professionals. *J Res.: Fundam Care Online* 2015; 7(1):1891-1904.

18. Fay H, Baral SD, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Iiping S. Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav* 2011; 15(6):1088-1097.
19. Sanga Z, Kapanda G, Msuya S, Mwangi R. Factors influencing the uptake of voluntary HIV counseling and testing among secondary school students in Arusha City, Tanzania: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2015; 15:452-460.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativa populacional 2014*. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/23254>.
21. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(3):765-772.
22. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:5.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(2):87-93.
25. Fraser G. Guided multiple imputation of missing data: using a subsample to strengthen the missing-at-random assumption. *Epidemiology* 2007; 18(2):246-252.
26. Nunes LN, Klück MM, Fachel JMG. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2):268-278.
27. Guanilo MCTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(esp):152-159.

28. Pequeno CS, Macêdo SM, Miranda KCL. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(3):437-441.
29. Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary health care practitioners in Spain. *AIDS Care* 2013; 25(5):544-549.
30. Sibanda EL, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, Dupwa B, Siraha P, et al. An assessment of the Zimbabwe ministry of health and child welfare provider initiated HIV testing and counselling programme. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:131.
31. Soares PS, Brandão ER. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. *Physis* 2013; 23(3):703-721.
32. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(S2):S240-50.
33. Nurutdinova D, Rao S, Shacham E, Reno H, Overton ET. STD/HIV risk among adults in the primary care setting: are we adequately addressing our patients' needs? *Sex Transm Dis* 2011; 38(1):30-32.
34. Chin T, Hicks C, Samsa G, McKellar M. Diagnosing HIV infection in primary care settings: missed opportunities. *AIDS Patient Care STDS* 2013; 27(7):392-397.
35. Rocha CMF, Dias SF, Gama AF. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5):1003-1012.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical: manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

37. Andrade RFV, Araújo MAL, Vieira LJES, Reis CBS, Miranda AE. Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Saúde Pública* 2015; 49(3):1-9.
38. Gultie T, Genet M, Sebsibie G. Disclosure of HIV-positive status to sexual partner and associated factors among ART users in Mekelle Hospital. *HIV AIDS (Auckl)* 2015; 7:209-214.
39. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros*. Montes Claros: Secretaria Municipal de Montes Claros; 2006.
40. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva* 2000; 8(2):9-28.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de formação profissional de médicos e enfermeiros da APS de Montes Claros, Minas Gerais, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	103	70,5
Masculino	43	29,5
Idade		
≥30 anos	79	54,1
< 30 anos	67	45,9
Estado civil		
Casado ou união estável	68	46,6
Solteiro	69	47,3
Separado ou viúvo	09	6,1
Prática religião		
Sim	133	91,1
Não	13	8,9
Nacionalidade		
Brasileira	135	92,5
Outra nacionalidade	11	7,5
Categoria Profissional		
Médico	60	41,1
Enfermeiro	86	58,9
Instituição de graduação		
Privada	83	56,8
Pública	63	43,2
Tempo de graduação		
0 a 3 anos	61	41,8
4 a 10 anos	66	45,2
Acima de 10 anos	19	13,0
Tempo de serviço na APS		
≥31 meses	73	50,0
< 31 meses	73	50,0
Qualificação em Saúde da Família		
Sim	37	25,3
Não	109	74,7

Tabela 2. Distribuição de médicos e enfermeiros da APS, segundo a frequência com que realizam os itens relativos à prática auto-referida de aconselhamento, Montes Claros, Minas Gerais; 2015.

Itens avaliados	Sempre/ Frequentemente n (%)	Às vezes n (%)	Raramente/ Nunca n (%)	NS/NR n (%)
Unidade temática 01: realização do aconselhamento				
1-Eu realizo o aconselhamento individual em DST/HIV/Aids em local reservado com os usuários.	116 (79,5)	11 (07,6)	13 (08,7)	06 (04,2)
2-Eu realizo o agendamento dos usuários que necessitam de aconselhamento em DST/HIV/Aids.	79 (54,0)	25 (17,1)	35 (24,0)	07 (04,9)
3-Eu gasto tempo suficiente para prestar um aconselhamento de qualidade para os usuários atendidos por mim.	85 (58,1)	38 (26,0)	15 (10,3)	08 (05,6)
4-Eu insiro na rotina da equipe os usuários que possuem demanda relacionada à DST.	71 (48,5)	32 (21,9)	33 (22,6)	10 (07,0)
5-No aconselhamento, eu estou à vontade para discutir questões relacionadas a sexo com os usuários.	102 (69,9)	34 (23,3)	06 (4,0)	04 (02,8)
6- Eu realizo visitas domiciliares aos usuários com demanda relacionada à DST/HIV/Aids.	29 (19,8)	34 (23,3)	77 (52,7)	06 (04,2)
7-Eu realizo mais de um aconselhamento em DST/HIV/Aids com o usuário quando é necessário.	73 (50,0)	43 (29,3)	19 (13,0)	11 (07,7)
Unidade temática 02: medidas de prevenção				
8-Eu discuto práticas sexuais seguras com todos os usuários no aconselhamento.	102 (69,9)	32 (21,9)	09 (06,1)	03 (02,1)
9-Eu discuto a importância da prevenção das DST/Aids na pré-concepção para mulheres em idade fértil.	101 (69,2)	29 (19,8)	16 (11,0)	-
10-Eu discuto sobre medidas preventivas relacionadas às DST/HIV/Aids durante o aconselhamento.	116 (79,5)	24 (16,4)	02 (01,4)	04 (02,8)
11-Eu discuto a importância do uso do preservativo com cada usuário atendido por mim.	101 (69,2)	32 (21,9)	12 (8,2)	01 (0,7)
12-Eu forneço informações sobre os preservativos masculinos e femininos.	108 (74,0)	31 (21,2)	06 (04,1)	01 (0,7)
13-Eu ofereço preservativo para os usuários atendidos no aconselhamento em DST/HIV/Aids.	111 (76,0)	14 (09,6)	15 (10,3)	06 (04,1)
Unidade temática 03: avaliação do comportamento de risco e vulnerabilidade				
14-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de transmitir alguma DST com os usuários que fazem uso delas.	67 (45,8)	36 (24,7)	37 (25,3)	06 (04,2)
15-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de contrair alguma DST com os usuários que fazem uso delas.	69 (47,3)	37 (25,4)	32 (21,9)	08 (05,4)
16-Eu abordo as diferenças de vulnerabilidades relacionadas às DST/Aids.	50 (34,2)	50 (34,2)	38 (26,1)	08 (05,5)

Continuação tabela

Itens avaliados	Sempre/ Frequentemente	Às vezes	Raramente/ Nunca	NS/NR
17-Eu discuto os riscos de adquirir DST, incluindo a infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.	109 (74,7)	27 (18,3)	04 (02,8)	06 (04,2)
18-Eu discuto os riscos de transmissão das DST e da infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.	107 (73,2)	30 (20,5)	05 (03,5)	04 (02,8)
19-Eu discuto o risco da transmissão de mãe para filho das DST e da infecção pelo HIV com cada gestante na consulta pré-natal.	110 (75,3)	20 (13,7)	16 (11,0)	-
20-Eu discuto sobre a história prévia de DST com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.	73 (50,0)	41 (28,1)	30 (20,5)	02 (01,4)
21-Eu pergunto sobre o número atual e passado de parcerias sexuais de cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.	88 (60,3)	38 (26,0)	18 (12,3)	02 (01,4)
22-Eu pergunto sobre a orientação sexual dos usuários em cada aconselhamento em DST/HIV/Aids.	62 (42,4)	37 (25,4)	45 (30,8)	02 (01,4)
23-Eu discuto sobre práticas sexuais (sexo oral, vaginal e anal) com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.	53 (36,3)	47 (32,2)	43 (29,4)	03 (02,1)
Unidade temática 04: testagem sorológica				
24-Eu solicito a autorização/consentimento para testagem anti-HIV e de outras DST no aconselhamento em DST/HIV/Aids.	100 (68,5)	13 (08,9)	28 (19,2)	05 (03,4)
25-Eu já omiti diagnóstico de DST para não causar transtorno no relacionamento dos usuários.	10 (06,8)	04 (02,7)	128 (87,7)	04 (02,8)
26-Eu solicito o teste anti-HIV e de outras DST mediante o aconselhamento.	84 (57,5)	34 (23,2)	17 (11,6)	11 (07,7)
27-Eu indico o teste anti-HIV a todo usuário que atendo na unidade de saúde independente do motivo original do atendimento.	17 (11,6)	27 (18,4)	96 (65,8)	06 (04,2)

NS/NR= Não sabe/Não respondeu

Tabela 3. Análise bivariada entre prática auto-referida global adequada/inadequada de aconselhamento em DST/HIV/Aids entre médicos e enfermeiros da APS e variáveis sociodemográficas e de formação profissional, Montes Claros, Minas Gerais; 2015.

Variáveis	Prática auto-referida Adequada n (%)	Prática auto-referida Inadequada n (%)	OR (IC 95%)	p
Sexo				0,076
Masculino	15 (41,7)	28 (26,9)	1,93 (0,87-4,27)	
Feminino	21 (58,3)	76 (73,1)	1,0	
Idade				0,244
≤30 anos	17 (47,2)	58 (55,8)	0,71 (0,33-1,51)	
>30 anos	19 (52,8)	46 (44,2)	1,0	
Estado civil				0,458
Casado ou união estável	18 (50,0)	49 (47,1)	1,12 (0,52-2,39)	
Solteiro ou separado	18 (50,0)	55 (52,9)	1,0	
Pratica alguma religião				0,223
Sim	29 (80,6)	91 (87,5)	0,59 (0,21-1,62)	
Não	07 (19,4)	13 (12,5)	1,0	
Categoria profissional				0,002*
Médico	23 (63,9)	35 (33,7)	3,48 (1,57-7,70)	
Enfermeiro	13 (43,5)	69 (61,5)	1,0	
Tempo de formado				0,562
0 a 3 anos	15 (41,7)	43 (41,3)	1,01 (0,47-2,18)	
4 anos ou mais	21 (58,3)	61 (58,7)	1,0	
Instituição de graduação				0,115
Pública	19 (52,8)	41 (39,4)	1,71 (0,80-3,68)	
Privada	17 (47,2)	63 (60,6)	1,0	
Qualificação em Saúde da Família				0,447
Sim	20 (55,6)	61 (58,7)	0,88 (0,41-1,89)	
Não	16 (44,4)	43 (41,3)	1,0	
Nacionalidade				0,302
Brasileira	32 (88,9)	97 (93,3)	0,57 (0,15-2,10)	
Cubana	04 (11,1)	07 (6,7)	1,0	
Treinamento prévio em aconselhamento em DST/HIV/Aids				0,504
Sim	09 (25,0)	28 (26,9)	0,90 (0,37-2,16)	
Não	27 (75,0)	76 (73,1)	1,0	
Você faz o aconselhamento em DST/HIV/Aids				0,499
Sim	33 (91,7)	97 (93,3)	0,79 (0,19-3,24)	
Não	03 (8,3)	07 (6,7)	1,0	
Tempo de serviço na APS				0,193
≥31 meses	21 (58,3)	50 (48,1)	1,51 (0,70-3,25)	
<31 meses	15 (41,7)	54 (51,9)	1,0	

*p< 0,05

Tabela 4. Análise bivariada entre a categoria profissional e as unidades temáticas da prática auto-referida de aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS, Montes Claros, Minas Gerais, 2015.

Unidade temática	Enfermeiro		Médico		p
	N	%	n	%	
Realização aconselhamento					0,232
Adequada	24	28,9	21	36,2	
Inadequada	59	71,1	37	63,8	
Avaliação de Comportamento de risco/vulnerabilidade					0,058
Adequada	19	22,6	21	36,2	
Inadequada	65	77,4	37	63,8	
Medidas de prevenção					0,364
Adequada	56	65,9	37	61,7	
Inadequada	29	34,1	23	38,3	
Testagem sorológica					0,001*
Adequada	23	28,0	34	56,7	
Inadequada	59	72,0	26	43,3	
Prática global					0,002*
Adequada	23	63,9	35	33,7	
Inadequada	13	43,5	69	61,5	

*p < 0,05

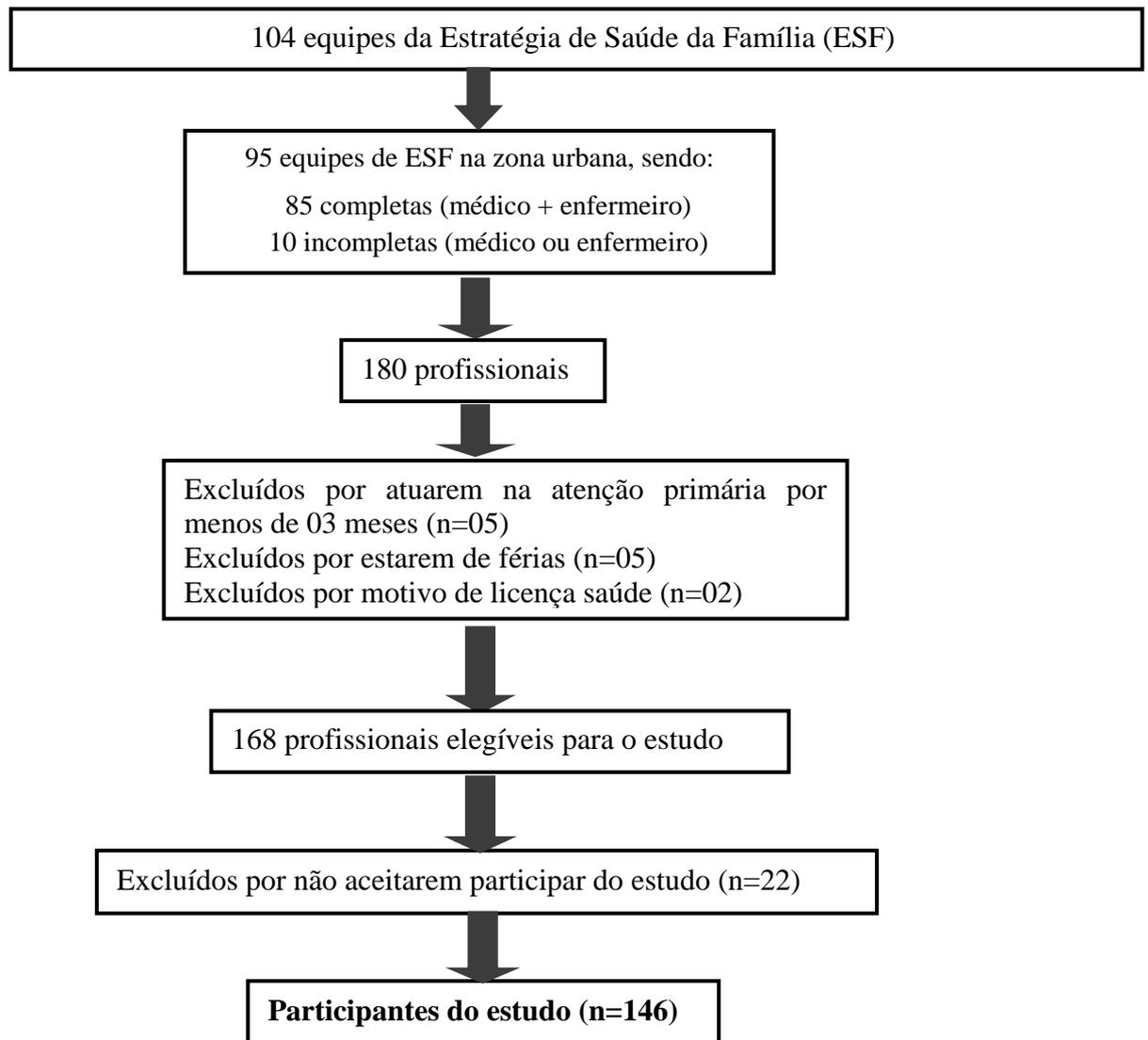


Figura 1. Diagrama de seleção dos profissionais participantes do estudo.

5.3 Artigo 3

***Main title:* Efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde**

***Short title:* Intervenção DST/Aids profissional atenção primária**

Thiago Luis de Andrade Barbosa, Mestre; Ludmila Mourão Xavier Gomes, Doutora; Ana Paula Ferreira Holzmann, Mestre; Alfredo Maurício Batista de Paula, Doutor; Desirée Sant'Ana Haikal, Doutora.

Msc. Andrade-Barbosa, Enfermeiro, Docente do Curso de Enfermagem da União Dinâmica das Cataratas, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil; *Dra. Gomes*, Enfermeira, Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil; *Msc. Holzmann*, Enfermeira, Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; *Dr. de Paula*, Odontólogo, Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; *Dra. Haikal*, Odontóloga, Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência: Avenida Tancredo Neves, 5057, Porto Belo, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, CEP: 85.867-000.

Main title: Efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde

Resumo

Introdução: O aconselhamento constitui importante ferramenta preventiva na quebra da cadeia de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV na atenção primária à saúde (APS). Este estudo tem objetivo de avaliar a efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da APS.

Métodos: Conduziu-se um estudo de intervenção com aleatorização de 180 profissionais médicos e enfermeiros, em município brasileiro de grande porte situado em região de baixas condições socioeconômicas. O grupo sob intervenção realizou oficinas específicas sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para APS durante 04 meses por meio de metodologias ativas com abordagem problematizadora. O grupo controle não recebeu nenhum tipo de informação durante o treinamento do primeiro grupo. Para avaliar intervenção, aplicou-se questionário de conhecimento a médicos e enfermeiros da APS no período pré e pós-intervenção. Foram investigadas as unidades temáticas: “Aconselhamento e comunicação”, “Avaliação de risco e vulnerabilidade”, “Medidas de prevenção” e “Testagem sorológica”. Teste qui-quadrado (χ^2) e test t pareado foram realizados para comparação entre os grupos.

Resultados: Os dois grupos eram homogêneos antes da intervenção educativa. Após a capacitação, houve elevação significativa do conhecimento geral do grupo intervenção, passando de 28,5 (66,3%) para 35,8 acertos (83,3%) ($p < 0,001$). Nesse grupo, a unidade

temática com maior diferença percentual entre o escore pré e pós-intervenção foi “Avaliação de risco/vulnerabilidade” (pré-teste: 74,2%; pós-teste: 85,3%; $p= 0,001$) e o de menor escore foi “Aconselhamento e comunicação” (pré-teste: 63,0%; pós-teste: 68,0%; $p= 0,032$).

Conclusão: O modelo de intervenção educativa aplicado foi efetivo ao elevar o conhecimento de médicos e enfermeiros profissionais sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS.

Palavras-chave: Aconselhamento, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV, Atenção Primária à Saúde

***Main title: Efetividade de intervenção educativa sobre aconselhamento em
DST/HIV/Aids no conhecimento de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde***

Introdução

Apesar do progresso no diagnóstico, tratamento e manejo de indivíduos com HIV/Aids, estima-se que o número de infectados ultrapassem 35 milhões no mundo. O HIV persiste como importante causa de morte em indivíduos de baixa e alta renda. Em 2012, 1,6 milhões de pessoas morreram em decorrência da infecção pelo HIV^{1,2}. As dificuldades para diagnóstico e acesso aos cuidados de saúde constituem ainda um grande desafio na atual epidemia de HIV/Aids. Mais de um terço dos pacientes infectados pelo HIV iniciam o tratamento com a doença avançada^{1,3,4}.

Frente à epidemia do HIV, o aconselhamento é considerado como uma das intervenções em saúde pública mais eficazes para a prevenção da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). O aconselhamento permite ao indivíduo compreender o seu risco pessoal de infecção, fazer escolhas com base no conhecimento de seu *status* sorológico, incentivar a mudança e entender a necessidade de eliminar comportamentos prejudiciais à saúde a fim de reduzir o risco de se tornar infectado³.

No Brasil, as diretrizes oficiais^{5,6} apontam que médicos e enfermeiros das unidades de saúde da APS devem oferecer o aconselhamento em DST/HIV/Aids para toda a população. Historicamente, o aconselhamento é realizado pelos Centros de Testagem e Aconselhamento, porém com o aumento do número de casos da infecção o aconselhamento passou a ser descentralizado para a APS a fim de ampliar o acesso ao usuário. Em 2005, o Ministério da Saúde criou a “Oficina sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para atenção básica” para

capacitação de profissionais nos atendimentos das demandas de DST e HIV na APS. Considerando esse programa de treinamento específico, estudo recente no país mostrou que a prática do aconselhamento na APS é deficiente e negligenciada⁷. Destaca-se que nesse cenário que a atenção primária ainda não está cumprindo integralmente sua função no caso de doenças e/ou procedimentos que anteriormente eram consideradas de responsabilidade de centros secundários⁸.

Pesquisas prévias apontam que a formação insuficiente dos profissionais é uma barreira para a realização do aconselhamento⁹⁻¹¹. Estudo com enfermeiras detectou falta de conhecimento sobre a sintomatologia, o diagnóstico e o manejo do usuário com HIV. As profissionais que fizeram um curso sobre aconselhamento tiveram desempenho melhor no questionário de conhecimento do que as que não fizeram¹². Investigação anterior conduzida com 160 médicos detectou baixo conhecimento sobre aconselhamento em HIV¹³.

A necessidade de suprir a formação insuficiente tem sido sanada pela realização de treinamento com os profissionais como apontado em outros estudos¹⁴⁻¹⁶. Apesar disso, constata-se a existência de lacunas na literatura sobre a realização de intervenções educacionais randomizadas e com grupo controle para propiciar a melhoria do conhecimento dos profissionais da APS sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. Este estudo objetivou avaliar a efetividade de intervenção educativa direcionada a médicos e enfermeiros da atenção primária sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Métodos

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo de intervenção aleatorizado conduzido no município de Montes Claros localizado na região norte do estado de Minas Gerais, Sudeste do Brasil. O município é de grande porte com população de 390 mil habitantes, sendo o maior centro urbano do norte de Minas Gerais, com área de atuação que abrange todo norte do estado e Sudoeste da Bahia¹⁷. Em 2012, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,77, considerado alto em relação ao país. Situa-se entre as áreas mais pobres do país, estando em região emblemática marcada pela contraposição do sul rico e o norte pobre. O produto interno bruto per capita (US\$ 3.620,00) está abaixo do país (US\$ 11.067,00). Serviços básicos como saneamento, água potável e coleta de lixo são pobres em muitos lugares e acesso aos cuidados de saúde continua a ser um problema¹⁸. A cobertura de cuidados de saúde primários aumentou desde o Programa Saúde da Família (atualmente denominado Estratégia Saúde da Família - ESF) lançado no país no final de 1990. O acesso a recursos de diagnóstico, tratamento e cuidados especializados ainda é restrito¹⁹.

O estudo foi conduzido no âmbito da atenção primária, representada pelas equipes da ESF. Na época da intervenção (janeiro a abril de 2015), as equipes estavam distribuídas em 44 unidades básicas de saúde da zona urbana, sendo 95 equipes da ESF. O objeto de análise do estudo foram as unidades básicas de saúde da ESF situadas na zona urbana de Montes Claros.

Participantes

A população do estudo foi constituída pelos 180 enfermeiros e médicos das equipes da ESF da zona urbana (Figura 1). Desses, foram excluídos os profissionais que não se encontravam em atividade no período do estudo (férias ou licença). Assim, o estudo obteve 173 profissionais elegíveis. Não houve cálculo amostral. O quantitativo de profissionais

atuantes nas equipes da ESF foi obtido por meio da Secretaria Municipal de Saúde do município.

O número total de participantes da pesquisa foi distribuído aleatoriamente na proporção 1:1 e alocados para o grupo intervenção e grupo controle. Na alocação, foi considerada a totalidade de unidades básicas de saúde. Uma lista foi gerada por meio de aplicativo construído com uso do *software Microsoft Excel 2010* para posterior sorteio. As unidades básicas de saúde foram randomizadas, sendo metade incluídas no grupo intervenção e outra metade, no controle. Em cada equipe sorteada participaram dois profissionais de nível superior (01 médico e 01 enfermeiro).

Intervenção Educativa

A intervenção proposta foi a capacitação de médicos e enfermeiros das equipes da ESF sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS com base na “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica” do Ministério da Saúde. A abordagem ocorreu mediante a técnica de oficinas com a realização de quatro encontros grupais, sendo dois por semana com duração de 4 horas. A carga horária total da intervenção foi de 16 horas. O treinamento ocorreu em horário de trabalho em local pré-definido pela Coordenação da APS. Após a alocação das equipes, os profissionais foram divididos em 04 grupos com 22 ou 23 participantes por grupo. A intervenção aplicada foi uma proposta desenvolvida pelo pesquisador em parceria com o Centro de Referência em Doenças Infeciosas e a Coordenação da APS do município. Os profissionais do grupo controle não receberam qualquer tipo de informação sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids no momento em que o grupo intervenção estava sendo capacitado.

A estrutura das oficinas foi baseada em diretrizes do Ministério da Saúde²⁰⁻²². Nas capacitações foram acrescentados estudos de casos com utilização da metodologia dialógica e participativa, com o favorecimento da escuta, reflexão e problematização da realidade do aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF. Foi distribuído um kit educativo com o conteúdo e programação das oficinas aos profissionais participantes. A intervenção educativa abordou as seguintes temáticas: ações dos serviços de atenção primária ligados à prevenção, diagnóstico e assistência às DST/HIV/Aids; comunicação e informação no processo de aconselhamento; vulnerabilidade e comportamento de risco na prática do aconselhamento; questões éticas e aspectos legais relacionadas à testagem do HIV, sigilo e confidencialidade das informações, busca ativa/consentida e comunicação das parcerias sexuais.

Instrumento e coleta de dados

O questionário utilizado foi construído a partir da revisão de diretrizes oficiais do Ministério da Saúde. O instrumento era composto de duas partes sendo a primeira relativa à caracterização dos participantes sendo utilizadas as seguintes variáveis: sexo (masculino/feminino), idade (coletada em anos e, posteriormente, dicotomizada pela mediana), estado civil (casado ou união estável/solteiro ou separado ou viúvo, prática de alguma religião (sim/não), categoria profissional (enfermeiro/médico), qualificação em Saúde da Família (sim/não), tempo de formado (anos coletada em meses e, posteriormente, dicotomizada pela mediana), tempo de atuação na APS (coletada em meses e, posteriormente, dicotomizada pela mediana), treinamento prévio em aconselhamento em DST/HIV/Aids (sim/não). Neste estudo a qualificação em Saúde da Família considerada foi a residência (médica ou multiprofissional) em Saúde da Família e o título de Medicina de Família e Comunidade.

A segunda parte do questionário era constituída por 43 questões, esses itens foram totalmente confeccionados com base na atuação dos profissionais da APS preconizada pelos manuais “Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”²⁰, “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica”²¹, “Cadernos da Atenção Básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST”²², todos do Ministério da Saúde. Ainda seguindo essas recomendações desses manuais, os itens foram divididos em quatro unidades temáticas, a saber: aconselhamento e comunicação (dez questões), avaliação de risco e vulnerabilidade (19 questões), medidas de prevenção (sete questões) e testagem sorológica (sete questões).

A validação de conteúdo do questionário foi feita pelo julgamento de 02 médicos infectologistas, 01 médico especialista em atenção primária, 01 médico especialista em atenção primária e em doenças sexualmente transmissíveis, 01 enfermeiro especialista em atenção primária, 02 enfermeiros especialistas em DST. O questionário foi avaliado na presença ou ausência dos seguintes critérios: abrangência, objetividade, relevância e clareza. Houve a necessidade de alteração com reformulação de 06 itens após a avaliação dos profissionais.

Posteriormente, realizou-se um estudo piloto com médicos e enfermeiros de equipes de saúde da família da zona rural do município. Os profissionais não relataram qualquer dificuldade ou dúvida no preenchimento do questionário e o mesmo foi mantido inalterado para o estudo principal. As questões estavam sob o formato de julgamento de afirmativas em verdadeiro ou falso. Cada questão corretamente respondida soma um ponto no número de acertos e a opção “não sei” não pontua no questionário. Para o grupo intervenção, aplicou-se questionário para avaliação do conhecimento, antes e após a capacitação, denominado de pré e pós-teste, respectivamente.

O grupo controle não recebeu quaisquer orientações ou treinamentos específicos sobre a temática no período do estudo. O pós-teste foi aplicado ao grupo controle cerca de um a dois

meses após responderem o pré-teste, ambos aplicados no próprio ambiente de trabalho. O mesmo questionário, mas somente com as questões de conhecimento, foi utilizado a fim de verificar se houve alteração do conhecimento dos profissionais por interesse e iniciativa em busca de informações sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)[®] 17.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio-padrão e as variáveis categóricas foram apresentadas em proporções. O teste do qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar se há diferenças na composição dos grupos intervenção e controle. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para analisar se as variáveis contínuas apresentam distribuição normal. O desempenho no teste de conhecimento foi aferido através da média de acertos para as questões propostas. O teste t student pareado foi utilizado para verificação das diferenças de conhecimento no pré e no pós-teste nos dois grupos. Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Questões éticas

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados. O projeto desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros pelo parecer substanciado nº 890.235/2014. Para a participação na pesquisa os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados foram devolvidos à Secretaria de Saúde do município a fim de que possam subsidiar planejamentos e ações pertinentes.

Resultados

Dos 173 profissionais médicos e enfermeiros elegíveis para o estudo, 150 concordaram participar, caracterizando taxa de resposta de 87%. Destes 60,0% eram enfermeiros e 40,0% médicos. Dos participantes, 72 receberam a intervenção e 78 foram alocados para o grupo controle. Quanto às características dos profissionais, a idade mediana foi de 30 anos (21-63 anos), a maioria pertencia ao sexo feminino (76,4%), estado civil casado ou união estável (56,1%). A formação dos profissionais ocorreu predominantemente em instituição privada (55,3%) e a maioria não possuía qualificação em Saúde da Família (74,0%). Os participantes possuíam menos que 60 meses de serviço na atenção primária (69,3%) e menos que 5,8 anos de formado (62,0%). A maioria dos profissionais não possuía treinamento prévio sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids (75,3%). Ao se comparar as características do perfil do grupo controle e intervenção, verificou-se que apenas a variável estado civil apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,015$): no grupo intervenção houve predominância de casados ou em união estável e, no grupo controle, de solteiros, separados ou viúvos (tabela 1). Contudo, ao se verificar a associação desta variável com o conhecimento dos profissionais, não foi observado significância estatística.

A média de acertos referentes ao desempenho do conjunto global do conhecimento no pré-teste para o grupo intervenção e o controle foi de 28,5 (DP \pm 4,2; 66,3%) e 27,6 (DP \pm 4,4; 64,1%), respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de valores referentes ao total de acertos entre o grupo intervenção e o controle no pré-teste ($p=0,184$), demonstrando que os grupos eram comparáveis na sua constituição original em relação ao conhecimento.

O resultado do desempenho médio dos profissionais médicos e enfermeiros no pré e pós-teste é apresentado de forma pareada para os dois grupos na tabela 2. Houve incremento com significância estatística no quantitativo de acertos após a intervenção educativa, tanto no valor total de acertos, como em todos os domínios do teste de conhecimento. A média de acertos do grupo intervenção subiu de 28,5 (66,3%) no pré-teste para 35,8 (83,2%) no pós-teste (diferença média de 07 acertos). No grupo controle, a média de 27,6 (63,9%) no pré-teste obteve pequena elevação para 28,4 (68,8%) no mesmo valor no pós-teste (Figura 2). A unidade temática com maior diferença no desempenho percentual pré e pós-teste no grupo intervenção foi “Avaliação de risco/vulnerabilidade” (pré-teste=74,2%; pós-teste=85,3%; $p < 0,001$) e o menor foi “Aconselhamento e comunicação” (pré-teste=63,0%; pós-teste=68,0%; $p = 0,032$).

Discussão

Este estudo evidenciou que a intervenção educativa realizada com planejamento e metodologia sistematizada, abordagem problematizadora, em formato de oficinas, direcionada a médicos e enfermeiros da APS obteve resultados satisfatórios. A intervenção proposta foi efetiva ao propiciar a elevação do conhecimento dos profissionais do grupo intervenção sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS em relação ao grupo controle. Somado a isso a constatação de poucos trabalhos na literatura internacional que retratem a temática na forma tratada aqui e a ausência desse tipo de estudo no Brasil, tornando esta pesquisa inédita para a região aplicada.

Neste estudo, evidenciou-se que poucos médicos e enfermeiros da APS possuíam treinamento prévio em aconselhamento em DST/HIV/Aids. Esse fato pode implicar na realização inadequada do aconselhamento com abordagem insuficiente de assuntos

pertinentes a essa prática, com limitação à realização da sorologia anti-HIV. Na literatura, percebe-se a existência de contingente considerável de profissionais médicos e enfermeiros não capacitados para realização do aconselhamento em DST/HIV/Aids^{9,13,16}. O processo de formação para o trabalho com prevenção e aconselhamento deve permitir atuação direcionada e resolutiva voltada para as necessidades do indivíduo, considerando-o de forma holística²³. Estudos apontam que a presença de profissionais treinados tem sido associada à maior resolutividade dos casos, diagnóstico precoce de infecção pelo HIV e menores complicações nos casos de DST, produzindo resposta maior e efetiva no combate às DST/Aids^{13,24}.

Em relação ao perfil dos profissionais participantes, ressalta-se que não houve diferenças marcantes na composição dos grupos intervenção e controle. Apenas a variável estado civil mostrou-se com diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No entanto, os resultados apontaram que o estado civil não influenciou no melhor desempenho dos profissionais. Além disso, em relação ao total de acertos no pré-teste os resultados apontam que o grupo intervenção e o controle eram semelhantes em relação ao conhecimento.

A média do desempenho global no pré-teste dos profissionais foi baixa representando somente 66,3% do total de acertos. Após a intervenção, houve elevação do desempenho global referente ao total de acertos (aumento de 16,9 pontos percentuais). O baixo desempenho exibido pelos participantes no período pré-intervenção sugere-se estar associado ao desconhecimento das recomendações nacionais ou ausência de capacitações específicas sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. Esse fato pode implicar no comprometimento da abordagem de aspectos relacionados à detecção, diagnóstico, tratamento às DST. O aconselhamento constitui ferramenta de intervenção comportamental preventiva de impacto na vida dos indivíduos, especialmente pela ausência de uma vacina eficaz ou tratamento curativo, como no caso do HIV²⁵. O direcionamento da prevenção do HIV para as populações com DST continua a ser uma importante intervenção²⁶.

A intervenção educativa implementada neste estudo elevou os conhecimentos sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS do grupo intervenção em todas as unidades temáticas analisadas. O formato de oficinas com abordagem problematizadora possuiu impacto na aquisição do novo conhecimento e compreensão das DST/Aids, como apontado em trabalhos anteriores^{13,27}. Esse fato possui importante relevância que pode se refletir no atendimento e prevenção às DST/Aids por meio da construção de habilidades e atitudes dos profissionais, como comunicação, avaliação de risco, abordagem preventiva, recomendação da testagem sorológica. Estudo realizado em Moçambique avaliou programa de treinamento em formato de oficinas para aconselhamento de indivíduos vivendo com HIV. A capacitação permitiu aos profissionais envolvidos sentirem-se mais confortáveis a aconselhar seus clientes sobre prevenção, com abordagem mais holística, que incluiu a testagem de HIV da parceria, tratamento e encorajamento a viver com o vírus²⁸. Nessa perspectiva, sugere-se que os profissionais sejam incluídos em processos de educação permanente em saúde haja vista que apresentam grande potencial para investir nas ações de promoção da saúde e de ações de prevenção às DST/Aids.

Em relação aos domínios do teste de conhecimento, ressalta-se que o domínio “Avaliação de risco/vulnerabilidade” apresentou o maior aumento (11,1 pontos de diferença) na diferença do desempenho entre pré e pós-teste. O incremento do conhecimento nesse domínio é de importância na prática dos profissionais médicos e enfermeiros da APS. A abordagem do risco e vulnerabilidade no aconselhamento representa importante parte dessa prática ao propor ao indivíduo maneiras de reduzir riscos com adoção de práticas sexuais seguras. Para isso, é imprescindível que os profissionais se engajem em diálogo bilateral com os usuários para discussão de comportamentos sexuais e vulnerabilidades e elaboração de planos de redução de riscos. As ações devem ir além da entrega e estímulo ao uso do

preservativo para que se produza impacto no atendimento realizado, principalmente aos grupos de risco, como apontado em estudo anterior²⁹.

A unidade temática “Aconselhamento e Comunicação” apresentou o menor ganho em conhecimento na comparação do pré e pós-teste do grupo intervenção. A baixa compreensão dos aspectos teóricos do aconselhamento inviabiliza uma abordagem individual e coletiva adequada nos diferentes tipos de situações. A conduta do profissional passa a ser resumida à transmissão de informações ou conselhos a respeito da vulnerabilidade ou do comportamento de risco adotado pelo usuário. Na APS, existe a necessidade do aconselhador nortear sua prática, tendo por base algum princípio teórico, tornando seu saber/fazer fundamentado. O conhecimento em aconselhamento em DST/HIV/Aids somado a prática pode ser um facilitador diante das barreiras enfrentadas pelos aconselhadores no atendimento individual e coletivo^{26,30}.

A comunicação constitui outro aspecto importante do aconselhamento que merece a atenção pela forma conduzida. A verticalização da comunicação distancia usuário e profissional, impedindo o diálogo e o estabelecimento de vínculo de confiança. A comunicação é ótima quando há correspondência às preferências do indivíduo para troca de informações, estabelecimento de relacionamento e envolvimento nas decisões de tratamento^{31,32}. A APS deve constituir cenário à comunicação adequada para que o usuário possa lidar com situações estressantes e tomar decisões pessoais relativas às DST e ao HIV, incluindo a avaliação dos próprios riscos para as infecções e adoção de medidas preventivas³³. O processo de comunicação envolve ainda a revelação do diagnóstico de DST ou HIV às parcerias sexuais pelo indivíduo recém-diagnosticado. Esse processo é muitas vezes acompanhado de dificuldades relacionadas ao compartilhamento do diagnóstico, questões de gênero, culturais e violência^{34,35}. Nesse caso, o profissional de saúde deve buscar compreender a situação vivenciada pelo usuário, com empoderamento por meio do

conhecimento disponível para revelação do resultado de seu diagnóstico e adoção de práticas seguras.

Em relação às diferenças de escores de acerto no pré e pós-teste nos grupos intervenção e controle, os ganhos observados no conhecimento obtidos pela intervenção refletem a necessidade de capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros da APS para melhor abordagem no aconselhamento em DST/HIV/Aids. Revisão sistemática sobre os efeitos da capacitação de profissionais no atendimento de pessoas que vivem com HIV/Aids teve como resultados melhores condutas em cuidados prestados quando tratados por profissionais com formação e experiência no serviço em que atuavam (serviço de APS, clínicas, hospitais)³⁵. É importante considerar que a incorporação de capacitações adequadas sobre aconselhamento para profissionais da APS ocorra em conformidade com a realidade existente do serviço, o que pode refletir em atitudes positivas quanto à prevenção das DST/Aids.

Os resultados deste estudo devem ter sua interpretação considerando algumas limitações. O desempenho dos profissionais aferido antes e após a capacitação, apesar de a intervenção educativa realizada utilizar de estratégias de ensino-aprendizagem facilitadoras e de metodologias ativas, não revela a prática real ou comportamento dos profissionais médicos e enfermeiros em ações no cotidiano do aconselhamento em DST/HIV/Aids. Os achados mostram a elevação do conhecimento e sua averiguação ocorreu logo após o término da capacitação, sendo de forma pontual. Não houve a aferição do desempenho desses profissionais após um período prolongado de tempo. Cabe ressaltar que mesmo que o ganho de conhecimento medido seja imediato, é possível que o profissional aplique na prática o que aprendeu, aumentando assim as oportunidades de atendimento das demandas de DST e HIV. Esse fato aponta para necessidade de educação permanente contínua dos profissionais para consolidação da prática do aconselhamento na APS. Outra limitação consistiu no fato de o

questionário aplicado ser parcialmente testado, o que pode comprometer a aplicação em outras realidades. Ressalta-se que não existe um instrumento próprio e específico para avaliar do aconselhamento em DST/HIV/Aids. Todavia a somatória dos esforços realizados procurou congrega quatro unidades temática distintas que, somadas, permitem uma noção geral do aconselhamento em DST/HIV/Aids.

O formato da intervenção aplicada possibilitou o incremento do conhecimento global de médicos e enfermeiros da APS sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. O desenho randomizado garantiu a comparação dos grupos intervenção e controle e evitou o viés de seleção. Destaca-se o fato de ser censitário e a perda de participantes dos profissionais alocados nos grupos de estudo ter sido baixa durante o período da pesquisa. A proposta apresentada neste estudo mostrou-se importante, visto que no país não há estudos de intervenção educativa sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS. O tipo de capacitação apresentou como vantagens o fato de ser simples, de fácil replicação e de baixo custo para um município localizado em região de baixas condições socioeconômicas de um país em desenvolvimento.

No trabalho deve ser destacado que a aquisição do conhecimento pode ser o primeiro passo para mudança de comportamento dos profissionais médicos e enfermeiros da APS. Entretanto, constatou-se a necessidade de melhorar a formação desses profissionais em aspectos, como a comunicação, o saber/fazer do aconselhamento que se mostraram abaixo do desejado. Para isso, é imprescindível que a educação permanente em saúde que sensibilize e instrumentalize os profissionais para agir de forma que os indivíduos atendidos percebam riscos e busquem meios para reduzir a exposição às DST e ao HIV.

Referências

1. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: Unaid; 2012.
2. World Health Organization. The 10 leading causes of death by income group. 2011 [acesso 16 julho 2015]. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
3. Giuseppe GD, Sessa A, Mollo S, Corbisiero N, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and behaviors regarding HIV among first time attenders of voluntary counseling and testing services in Italy. *BMC Infectious Diseases*. 2013, 13:277.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2011; [acesso 15 julho 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. 4ª ed. Brasília (DF): MS; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento para DST/HIV/AIDS para a atenção básica. Brasília (DF): MS; 2003.

7. Marques SC, Oliveira DC, Gomes AMT, Penna LHG, Spíndola T. A oferta do teste anti-HIV às usuárias das unidades da rede básica de saúde: diferentes abordagens dos profissionais *J. res.: fundam. care. online.* 2015; 7(1):1891-1904.
8. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(1):187-194.
9. Cushing A, Evans D, Hall A. Medical students' attitudes and behavior towards sexual health interviewing: Short- and long-term evaluation of designated workshops. *Medical Teacher.* 2005; 27(5):422-428.
10. Vollmer S, Wells K, Blacker K, Ulrey G. Improving the preparation of preclinical students for taking sexual histories. *Academic Medicine.* 1989; 64(8):474-479.
11. Skelton JR, Matthews PM. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Medical Education.* 2001; 35:603-608.
12. Chamane NJ, Kortenbout W. Professional nurses knowledge and understanding of Aids/HIV infection. *Curationis.* 1997; 20(2): 43-46.
13. Umezulike AC, Efetie ER. Lack of HIV knowledge and counseling. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2002; 76(1):89-90.

14. Rabin DL, Boekeloo BO, Marx ES, Bowman MA, Russell NK, Willis AG. Improving office-based physicians' prevention practices for sexually transmitted diseases. *Annals of Internal Medicine*. 1994; 121:513-519.
15. Rabin DL. Adapting an effective primary care provider STD/HIV prevention training programme. *AIDS Care*. 1998; 10(Suppl1):s75-82.
16. Epstein RM, Levenkron JC, Frarey L, Thompson J, Anderson K, Franks P. Improving physicians' HIV risk-assessment skills using announced and unannounced standardized patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2001; 16:176-180.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa populacional 2014. [acesso 2015 abr. 30]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/23254>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde. [acesso 2015 ago. 22]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2010/default.shtm.
19. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042–2053.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de aconselhamento em DST HIV/Aids para atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
23. Agustí C, Fernàndez-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary healthcare practitioners in Spain. *AIDS Care*. 2013; 25(5):544-549.
24. Sibanda EL, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, Dupwa B, Siraha P, et al. An assessment of the Zimbabwe ministry of health and child welfare provider initiated HIV testing and counselling programme. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:131.
25. Kanekar AS. HIV/AIDS Counseling skills and strategies: can testing and counseling curb the epidemic? *Int J Prev Med*. 2011; 2(1):10-14.
26. Gutin SA, Cummings B, Jaiantilal P, Johnson K, Mbofana F, Dawson Rose C. Qualitative evaluation of a positive prevention training for health care providers in Mozambique. *Eval Program Plann*. 2014; 43:38-47.
27. Haist SA, Lineberry MJ, Griffith CH, Hoellein AR, Talente GM, Wilson JF. Sexual history inquiry and HIV counseling: improving clinical skills and medical knowledge through

an interactive workshop utilizing standardized patients. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008; 13(4):427-434.

28. Jaiantilal P, Gutin SA, Cummings B, Mbofana F, Rose CD. Acceptability, feasibility and challenges of implementing an HIV prevention intervention for people living with HIV/AIDS among healthcare providers in Mozambique: results of a qualitative study. *SAHARA J*. 2015; 12(1):2-9.

29. Lippman SA, Koester KA, Amico KR, Lama JR, Martinez Fernandes N, Gonzales P, et al. Client and provider perspectives on new HIV prevention tools for MSM in the Americas. *PLoS One*. 2015; 10(3):e0121044.

30. Abamecha F, Godesso A, Girma E. Intention to voluntary HIV counseling and testing (VCT) among health professionals in Jimma zone, Ethiopia: the theory of planned behavior (TPB) perspective. *BMC Public Health*. 2013;13:140.

31. Mulder BC, van Lelyveld MA, Vervoort SC, Lokhorst AM, van Woerkum CM, Prins JM, et al. Communication between HIV patients and their providers: a qualitative preference match analysis. *Health Commun*. 2014; 20:1-12.

32. García PJ, Williams E, Cárcamo CP, Chiappe M, Holmes KK, Peeling RW, et al. Partner notification among peruvian pregnant women with syphilis. *Sex Transm Dis*. 2015;42(8):457-462.

33. Cooper B, Toskin I, Kulier R, Allen T, Hawkes S. Brief sexuality communication a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. *BJOG*. 2014;121(Suppl 5):92-103.
34. Laar AK, DeBruin DA, Craddock S. Partner notification in the context of HIV: an interest-analysis. *AIDS Res Ther*. 2015;12:15.
35. Rackal JM, Tynan AM, Handford CD, Rzeznikewiz D, Agha A, Glazier R. Provider training and experience for people living with HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, 15;(6):CD003938.

Lições para a Prática:

- Em locais de poucos recursos de cuidados primários em saúde, programas de capacitação baixo custo combinando uso de oficinas com abordagem problematizadora melhoram o nível de conhecimento dos profissionais em relação ao aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS.
- Promover a reflexão de médicos e enfermeiros a partir da abordagem de temas relevantes do aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS para o reconhecimento de lacunas de desempenho e necessidade de aprendizagem, impelindo-os a adquirir novas competências que signifiquem melhor abordagem no acolhimento, diagnóstico e tratamento de DST.

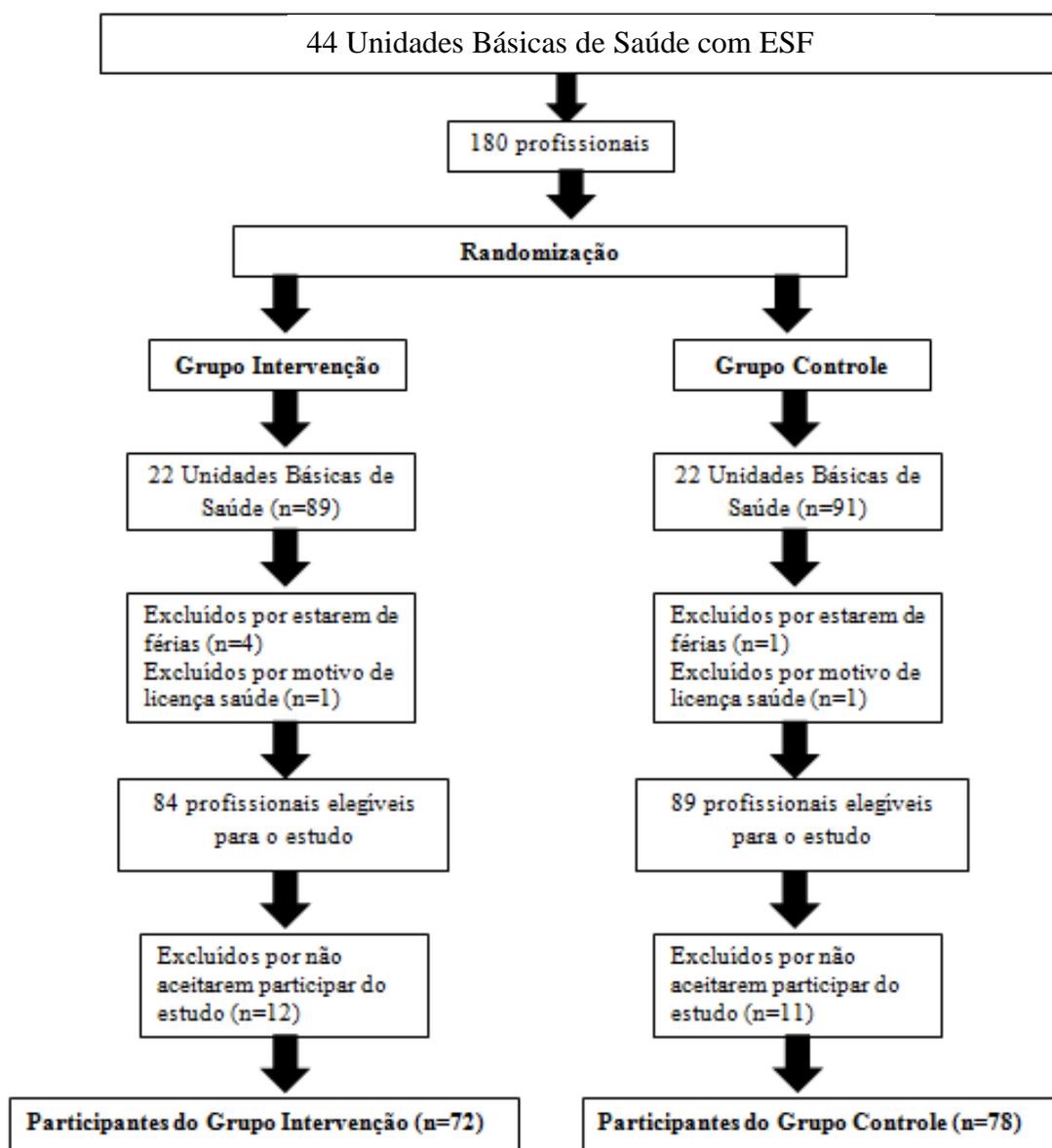


Figura 1. Fluxograma de seleção dos profissionais participantes do estudo. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; 2015.

Tabela 1 - Comparação entre o grupo experimental e o controle, segundo as variáveis estudadas. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; 2015.

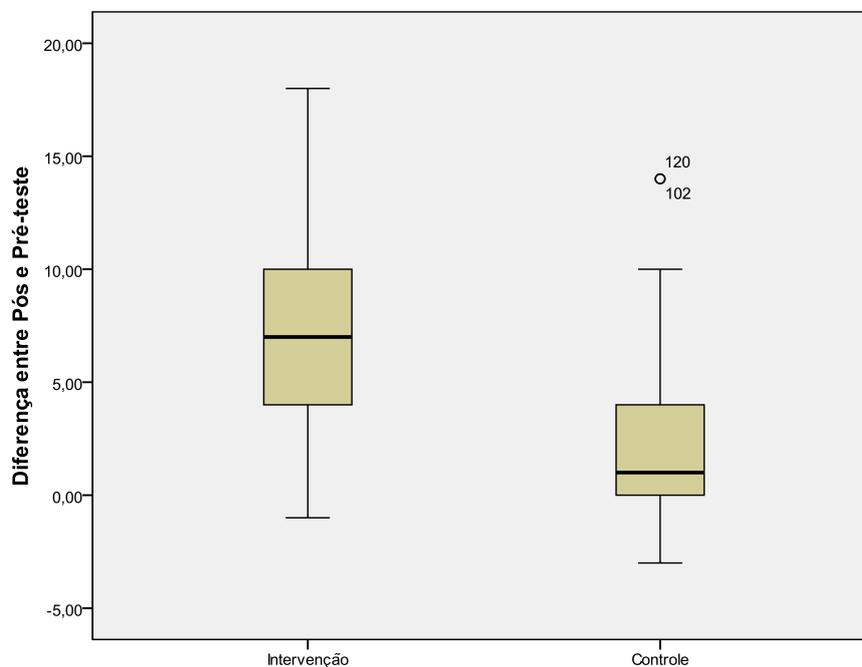
Variável	Grupo Intervenção (n=72)		Grupo Controle (n=78)		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,139
Feminino	55	76,4	51	65,4	
Masculino	17	21,1	27	22,9	
Idade					0,394
<30 anos	31	43,1	39	50,0	
≥30 anos	41	56,9	39	50,0	
Estado civil					0,015
Casado ou união estável	41	56,9	29	37,2	
Solteiro, separado ou viúvo	31	43,1	49	62,8	
Categoria Profissional					0,463
Enfermeiro	41	56,9	49	62,8	
Médico	31	43,1	39	37,2	
Instituição de Formação					0,703
Pública	31	43,1	36	46,2	
Privada	41	56,9	42	53,8	
Tempo de formado					0,904
<5,8 anos	45	62,5	48	61,5	
≥5,8 anos	27	37,5	30	38,5	
Qualificação em Saúde da Família					0,385
Sim	20	27,8	19	24,4	
Não	52	72,2	59	75,6	
Tempo de serviço na APS					0,977
<60 meses	50	69,4	54	69,2	
≥60 meses	22	30,6	24	30,8	
Capacitação prévia sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids					0,928
Sim	18	25	19	24,4	
Não	54	75	59	75,6	

Tabela 2 - Escores médios e percentuais relativos ao desempenho dos profissionais dos grupos intervenção e controle no teste de conhecimento sobre aconselhamento em DST/HIV antes e após a intervenção educativa. Montes Claros, Minas Gerais. Brasil; 2015.

Domínio	Grupo Intervenção							Grupo Controle						
	Antes			Depois				Antes			Depois			
	Média	DP	%	Média	DP	%	p	Média	DP	%	Média	DP	%	p
Aconselhamento e comunicação	6,3	0,7	63	6,8	1,6	68,0	0,032*	4,7	1,1	47	5,0	1,5	50,0	0,047*
Avaliação de risco/vulnerabilidade	14,1	2,1	74,2	16,2	1,9	85,3	0,001*	13,1	2,8	68,9	13,3	2,3	70,0	0,532
Medidas de prevenção	5,0	1,3	71,4	6,3	0,8	90,0	0,001*	4,6	1,1	65,7	4,9	1,0	70,0	0,060
Testagem sorológica	5,4	1,1	77,1	6,3	0,9	90,0	0,001*	5,2	1,2	74,2	5,4	1,0	77,1	0,210
Total de questões (43 questões)	28,5	4,2	66,3	35,8	3,3	83,2	<0,001*	27,6	4,5	64,1	28,4	3,6	66,0	0,072

DP= Desvio-padrão

*p< 0,05



Grupo Intervenção

Diferença pós-teste e pré-teste = $35,8 - 28,5 = 7,3$

Grupo Controle

Diferença pós-teste e pré-teste = $28,4 - 27,6 = 0,8$

Figura 2. Diferenças entre os escores de acerto no pós e o pré-teste nos grupos intervenção e controle. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, neste trabalho, buscou-se compreender a percepção da prática de médicos e enfermeiros sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids realizado na ESF. Os resultados desvelaram que o aconselhamento é percebido como prática relevante entre esses profissionais, todavia acompanhada de limitações e barreiras na realização e não está consolidada na APS.

No estudo transversal, foi possível identificar a realidade da prática auto-referida dos profissionais sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. Apenas 25,7% dos profissionais relataram práticas consideradas como adequadas. O domínio com maior proporção de prática auto-referida inadequada foi o de “Avaliação de comportamento de risco/vulnerabilidade”. A diferença na realização do aconselhamento entre médicos e enfermeiros mostrou-se importante, o que foi consequência do melhor desempenho dos médicos no domínio “Testagem sorológica dos usuários”.

Neste mesmo delineamento, verificou-se que a prática auto-referida do aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF ainda não atingiu os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Esse fato é preocupante, pois isso indica a não realização de importantes ações do aconselhamento, o que compromete a qualidade do atendimento voltado para as demandas de DST/Aids dos usuários. Tais resultados enfatizam a necessidade de educação permanente e sensibilização dos profissionais da ESF para que possam efetivamente cumprir os propósitos do SUS.

A pesquisa desenvolvida possibilitou também avaliar a efetividade de uma intervenção educativa sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids direcionada a médicos e enfermeiros da ESF. A capacitação realizada com abordagem problematizadora e dialógica, em formato de oficinas, foi importante para elevação do conhecimento global sobre aconselhamento e em todos os domínios analisados (aconselhamento, comunicação, avaliação de risco e vulnerabilidade, medidas de prevenção e testagem sorológica). A elevação do conhecimento ocorreu entre os profissionais que participaram da intervenção educativa. No grupo controle, em que a intervenção não foi aplicada, o nível de conhecimento embora tenha obtido pequena

elevação, não foi estatisticamente significativo. Nessa perspectiva, a intervenção educativa realizada foi efetiva por produzir o resultado de elevação do conhecimento dos profissionais sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF.

O estudo de intervenção educativa com avaliação pré e pós-teste teve um desenho randomizado o que garantiu a comparação dos grupos intervenção e controle e evitou o viés de seleção. Destaca-se o fato de ser censitário e a perda de participantes dos profissionais alocados nos grupos de estudo ter sido minimizada durante o período da pesquisa. A proposta apresentada mostrou-se importante, visto que no país não há estudos de intervenção educativa sobre o aconselhamento na APS e na ESF. O tipo de intervenção realizada apresentou como vantagens o fato de ser simples, de fácil replicação e de baixo custo para um município localizado em região de baixas condições socioeconômicas. A relevância do trabalho destaca-se ainda pelo caráter inédito que se valeu de uma intervenção capaz de mudar o conhecimento dos profissionais, como primeiro passo para transformação do comportamento dos mesmos.

Os resultados do presente estudo recomendam a realização de intervenções educativas com a finalidade de aprimorar a formação dos profissionais da ESF para o aconselhamento. São necessárias intervenções que abordem a detecção, diagnóstico precoce e acompanhamento feito ao usuário com DST na ESF. É imprescindível, também, a capacitação de profissionais de saúde de outros níveis da rede, tais como atenção terciária a fim de que, a cada consulta ou internação, orientem o usuário no aconselhamento para prevenção às DST/Aids.

As limitações deste estudo, ao se usar do misto de métodos, residem na abordagem de cada delineamento adotado. Na pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Social, os resultados são limitados devido ao fato de os resultados e a discussão dos dados apenas poderem ser transpostos para uma população de médicos e enfermeiros que tenha forte semelhança com o perfil (situação biográfica) e espaço ou cenário de atuação do aconselhamento dos participantes desta investigação.

Existem também limitações pertinentes ao delineamento transversal, que impedem que os resultados apresentados sejam tomados como causa e efeito, devido a não aferição da temporalidade. O instrumento de coleta de dados utilizado, embora totalmente baseado nos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, é original e foi realizada apenas sua validação de conteúdo. A principal limitação refere-se à avaliação das práticas através do

auto-relato. Este tipo de coleta de dados é passível de viés, e é possível que haja supervalorização das práticas consideradas “politicamente corretas” (viés de desejo). Assim, a prevalência de práticas inadequadas no âmbito da ESF pode ser ainda maior do que a revelada nos resultados aqui apresentados. Apesar de tais limitações, acredita-se que o panorama desvelado é útil, permitindo reconhecer a magnitude e a natureza dos pontos frágeis do aconselhamento em DST/HIV/Aids no âmbito da ESF. Outra limitação consistiu no fato de que alguns profissionais não puderam entregar o questionário ao pesquisador no momento da coleta, sendo entregues dois dias após, o que pode supervalorizar o auto-relato de práticas adequadas.

No ensaio randomizado, os resultados devem ter sua interpretação considerando algumas limitações. A intervenção educativa realizada, apesar de utilizar de estratégias de ensino-aprendizagem facilitadoras e de metodologias ativas, não revela a prática real ou comportamento de médicos e enfermeiros em ações no cotidiano do aconselhamento em DST/HIV/Aids. O conhecimento medido logo após a intervenção traduz o ganho cognitivo imediato, não medindo a elevação de conhecimento durante um período prolongado de tempo. Cabe ressaltar que mesmo que o ganho de conhecimento medido seja imediato, é possível que o profissional aplique na prática o que aprendeu, aumentando assim as oportunidades de atendimento das demandas de DST e HIV. Esse fato aponta para necessidade de educação permanente em saúde dos profissionais para consolidação da prática do aconselhamento na APS. Outra limitação consistiu no fato de o questionário aplicado ser parcialmente testado, o que pode comprometer a aplicação em outras realidades. Ressalta-se que não existe um instrumento próprio e específico para avaliar do aconselhamento em DST/HIV/Aids. Todavia a somatória dos esforços realizados procurou congrega quatro domínios que, somados, permitem uma noção geral do aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Como proposto originalmente no projeto desta pesquisa, os dados serão apresentados e discutidos junto às equipes de Saúde da Família e à coordenação do município envolvido. Será elaborado relatório técnico a ser encaminhado à Coordenação de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. A proposta do pesquisador, em acordo com o CERDI, é que, ao findar o estudo, o grupo controle seja capacitado pelos profissionais do CERDI. Este discutirá com os gestores a relevância e continuidade da capacitação do grupo controle para que seja elaborado cronograma de aplicação da mesma intervenção educativa realizada com os profissionais do grupo-estudo.

O trabalho realizado traz consigo ganhos importantes para comunidade científica, ao se desvelar a realidade do aconselhamento em DST/HIV/Aids na ESF do município pesquisado. Esse fato pode-se traduzir no planejamento e gestão de ações em prol da prevenção das DST/Aids. O incremento do conhecimento dos profissionais mostrou-se significativo por meio de uma intervenção simples e de baixo custo que pode ser replicada em outras ocasiões. A partir disso, pode-se dar continuidade a capacitação em serviço no sentido de qualificar a formação dos profissionais da ESF para um atendimento direcionado às DST e ao HIV. Outro ponto de destaque consiste no retorno da interação entre serviço e pesquisa que podem ser aplicados diretamente aos profissionais envolvidos e à gestão municipal.

A realização deste estudo permitiu ganhos científicos profissionais no ambiente de trabalho em algo que coadunou com a inquietação do pesquisador frente ao aconselhamento realizado na APS e necessidade de capacitação pelo CERDI. No dia-a-dia no atendimento ao usuário com demanda de aconselhamento em DST/HIV/Aids, percebia-se a necessidade de facilitar o acesso a esse serviço para a população. A inserção profissional do pesquisador neste estudo foi de estar à frente da qualificação de profissionais da APS sobre diversos assuntos relacionados à DST/HIV/Aids. O retorno pessoal deste estudo foi de contribuir para formação profissional, com aquisição de novas habilidades na realização de pesquisa, realização de parcerias com outros profissionais, ganhos de conhecimentos na área de estatística. Ressalte-se que este estudo contribuiu para o fornecimento de um modelo de intervenção educativa para profissionais da ESF, o que poderá contribuir para a melhoria das práticas nesse contexto. Este modelo de intervenção poderá ser usado pelo CTA do município em futuras capacitações e em outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infection. Geneva: Switzerland; 2007.
- 2 World Health Organization. Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Geneva: Switzerland; 2007.
- 3 Taquette SR. HIV/Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. Saude Soc. 2013;22(2): 618-28.
- 4 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaids). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic; 2012.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico: Aids e DST. Ano II - nº 01 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 6 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaids). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS: WHO Library Cataloguing; 2010.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 8 Brasil. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de aconselhamento em DST HIV/aids para atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

10 Brasil. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

11 Leta TH, Sandøy IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:438.

12 Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 1):1216-26.

13 Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(3): 741-61.

14 Haag CB, Gonçalves TR, Barcellos NT. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(3):723-39.

15 Cawley C, Wringe A, Slaymaker E, Todd J, Michael D, Kumugola Y, et al. The impact of voluntary counselling and testing services on sexual behaviour change and HIV incidence: observations from a cohort study in rural Tanzania. *BMC Infect Dis*. 2014;14:159.

16 Tromp N, Siregar A, Leuwol B, Komarudin D, van der Ven A, van Crevel R, Baltussen R. Cost-effectiveness of scaling up voluntary counselling and testing in West-Java, Indonesia. *Acta Med Indones*. 2013;45(1):17-25.

17 Souza MCMR, Freitas MIF. Aconselhamento em HIV/Aids: representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde *Rev Min Enferm*. 2012;16(1):18-24.

18 Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(S2):S240-50.

19 Pequeno CS, Macêdo SM, Miranda KCL. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):437-41.

20 Zambenedetti G, Both NS. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família - ESF. *Fractal, Rev Psicol.* 2013;25:(1):41-58.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

22 Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Acceptability of rapid HIV diagnosis technology among primary healthcare practitioners in Spain. *AIDS Care.* 2013;25(5):544-9.

23 Read P, Armstrong-James D, Tong CY, Fox J. Missed opportunities for HIV testing a costly oversight. *Quarterly Journal of Medicine: Monthly Journal of the Association of Physicians.* 2011;104:421-4.

24 Clouse K, Hanrahan CF, Bassett J, Fox MP, Sanne I, Van Rie A. Impact of systematic HIV testing on case finding and retention in care at a primary care clinic in South Africa. *Trop Med Int Health.* 2014;19(12):1411-9.

25 Santos DF. HIV/Aids e os médicos em formação: aprendendo a cuidar de vírus ou pessoas? In: Camargo-JRr KR, Nogueira MI. Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

26 Sibanda EL, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, Dupwa B, Siraha P, et al. An assessment of the Zimbabwe ministry of health and child welfare provider initiated HIV testing and counselling programme. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:131.

27 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis: módulos 1, 2 e 3. Brasília; 2000.

28 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

29 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2007.

30 Silva RAR, Figueiredo MS, Medeiros LKA, Oliveira DKMA, Vieira NRS, et al. Evaluation of advice actions for prevention of STD/AIDS in the optical of the users. J Res: Fundam Care Online. 2013;6(3):1162-77.

31 Monteiro SS, Brandão E, Vargas E, Mora C, Soares P, Daltro E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(1):137-46.

32 Soares PS, Brandão ER. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. Physis. 2013;23(3):703-21.

33 Brasil. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

34 Guanilo MCTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(esp):152-9.

35 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

36 Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de Centro de Testagem e Aconselhamento anti-HIV. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):441-7.

37 Araújo MAL, Vieira NFC, Araújo CLF. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-hiv no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2009;33(2):122-35.

- 38 Fonseca PL, Iriart JAB. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. *Interface Comum Saúde Educ* 2012;16(41):395-407.
- 39 Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais. V. 1: História, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 40 Barroso LMM, Soares AP, Soares BC, Araújo MAL, Silva DMA. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti HIV em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. *Espaç Saúde*. 2010;12(1):23-9.
- 41 Glick P. Scaling up HIV voluntary counseling and testing in Africa: what can evaluation studies tell us about potential prevention impacts? *Eval Rev*. 2005;29(4):331-57.
- 42 Taegtmeier M, Davies A, Mwangome M, van der Elst EM, Graham SM, Price MA, et al. Challenges in providing counselling to MSM in highly stigmatized contexts: results of a qualitative study from Kenya. *PLoS One*. 2013;8(6):e64527.
- 43 Sinclair AH, Tolsma D, Weathersby A, Park MM. Feasibility of conducting a large, randomized controlled trial for STD counseling in a managed care setting. *Sex Transm Dis*. 2008;35(11):920-3.
- 44 Phillips KA, Fernyak S. The cost-effectiveness of expanded HIV counselling and testing in primary care settings: a first look. *AIDS*. 2000;14(14):2159-69.
- 45 Chin T, Hicks C, Samsa G, McKellar M. Diagnosing HIV infection in primary care settings: missed opportunities. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(7):392-7.
- 46 Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, et al. Attitudes to rapid HIV testing among spanish general practitioners. *HIV Med*. 2013;14(Suppl 3):53-6.
- 47 Silva NHLP, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/Aids. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20(2):247-56.

48 Araújo CLF, Aguiar PS, Santos GKA, Oliveira MGP, Câmara LS. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enf.* 2014;18(1):82-9.

49 Oliveira MCA. A implementação do diagnóstico do HIV na Rede de Atenção Primária de Saúde no Município de Jaboatão dos Guararapes – PE. [Monografia de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz; 2010.

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

51 Richey LA. HIV/AIDS in the shadows of reproductive health interventions. *Reprod Health Matters.* 2003;11:30-35.

52 Miranda KCL, Barroso MGT. Aconselhamento em HIV/AIDS: análise à luz de Paulo Freire. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(1):100-5.

53 Tomori C, Risher K, Limaye RJ, Van Lith LM, Gibbs S, Smelyanskaya M, et al. A role for health communication in the continuum of HIV care, treatment, and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66(Suppl 3):S306-10.

54 Limaye RJ, Bingenheimer JB, Rimal RN, Krenn S, Vondrasek C. Treatment-as-prevention in AIDS Control: why communication matters. *J Ther Manag HIV Infect.* 2013;1:3-6.

55 Rujumba J, Neema S, Tumwine JK, Tylleskär T, Heggenhougen HK. Pregnant women's experiences of routine counselling and testing for HIV in Eastern Uganda: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:189.

56 Gonçalves DA, Pupo LR. Articulação institucional na prevenção das DST/Aids: desafios na implementação de políticas públicas para populações excluídas. In: Bock AMB. (Org.). *Psicologia e Compromisso Social.* São Paulo: Cortez; 2003.

57 Pupo LR. Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. 2007. Dissertação de Mestrado em Medicina – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2007.

58 Zakabi D. Aconselhamento no pré-teste e no pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde. [Dissertação de Mestrado]. 2012. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva, São Paulo; 2012.

59 Bolu OO, Lindsey C, Kamb ML, Kent C, Zenilman J, Douglas JM, et al. HIV/sexually transmitted disease prevention counseling effective among vulnerable populations?: a subset analysis of data collected for a randomized, controlled trial evaluating counseling efficacy (Project RESPECT). *Sex Transm Dis.* 2004;31(8):469-74.

60 Primary care doctors fail to offer tests, survey says: medical students need additional training. Special coverage of 41st IDSA Conference. *Aids alert.* 2003;18(12):157-8.

61 Hansen L, Barnett J, Wong T, Spencer D, Rekart M. STD and HIV counseling practices of British Columbia primary care physicians. *AIDS Patient Care STDs.* 2005;19(1):40-8.

62 Saggurti N, Schensul SL, Nastasi BK, Singh R, Burlinson JA, Verma RK. Effects of a health care provider intervention in reduction of sexual risk and related outcomes in economically marginal communities in Mumbai, India. *Sex Health.* 2013;10(6):502-11.

63 Gutin SA, Cummings B, Jaiantilal P, Johnson K, Mbofana F, Dawson Rose C. Qualitative evaluation of a Positive Prevention training for health care providers in Mozambique. *Eval Program Plann.* 2014;43:38-47.

64 Shutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012. 360 p.

65 Castro FF. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. *Ciências Sociais Unisinos.* 2012; 48(1):52-60.

66 Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. Nurses and care delivery to elderly women: a social phenomenological approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):888-95.

67 Wagner HR. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

68 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativa populacional 2014*. [acesso 2015 abr. 30]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/23254> .

69 Montes Claros. *Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros: Estrutura Atenção Primária à Saúde*; 2014.

70 Cavalcante MVS, Lima TCS. *A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência*. *Argumentum*. 2013;5(1):235-56.

71 Gomes LMX. *Avaliação da efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde que acompanham pessoas com doença falciforme* [Tese Doutorado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2015.

72 Baraldi S. *Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem*. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP, São Paulo; 2005.

73 Brasil. Ministério da Saúde. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

74 Dall'Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. *A noção de tarefa nos grupos focais*. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):186-90.

75 Moreira V. *O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004;17(3):447-56

76 Barbour R. *Grupos focais*. 2 ed. Porto Alegre: Penso; 2011.

- 77 Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Palloti; 2001.
- 78 Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(1):5-25.
- 79 Iervolino AS, Pelicioni MCG. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):115-21.
- 80 Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(3):765-72.
- 81 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST - Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 82 Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. BMJ. 1997;314:5.
- 83 Contandriopoulos AP. Saber preparar uma pesquisa. Tradução Técnica: Zulmira Hartz. 3 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
- 84 Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde Debate. 1995;46:19-22.
- 85 Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
- 86 McLaughlin JA, Jordan GB. Using logic models. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. Handbook of practical program evaluation. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
- 87 Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

88 Rowan M. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2000;15(2):81-92.

89 Carvalhosa SF, Domingos A, Sequeira C. Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Aná Psicológica*. 2010;28(3):479-90.

90 Kellogg Foundation. Using logic models to bring together planning, evaluation, & action: Logic model development guide. Battle Creek (MI); 2001.

91 Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2001;3(12):21-8.

92 Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde*. 2004;6(22):15-8.

93 Freitas IA, Andrade JEB, Abbad GS, Pilati R. Medidas de impacto de TD&E no trabalho e nas organizações. In: Andrade JEB, Abbad GS, Mourão L. *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.498-504.

94 Cassiolato M, Gueresi S. Nota técnica IPEA: como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Brasília; 2010.

95 Nyamathi A, Vatsa M, Khakha DC, McNeese-Smith D, Leake B, Fahey JL. HIV knowledge improvement among nurses in India: using a train-the-trainer program. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2008;19(6):443-9.

96 Marinho A, Façanha LO. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais de avaliação. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2001.

- 97 Sano H, Montenegro Filho MJF. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. *Desenvolvimento em questão*. 2013;11(22):35-61.
- 98 Coutinho ESF, HUF G, Bloch KV. Ensaio clínico pragmático: uma opção a construção de evidências em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(4):1189-93.
- 99 Nobre, MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: parte III. Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2): 221-8.
- 100 Almeida Filho, Barreto ML. *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014.
- 101 Aquino R, Medina MG, Barreto ML. Epidemiologia e avaliação em saúde. In: Almeida Filho, Barreto ML. *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p.631-42.
- 102 Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 103 Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 36(2):87-93.
- 104 Fraser G. Guided multiple imputation of missing data: using a subsample to strengthen the missing-at-random assumption. *Epidemiology* 2007; 18(2):246-52.
- 105 Nunes LN, Klück MM, Fachel JMG. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2):268-78.

106 International Comitee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Disponível em: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf> . Acesso em: 20 out. 2014.

107 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.

108 White RG, Hakim AJ, Salganik MJ, Spiller MW, Johnston LG, Kerr L, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for respondent-driven sampling studies: “STROBE-RDS” statement. *J Clin Epidemiol*. 2015: S0895-4356(15)00171-7

109 Schulz KF, Altman DG. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Medicine*. 2010;8:18.

APÊNDICE A

Roteiro para o Grupo Focal com os profissionais da APS

1. Como é o acesso da pessoa que procura o aconselhamento em DST/HIV/Aids na APS?
2. Como se dá o acolhimento das pessoas que buscam o aconselhamento na unidade?
3. No seu entendimento, as unidades básicas de saúde estão organizadas para viabilizar o atendimento no aconselhamento em DST/HIV/Aids?
4. Descreva como é o atendimento dos usuários que buscam o aconselhamento.
5. Existe nas unidades um processo de educação permanente? Se sim, responda: Já foi abordado aspectos relacionados ao aconselhamento em DST/HIV/Aids? Se não, por quê?
6. Como é o acompanhamento do usuário com DST após o aconselhamento?
7. Como é o acompanhamento do usuário com diagnóstico de HIV após o aconselhamento?

APÊNDICE B

QUEST. N°: _____

Data do preenchimento: ____/____/____

INSTRUÇÕES:

Este questionário está sendo aplicado para conhecer como são desenvolvidas as ações do aconselhamento em DST/HIV/Aids na atenção primária na sua unidade básica de saúde.

Unidade de Atenção Primária pertencente: _____

FUNÇÃO NA UNIDADE:

1- () Médico

2- () Enfermeiro

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

01-Idade: _____ anos.

02-Estado Civil:

() casado (a) ou união estável

() solteiro (a)

() separado (a)

() viúvo (a)

03-Sexo:

() Masculino

() Feminino

04-Pratica alguma religião?

() Sim

() Não

05-Qual religião?

() Católica

() Evangélica

() Ateu

() Não segue nenhuma religião específica

() Outra religião:

Especificar _____

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

06-Tempo de formação: _____ anos

07-Ano de graduação: _____

08-Local de graduação:

09-Formação Médicos

Residência em Saúde da Família:

() Sim () Não () Em andamento

Especialização em Saúde da Família

() Sim () Não () Em andamento

Título de Medicina de Família e Comunidade:

() Sim () Não () Em andamento

10-Formação Enfermeiros:

Especialização em Saúde da Família:

() Sim () Não () Em andamento

Residência em Saúde da Família:

() Sim () Não () Em andamento

11-Pós-graduação *Stricto sensu*

() Mestrado concluído

() Mestrado em andamento

() Doutorado concluído

() Doutorado em andamento

() Nenhum

12-Data de entrada no serviço na Atenção Primária

____/____/____

13-Tempo de serviço na Atenção Primária:

_____ anos e _____ meses

14-Capacitação prévia em aconselhamento para DST/HIV/Aids? () Sim () Não

15-Se sim, há quanto tempo?

16-Onde foi feito a capacitação em aconselhamento?

PRÁTICA EM RELAÇÃO AO ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS

01-Você faz aconselhamento?

() Sim

() Não

02-Com que frequência você faz aconselhamento?

() Sempre

- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

03-Sente que tem suporte suficiente do serviço para realizar o aconselhamento?

- Sim
- Não

04-Você tem alguma dificuldade em realizar o aconselhamento?

- Sim
- Não

05-Se sim, qual?

Nas questões de 06 a 32, por favor, responda as perguntas abaixo, escolhendo a resposta que parece mais adequada para você. Não existem respostas certas ou erradas.

06-No aconselhamento, eu estou à vontade para discutir questões relacionadas a sexo com os usuários.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

07-Eu realizo visitas domiciliares aos usuários com demanda relacionada à DST/HIV/Aids.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

08-Eu discuto práticas sexuais seguras com todos os usuários no aconselhamento.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente

- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

09-Eu discuto a importância do uso do preservativo com cada usuário atendido por mim.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

10-Eu forneço informações sobre os preservativos masculinos e femininos.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

11-Eu discuto os riscos de adquirir DST, incluindo a infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

12-Eu discuto os riscos de transmissão das DST e da infecção pelo HIV com cada usuário no aconselhamento.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

13-Eu discuto o risco da transmissão de mãe para filho das DST e da infecção pelo HIV com cada gestante na consulta pré-natal.

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sei opinar/recusou responder

14-Eu discuto a importância da prevenção das DST/Aids na pré-concepção para mulheres em idade fértil.

- Sempre
- Frequentemente

- Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

15-Eu discuto sobre medidas preventivas relacionadas às DST/HIV/Aids durante o aconselhamento.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

16-Eu discuto sobre a história de DST com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

17-Eu pergunto sobre o número atual e passado de parcerias sexuais de cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

18-Eu pergunto sobre a orientação sexual dos usuários em cada aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

19-Eu discuto sobre práticas sexuais (sexo oral, vaginal e anal) com cada usuário durante o aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

20-Eu sempre solicito a autorização/consentimento para testagem anti-HIV e de outras DST no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

21-Eu já omiti diagnóstico de DST para não causar transtorno no relacionamento dos usuários.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

22-Eu solicito o teste anti-HIV e de outras DST mediante o aconselhamento.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

23-Eu realizo o aconselhamento individual em DST/HIV/Aids em local reservado com os usuários.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

24-Eu realizo o agendamento dos usuários que necessitam de aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

25-Eu gasto tempo suficiente para prestar um aconselhamento de qualidade para os usuários atendidos por mim.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente

- Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

26-Eu insiro na rotina da equipe os usuários que possuem demanda relacionada à DST.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

27-Eu ofereço preservativo para os usuários atendidos no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

28-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de transmitir alguma DST com os usuários que fazem uso delas.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

29-Eu discuto a relação entre o uso de drogas injetáveis e não injetáveis e o risco de contrair alguma DST com os usuários que fazem uso delas.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

30-Eu abordo as diferenças de vulnerabilidades (biológicas e de gênero) relacionadas às DST/Aids.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

31-Eu realizo mais de um aconselhamento em DST/HIV/Aids com o usuário quando é necessário.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

32-Eu indico o teste anti-HIV a todo usuário que atendo na unidade de saúde independente do motivo original do atendimento.

- Sempre
 Frequentemente
 Às vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sei opinar/recusou responder

APÊNDICE C

Questionário de Conhecimento: Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Primária

Profissionais da atenção primária à saúde

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL SOBRE ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS

QUEST. Nº: _____

Data do preenchimento: ____/____/____

INSTRUÇÕES:

O pré-teste é a etapa que antecede a capacitação e tem por verificar o conhecimento, opinião e prática dos profissionais em relação ao Aconselhamento em DST/HIV/Aids na atenção primária.

Unidade _____ **de** _____ **Atenção** _____ **Primária**
pertencente: _____

FUNÇÃO NA UNIDADE:

1-() Médico

2-() Enfermeiro

INFORMACÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

01-Idade: _____ anos.

02-Estado Civil:

() casado (a) ou união estável

() solteiro (a)

() separado (a)

() viúvo (a)

03-Sexo:

() Masculino

() Feminino

04-Pratica alguma religião?

() Sim

() Não

05-Qual religião?

() Católica

() Evangélica

() Ateu

() Não segue nenhuma religião específica

() Outra religião: Especificar _____

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

06-Tempo de formação: _____ anos

07-Ano de graduação: _____

08-Local de graduação:

09-Formação Médicos

Residência em Saúde da Família:

Sim Não Em andamento

Especialização em Saúde da Família

Sim Não Em andamento

Título de Medicina de Família e Comunidade:

Sim Não Em andamento

10-Formação Enfermeiros:

Especialização em Saúde da Família:

Sim Não Em andamento

Residência em Saúde da Família:

Sim Não Em andamento

11-Pós-graduação *Stricto sensu*

Mestrado concluído

Mestrado em andamento

Doutorado concluído

Doutorado em andamento

Nenhum

12-Data de entrada no serviço na Atenção Primária

____/____/____

13-Tempo de serviço na Atenção Primária:

_____ anos e _____ meses

14-Capacitação prévia em aconselhamento para DST/HIV/Aids? Sim Não

15-Se sim, há quanto tempo? _____

16-Onde foi feito a capacitação em aconselhamento?

17-A graduação me ofereceu formação suficiente no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Discordo totalmente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

Não sei opinar/recusou

18-A pós-graduação ou residência me ofereceu formação suficiente no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

-) Discordo totalmente
-) Concordo parcialmente
-) Concordo totalmente
-) Não sei opinar/recusou

19-Meu aconselhamento é efetivo para mudar comportamento de risco dos usuários.

-) Discordo totalmente
-) Concordo parcialmente
-) Concordo totalmente
-) Não sei opinar/recusou

CONHECIMENTO SOBRE ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS

Nas questões a seguir, coloque em cada lacuna () V se a afirmativa for VERDADEIRA, F se a afirmativa for FALSA e N se NÃO SOUBER A RESPOSTA.

01-()Aconselhamento significa dar conselhos e informações relacionadas à transmissão de DST/HIV/Aids.

02-()O aconselhamento envolve o apoio emocional, o apoio educativo e a avaliação de riscos.

03-()Gênero possui o mesmo significado que sexo para fins de aconselhamento em DST/HIV/Aids.

04-()Na maior parte das vezes, as diferenças de gênero interferem na adoção de práticas sexuais seguras.

05-()A comunicação horizontal é aquela que forma um vínculo distante entre o profissional e o usuário.

06-()Comportamento de risco se refere às situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se exporem às DST ou HIV.

07-()Vulnerabilidade individual se relaciona com a vulnerabilidade do ponto de vista social e institucional.

08-()A vulnerabilidade ocorre quando o indivíduo expõe ele mesmo e o (a) parceiro (a) a práticas sexuais não seguras.

09-()A avaliação de risco envolve um diálogo com o cliente sobre a necessidade de adotar medidas preventivas.

10-()O plano de redução de risco é estabelecido no momento do aconselhamento coletivo.

11-()O sigilo das informações dos usuários pode ser rompido somente com o consentimento expresso do usuário.

- 12-() Uma das premissas básicas para testagem do HIV e de outras DST é a voluntariedade desta decisão.
- 13-() Janela imunológica é o período no qual o indivíduo tem maior possibilidade de contrair uma DST.
- 14-() O resultado negativo do exame anti-HIV ou de outra DST substitui medidas de prevenção.
- 15-() Se uma pessoa tem o teste positivo já confirmado para o HIV significa que a pessoa tem Aids.
- 16-() Durante o período de janela imunológica, o uso do preservativo impede uma nova exposição de risco para DST.
- 17-() O histórico de repetições de DST está relacionado ao não uso do preservativo nas relações sexuais.
- 18-() O tipo de relação sexual (sexo anal, vaginal e oral) difere no risco de transmissão de DST ou HIV.
- 19-() O aconselhamento coletivo é aquele que ocorre a particularização das necessidades do grupo.
- 20-() No Brasil, as ações de prevenção das DST/HIV/Aids primam pelo uso do preservativo em todas as relações sexuais.
- 21-() Aconselhamento é o mesmo que orientação preventiva.
- 22-() A atividade sexual precoce não é fator de risco para DST entre adolescentes que não são usuários de drogas.
- 23-() Uma nova exposição de risco não pode ser considerada em um paciente que já se encontra em janela imunológica.
- 24-() Aconselhamento é o processo de escuta passiva individualizada centrada no usuário.
- 25-() Na testagem, resultado indeterminado é um provável resultado positivo que deve ser confirmado após 30 dias do primeiro exame.
- 26-() A negociação do uso do preservativo está ligada a questões de gênero, constatadas no comportamento de risco das mulheres.
- 27-() O risco corresponde às condições que deixam as pessoas em situação de fragilidade e de expô-las ao adoecimento.
- 28-() Vulnerabilidade coletiva está relacionada com os comportamentos adotados pela pessoa que aumentam as chances de contrair alguma DST.
- 29-() A verticalidade da comunicação favorece a interação entre profissional e usuário devido à proximidade causada para ambos.

- 30-()O princípio da redução de danos é a liberdade de escolha do profissional sobre mudar comportamentos de risco do usuário.
- 31-()A avaliação de risco junto ao paciente deve ser feita, considerando a orientação sexual.
- 32-()O uso de álcool ou outras drogas influenciam a percepção de risco em relação às DST.
- 33-()A percepção do risco de se adquirir uma DST deve partir do profissional e não do usuário.
- 34-()O histórico de repetições de DST está relacionado ao uso do preservativo nas relações sexuais.
- 35-()A imunização contra hepatite A e B é uma forma de prevenção importante para usuários de drogas.
- 36-()O aconselhamento individual permite à pessoa avaliar seus próprios riscos e tomar decisões sobre seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.
- 37-()Atualmente, o número de pessoas que desconhecem sua sorologia é pouco significativo haja vista a quantidade de testes sorológicos disponíveis.
- 38-()Pessoas com DST frequentemente têm sintomas e estes são facilmente percebidos por elas.
- 39-()Atualmente, a transfusão de sangue ou hemoderivados não representa mais risco para infecção pelo HIV devido ao alto rigor de qualidade dos hemocentros.
- 40-()O uso correto e regular do preservativo no sexo vaginal, oral e anal impede o aparecimento de DST.
- 41-()A prática do coito interrompido é uma maneira de evitar a infecção pelo HIV e de outras DST.
- 42-()No caso de diagnóstico de DST, a comunicação das parcerias fica a cargo dos profissionais e do próprio usuário.
- 43-()No aconselhamento, a comunicação é um processo dialógico centrado na transmissão de informações.

APÊNDICE D

Oficinas de aconselhamento em DST/HIV/Aids – conteúdo e programação

Oficina	Conteúdo das oficinas	Recursos educativos
Oficina I	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da capacitação. • Ações dos serviços de atenção básica relacionadas à prevenção, diagnóstico e assistência às DST/HIV/Aids. • Princípios doutrinários e organizativos do SUS. • Aconselhamento individual e coletivo. • Processo de comunicação no aconselhamento em DST/HIV/Aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual do participante da capacitação • Texto complementar: “SUS: Princípios Doutrinários e Organizativos” • Texto complementar: “Comunicação, Informação e Ação Social” • Dinâmica da Comunicação
Oficina II	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento dentro das especificidades das DST; • Vulnerabilidade e comportamento de risco. • Avaliação de risco para as DST e o HIV. • Redução de danos na abordagem das DST/HIV/Aids na atenção primária; • Aspectos éticos e legais da testagem anti-HIV e outras DST. 	<ul style="list-style-type: none"> • Texto complementar: “Vulnerabilidade e Comportamento de Risco” • Texto complementar: “Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV” • Estudos de caso
Oficina III e IV	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos de sexo, gênero e sexualidade; • Valores e tabus no exercício da sexualidade; • Aspectos relativos ao resultado da testagem rápida do HIV e da Sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo: “Certo e Errado”. • Texto complementar: “GÊNERO: Construindo um novo modo de interagir com mulheres e homens” • Estudos de Caso

APÊNDICE E

Avaliação dos profissionais sobre as oficinas ministradas

Questionário:

A. Conteúdo apresentado foi:

1. Ótimo () 2. Muito Bom () 3. Bom () 4. Razoável () 5. Ruim ()

B. Material didático utilizado no curso foi:

1. Ótimo () 2. Muito Bom () 3. Bom () 4. Razoável () 5. Ruim ()

C. A maneira/forma/metodologia adotada na condução das oficinas foi:

1. Ótimo () 2. Muito Bom () 3. Bom () 4. Razoável () 5. Ruim ()

D. Tempo gasto na apresentação e discussão dos conteúdos foi:

1. Ótimo () 2. Muito Bom () 3. Bom () 4. Razoável () 5. Ruim ()

E. Você sentiu satisfeito em participar do curso

1. () Sim 2. Não ()

F. Depoimentos com uma pergunta sobre:

1. O que representou para você participar do curso?

2. Quais os pontos que você achou importante para o aconselhamento em DST/HIV/Aids na unidade de saúde?

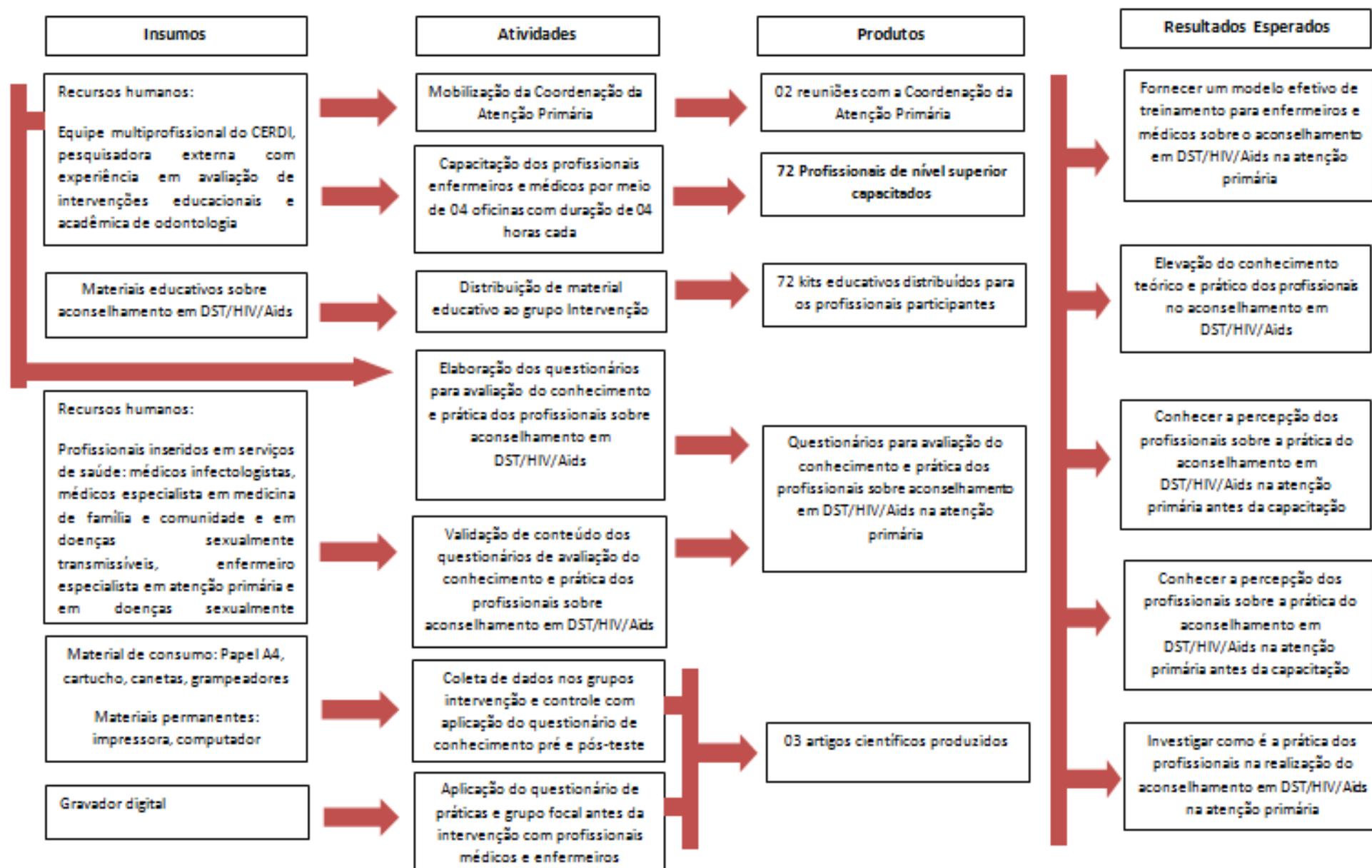
G. O (A) senhor (a) quer fazer algum comentário sobre a capacitação realizada?

APÊNDICE F**Protocolo de realização das Oficinas Educativas de Aconselhamento em DST/HIV/Aids**

PROTOCOLO DAS OFICINAS	
FACILITADOR:	
Nº DE PARTICIPANTES:	DATA:
TEMA DA OFICINA:	
HORA DE INÍCIO:	HORA DE TÉRMINO:
RECURSO EDUCATIVO UTILIZADO:	
SÍNTESE DA OFICINA	
ELEMENTOS FACILITADORES:	
ELEMENTOS DIFICULTADORES:	

APÊNDICE G

Modelo Lógico da Intervenção Educacional para enfermeiros e médicos sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Primária



APÊNDICE H

Aferição dos indicadores de produtos e resultados estabelecidos para a intervenção educativa

No.	Atividades Produto/Resultado	Meta	Indicador	Aferição
01	Reuniões com os gestores da APS do município para apresentação da proposta	03 reuniões com a equipe gestora municipal	Taxa de reuniões realizadas com a gestão municipal para apresentação da proposta	0,6
02	Distribuição de materiais educativos para os participantes do grupo intervenção	01 kit educativo para cada profissional	Taxa de kits entregues aos profissionais que receberam a intervenção	1,0
03	Participação dos profissionais na capacitação em aconselhamento em DST/HIV/Aids no município de Montes Claros	90 profissionais pertencentes ao grupo intervenção capacitados	Taxa de profissionais capacitados em Montes Claros	0,8
04	Desempenho dos profissionais após a intervenção educativa (eixo conhecimento)	Desempenho $\geq 80\%$ no pós-teste	Taxa de desempenho dos profissionais $\geq 80\%$ após o treinamento no teste de conhecimento	0,7
05	Produção de artigos científicos	03 artigos elaborados	Taxa de artigos produzidos	1,0

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Intervenção educacional sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais da atenção primária à saúde

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Patrocinador: Não se aplica

Coordenadora da pesquisa:

Desirée Sant’Ana Haikal

Avenida Cula Mangabeira, 563, Santo Expedito, Montes Claros – Minas Gerais. CEP: 39.401-001

Tel.: (038) 9910-6838

Pesquisador:

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Rua Doutor Henrique Chaves, 336, Augusta Mota - Montes Claros – Minas Gerais. CEP: 39.403-440

Tel.: (038) 9129-5700

A quem se destina este Termo: **Grupo Focal com profissionais das unidades de saúde da atenção primária à saúde.**

Atenção:

Antes de participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 Objetivo

Avaliar a efetividade de um programa educacional para os profissionais da Atenção Primária à Saúde no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

2 Metodologia/procedimentos

A presente pesquisa será realizada por meio de um grupo focal com os profissionais de saúde das unidades da Atenção Primária à Saúde. No grupo focal, serão abordados aspectos relacionados ao aconselhamento em DST/HIV/Aids. As discussões no grupo focal serão gravadas. Não haverá identificação dos participantes, garantindo o anonimato.

3 Justificativa

Espera-se com a realização deste estudo que os profissionais de saúde possam refletir sobre a importância do aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Primária na prevenção das DST e da infecção pelo HIV de modo que se torne uma realidade na prática desses profissionais.

4 Benefícios: Contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na abordagem das DST e do HIV na Atenção Primária, com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce.

5 Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 2012, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, os pesquisadores se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente a mesma, não previsto neste termo de consentimento. O desconforto previsto para os participantes desta pesquisa relaciona-se ao tempo despendido nas atividades propostas. Para minimizá-lo, o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

6 Danos: Os participantes desta pesquisa não estão sujeitos a nenhum tipo de dano. É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos profissionais, ficando isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo, ou seja, este estudo não causará nenhum dano à saúde dos participantes.

7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não há procedimentos alternativos.

8 Confidencialidade das informações

Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizados apenas para fins de pesquisa.

9 Compensação/indenização: A pesquisa é de caráter voluntário, não havendo qualquer indenização/compensação.

10 Outras informações pertinentes

Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento do desenvolvimento da mesma. Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11 Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado por mim, indicando o meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia do consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome da coordenadora da pesquisa	Assinatura da coordenadora da pesquisa	Data

APÊNDICE J**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Título da pesquisa: Intervenção educacional sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para profissionais da atenção primária à saúde

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Patrocinador: Não se aplica

Coordenadora da pesquisa:

Desirée Sant’Ana Haikal

Avenida Cula Mangabeira, 563, Santo Expedito, Montes Claros – Minas Gerais. CEP: 39.401-001

Tel.: (038) 9910-6838

Pesquisador:

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Rua Doutor Henrique Chaves, 336, Augusta Mota - Montes Claros – Minas Gerais. CEP: 39.403-440

Tel.: (038) 9129-5700

A quem se destina este Termo: Profissionais das unidades de saúde para aplicação do questionário que avalia o conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária em relação ao aconselhamento em DST/HIV/Aids.

Atenção:

Antes de participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 Objetivo

Avaliar a efetividade de um programa educacional para os profissionais da Atenção Primária à Saúde no aconselhamento em DST/HIV/Aids.

2 Metodologia/procedimentos

A presente pesquisa será realizada por meio da aplicação de um questionário com os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. O questionário permite a avaliação do conhecimento e prática dos profissionais sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids. O questionário relativo ao conhecimento será aplicado antes e após a intervenção educacional nas unidades de Atenção Primária à Saúde. Não haverá identificação dos participantes, garantindo o anonimato.

3 Justificativa

Espera-se com a realização deste estudo que os profissionais de saúde possam refletir sobre a importância do aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Primária na prevenção das DST e da infecção pelo HIV de modo que se torne uma realidade na prática desses profissionais.

4 Benefícios: Contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na abordagem das DST e do HIV na Atenção Primária, com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce.

5 Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 2012, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, os pesquisadores se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto neste termo de consentimento. O desconforto previsto para os participantes desta pesquisa relaciona-se ao tempo despendido nas atividades propostas. Para minimizá-lo, o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

6 Danos: Os participantes desta pesquisa não estão sujeitos a nenhum tipo de dano. É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos profissionais, ficando isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos conseqüentes deste estudo, ou seja, este estudo não causará nenhum dano à saúde dos participantes.

7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não há procedimentos alternativos.

8 Confidencialidade das informações

Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizados apenas para fins de pesquisa.

9 Compensação/indenização: A pesquisa é de caráter voluntário, não havendo qualquer indenização/compensação.

10 Outras informações pertinentes

11 Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado por mim, indicando o meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia do consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome da coordenadora da pesquisa	Assinatura da coordenadora da pesquisa	Data

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCACIONAL SOBRE ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: THIAGO LUIS DE ANDRADE BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36973014.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 890.235

Data da Relatoria: 27/11/2014

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo de intervenção aleatorizado e controlado nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros. A avaliação da proposta será realizada mediante a utilização de técnicas e instrumentos de coleta de dados com metodologias quantitativas e qualitativas. A intervenção abrangerá 90 equipes pertencentes à zona urbana do município de Montes Claros, definindo-se aleatoriamente metade delas para intervenção e metade como controle. Para avaliar o desenvolvimento de ações relacionadas ao aconselhamento em DST/HIV/Aids na unidade básica de saúde em período anterior à intervenção, será realizado um grupo focal com profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde. Posterior à intervenção, novo grupo focal será realizado para avaliação das mudanças incorporadas na prática após o treinamento. A intervenção consiste em capacitação educativa em formato de oficinas sobre o aconselhamento em DST/HIV/Aids na atenção primária para médicos e enfermeiros. Antes e após a intervenção será aplicado o pré e o pós-teste para avaliar o conhecimento dos profissionais. O grupo controle não receberá nenhuma capacitação durante o período de ocorrência da pesquisa. Os dados qualitativos serão submetidos à análise de conteúdo e serão organizados em categorias empíricas. Os dados quantitativos serão submetidos à análise descritiva, univariada e multivariada

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade de uma intervenção educacional sobre aconselhamento em DST/HIV/Aids para os profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Resolução nº 466 de 2012, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, os pesquisadores se comprometem a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse termo de consentimento. O desconforto previsto para os participantes desta pesquisa relaciona-se ao tempo despendido nas atividades propostas. Para minimizá-lo, o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

Benefícios:

Contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na abordagem das DST e do HIV na Atenção Primária, com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que permitirá avaliar a efetividade de uma intervenção educacional, investigando de forma sistematizada se tais intervenções nos serviços de saúde podem contribuir para a melhoria da assistência em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Concordância da Instituição para participação em pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ressaltando benefícios da pesquisa e sigilo quanto a identificação dos participantes do estudo e devidamente assinados.

Folha de rosto preenchida e assinada pelo pesquisador e Pro-reitor de pesquisa da Unimontes.

Recomendações:

Apresentar relatórios conforme solicitado pela Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende as normas vigentes do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP devendo ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Prof Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 890.235

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 28 de Novembro de 2014

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

ANEXO B

Prefeitura de Montes Claros - MG
Secretaria Municipal de Saúde

Montes Claros, 04 de Setembro de 2014

De: Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde

Para: Unidades de Saúde – Montes Claros

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos através deste, autorizar a realização da pesquisa que tem como título: **“INTERVENÇÃO EDUCACIONAL SOBRE ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros pelo pesquisador abaixo relacionado, acadêmico da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

Thiago Luis de Andrade Barbosa

Esta autorização se restringe à coleta de dados que não sejam confidenciais ou que não possibilitem a identificação dos usuários e/ou coloquem em risco a privacidade dos mesmos com a publicidade de seus dados.

Atenciosamente,


Dr. Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde
Montes Claros

Dr. Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde
SM/S - Montes Claros - MG