

**Ilisdayne Thallita Soares da Silva**  
Enfermeira. Mestre em Enfermagem.  
Professora do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte/UFRN. Faculdade de  
Ciências de Saúde do Trairi/FACISA.  
E-mail: ilisdayne@yahoo.com.br

**Dhyanine Morais de Lima**  
Enfermeira. Professora da Universidade  
Potiguar/UNP.  
E-mail: dhyanine.morais@unp.br

**Wenysson Noletto dos Santos**  
Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
(UFRN).  
E-mail: wenysson-noletto@hotmail.com

**Rebecca Stefany da Costa Santos**  
Especialista em Enfermagem do Trabalho.  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte. Natal, RN, Brasil.  
E-mail: rebecca.stefany@hotmail.com

**Harlon França de Menezes**  
Enfermeiro. Doutorando pelo Programa  
Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde  
da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso  
Costa, da Universidade Federal Fluminense.  
Niterói, RJ.  
E-mail: harlonmenezes@hotmail.com

**Richardson Augusto Rosendo da Silva**  
Enfermeiro, Doutor em Ciências da saúde.  
Professor Associado I do Curso de Graduação  
e Pós-Graduação em Enfermagem do  
Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte/UFRN. Líder do Grupo de Pesquisa  
Laboratório de Pesquisa em Saúde e  
Enfermagem no cuidado às pessoas em  
condições Agudas e Crônicas/LAPAC/UFRN.  
E-mail: rirosendo@hotmail.com

Submissão: 22/07/2019  
Aprovação: 15/01/2020

**Resumo:** O estudo objetivou analisar os modos de operacionalização da testagem rápida para o HIV realizada pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo com 13 Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da Paraíba. Os dados foram coletados de abril a junho de 2017 por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela análise temática de Bardin e o fluxograma descritor. As categorias que emergiram a partir das entrevistas e agrupadas em etapas no fluxograma descritor foram: oferta do teste rápido anti-HIV; entrega do resultado e aconselhamento pré-teste; execução do teste rápido anti-HIV; aconselhamento pós-teste; e encaminhamento do paciente. Conclui-se que a necessidade da identificação do fornecimento adequado de kits de testagem, da ampliação da oferta do teste para a população em geral, e da interação entre as unidades e Rede de referência no Estado.

**Descritores:** Enfermagem, Testes Sorológicos, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Analysis of the operationalization of the rapid test for HIV carried out by the nurse

**Abstract:** The aim of this study was to analyze the ways in which the nurse performed rapid testing for HIV in the Family Health Strategy. This is a qualitative study with 13 Nurses of the Paraíba Family Health Strategy. The data were collected from April to June 2017 through a semi-structured interview and analyzed by the thematic analysis of Bardin and the flowchart descriptor. The categories that emerged from the interviews and were grouped in stages in the flowchart descriptor were: rapid HIV test offer, delivery of the result and pre-test counseling; implementation of the rapid HIV test; post-test counseling; and patient referral. It is concluded that the need to identify the adequate supply of test kits, the expansion of the test offer to the general population, and the interaction between the units and reference network in the State.

**Descriptors:** Nursing, Serologic Tests, Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Análisis de la operacionalización de la prueba rápida para el HIV realizado por el enfermero

**Resumen:** El estudio objetivó analizar las formas de operacionalización de las pruebas rápidas para el HIV realizada por el enfermero en la Estrategia de Salud Familiar. Este es un estudio cualitativo con 13 enfermeras de la Estrategia de Salud Familiar de Paraíba. Los datos se recopilaron de abril a junio de 2017 a través de una entrevista semiestructurada y se analizaron mediante el análisis temático de Bardin y el flujograma descriptor. Las categorías que surgieron de las entrevistas y se agruparon en etapas en el flujograma descriptor fueron: oferta de prueba rápida de anti-HIV, entrega del resultado y asesoramiento previo a la prueba; ejecución de la prueba rápida de HIV; asesoramiento posterior a la prueba; y encaminhamento del paciente. Se concluye que la necesidad de identificar el suministro adecuado de kits de prueba, la expansión de la oferta de prueba a la población general y la interacción entre las unidades y la Red de referencia en el Estado.

**Descriptores:** Enfermería, Pruebas Serológicas, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**Como citar este artigo:**

Silva ITS, Lima DM, Santos WN, Santos RSC, Menezes HF, Silva RAR. Análise da operacionalização da testagem rápida para o HIV realizada pelo enfermeiro. São Paulo: Revista Recien. 2020; 10(29):100-111.

## Introdução

Desde a década de 1980, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) são alvos de políticas públicas que visam sua prevenção e seu tratamento<sup>1,2</sup>.

Recentemente, o Brasil adotou novas iniciativas para o controle do HIV/AIDS. Dentre as inovações, ressalta-se a política do tratamento como prevenção, cuja proposta é oferecê-lo a todas as pessoas vivendo com essa enfermidade, independentemente do seu estado imunológico. Essa medida visa reduzir a transmissão do vírus e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas<sup>3</sup>.

Um dos aspectos mais importantes para a efetivação dessa política é a oferta do teste rápido (TR) para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>, deste modo, essas práticas assumem proeminência nos programas de prevenção no Brasil<sup>5</sup>.

Com uma metodologia que não exige infraestrutura laboratorial e que permite apresentar o resultado em no máximo trinta minutos, o TR propiciou o acesso dos cidadãos ao conhecimento, quase imediato, do seu estado sorológico, tratamento medicamentoso em tempo oportuno e melhora do seguimento das pessoas com o resultado positivo para o HIV<sup>6</sup>. Já o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV contribui para o suporte emocional e aceitação da doença. Além disso, configura-se como uma ação em saúde que busca, quebrar a cadeia de transmissão da infecção por proporcionar a reflexão do indivíduo, conduzindo-o ao processo de prevenção e ao autocuidado<sup>5</sup>.

A ofertado TR possibilitou a descentralização do acesso ao diagnóstico do HIV para a ESF<sup>7</sup>, no entanto, em muitas regiões brasileiras isso não ocorreu de forma uniforme. Assim, a dificuldade de acesso ao diagnóstico e aos cuidados de saúde precoces constituem-se como um dos grandes desafios para o enfrentamento e controle dessa infecção<sup>6</sup>.

Na ESF, o Enfermeiro assume um espaço de liderança, atuando na coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, no gerenciamento local bem como nas ações assistenciais individuais e compartilhadas<sup>8</sup>. No âmbito da testagem rápida para o HIV, o Enfermeiro possui competência técnica e legal para a solicitação e execução do exame, para o aconselhamento pré-teste e pós-teste, para a emissão de laudo, para encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão<sup>9</sup>.

Assim, a testagem rápida para o HIV fortalece a estratégia do tratamento como prevenção do HIV/AIDS, considerada uma das diretrizes da política de saúde atual mais importantes para combater essa enfermidade no país<sup>3</sup>. A análise dos modos de operacionalização do processo de testagem rápida para o HIV realizada pelo Enfermeiro na ESF é primordial para verificar se há um alinhamento entre o que foi planejado pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/AIDS e das Hepatites Virais e o que está sendo executado na ESF, justificando a realização do presente estudo.

Dessa forma, essa análise permite subsidiar discussões com vistas a eventuais intervenções e adaptações que aprimorem a realização da testagem

rápida anti-HIV no âmbito da ESF, demonstrando a relevância desta investigação.

## Objetivo

A pesquisa teve como objetivo analisar os modos de operacionalização do processo de testagem rápida para o HIV realizada pelo Enfermeiro na ESF.

## Material e Método

Estudo descritivo, de natureza qualitativa. O suporte teórico usado foi o fluxograma descritor<sup>10</sup>, qual pode ser aplicado em quaisquer serviços e ações assistenciais de saúde. Assim, nessa pesquisa, configura-se como uma maneira de olhar como acontece a operacionalização das etapas relacionadas ao processo de testagem rápida anti-HIV na ESF da região pesquisada.

Além disso, utilizou-se a análise temática de Bardin para a elaboração das categorias (expressões significativas resultantes de um processo de redução do texto), a qual consiste em identificar núcleos de sentido componentes de uma comunicação através de uma análise de significados, que verifica a significação da presença ou frequência desses núcleos para o objeto analítico visado<sup>11</sup>.

O estudo foi realizado em unidades de saúde da família (USF) dos municípios que compõem a Quarta Região de Saúde da Paraíba, nordeste do Brasil. Essa região é composta por doze municípios, quais sejam: Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cubati, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, Seridó e Sossego. Ressalta-se que o referido estado foi pioneiro na descentralização do TR anti-HIV para a atenção primária à saúde no Nordeste do Brasil, com destaque para a quarta regional de saúde, onde o teste é executado desde 2014.

A pesquisa envolveu os Enfermeiros das ESF localizadas na zona rural e urbana dos referidos municípios. Utilizou-se a estratégia da coleta completa<sup>12</sup> para definir a amostra, com a finalidade de incluir todos os dezesseis Enfermeiros que realizavam o TR para o HIV na ESF da região pesquisada.

Os requisitos para a inclusão dos participantes da pesquisa foram: Enfermeiros que realizavam o TR para o diagnóstico do HIV na ESF e atuavam nos municípios da Quarta Gerência Regional de Saúde da Paraíba. Foram excluídos os Enfermeiros afastados do trabalho, por licença médica ou férias, no período da coleta de dados. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra do estudo foi composta por treze profissionais.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e junho de 2017 por meio de roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelo pesquisador com questões gerais, como: sexo, idade, estado civil, tempo de atuação no serviço e tempo de realização do TR anti-hiv no contexto da ESF; e questões voltadas para os modos de operacionalização do Enfermeiro no processo de testagem rápida para o diagnóstico do HIV na ESF. Ressalta-se que o roteiro de entrevista foi, previamente, submetido a um pré-teste com profissionais Enfermeiros, a fim de aprimorar e validar o roteiro inicial. As entrevistas duraram entre 20 e 40 minutos, foram realizadas individualmente e gravadas após consentimento dos entrevistados. Para assegurar o anonimato, os nomes foram substituídos pela letra E (entrevistado) seguida de números arábicos correspondentes à ordem das entrevistas.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática. Nesse sentido, essa análise se desenvolveu a partir de três

etapas<sup>11</sup>: 1) pré-análise: onde são desempenhadas a leitura flutuante do material de campo, a constituição do Corpus e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, onde é retomada a etapa exploratória, possibilitando a correção de rumos interpretativos ou a abertura de novas indagações; exploração do material: ocorre a operação classificatória pelo pesquisador visando compreender o texto. Nessa etapa foram construídas categorias a partir dos elementos mais relevantes nas falas dos entrevistados; tratamento dos dados obtidos e interpretação: é desenvolvido o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos de acordo com o quadro teórico pré-estabelecido.

O fluxograma descritor foi utilizado para mostrar uma representação gráfica das etapas dos modos de operacionalização da testagem rápida para o HIV realizados pelos Enfermeiros entrevistados. Caracteriza-se como uma ferramenta analisadora, sendo representada por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse, correspondendo à entrada ou saída do usuário dos serviços de saúde; o losango, que aponta para os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade da assistência; e o retângulo, relacionado ao momento de intervenção<sup>10</sup>.

O fluxograma descritor tem sido usado como uma ferramenta importante para a análise dos fluxos

assistenciais (caminho percorrido pelo usuário) e dos processos de trabalho (modo de organização e implementação das diversas práticas profissionais) no espaço dos serviços de saúde<sup>10</sup>.

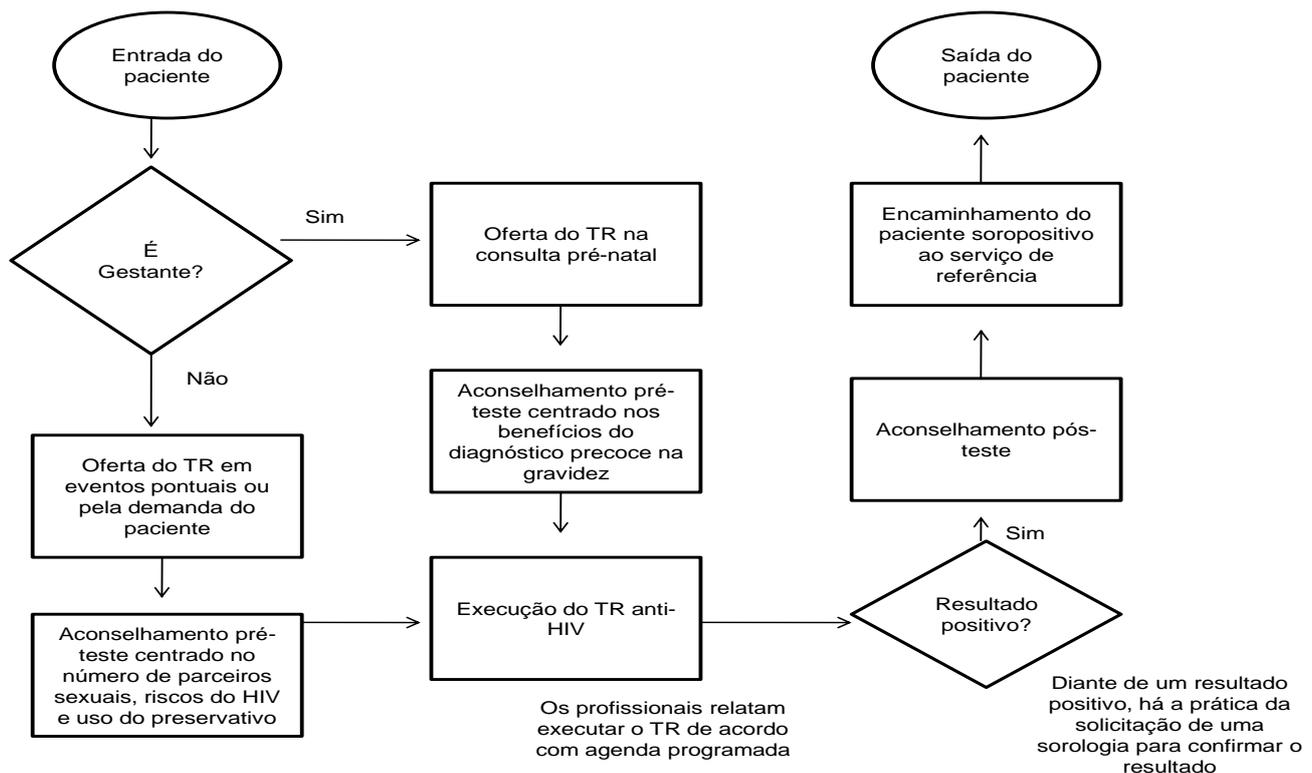
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Da amostra estudada, doze eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária entre 26 e 55 anos de idade, com tempo de atuação no serviço entre um e vinte nove anos e com tempo de realização do TR anti-HIV na ESF entre seis meses e três anos.

Para efeito da análise pormenorizada dos modos de operacionalização das ações de testagem rápida anti-HIV pelo Enfermeiro, as categorias que emergiram do próprio discurso dos entrevistados foram agrupadas em etapas no fluxograma descritor (Figura 1), quais sejam: 1) oferta do TR anti-HIV, 2) aconselhamento pré-teste, 3) execução do TR anti-HIV, 4) entrega do resultado e aconselhamento pós-teste, 5) encaminhamento do paciente.

**Figura 1.** Fluxograma descritor dos modos de operacionalização da testagem rápida para diagnóstico do HIV na ESF.



Com relação à oferta do TR, os Enfermeiros entrevistados ofertam o TR para o HIV, predominantemente, às gestantes, na rotina do atendimento pré-natal. Isso pode ser verificado na seguinte fala:

*“Geralmente eu oferto as minhas gestantes. No primeiro trimestre da gravidez a gente realiza o teste HIV, e no final da gravidez a gente repete. Eu oferto esse teste para gestante no momento da consulta pré-natal (E13)”.*

Há ainda profissionais que relataram oferecer o teste de forma exclusiva às gestantes, sem divulgação do exame para outras populações. Eles atribuem isso à quantidade insuficiente dos insumos de testagem na unidade, bem como à sobrecarga de atividades desenvolvidas na ESF:

*“Não abro para outros públicos, oferto apenas para as gestantes, pois não tenho testes suficientes para fazer, então não podemos ofertar (E11)”.* *“O nosso tempo é resumido para tudo porque é a enfermeira da saúde da família que faz tudo. Eu sei que é necessário fazer com um público maior, mas teria que deixar o restante de minhas ações. Então oferto apenas para gestantes (E3)”.*

Salienta-se que a oferta do TR anti-HIV na ESF as gestantes é essencial no enfrentamento da transmissão vertical do HIV. No entanto, também necessita ser oferecido para a população em geral. Na realidade analisada, para a população não gestante o teste é oferecido em eventos pontuais ou pela demanda espontânea das pessoas que se expuseram a alguma situação de risco e procuraram a unidade para a realização do exame:

*“Para a população que não é gestante a gente abriu na época de um evento que teve aqui na cidade. Tem algumas pessoas que se interessam [...]. Já vieram pessoas que se expuseram (E12)”.* *“Todos os anos têm uma feira de saúde aqui e a gente realiza os testes rápidos anti-HIV. Nesse momento é ofertado para todo mundo [...]. Na unidade os que mais procuram são pessoas que fazem sexo sem preservativo e ficam com medo (E6)”.*

Quanto à etapa do aconselhamento pré-teste, os Enfermeiros relataram fazê-lo sem preantes da realização do exame, conforme verificado na seguinte fala:

*“No dia do teste, eu faço primeiro o aconselhamento. Investigo os fatores de risco, se tem parceiro fixos ou eventuais, se usa droga, se usa camisinha durante a relação sexual. Vejo se elas estão de acordo com a realização do teste, colho a assinatura delas (E9)”.*

Destaca-se que o pedido de autorização ao usuário para realizar o teste, respeita a recomendação que estabelece que a solicitação do exame anti-HIV só poderá ser realizada após apresenta-lo o termo de consentimento livre e esclarecido para a abordagem consentida. Verifica-se também que durante o aconselhamento das pessoas não gestantes, as orientações são centradas no número de parceiros sexuais e situações de vulnerabilidade. Já para as gestantes, a ênfase é voltada para os benefícios do diagnóstico precoce, como pode ser identificado no seguinte depoimento:

*“Sempre temos o cuidado de pedir a autorização com a assinatura do termo de consentimento para realização do teste (E1)”. “Nas gestantes, no aconselhamento, abordamos principalmente as orientações para a prevenção da transmissão vertical e encaminhamento ao serviço de referência, se por acaso der um resultado positivo. Já nos demais usuários, focamos no risco de contaminação nas relações sexuais desprotegidas e com diversidade de parceiros(E6)”.*

Além disso, ressalta-se a dificuldade por parte dos profissionais em lidar com questões relacionadas à sexualidade do usuário na etapa do aconselhamento pré-teste:

*“Eu faço o aconselhamento antes do teste. Mas eu sinto um pouco de dificuldade, porque tem umas perguntas bem íntimas. É um pouco constrangedor. Às vezes, até para o usuário ou a gestante fica um pouco vergonhoso (E5)”.*

No que se refere à etapa de execução do TR anti-HIV, os profissionais entrevistados relataram agendá-lo para um dia específico no seu cronograma de atividades da ESF:

*“Nós temos um dia fixo para fazer só o exame. Raramente se faz sem agendar; porque nós temos*

*outras demandas. Deixamos um dia da semana específico para fazer esse atendimento (E10)”.*

Outro aspecto que se destaca na etapa de execução do TR anti-HIV na região investigada, é o fato de os profissionais solicitarem uma sorologia para confirmar o resultado do TR positivo para o HIV, conforme observado por meio das seguintes falas:

*“No caso de um resultado positivo, eu não dou logo o resultado ao paciente. Eu solicito um exame mais específico, uma sorologia para confirmar (E1)”. “Eu nunca tive a experiência de um teste positivo, mas se der positivo, a gente faz outro teste rápido e solicita o de laboratório para confirmar (E11)”.*

Com relação ao aconselhamento pós-teste, os profissionais direcionam maior atenção a esta ação na situação de um resultado positivo, como pode ser observado a seguir:

*“Dependendo do resultado eu faço o aconselhamento pós-teste. Só faço esse aconselhamento se der um resultado positivo no teste (E2)”. “Depois do teste, se o paciente apresentar um resultado positivo, eu faço as orientações. Explico que não tem cura, mas existe o tratamento, que permite o paciente viver melhor. (E8)”.*

Destaca-se também que nas unidades de saúde pesquisadas, o Enfermeiro ao ser o único profissional que realiza o teste, sente a necessidade do apoio de uma equipe multidisciplinar na entrega do resultado positivo ao usuário:

*“Eu não acho que seria bom eu comunicar sozinha esse resultado positivo. O ideal era que tivesse uma equipe com vários profissionais para dar esse resultado (E5)”.*

Com relação ao encaminhamento dos usuários na região, o qual acontece diante de um resultado positivo para o HIV, verificam-se diferentes fluxos no encaminhamento do usuário:

*“Encaminharia para o setor de epidemiologia para fazer a notificação e depois encaminhava para a 4ª Gerência (E3)”. “Se for um caso positivo a gente vai encaminhar esse paciente para Campina Grande, o mais rápido possível (E7)”. “No caso de um*

*resultado ser reagente, eu não saberia para onde encaminhar o paciente. (E9)".*

A falta de um referenciamento adequado ou o desconhecimento do local para onde encaminhar o paciente contribui para agravar ainda mais o sofrimento do mesmo, uma vez que pode levá-lo a percorrer vários itinerários, até a chegada no serviço de referência correto.

## **Discussão**

Destaca-se que a evolução da aids no Brasil, com a intensificação do número de casos da infecção em mulheres, fenômeno chamado de feminização da epidemia, trouxe como um novo desafio o controle da transmissão vertical do HIV<sup>13,14</sup>. Nesse sentido, a oferta do teste anti-HIV no pré-natal favorece um diagnóstico precoce para as gestantes atendidas, diminuindo-se as situações de perda de exames, atraso na sua efetuação e apresentação, colaborando para a prevenção da transmissão vertical do HIV<sup>15,16</sup>.

Ressalta-se que, embora a implantação do TR para o HIV na atenção primária tenha como prioridade inicial a garantia de acesso às gestantes, o MS também recomenda a divulgação dos TR e ampliação do acesso para toda a população<sup>17</sup>. A oferta exclusiva às gestantes leva outras populações a não terem acesso ao exame na ESF. Essa situação contraria a orientação do MS, a qual preconiza que o serviço de saúde deve ofertar o teste a todos os usuários que buscam a unidade, independentemente do motivo da procura<sup>18</sup>.

Entretanto, a falta de insumos de testagem tem se constituído em uma barreira para a ampliação do acesso ao teste nos municípios da região pesquisada, indicando que problemas na estrutura comprometem o êxito do processo de trabalho. Assim, faz-se necessário adotar estratégias que proporcionem um

fornecimento constante e em quantidade suficiente de kits de testes.

Além disso, a sobrecarga de atividades do Enfermeiro no contexto da ESF também é apontada como causa da oferta do teste somente às gestantes na realidade pesquisada. Nessa situação, o Enfermeiro percebe-se sem tempo para realizar o exame em outras pessoas, que não sejam gestantes<sup>19</sup>.

Cabe ainda destacar que no cenário atual da epidemia do HIV/AIDS, independentemente do contexto local, existem grupos que, devido a comportamentos de alto risco específicos, estão mais vulneráveis ao HIV. São as denominadas populações chave, dentre elas estão os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, população prisional e população transexual, as quais ainda apresentam dificuldades quanto ao acesso aos serviços de prevenção, testagem e tratamento. Sem uma abordagem das necessidades dessas populações, uma resposta efetiva contra a epidemia não poderá ser alcançada<sup>20</sup>.

Assim, a fim de contribuir para a resposta global contra a epidemia do HIV/AIDS, os Enfermeiros da região pesquisada precisam ampliar a oferta do teste para além das mulheres grávidas, voltando-se para diferentes indivíduos, principalmente para as populações chave. Isso implica na expansão do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, considerados como ações fundamentais para diminuir os óbitos relacionados à aids e assegurar uma sobrevivência com qualidade as pessoas que vivem com essa enfermidade<sup>21</sup>. Durante a oferta do TR, é importante considerar o consentimento do usuário, uma vez que a testagem para o HIV deve ser feita de

forma voluntária e livre de posturas coercitivas por parte dos profissionais de saúde<sup>22</sup>.

O aconselhamento deve se configurar como um espaço de interação democratizante e participativo. Essa etapa consiste em um diálogo assentado em uma relação de confiança entre profissional e usuário, com a finalidade de proporcionar à pessoa meios para que ela avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre estratégias de enfrentamento dos seus problemas relacionados ao HIV/AIDS<sup>23</sup>. Desse modo, não deve se limitar apenas à oferta e consentimento para a realização do teste anti-HIV.

Tendo em vista que o cerne da interação entre usuário-aconselhador é a compreensão dos contextos de vulnerabilidade do usuário, sugere-se ampliar o escopo do diálogo por meio da abordagem das suas demandas e dúvidas acerca da sexualidade e da AIDS. Para tanto, recomenda-se que na formação dos aconselhadores sejam tratadas a diversidade e os significados das experiências sexuais dos sujeitos ao longo da vida e suas implicações para a prevenção do HIV<sup>23</sup>.

É importante salientar que a relação entre profissional e paciente deve permitir ao profissional entrar efetivamente em contato com as questões da subjetividade, considerando os aspectos social, cultural, afetivo e simbólico. Isso pode proporcionar uma atenção à saúde em que o foco não esteja centrado somente no biológico, mas na escuta e no diálogo reflexivo e problematizador<sup>24</sup>. Nesse sentido, é essencial que os profissionais adotem uma linguagem adequada e apresentem sensibilidade diante das necessidades e situações específicas de cada usuário, sem emitir juízo de valor, especialmente na

abordagem de temas complexos como o comportamento sexual do paciente<sup>23</sup>.

O constrangimento em relação à sexualidade está associado ao fato dessa temática ser vista como pertencente à esfera do íntimo, do privado, do secreto<sup>25</sup>. Nesse contexto, pode-se destacar uma pesquisa desenvolvida com homens que fazem sexo com homens, a qual revelou sentimentos de ansiedade, angústia e constrangimento por parte desses indivíduos ao vivenciarem questões relativas à sexualidade. Esses sentimentos derivaram-se de fatores como exposição e invasão da privacidade do paciente, realização de procedimentos que envolvem a intimidade e a dificuldade em dialogar sobre ele<sup>26</sup>.

Na realidade investigada, o fato de o TR ser realizado em dia programado contraria a recomendação do MS o qual preconiza a garantia da realização dos TR em todos os períodos de funcionamento da UBSF<sup>3</sup>. Por outro lado, questiona-se como atender essa recomendação sem prejudicar o desenvolvimento das outras ações já realizadas pelo Enfermeiro antes da implementação do TR na unidade. Nos municípios pesquisados, a execução do TR de acordo com uma agenda programada consiste em uma maneira adotada pelo Enfermeiro para organizar o serviço a fim de atender, além do fluxo convencional (pré-natal, puericultura, hiperdia, entre outros), outro fluxo que se estabelece com a inserção do TR na USF.

No entanto, o fato de não trabalhar como “porta aberta” para a realização da testagem pode produzir insatisfação, retornos repetidos, busca por outros serviços por parte do usuário e, até mesmo, desistência no tocante a realização do TR. O Enfermeiro perde, então, uma oportunidade de

proporcionar o diagnóstico de HIV no primeiro contato com o usuário, quando este procura o serviço por demanda espontânea fora do dia programado para a testagem.

Destaca-se que o profissional de saúde, muitas vezes, torna-se a única pessoa para a qual o usuário consegue se dirigir com a finalidade de conversar sobre seus problemas. Assim, ao adotar atitudes positivas durante a atenção à saúde pode impulsionar mudanças de comportamento, por meio da escuta qualificada e confiança estabelecida na relação com o paciente<sup>27</sup>.

Sobre a solicitação de uma sorologia para confirmar o resultado do TR anti-HIV por parte dos Enfermeiros entrevistados, pode-se relacionar isso à falta de confiabilidade por parte dos profissionais quanto ao TR ou desconhecimento do fluxograma nacional para diagnóstico do HIV usando essa tecnologia. Vale salientar que no Brasil há dois fluxogramas os quais utilizam exclusivamente o TR. De acordo com os algoritmos nacionais, o resultado reagente de um TR sempre deve ser confirmado com um segundo teste diferente do primeiro. Assim, dois resultados reagentes na testagem rápida são utilizados para detectar a infecção, sem necessidade de sorologia complementar<sup>28</sup>.

Ressalta-se que os TR para o vírus da aids, utilizados no Brasil, possuem uma especificidade maior ou igual a 99,0% e sensibilidade maior ou igual a 99,5%. Isso significa que essa metodologia possibilita um diagnóstico seguro da infecção<sup>29</sup>. O fato de alguns Enfermeiros da região pesquisada solicitarem a sorologia, além do segundo TR para confirmação do resultado positivo para o HIV, prejudica o acesso ao diagnóstico precoce do vírus, uma vez que pode

ocorrer atraso no recebimento do resultado do exame, bem como perda de seguimento do usuário soropositivo.

A metodologia do TR anti-HIV permite que os profissionais de saúde entreguem aos clientes o resultado no mesmo dia. Esse teste é gratuito na rede pública de saúde e deve ser realizado com aconselhamento pré e pós-teste, seja diante de um resultado negativo ou positivo<sup>30</sup>.

O recebimento de um exame positivo para o HIV pelo paciente é complexo, uma vez que esse diagnóstico está fortemente ligado ao sentimento de medo da morte, do preconceito, da rejeição, do rompimento das relações sociais<sup>19</sup>. Esse cenário contribui para que o Enfermeiro sinta certa insegurança em comunicar esse diagnóstico sozinho<sup>23</sup>. Nos casos negativos deve-se orientar e conscientizar sobre a importância em se prevenir e buscar incentivar às pessoas a adotarem medidas de proteção para as diversas doenças infecciosas<sup>3</sup>.

Ademais, a comunicação entre os serviços torna-se fundamental para a continuidade da assistência e o atendimento eficaz ao paciente soropositivo. Assim, o conhecimento dos usuários e profissionais de saúde sobre a organização da rede de serviços e o que está sendo desenvolvido em cada um deles é primordial para o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência<sup>30</sup>. O desconhecimento sobre a referência põe em questão a qualidade da capacitação recebida pelos Enfermeiros entrevistados e pode ser atribuída também a falta de uma política de educação permanente voltada para a testagem rápida no contexto da ESF na quarta região de saúde da Paraíba.

Destaca-se também, o fato do encaminhamento do indivíduo diagnosticado com o HIV ser feito “o mais

rápido possível”, como pode ser verificado nas falas. Isso suscita a ideia de que a unidade não está preparada para realizar uma avaliação clínica inicial do usuário, sendo este imediatamente transferido para um serviço especializado, fora do seu município. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo, com o objetivo de avaliar o conhecimento e a interpretação da rotina laboratorial dos médicos e Enfermeiros da rede primária de saúde, constatou-se que um paciente com resultado de exame anti-HIV reagente é encaminhado para o serviço especializado<sup>31</sup>.

Em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, observaram-se fragilidades no cuidado prestado às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) nos serviços especializados, cujo enfoque está voltado para as atividades clínico-biológicas, direcionadas para a estabilização da doença e prevenção da disseminação do vírus. A pesquisa ressalta ainda a importância de avançar na construção de um cuidado integral, integrado e resolutivo, de acordo com as necessidades dos indivíduos, considerando a complexidade do HIV/aids e sua característica de condição crônica<sup>32</sup>.

Devido ao avanço do cuidado às PVHA, além da simplificação do tratamento antirretroviral e cronicidade da doença, o modelo centrado unicamente em unidades especializadas passou a mostrar deficiências. Atualmente, a linha de cuidado ideal consiste no redirecionamento do processo de trabalho entre os diversos pontos de atenção. Esta passa a contar com novos serviços e estratégias, como o suporte dos serviços especializados à atenção primária e o atendimento compartilhado entre eles<sup>33</sup>.

A gestão compartilhada do cuidado do soropositivo entre a rede primária e secundária é a

chave para melhorar a assistência a esse indivíduo no Brasil, assegurando maior acesso dos usuários ao sistema de saúde. Salienta-se que o fato de a USF estar próxima do paciente possibilita a intervenção mais precoce em casos de abandono do tratamento e possíveis efeitos colaterais do medicamento<sup>28</sup>.

Entretanto, para o sucesso do manejo clínico do HIV na atenção primária, faz-se necessário considerar vários aspectos, como o estabelecimento de um modelo de estratificação de risco do paciente; a qualificação dos profissionais; a garantia de suporte técnico aos profissionais; a disponibilização de exames de CD4 e carga viral; e a viabilização do acesso aos antirretrovirais<sup>3</sup>. Ressalta-se também a necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde e seus profissionais para o manejo biológico da doença e, sobretudo, para o atendimento das demandas biopsicossociais das PVHA que surgem no processo de atenção<sup>34</sup>.

As limitações do estudo estão relacionadas ao fato da investigação ter sido desenvolvido somente com Enfermeiros. Nesse sentido, faz-se mister aprofundar os achados encontrados, desenvolvendo futuros estudos que considerem tanto a perspectiva dos usuários quanto a dos gestores, uma vez que foram encontradas importantes dificuldades estruturais no processo de implementação do teste anti-HIV na ESF.

## **Conclusão**

Diante dessa situação, faz-se mister repensar a formação acadêmica, considerando essas circunstâncias, frequentemente presentes no cotidiano do cuidar. Além disso, uma política de educação permanente nos serviços pesquisados pode

auxiliar os profissionais na superação da dificuldade em lidar com a sexualidade do usuário.

Destaca-se a necessidade de um fornecimento adequado de insumos de testagem rápida anti-HIV para as USF, uma vez que a falta dos testes impede o acesso de grupos populacionais não gestantes a essa tecnologia; e estender a capacitação sobre o TR para outros membros da equipe, evitando a sobrecarga de atividades por parte do Enfermeiro, além de facilitar o acesso do usuário ao teste e fortalecer seu vínculo com a unidade. Vale ressaltar também a necessidade da interação entre os serviços da rede de cuidado da PVHA para promover a continuidade da assistência e o acesso precoce às unidades de tratamento, no caso de um diagnóstico positivo.

## Referências

1. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JRCM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. Rio de Janeiro: Sex Salud Soc. 2018; 29:263-93.
2. Gómez EJ. Crafting AIDS policy in Brazil and Russia: State-civil societal ties, institutionalised morals, and foreign policy aspiration. *Glob Public Health*. 2016; 11(9):1148-68.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf)>. Acesso em 16 jun 2019.
4. Fonseca EM, Bastos FI. Evolution of HIV/AIDS response in Brazil: Policy innovations and challenges in the fourth decade of the epidemic. *Int J Health Plann Mgmt*. 2017; 1-13.
5. Silva RAR, Castro RR, Pereira IRBO, Oliveira SS. Questionnaire for assessment of HIV/AIDS control actions in the primary care. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(3):271-9.
6. Pereira GFM, Sabidó M, Caruso A, Benzaken AS. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. *BMC Infect Dis*. 2017; 17(1):469.
7. Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em 10 fev 2019.
8. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Erdmann AL, Thofehrn MB, Dall'agnoli. Actions/interactions motivating nursing leadership in the context of primary health C. *Texto Context Enferm*. 2015; 24(4):1121-9.
9. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Parecer de Conselheiro Nº 259/2016. Solicitação do Ministério da Saúde a respeito do parecer normativo Nº 001/13. Brasília: COFEN. 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html)>. Acesso em 10 jul 2019.
10. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). São Paulo: Hucitec. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saude-coletiva/professores/merhy/capitulos-13.pdf>>. Acesso em 01 fev 2018.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011; 229.
12. Flick U. Amostragem. In: Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009; 118-28.
13. Porto TSAR, Silva CM, Vargens OMC. Female healthcare professionals' behaviour and attitudes in the context of the feminisation of HIV/AIDS: gender vulnerability analysis. *AIDS Care*. 2017; 29(1):49-55.
14. Pinto CS, Dos Santos Fernandes CE, Oliveira RD, Matos VT, Motta de Castro AR. Transitioning through AIDS epidemics - gender and temporality. *Braz J Infect Dis*. 2015; 19(6):657-9.
15. Araújo EC, Drosdoski FS, Nunes Júnior NB, Ferreira PGM. Transmissão vertical do HIV em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. *Rev Paraense Med*. 2015; 29(2):17-21.

16. Holanda ER, Galvão MTG, Pedrosa NL, Paiva SS, Almeida RLF. Spatial analysis of infection by the human immunodeficiency virus among pregnant women. *Rev Latino Am Enferm*. 2015; 23(3):441-9.
17. Bazzo ML, da Motta LR, Rudolf-Oliveira RCM, Bigolin A, Golfetto L, Mesquita F, et al. Evaluation of seven rapid tests for syphilis available in Brazil using defibrinated plasma panels. *Sex Transm Infect*. 2017; 93(54):S46-S50.
18. Barbosa JR, Colares JKB, Flores GL, Cortes VF, Miguel JC, Portilho MM, et al. Performance of rapid diagnostic tests for detection of Hepatitis B and C markers in HIV infected patients. *J Virol Methods*. 2017; 248:244-9.
19. Silva ITS, Valença CN, Silva RAR. Mapping the implementation of the rapid HIV test in the Family Health Strategy: the nurses' perspective. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4):e20170019.
20. Pascom AR, Dutra de Barros CH, Lobo TD, Pasini EN, Comparini RA, Caldas de Mesquita F. Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ*. 2016; 94(8):626-30.
21. Sousa KAA, Araújo TME, Teles SA, Rangel EML, Nery IS. Factors associated with HIV prevalence in a prison population. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03274
22. Gebremedhin KB, Tian B, Tang C, Zhang X, Yisma E, Wang H. Factors associated with acceptance of provider-initiated HIV testing and counseling among pregnant women in Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12:183-91.
23. Tianyi FL, Tochie JN, Agbor VN, Kadia BM. Audit of HIV counselling and testing services among primary healthcare facilities in Cameroon: a protocol for a multicentre national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018; 8(3):e020611.
24. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, Silveira ACT. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis. *Saúde Debate*. 2016; 40(109):22-33.
25. Oldenburg CE, Chanda MM, Ortblad KF, Mwale M, Chongo S, Kamungoma N, et al. Effect of HIV self-testing on the number of sexual partners among female sex workers in Zambia. *AIDS*. 2018; 32(5):645-52.
26. Freeman AE, Sullivan P, Higa D, Sharma A, MacGowan R, Hirshfield S, et al. Perceptions of HIV Self-Testing Among Men Who Have Sex With Men in the United States: a qualitative analysis. *AIDS Educ Prev*. 2018; 30(1):47-62.
27. Silva RAR, Torres GV, Silva ITS, Nelson ARC, Lucena IA, Costa DARS. Perception of users and health professionals about the quality of care provided to patients with AIDS. *Rev Enferm Global*. 2015; 14(4):244-54.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Richardson/Downloads/cinco\_passos\_para\_a\_prevencao\_combinada\_ao\_hiv\_na\_42165.pdf>. Acesso em 16 jun 2019.
29. Gouvea MIS, Joao EC, Teixeira MLB, Read JS, Fracalanza SEL, Souza CTV, et al. Accuracy of a rapid real-time polymerase chain reaction assay for diagnosis of group B Streptococcus colonization in a cohort of HIV-infected pregnant women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(9):1096-101.
30. Nielsen RC, Luengo-Oroz M, Mello MB, Paz J, Pantin C, Erkkola T. Social media monitoring of discrimination and HIV testing in Brazil, 2014-2015. *AIDS Behav*. 2017; 21(supl 1):114-20.
31. Szwarcwald CL, Damacena GN, Miranda RL, Pascom ARP, Júnior AB. HIV Testing among men in Curitiba, Brazil. *AIDS Care*. 2018; 30(1):56-58.
32. Medeiros LB, Trigueiro DR, Silva DM, Nascimento JA, Monroe AA, Nogueira A, et al. Integration of health services in the care of people living with aids: an approach using a decision tree. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2):543-52.
33. Mesenburg MA, Wehrmeister FC, Silveira MFD. Voluntary versus health professional-initiated HIV testing: a population-based study in women in a city in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(10):e00074415.
34. Hamann C, Pizzinato A, Weber JLA, Rocha KB. Narratives about risk and guilt among patients of a specialized HIV infection service: implications for care in sexual health. *Saúde Soc*. 2017; 26(3):651-63.