

A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV*

Ana Amélia Nascimento da Silva BONES^(a)

Márcia Rosa da Costa^(b)

Sílvio César Cazella^(c)

BONES AANS, COSTA MR, CAZELLA SC. The education for facing the HIV Epidemic. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 1):1457-69.

The objective of this study was to analyze the physicians' perception regarding the building of new knowledge about the initial management of the user with reactive rapid HIV test in Primary Health Care. The teaching methodology was the problematization methodology using the modality of distance learning. It is a critical action-research in a reflexive process through an interactive educational module offered in the Specialization Course of the the Open University of the Brazilian National Health System-SUS/Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UNASUS/UFCSPA). The discourses are distributed in three categories of analysis: practice scenarios, comprehensive care and continuing education. In the analysis, the apprehension and the commitment to reality, associated with the theorizing, generate a reflective plan of conduct. According to the 90-90-90 target, there is an expectation to broaden diagnosis; however, it is necessary to make an expanded reading of the practice of disclosing the result of the test.

Keywords: Distance learning. HIV. Health education.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos médicos para construir novos saberes sobre o manejo inicial do usuário com teste rápido reagente para o HIV na Atenção Primária à Saúde. A metodologia de ensino utilizada foi a metodologia da problematização na modalidade de educação a distância. Trata-se de uma pesquisa-ação crítica em um processo reflexivo realizada em um módulo educacional interativo ofertado no curso de especialização da Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNASUS/UFCSPA). Os discursos são distribuídos em três categorias de análise: cenários de prática, atendimento integral e educação permanente. Na análise, a apreensão e o compromisso com a realidade, associados com a teorização, geram um plano reflexivo de conduta. Conforme a meta 90-90-90, uma das expectativas é ampliar o diagnóstico; contudo, faz-se necessário a leitura ampliada da prática da revelação diagnóstica.

Palavras-chave: Educação a distância. HIV. Educação na saúde.

* Este artigo é resultado do Projeto "Ensino na saúde: uma proposta integradora para o Sistema Único de Saúde", financiado pela Capes, Edital 024/2010 - Pró-Ensino na Saúde (AUXPE nº39/2010).

^(a) Programa de Pós-Graduação de Ensino na Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Rua Capitão Montanha, 27, 4o andar, centro. Porto Alegre, RS, Brasil. 90010-040. anabones@ufcspa.edu.br

^(b) Departamento de Educação e Humanidades, UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil. marciarc@ufcspa.edu.br

^(c) Departamento de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas, UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil. silvioc@ufcspa.edu.br

Introdução

A notificação compulsória da infecção pelo HIV é muito recente no Brasil, o que impede uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências dessa patologia. O número de notificações entre 1980 a junho de 2016 foi de 842.710 casos de aids e entre 2007 até junho de 2016 somou 136.945 casos de infecção pelo HIV¹. O cenário atual é de reformulação das políticas públicas. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid), com objetivo de erradicar mundialmente a epidemia do HIV até 2030, projetou o plano da tríplice meta 90-90-90. Essa instituição prevê metas definitivas e ambiciosas, como a de que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% destas recebam terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% destas em tratamento apresentem supressão viral². Vários municípios brasileiros já se comprometeram em alcançar essas metas. O Conselho Federal de Medicina, na Recomendação nº 02/2016, dispõe sobre a conveniência dos profissionais solicitarem exames para o HIV, sífilis e hepatites nas consultas, acompanhados dos aconselhamentos pré e pós-testes e encaminhamentos para consultas quando necessário³.

Campanhas públicas de estimulação à realização dos testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis são estratégias para se conseguir atingir as metas de diagnóstico. Assim, os profissionais da área da saúde precisam ter um enfoque comunitário para acolher o paciente e revelar o diagnóstico, especialmente os da Atenção Primária à Saúde (APS), por seus princípios de acessibilidade, resolutividade e longitudinalidade no processo de trabalho⁴. Considerando o contexto da descentralização do Teste Rápido (TR) e da ampliação do acesso ao tratamento, algumas pesquisas qualitativas estão ocorrendo no Brasil para avaliar como está esse processo. No Rio de Janeiro, a pesquisa envolvendo o curso de formação e prática de aconselhadores em TR demonstrou que é primordial motivar o diálogo sobre a preconização das diretrizes, relacionando com o conhecimento local, o modo de atuação interdisciplinar da equipe e o ponto de vista do usuário⁵.

A equipe da APS tem a chance de explorar a oportunidade de aconselhar as mudanças de comportamentos de risco ou redução de danos e de fazer o diagnóstico precoce ao aplicar o teste⁶. O processo de educação permanente possibilita atualizar os conteúdos e modificar reflexivamente a prática profissional, em uma leitura ampliada de produção de cuidado, com acolhimento e responsabilização⁴. A meta 90-90-90 contempla, além dos números, uma abordagem baseada nos direitos humanos². Na contextualização dos fatos, com seus múltiplos determinantes, a equipe de saúde pode ampliar a competência de planejar a atuação no seu território por meio da percepção e da reflexão sobre a real necessidade dos seus usuários⁷.

Nesse contexto da possibilidade da educação permanente em saúde ser uma ferramenta de apoio à meta 90-90-90, este artigo objetivou analisar a percepção de médicos para construir novos saberes sobre o manejo inicial do usuário com teste rápido reagente para o HIV, por meio do emprego da metodologia da problematização (MP), na modalidade da educação a distância (EaD), para transformar a sua realidade na APS.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, exploratória, com amostra de conveniência e não probabilística, sendo uma pesquisa-ação realizada com médicos que cursavam a Especialização em Saúde da Família na UNASUS/UFCSPA e que optaram espontaneamente por cursar o módulo optativo intitulado "Manejo inicial dos usuários com teste rápido reagente para o HIV", com objetivo de abordar o atendimento integral nas ações de cuidado, aperfeiçoar os conhecimentos sobre a patologia e aprimorar os fluxos do manejo inicial dentro das possibilidades de sua unidade de saúde e da rede de assistência. A abertura de vagas foi ofertada às duas turmas que já estavam na segunda etapa da especialização, chamada "Núcleo", justificado por estas já estarem ambientadas à aprendizagem a partir de casos complexos. A carga horária estimada era de oito horas

^(d) Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3474>

e a disponibilização foi no primeiro trimestre de 2016. O Núcleo está integrado na plataforma Acervo e Recursos Educacionais da Saúde (Ares), sob o registro 3474^(d).

Berbel⁸, pesquisadora brasileira idealizadora da MP, relaciona que grupos de 11 a 13 indivíduos proporcionam a oportunidade de aprofundar a discussão das situações-problema. Nosso estudo contemplou 14 alunos (identificados com as letras do alfabeto de A até N, sendo que suas cidades foram omitidas para garantir o sigilo). A MP é uma das metodologias ativas de ensino, que são regulamentadas pela Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014 pelo Ministério da Saúde. Estas são empregadas no processo de educação permanente em saúde por estimularem a aprendizagem significativa por uma pedagogia diferenciada, abordando as demandas de desenvolvimento de aprendizagens que (res)signifiquem a realidade. Em pesquisa que entrevistou educadores médicos experientes, estes reconhecem que o conhecimento científico também se constrói por meio da experiência e que sua natureza depende das formas de aquisição e da sua interpretação⁹. O saber se elabora segundo uma ordem pessoal e, a partir da experiência de cada um, é gerado e compartilhado culturalmente e está em constante transformação. O objetivo da metodologia de ensino, a MP, está alinhado com o da metodologia da pesquisa, a pesquisa-ação, que almeja transformar a prática por meio da inclusão de sujeitos de modo proativo, inovador e intervencionista¹⁰.

A problematização pode auxiliar no desenvolvimento de competências que envolvem solucionar impasses e promover o desenvolvimento dos pensamentos crítico e reflexivo. A MP está estruturada em cinco etapas consecutivas, tendo a base na Realidade: a Observação da Realidade, Levantamento dos Pontos-Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade¹¹. A sua adaptação no módulo educacional para a EaD foi um desafio, visto que originalmente a MP foi desenvolvida para atividades presenciais. As atividades foram distribuídas conforme os princípios metodológicos da MP¹². Segue a representação desta organização (Figura 1).

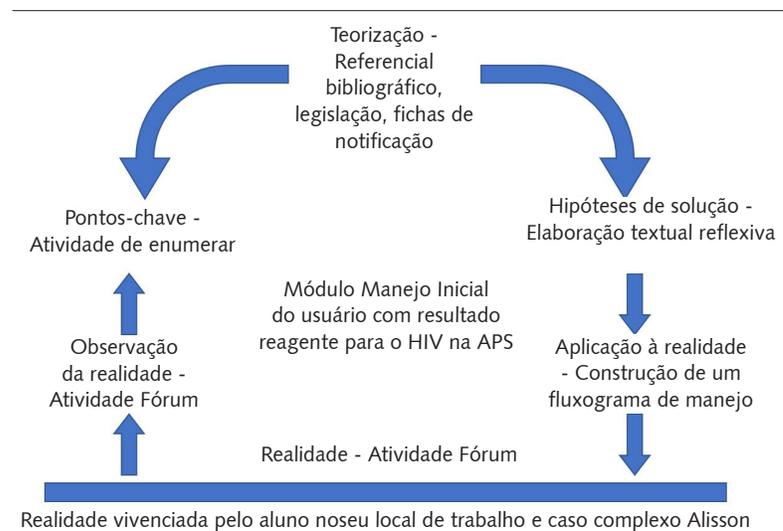


Figura 1. Planejamento das atividades seguindo as etapas da MP.

Fonte: Autoria própria.

Na premissa da MP, houve a realização de perguntas relevantes sobre as realidades vividas, para compreendê-las e saber manejá-las¹³. As questões norteadoras foram na etapa da Realidade (Figura 2), para serem discutidas no fórum: “Você já revelou a um usuário o resultado reagente para o vírus HIV na sua prática profissional? Que manejo inicial adotou? Na sua equipe, existe a prática do TR? E existe algum fluxo, na sua unidade, para quando o teste rápido é reagente para o vírus do HIV?”. E na etapa de Observação da Realidade, após a apresentação do caso complexo de revelação diagnóstica de infecção do vírus do HIV e uma campanha sem planejamento de TR para infecções sexualmente transmissíveis, as perguntas disparadoras no fórum foram: “Reflita como ocorre o processo de implantação do TR para HIV na realidade da sua unidade de saúde e responda: Existe alguma semelhança da sua prática com o funcionamento do Figueira Nova I (local onde está ambientado o caso clínico)? Como se articulam os profissionais da sua equipe quando o mesmo é reagente?”



Figura 2. Interface do módulo com as perguntas disparadoras para discussão para o primeiro fórum.

Fonte: Autoria própria junto com a equipe do UNA-SUS/UFCSPA.

A análise qualitativa do objeto de investigação efetiva a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser reconhecida e considerada uma construção científica¹⁴. Para sistematizar e analisar os dados, retirados da produção textual das atividades ao longo do módulo, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, com abordagem temática proposta por Bardin¹⁵. Após leitura exaustiva do material, procurou-se ordenar o conteúdo para sistematizar as informações obtidas na intervenção educacional, o que possibilitou a identificação dos principais grupos conforme a regularidade da análise de conteúdo do discurso e os sentidos frequentes e ímpares encontrados nos textos. Na sequência, os dados foram organizados em categorias e subcategorias. As categorias foram definidas considerando-se os eixos das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a meta 90-90-90: cenários de prática, integralidade e educação permanente em saúde^{2,4}.

A discussão dos resultados levou em consideração as diretrizes do SUS, educação permanente em saúde, a legislação brasileira vigente e referências relacionadas ao emprego do TR de HIV.

Atento às questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFCSPA, cujo CAAE 43360115.5.0000.5345, Número do Parecer 1.115.708 e seguindo as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Todos os participantes aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Os resultados foram consolidados e serão apresentados com base nas seguintes categorias de análise: cenários de prática; e atendimento integral e educação permanente na saúde, destacando-se as especificidades da trajetória relatada pelos alunos no módulo EaD.

Cenários de prática

Entre as vivências compartilhadas entre os 14 participantes da pesquisa, quantifica-se que dez nunca haviam articulado a revelação diagnóstica da infecção pelo HIV, três apenas uma vez e um somente duas vezes. A lenta implantação deste instrumento nas unidades de saúde e o desconhecimento do seu valor de diagnóstico, e não de triagem, foram mencionados pelos alunos ao descreverem sua realidade profissional. A seleção para o acesso aos TR de HIV a gestantes e a usuários com suspeita clínica são referidos como práticas usuais. O Conselho Federal de Medicina regulamenta ao médico verificar nas consultas se seus pacientes realizaram testes sorológicos para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Cabe ao médico orientar o paciente conforme o caso sobre a necessidade, a oportunidade ou a conveniência de sua execução³.

Na consulta médica, em casos de necessidade da solicitação de testes rápidos, tem sido bem aceito por todos os pacientes. (K)

Até o momento nunca estive na situação de precisar revelar um teste positivo de HIV aos pacientes que atendi. O teste rápido na minha equipe já foi realizado pelo enfermeiro, cerca de três testes ao todo, em sete meses de trabalho, e não houve nenhum caso positivo. E quando precisei do teste, infelizmente não tinha mais... (M)

O grupo apresentou dificuldades de gestão na organização do processo de trabalho e nas pactuações na adoção dos testes rápidos nas suas unidades de trabalho, mesmo com as políticas públicas afirmando que os acessos ao diagnóstico e ao tratamento para o HIV são fundamentais para garantir o mais alto nível de saúde às pessoas que vivem com o HIV. As estratégias de campanhas para expandir o acesso a testes voluntários e aconselhamentos com enfoques passivos e abordagens parciais devem ser reconceituadas para serem mais ativas e abrangentes, sem serem coercivas¹⁶.

Na unidade durante a qual trabalhei durante o Provac em cidade X, eramos duas equipes e, na maior parte do ano, ficamos sem nenhuma enfermeira. Com isso, a realização dos testes rápidos se concentrou no posto central do município, mesmo local onde são acompanhados os casos positivos. (F)

Na UBS em que atuo foi realizada uma campanha para a realização de testes rápidos em um dia específico no mês passado e foram realizados trinta testes, sendo nenhum foi positivo... conversei com a enfermeira sobre o fluxo dos resultados e ela me explicou que os mesmos devem ser encaminhados ao CTA para que a assistente social encaminhe para o Centro de Referência em Medicina Tropical que fica na capital X. (L)

Além disso como se trata de um teste novo no nosso meio, ainda não elaboramos estratégia de como se dará o fluxo e o mesmo ainda não começou a ser utilizado. (B)

Mesmo com o grupo relatando as adversidades do emprego do teste como instrumento para diagnóstico, no discurso surge o desejo de mudança no cenário da prática do teste na APS. O manual Tratamento 2015 adverte que quando a testagem do HIV fica com a atenção focada em centros de testagem independentes, é previsto que a procura ocorra pelos usuários que admitem ter risco da infecção e apresentam o interesse em conhecer seu *status* sorológico. A meta é evitar que a revelação

diagnóstica ocorra em um estágio avançado de infecção, o que não colabora com a eficácia do tratamento e favorece a propagação do vírus. Vários países, no entanto, têm mostrado o caminho mais proativo e mais eficaz, usando várias estratégias de redução de danos para ampliar o alcance e o impacto dos serviços de testagem^{2,16}.

[...] ninguém é negado a realização dos testes; são orientados no conhecimento do diagnóstico, preços das doenças DTS, e de sua prevenção com uso da camisinha. É a primeira vez que trabalho em um país com altas taxas de DTS, *per* confio que com o trabalho de todos lograremos reduzir esses altos índices. (J)

Os testes são realizados todos os dias nos turnos da manhã e tarde, sem necessidade de agendamento. (K)

As dificuldades de implantação do teste rápido foram identificadas por diversas razões e agrupadas em subcategorias, como gestão pública e a sua limitação de recursos para diagnóstico e tratamento. Na pesquisa, por não ter sido o escopo do trabalho, as razões para o desabastecimento não ficam claras: se ocorre pelo não fornecimento dos produtos pelos órgãos competentes, pela não solicitação da unidade, ou por outros motivos. Na meta 90-90-90, aborda-se que algumas questões de implantação vêm dificultando a intensificação do tratamento em alguns países, tais como o desabastecimento de medicamentos, disponibilidade inadequada de esquemas de segunda e terceira linha dos antirretrovirais, entraves na sua aquisição e os custos dos insumos requeridos para o diagnóstico². Nesse cenário, existe a análise de que os testes são priorizados para os grupos-chave, como gestantes, não podendo contemplar a toda comunidade, como pode ser percebido nas seguintes falas:

O teste rápido chegou há pouco tempo em minha unidade e em pouca quantidade, assim como os testes para sífilis e hepatite. O que foi acordado em equipe foi que, pela quantidade mínima de testes disponíveis, colocaríamos os mesmos à disposição apenas das gestantes. (B)

Como a quantidade de *kits* que recebemos é pouca, a equipe utiliza para testes apenas no pré-natal. (A)

O grupo destacou o atendimento muitas vezes fragmentado dentro da própria equipe e com a rede de apoio, o que influi na gestão clínica do cuidado⁴. Estratégias de vínculo e de adesão com os profissionais da saúde e os serviços de assistência são fundamentais para iniciar e manter os cuidados e tratamentos dos pacientes com diagnóstico de infecção pelo vírus de HIV. Segundo o *guideline* da Associação Americana de Doenças Infecciosas sobre o manejo inicial dos indivíduos com HIV, de 2013, a longa espera pela primeira consulta se mostrou um preditor negativo da adesão ao cuidado¹⁷.

Até o momento não tive a oportunidade de revelar um teste rápido reagente a nenhum paciente, pois os mesmos são agendados pela equipe de DST a um médico específico que realiza tratamento e acompanhamento dos pacientes HIV positivos e através dele são encaminhados ao atendimento psicológico. (K)

Na minha unidade, os testes são realizados por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, que em dois testes rápidos positivos para o HIV são agendados consulta para mostrar os exames ao médico específico que realiza tratamento e acompanhamento aos pacientes positivos; ele que dá a notícia, explica sobre a doença, tira as dúvidas dos pacientes e encaminha para atendimento psicológico. (K)

A Organização Mundial da Saúde tem procurado diversas parcerias no esforço de otimizar esquemas terapêuticos, ampliar a oportunidade de atendimento no território e aplicar ferramentas

diagnósticas com mobilidade, como os testes rápidos¹⁸. No sul do Brasil, o lançamento do seu protocolo clínico na APS, em dezembro de 2016, orienta o tratamento precoce dos indivíduos portadores assintomáticos com CD4 acima de 500 cel/mm³.¹⁹ Ainda assim, entraves como o relatado a seguir refletem a respeito do início precoce do tratamento e relatam a falta de recursos para acolhimento desta demanda:

Após a confirmação, já inicia a terapia medicamentosa (TARV) precoce. Mesmo sem a contagem dos parâmetros leucocitários. Existe somente o AZT para o manejo inicial. Não há TDF nem 3TC. Entretanto, por vezes não há *kits* para os exames. (D)

Integralidade

A integralidade, junto com acesso, longitudinalidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária representam os atributos de organização da APS. A integralidade prioriza ações de prevenção e promoção de saúde sem trazer prejuízo às medidas assistenciais. Essa diretriz assegura ao cidadão a assistência nas três esferas de atenção à saúde, com abordagem integral do indivíduo⁴. Contudo, esta, a mesma que implica no desenvolvimento do trabalho de equipe, pouco contempla o processo formativo da educação médica⁹.

Esse grupo de estudantes da especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFCSA apresenta o seguinte perfil: são médicos atuando na APS vinculados aos programas de Valorização da Atenção Básica (Provab) e Mais Médicos, tendo já cursado o módulo das diretrizes do SUS e da APS. A integralidade se define na pesquisa como uma categoria de análise de conteúdo que engloba três subcategorias: sentimentos em relação à prática, acesso ao teste e atenção ao usuário. A integralidade apoia a estruturação do cuidado centrado na pessoa como ponto de partida para qualquer ação. Assim, prevê a remodelação das práticas assistenciais conforme as singularidades dos sujeitos, incentivando acolhimento, autonomia e vínculo; e valorizando as subjetividades relativas ao trabalho em saúde. Refletir a integralidade é uma oportunidade de repensar as práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, muitos ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial²⁰.

Como todo ato de revelar um resultado nada alentador para uma pessoa, traz consigo sentimentos de culpabilidade e negação por parte do paciente, sendo difícil às vezes o manejo inicial e a conduta diante ao mesmo. (N)

Existem referências de experiências exitosas, descritas no Brazilian Response to HIV and AIDS. A divulgação, por exemplo, da iniciativa “Viva melhor sabendo” exemplifica uma alternativa do aumento de acesso às tecnologias de diagnóstico para aumentar a possibilidade de saber o estado sorológico, conforme a perspectiva da primeira parte da meta 90-90-90. Esse projeto promoveu campanhas e a testagem em grupos-chave na rua. Ao todo foram 15.833 indivíduos testados ao longo de 11 meses, sendo o público-alvo travestis, transexuais, profissionais do sexo feminino e masculino, homens que fazem sexo com outros homens e usuários de drogas. A análise dos resultados mostrou que 2,6% dos testes foram reagentes. O que se espera sequencialmente é que o conhecimento do *status* sorológico contribua para a contenção da transmissão do vírus²¹.

O seguimento de muitas pessoas após o diagnóstico pode ser perdido por falta de intervenções proativas e serviços de apoio. As campanhas podem divulgar e mobilizar as comunidades mais vulneráveis, atuando em parceria com estas, priorizando ressaltar os benefícios do tratamento do HIV – tanto terapêuticos quanto secundários – e incluindo a prevenção de transmissão a terceiros. Sempre que possível, deve-se esclarecer sobre possíveis equívocos sobre testes HIV e as opções pertinentes para o cuidado dos indivíduos com infecção pelo HIV¹⁶. No início do módulo, existiu a fala nos fóruns retratando o desconhecimento da linha de cuidado ao usuário no momento de revelação diagnóstica ou da existência de um fluxo para orientar as possibilidades de uma abordagem integral.

O teste rápido é o meio utilizado inicialmente... em seguida foi solicitado novo teste rápido... contudo, o diagnóstico definitivo sorológico é realizado na capital de X pelo Elisa. (D)

E em caso necessário podemos ligar para o SAE e pedir ajuda. (I)

Na cidade que atuo desconheço se há um fluxo. (H)

A organização da linha de cuidado na APS se apresenta como uma necessidade, visto que existe a prioridade de manter a aderência terapêutica antirretroviral. Nessa proposta, existe uma busca sistemática contemplando 13 estudos publicados e três conferências, que dão voz a esta temática pouco explorada: quais as estratégias de intervenção são mais eficazes para promover a retenção ao cuidado baseadas em evidências? Uma das estratégias baseadas em evidências descritas inclui aproximação da equipe com a comunidade e com o usuário por meio de materiais instrucionais, incluindo itens personalizados pela equipe e reduzindo barreiras de acesso. Outra estratégia de intervenção inclui ações comunitárias de desmistificação da doença, envolvendo outros significados e a importância de estabelecer a terapêutica de cuidados¹⁸. A dificuldade na linha do cuidado é um importante fator que surgiu na observação do Caso Complexo Alisson, apresentado no módulo. Este ilustra a dificuldade da equipe em revelar o diagnóstico e orientar a linha de manejo ao longo de uma campanha promovida pela unidade de saúde na cidade fictícia de Santa Fé, pois não havia sido feita a reflexão de quais as condutas a serem tomadas se o teste rápido fosse reagente. Os alunos foram estimulados a partir do caso complexo a observar a realidade e se existia na sua unidade uma reflexão sobre a prática do teste e sobre qual manejo seria apropriado caso esta situação acontecesse (Tabela 1).

Tabela 1. Reflexão da linha de cuidado no manejo inicial do usuário com teste rápido reagente para HIV

Reflexão ou fluxograma conhecido no manejo inicial	Número de alunos
Não existe.	9
Existe – referenciar o infectologista.	3
Existe – contemplar múltiplas ações de acolhimento e de manejo.	1
Não fica claro.	1

O trecho do discurso descrito a seguir ilustra o conteúdo da Tabela 1: “Ao ler o caso Alisson (caso complexo que ilustra o módulo), percebi a dificuldade da equipe em como proceder após o resultado reagente; não havia nenhum fluxo preparado e talvez tenham faltado algumas condutas, não apenas encaminhar o paciente à referência” (B).

Os dados da Tabela 1 entram em conflito com a segunda etapa da meta 90-90-90, que pretende intensificar rapidamente o tratamento do HIV globalmente, independentemente do valor da contagem de CD4. Ou seja, o número total de pessoas que sabem ser portadoras do vírus será o número de pessoas eleitas para o tratamento. O perfil da amostra retrata que a possibilidade da oferta do TR para HIV como diagnóstico não estava vinculado à reflexão sobre como deveria proceder caso o exame fosse reagente. Necessita-se conhecer e discutir as possibilidades de manejo antes de assumir essa meta. Algumas diretrizes internacionais possibilitam o início da terapia antirretroviral independente da contagem de CD4, como no Brasil, em uma abordagem focada nos direitos humanos, de direito de testagem e tratamento a todos^{2,19}.

No município onde trabalho existe a prática do teste rápido há um ano, foram realizados 86 testes dos quais nenhum foi reagente. Apesar de ter fluxograma estabelecido pelo Ministério de Saúde Pública do Brasil, a equipe em sentido geral não está preparada para enfrentar um caso onde tenha que se expor ao paciente um resultado reagente. (N)

A integralidade no atendimento ao usuário requer um processo de formação para dominar as possibilidades terapêuticas e transformar a prática do atendimento ao paciente no momento da revelação diagnóstica. Protocolos e diretrizes foram organizados pela proposta pedagógica estimulante da MP ao longo do módulo, partindo do concreto vivido pelos alunos intitulado de Realidade e estimulando o aluno a ser consciente e ator na transformação da realidade¹¹.

Educação Permanente em Saúde

A previsão da aplicação do TR de HIV é de ser realizado por profissionais habilitados por treinamento, sendo uma poderosa ferramenta para o diagnóstico de HIV no Brasil²². Dos 14 participantes, nove descreveram que não tiveram a oportunidade de educação permanente sobre esta temática. As dificuldades relacionadas à categoria de Educação Permanente em Saúde apresentam as subcategorias intituladas “insegurança na prática” e “desconhecimento da linha de cuidado” na observação da realidade.

Quem teve capacitação foi apenas a técnica, mas a mesma frequentemente se queixa de insegurança para aplicação do mesmo e sobre como abordar o paciente caso o resultado se mostre reagente. Devido a essas dificuldades, ainda não iniciamos sua utilização. (B)

[...] sentíamos inseguros sobre como proceder diante de um resultado reagente. (L)

[...] no caso de algum teste positivo, provavelmente eu (ou o enfermeiro) seríamos escolhidos para dar a notícia (no meu caso, sem muita experiência para isto). (M)

[...] capacitação da equipe é muito importante na tomada de decisões mais seguras. (E)

Aumentar substancialmente a demanda para realização do TR é aspecto essencial a ser considerado na ampliação do acesso ao tratamento. Isso requer um investimento forte e sustentado em programas de educação voltados para a comunidade sobre o HIV. Além disso, é necessário intensificar o apoio para fortalecer os sistemas comunitários, a fim de aumentar a conscientização sobre a disponibilidade de regimes simples e de fácil tolerância, aumentar o acesso a opções de teste fácil de usar e reduzir atitudes estigmatizantes¹⁶.

A última atividade do módulo previu que o aluno construísse um fluxo de orientação de manejo do usuário com teste rápido reagente a ser aplicado na sua unidade de saúde, discutindo com sua equipe as potencialidades de um atendimento integrado e contemplando as possibilidades de rede de assistência da sua região. Os pontos explorados nos fluxogramas foram organizados em uma tabela junto com sua frequência (Tabela 2).

Do encerramento do módulo e até um mês após, disponibilizou-se um questionário com perguntas estruturadas e uma aberta para avaliar a percepção dos alunos sobre a intervenção educacional e a metodologia de ensino, visto que se empregou pela primeira vez a MP neste curso de especialização. A percepção de todos os alunos foi a de que essa metodologia de ensino facilitou a aprendizagem, que a organização do conteúdo facilitou a compreensão e que o módulo favoreceu a articulação entre teoria e prática. Essa metodologia ativa por sua essência é estimulante⁸, estando alinhada com a lógica das reformas curriculares que impõe desafios pedagógicos para a articulação da teoria com a prática⁹.

A existência da relação do conteúdo abordado com a prática profissional do aluno também foi avaliada, sendo que todos responderam que “sim, havia”, 13 responderam bastante e um respondeu pouco. Ao serem questionados se o módulo estimulou a ampliação da pesquisa sobre a temática do HIV, 11 responderam que sim, bastante; um respondeu que sim, pouco; e um respondeu que sim, muito pouco.

Tabela 2. Pontos descritos nos fluxogramas do manejo inicial dos usuários com teste rápido reagente na APS e a frequência com que apareceram na atividade

Ponto descrito no fluxograma	Frequência
1- Aconselhar pré-teste	6
2- Aconselhar pós-teste	11
Ponto descrito no fluxograma	Frequência
3- Qualificar a equipe de saúde	2
4- Notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	8
5- Solicitar exames laboratoriais de imagem	11
6- Agendar consulta médica	4
7- Encaminhar para o especialista	7
8- Tratar de forma compartilhada (especialista e APS)	3
9- Revisar situação vacinal	4
10- Investigar tuberculose	3
11- Realizar anamnese e exame físico	5
12- Convidar o companheiro para teste, se for o caso	1
13- Rastrear neoplasias	2
14- Investigar risco cardiovascular	3
15- Avaliar necessidade de anticoncepção	1
16- Manejar quadro emocional, se necessário	5

Considerações finais

A meta 90-90-90 promove a responsabilização da equipe de assistência, da comunidade e da gestão pública. Uma meta claramente articulada permite que os diversos atores possam identificar seus respectivos papéis e responsabilidades, acelerar o progresso e avaliar criticamente lacunas para poder acelerar a resposta rumo ao marco consensual de erradicar a epidemia do HIV até 2030².

O serviço de saúde de boa qualidade na linha de cuidado ao HIV é resultado da organização da vigilância, monitoramento da implementação e supervisão, coordenação, assistências técnicas políticas, normas técnicas e diretrizes¹⁶. Contudo, até mesmo nas realidades descritas em capitais, como a reportada em Porto Alegre, a percepção de profissionais e usuários ainda demonstrou a necessidade de repensar as práticas do TR em prol das necessidades dos usuários²³. Outra pesquisa nessa capital apresenta as capacitações em articulação com o apoio matricial como estratégia importante para a mudança do eixo da atenção ao HIV do serviço especializado para a APS²⁴. Assim, com a mudança nas formas de diagnósticos e na abordagem de tratamento na APS, a educação permanente em saúde é uma alternativa para auxiliar a conduzir esse processo cooperativamente.

Os resultados evidenciam que os alunos do módulo "Manejo inicial dos usuários com TR para HIV reagente" apresentam dificuldades de adoção desse instrumento na APS e de sua gestão clínica. Como foi um módulo optativo no curso de especialização, infere-se que os alunos se dispuseram a participar motivados pela busca de conhecimentos para modificar sua realidade de prática.

Os processos de investigação e de apreensão da realidade, bem como o desencadeamento e a avaliação das ferramentas metodológicas qualitativas, requerem dialogicidade, conhecimento reflexivo e compromisso com a realidade concreta, o que implica no reconhecimento efetivo do sujeito no objeto. É nessa perspectiva circular e dinâmica que a pesquisa-ação encontra ressonância e sustentação para a conquista de um novo espaço e/ou a conquista de um novo conhecimento no contexto da saúde²⁵.

Contudo, para atingir a meta 90-90-90 em 2030, é necessário realizar agora ações sem precedentes para impulsionar o início precoce da terapia antirretroviral. O retardamento do tratamento

possibilita que a epidemia continue avançando. Inspirada pelo progresso alcançado até agora, toda a comunidade global deve se comprometer a não perder essa oportunidade histórica de enfrentar a epidemia².

Nessa trajetória, vários obstáculos devem ser vencidos. Aproximadamente 130 mil pessoas infectadas pelo HIV no Brasil desconhecem seu estado sorológico. Além disso, apesar da atual redução do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento, estima-se que quase um terço dos pacientes vinculados ao serviço público continua sem tratamento. A análise das tendências nos indicadores relacionados à cascata de cuidado contínuo mostrou que, mesmo com alguns desafios, o Brasil está no caminho certo para colocar todos os pacientes que conhecem seu estado sorológico em tratamento e para alcançar os altos índices de supressão viral. A fim de avançar nesses resultados, é necessário continuar investindo em abordagens inovadoras e baseadas em evidências¹.

Apesar das limitações da amostra, que comprometem a generalização da pesquisa, a necessidade de refletir sobre a complexidade da revelação diagnóstica da infecção pelo HIV e o manejo inicial deste usuário são inquestionáveis. A formação permanente em saúde com o emprego de metodologias ativas pode ser uma alternativa para alcançar essa meta, tal como previsto em lei. Ao se questionar sobre como se percebe o emprego da MP na modalidade EaD, considera-se que o módulo cumpriu o seu papel ao orientar o aluno a observar a sua realidade e propor soluções viáveis que possam transformar a sua prática profissional no manejo inicial do usuário com TR reagente para o HIV na APS.

Contribuições dos autores

Ana Amélia Bones, Márcia Rosa da Costa e Silvio César Cazella participaram ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico HIV-AIDS. Da 27a à 53a semana epidemiológica - julho a dezembro de 2015 e da 01a à 26a semana epidemiológica - janeiro a junho de 2016 [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2 Jan 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf.
2. UNAIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS [Internet]. Genebra; 2015 [citado 2 Jun 2016]. Disponível em: http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
3. Conselho Federal de Medicina. Recomendação nº2/2016. Dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções [Internet]. Brasília; 2016 [citado 12 Dez 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/2_2016.pdf.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; 2002.

5. Moreira C, Monteiro S, Moreira COF. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1145-6.
6. Hoyos J, Belza MJ, Fernández- Balbuena A, Rosales-Statkus ME, Pulido J, Fuente L, et al. Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):791.
7. Tavares CMM, Queiroz PP. The pedagogical training of students in professional master's degree programs. *J Res Fundam Care Online*. 2014; 6(4):1313-20.
8. Berbel NAN. Metodologia da problematização: respostas de lições extraídas da prática. *Semina*. 2014; 35(2):61-76.
9. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3):371-8.
10. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesqui*. 2005; 31(3):443-66.
11. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Ed. UEL; 2012.
12. Bones AANS, Cazella SC, Costa MR. O Desafio da concepção de curso na modalidade de educação à distância para educação permanente através do uso da metodologia da problematização. *Renote Nov Tecnol Educ*. 2016; 14(1):1-9.
13. Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. *Rev Int Educ Adult*. 1998; 3(1-2):261-8.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 7a ed. Lisboa: Edições 70; 2007.
16. UNAIDS. Treatment 2015 [Internet]. Genebra; 2014 [citado 13 Maio 2016]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_en.pdf.
17. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2014; 58(1):e1-34.
18. Higa DH, Marks G, Crepaz N, Lyles CM. Interventions to improve retention in HIV primary care: a systematic review of U.S. studies. *Curr HIV AIDS Rep*. 2012; 9(4):1-13.
19. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Protocolo clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; 2016.
20. Oliveira MAN. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(5):585-9.
21. Ministério da Saúde (BR). The Brazilian response to HIV and AIDS [Internet]. Brasília; 2015. (Global AIDS Response Progress Reporting) [citado 2 Nov 2017]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf.
22. Motta LR, Vanni AC, Kato SK, Borges LGA, Spirhacke RD, Ribeiro RMM, et al. Evaluation of five simple rapid assay for potential use in the Brazilian National HIV testing algorithm. *J Virol Methods*. 2013; 194(1-2):132-7.

23. Carvalho FT, Both NS, Alnoch EM, Conz J, Rocha KB. Counselling in STD/ HIV/AIDS in the context of rapid test: perception of users and health professionals at a counselling and testing centre in Porto Alegre. *J Health Psychol.* 2016; 21(3):379-89.
24. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Phisis.* 2016; 26(3):785-806.
25. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: intersessões e intersectorialidades. *Rev Cienc Saude.* 2008; 1(1):9-23.

Bones AANS, Costa MR, Cazella SC. La educación para el enfrentamiento de la epidemia de VIH. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 1):1457-69.

El objetivo del estudio fue analizar la percepción de los médicos para construir nuevos saberes sobre el manejo inicial del usuario con test rápido reactivo para el VIH en la Atención Primaria de la Salud. La metodología de enseñanza utilizada fue la de la problematización en la modalidad de educación a distancia. Se trata de una investigación crítica en un proceso reflexivo realizada en un módulo educativo interactivo ofrecido en el curso de especialización de la Universidad Abierta del Sistema Brasileño de Salud - SUS/Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre (UNASUS/ UFCSPA). Los discursos se distribuyen en tres categorías de análisis: escenarios de práctica, atención integral y educación permanente. En el análisis, la percepción y el compromiso con la realidad, relacionados con la teorización, generan un plan reflexivo de conducta. De acuerdo con la meta 90-90-90, una de las expectativas es ampliar el diagnóstico; no obstante, es necesaria una lectura ampliada de la práctica de la revelación diagnóstica.

Palabras clave: Educación a distancia. VIH. Educación en salud.

Submetido em 07/02/17. Aprovado em 03/08/17.

