

TESTAGEM DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LIMITES E POTENCIALIDADES EM FORTALEZA, CE, BRASIL

Denise Zakabi¹

Resumo – O Ministério da Saúde tem recomendado a ampliação da testagem de HIV para a atenção primária. Este artigo buscou compreender como ocorrem a oferta e pedido de teste HIV, na atenção primária, a partir da perspectiva de profissionais de saúde de Fortaleza. Buscou-se analisar se há espaço para diálogo entre profissionais de saúde e usuários, tendo como perspectiva teórica a prática do acolhimento. Foram realizadas duas entrevistas com gestores e oito entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de Fortaleza e análise temática dos conteúdos. Segundo os entrevistados, há condições relacionadas à organização do trabalho que dificultam o atendimento e até impossibilitam a realização de aconselhamento durante o pedido de teste de HIV, além do estigma associado historicamente ao HIV. Os pedidos de teste anti-HIV são realizados rotineiramente quando relacionados aos programas de tuberculose, pré-natal e nos casos de DST. Em caso de recusa no pré-natal, os profissionais precisam se confrontar com dilemas morais entre informações técnicas e valores ético-políticos. Fora dos programas mencionados, há dificuldade de os profissionais oferecerem o teste pelo estigma associado ao HIV. Destacaram-se ações de educação em saúde criativas, voltadas para prática da prevenção às DST/aids, que favoreceram a formação de vínculo entre profissional de saúde e usuário e demanda pelo teste de HIV. Nesse sentido, o incentivo para ações criativas e a formação continuada dos profissionais de saúde mostra-se importante para lidar com as limitações encontradas.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Aconselhamento; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Criatividade.

INTRODUÇÃO

A ampliação da testagem HIV, com a prática do aconselhamento, tem sido estimulada pelo Ministério da Saúde brasileiro, desde 1997, visando ao diagnóstico precoce e ao controle da epidemia (BRASIL, 2004).

Apesar de contornos da epidemia de HIV e aids terem se delineado para o crescimento para população em geral, com visível crescimento entre mulheres e pessoas de relacionamento heterossexual e estável, a ampliação da testagem tem esbarrado no limite da associação do HIV ao estigma de grupos historicamente discriminados, como homossexuais e trabalhadores do sexo (ZAKABI, 2012). Segundo Goffmann (2008), “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (p. 11) e considera que uma das formas de estigma é associada às “culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas” (p. 12) e cita como exemplo a homossexualidade e o vício.

Revisão de documentos normativos e estudos internacionais relacionados ao aconselhamento para a testagem anti-HIV realizada por Obermeyer e Osborn (2007) mostram que a cobertura de testagem anti-HIV é baixa, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, e discutem sobre

¹ Mestra pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Doutoranda pelo Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: denise-z@usp.br

a necessidade de se expandir a testagem anti-HIV para a população geral, ampliar ações de prevenção à infecção pelo HIV e diminuir o estigma. Entretanto, alguns estudos alertam para a necessidade de a preocupação coletiva com a epidemia de HIV não sobrepujar os direitos individuais.

O sistema de saúde do Ceará tem sido precursor em iniciativas inovadoras, como a Estratégia Saúde da Família e a incorporação de agentes comunitários de saúde, as quais têm sido reconhecidas e priorizadas por ações do Ministério da Saúde. Entretanto, a implantação da Estratégia Saúde da Família não é garantia de inovação em ações, segundo estudo de avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/aids numa Unidade de Saúde da Família em São Paulo, comparando o perfil tecnológico da Unidade de Saúde da Família com as tradicionais Unidades Básicas de Saúde (FERRAZ e NEMES, 2009). Segundo o estudo mencionado, as Unidades não se diferenciavam: o cuidado médico individual centraliza e determina o trabalho e a prevenção às DST/aids reduz-se a orientações prescritivas.

O Ceará também tem se destacado por ações de educação popular em saúde, como o programa municipal Cirandas da Vida (DANTAS, 2009), no qual educadores populares em saúde favorecem o diálogo intersetorial dentro do sistema de saúde. Ações como essa se caracterizam pela ampliação do diálogo e pela criatividade.

Este artigo buscou compreender se, para a testagem de HIV, também se refletiram essas ações criativas no cotidiano da atenção primária à saúde, de forma a superar as limitações trazidas pelo estigma do HIV e se aproximar de uma prática acolhedora. Para isso, buscou-se conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde em relação à testagem de HIV: há espaço para diálogo entre profissionais de saúde e usuários, quando há discordância de posições, são buscadas alternativas e soluções criativas?

Para este artigo, toma-se o conceito de acolhimento de Teixeira (2005) como uma técnica de conversa, um diálogo que visa à identificação e à compreensão das necessidades do usuário, com elaboração e negociação dos modos de satisfazê-las, ampliando seus encontros em uma rede de conversações, de profissionais e de serviços de saúde. Cabe ressaltar que a realização do acolhimento nestes termos não depende somente de características individuais dos profissionais, mas também de condições que possibilitem esta prática. Trazer esta questão como um imperativo moral ou individualizá-la como uma questão do caráter do profissional pode levar ao adoecimento dos profissionais, que podem se sentir frustrados e impotentes por não encontrarem condições para implantar a prática do acolhimento. Quando a equipe do serviço assume o desafio de implantar a técnica do acolhimento no cotidiano de suas práticas, é obrigada a colocar em análise o processo de trabalho, a organização institucional e a divisão de poder, relacionada aos papéis e à relação entre gestor e trabalhadores.

Também baseia-se no conceito de criatividade de Moreno (1959), que a considera como uma resposta nova a determinada situação.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste artigo, foram estudados dois Centros de Saúde da Família, com estrutura parecida física e de número de profissionais, porém, com algumas características diferenciadas: população adscrita, parceria com uma ONG que cuida de crianças que vivem com HIV e local para realização do teste anti-HIV dentro da própria unidade de saúde. Nas duas unidades, os casos de pacientes com diagnóstico positivo para HIV são encaminhados para um hospital de doenças infecciosas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para compreender a perspectiva dos profissionais de saúde: duas com gestores e oito com profissionais de saúde, médicos e enfermeiros. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro que tratava dos seguintes temas: formação; condições estruturais para aconselhamento; narrativas de casos de pedido e comunicação de resultado de teste anti-HIV. As entrevistas foram gravadas e foram registradas impressões das entrevistas com o consentimento dos entrevistados (SCHRAIBER, 1995). Estas foram transcritas pela pesquisadora e submetidas à análise temática (MINAYO, 2008). Foram delineados os seguintes temas de análise: contexto do trabalho; as principais situações de pedido e comunicação do resultado de testagem de HIV. Foram tomados os cuidados éticos quanto ao sigilo e à privacidade das identidades dos entrevistados e das pessoas mencionadas; por fim, situações criativas do cotidiano, que promoveram a testagem de HIV, ao superarem o estigma associado.

Apesar das diferenças de estrutura dos Centros de Saúde, os discursos dos profissionais sobre a perspectiva em relação à testagem de HIV foram parecidos, por isso, sua análise foi realizada de maneira conjunta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Começaremos a descrever os pontos que facilitam e dificultam seu trabalho, de maneira geral, levando em conta que são aspectos contextuais que fazem parte do pedido e da comunicação de resultado do teste anti-HIV, relacionam-se com o acolhimento nos serviços e podem ser condições favorecedoras de ações criativas.

Os profissionais entrevistados mencionaram questões relacionadas à pobreza, como falta de saneamento básico, lugares para lazer e cultura, associadas à maior vulnerabilidade da população a agravos da saúde. Os atendimentos mais mencionados se relacionam com o pré-natal, controle da diabetes e pressão alta, prioridades da Estratégia Saúde da Família. O HIV e a aids não aparecem como uma das principais necessidades da população.

Algumas características dos serviços foram elencadas como facilitadores para o trabalho, de maneira geral: ter um número de profissionais no serviço diversificado e considerado suficiente para um bom atendimento, incluindo o ACS; firmar parcerias com universidades, de forma a receber

estudantes e supervisioná-los, favorecendo a formação continuada dos profissionais, pelo contato com professores das universidades e maior possibilidade de realização de cursos de aperfeiçoamento.

Contrapostos a essas características, foram elencados elementos dificultadores para o trabalho: grande demanda; falta de estrutura física, como salas e computadores rápidos para envio de dados de atendimentos; sobrecarga de trabalho; falta de profissionais. Em um dos Centros, o horário de atendimento era restrito, por ser considerada uma área perigosa, por haver violência ao redor. Profissionais comentavam que colegas haviam sido assaltados. Em outro Centro, foi mencionada a “politicagem”, a influência de vereadores na autonomia do processo de trabalho das UBS e a indicação política para profissionais na unidade. Alguns profissionais relataram dificuldades na referência e contrarreferência: embora os profissionais da UBS devam solicitar informações sobre os procedimentos em relação ao cuidado de pacientes acompanhados em outros serviços, para a coordenação do cuidado, dificilmente conseguem resposta.

As condições mencionadas como limitadoras do trabalho podem dificultar ou impossibilitar a prática do aconselhamento para a testagem de HIV, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), pois este demandaria a dedicação de um tempo suficiente de conversa com o usuário e um espaço de apoio para profissionais de saúde, como reuniões de equipe, para troca de experiências e discussão de casos. Ainda, segundo França Junior e Ayres (2003), há uma relação entre violações de direitos humanos e piores índices de saúde das populações.

Segundo os profissionais entrevistados, especificamente sobre ações relacionadas ao HIV, para garantir a informação e consentimento pré-testagem, há um consentimento escrito especialmente para a testagem anti-HIV, o que é considerado como um “mistificador” do exame por alguns profissionais e atrapalha sua naturalização. Ainda, segundo eles, há um profissional de saúde que é responsável pelo cuidado nesse tema, no caso das duas UBS estudadas, uma enfermeira.

Uma diferença entre Fortaleza e São Paulo foi a presença mais visível e citada da Coordenação Municipal de DST/aids de Fortaleza nos discursos dos profissionais da atenção básica, ao mencionarem capacitações oferecidas por esta, e nas UBS, pela presença de cartazes informativos.

Os profissionais também mencionaram uma capacitação relacionada às DST/aids oferecida pela Prefeitura, na qual são convidados a participar os representantes responsáveis pela área de DST/aids de cada UBS. É recomendado que os profissionais capacitados repassem os conteúdos da capacitação para outros profissionais da UBS nas “rodas de gestão”, momentos nos quais os profissionais se encontram para discutir temas e questões relevantes da UBS. Estas “rodas” podem ter periodicidade variada entre uma semana e um mês.

A seguir, serão apresentadas as principais situações que facilitam e dificultam o pedido de teste de HIV.

Condições para pedidos protocolares de teste de HIV

O teste de HIV é rotineiramente pedido dentro dos protocolos dos programas de pré-natal, tuberculose e DST.

O oferecimento rotineiro do teste anti-HIV durante o pré-natal e os procedimentos decorrentes quando o exame é positivo têm o potencial de reduzir a ocorrência de novos casos de HIV e, conforme dados do Boletim epidemiológico de aids de 2015, este procedimento vem sendo efetivo, pois houve uma redução na transmissão vertical de 33,3% de 2005 a 2014 no país (BRASIL, 2015).

Para alguns profissionais, as gestantes podem se diferenciar de outros casos previstos em protocolos, por ela ter o dever de realizar os exames, independente de sua vontade, pela preocupação com o feto. Não se trata de uma postura “acolhedora” pensando no “acolhimento”, conforme mencionado na introdução, desenvolvido por Teixeira (2005), por interromper o diálogo e a escuta do sujeito e colocar em dúvida os seus direitos. Como ilustrado pela fala de uma médica:

O paciente de TB [tuberculose], eu acho que ele tem esse direito de escolher ou não fazer o anti-HIV. A gestante eu acho que ela não tem muito esse direito, porque não é só a vida dela que tá em risco, sabe?

Essa médica diferencia o paciente de tuberculose, identificado como homem e a paciente gestante, o que nos faz pensar que, por certo aspecto, os homens têm mais autonomia sobre sua própria saúde, para poder afirmar ou recusar determinados procedimentos. No entanto, normas do Ministério da Saúde recomendam o direito das mulheres de receberem informações sobre o teste anti-HIV e poderem recusá-lo (BRASIL, 2005). Estudo de Silva e Ayres (2009) sobre estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais mediante entrevistas com profissionais de saúde de serviços especializados em DST/aids em São Paulo e observação de grupo focal com usuários, viveram um resultado semelhante. No caso de crianças em risco de serem infectadas pelo HIV, os profissionais podem fechar as possibilidades de escolha do paciente. Eles podem agir de maneira autoritária e abrir mão da busca de soluções compartilhadas.

Uma enfermeira trouxe uma narrativa mais acolhedora, dentro da perspectiva deste trabalho. Uma gestante ficou com receio em realizar o teste anti-HIV, por se considerar em risco para a infecção, por ser usuária de drogas injetáveis e, após argumentação da enfermeira sobre cuidados em relação a sua própria saúde, a possibilidade de tratamento e a prevenção de infecção para o bebê, a usuária aceitou realizá-lo.

Teve uma que eu perguntei se ela queria fazer, ela parou assim: “Posso pensar?” “Pode, você pode pensar.” Mas aí eu comecei a falar da importância. Ela falou: “É porque eu tô com muito medo.” Porque ela até falou que não tinha bem certeza de quem era o pai do filho dela. Ela era usuária de drogas, tinha até um fator de risco, de drogas injetáveis. [...] Ela sentiu receio em realizar o exame, mas aí eu comecei a falar que já existe o medicamento, o quanto antes ela usar, existe a diferença entre se ter o vírus e se ter a doença, né? E a questão do bebê também pra prevenir que o bebê venha a ter. Então depois que eu argumentei com ela, ela se sentiu mais tranquila e resolveu fazer o exame. E não deu, nos retornos depois, graças a Deus não

deu positivo. Foi um caso assim que eu lembrei, por conta que quando eu solicitei o exame, eu vi no olhar dela que ela realmente tava com muito medo.

Esta enfermeira teve uma postura “acolhedora”, sob uma perspectiva aberta e não julgadora ou prescritiva, ao buscar compreender os medos da paciente em realizar o teste anti-HIV, oferecer-lhe informações técnicas sobre o tratamento, em linguagem acessível e mostrar preocupação com o cuidado de sua saúde e do bebê.

Um caso no qual houve oferecimento de testagem anti-HIV no pré-natal foi relatado por uma médica de Fortaleza: uma paciente evangélica, gestante, em torno de 25 anos, se recusou a fazer o teste anti-HIV, mesmo com a insistência da médica e esta respeitou esta decisão:

Só que eu já atendi uma gestante que ela disse: “Não, eu não quero fazer.” Aí eu perguntei por que ela não queria fazer. Ela disse que porque achava que não tinha necessidade, que ela tinha certeza que ela não tinha e que o marido dela também não. Então ela não quis fazer. [...] Você fica assim, eu, eu, eu [parece demonstrar espanto e nervosismo], depois, assim, eu tentei perguntar porquê ela não queria fazer, que não tinha problema. Aí ela reafirmou que não, que achava que não era necessário. Aí assim, eu fiquei, você fica um pouco assim, porque você sabe que na verdade todo mundo pode ter risco, se você tem relação, se você tem, principalmente, tava grávida, então, todo mundo tem risco. Então na verdade seu desejo é que o paciente faça.

Destacamos que esta paciente se recusou a realizar somente o teste anti-HIV e não os outros, o que remete ao simbolismo da aids ligado ao estigma e discriminação. Pode ser que os outros testes não tenham sido informados com detalhamento, já que não há um termo de consentimento específico, como o teste anti-HIV. Apesar de a médica desejar que a usuária fizesse o teste anti-HIV, pela informação técnica de que qualquer pessoa que faça sexo sem preservativo pode estar em risco, respeitou sua decisão sobre não realizá-lo. Observamos, no entanto, sua dificuldade, pois ela teve de se confrontar com um dilema moral: como lidar com os interesses individuais da paciente, os do futuro bebê e a preocupação coletiva em conter a epidemia de HIV? O saber técnico, ao ser operado nos casos concretos, gera conflitos e tensões, que mobilizam núcleos afetivos e exigem respostas construídas singularmente em cada encontro. Segundo Schraiber (1997), todo ato médico envolve uma decisão pessoal na aplicação do conhecimento, expressando-se como trabalho reflexivo.

Dificuldades para oferecer o teste de HIV

Fora dos pedidos protocolares, os profissionais de saúde consideram difícil oferecer e pedir o teste de HIV, pelo estigma mencionado anteriormente associado ao HIV e à aids. Alguns profissionais demonstraram claramente um estranhamento acerca do pedido se não houver um diagnóstico de DST ou uma situação de risco de infecção pelo HIV explicitada pelo paciente e por isso preferem não oferecer o teste anti-HIV de maneira geral.

As pessoas procuram mesmo aqui é pra, eles querem fazer o que chamam de um *check-up* geral [...]. Aí nesse caso a gente solicita os básicos mesmo, hemograma, glicemia, colesterol total. Aí

em alguns casos a gente vê, nota algum, algum comportamento que possa, enfim, durante a consulta, que a gente acha que a pessoa precisa fazer outros exames, a gente oferta os exames anti-HIV, VDRL, pra hepatite, todos esses.

É estranho você sugerir pra alguém, porque sempre tá ligado a uma exposição de risco, então você olhar pra cara da pessoa e por nenhum motivo você dizer isso? Quer fazer o anti-HIV? Você não quer não? Não tem sentido. Eu acho que é pessoal também. Cada um quer cuidar da sua saúde. Eu acho que tá tão difundido, assim, que existe a doença, que ela tá aí, existe um exame disponível em todo canto, onde chega, você faz, em qualquer posto de saúde você chega e esse exame é solicitado, que não tem sentido a gente estar coagindo ou, sei lá, convencendo ninguém a fazer o exame, é pessoal. Eu não obrigo ninguém a fazer o exame de diabetes. Ninguém tem a obrigação de saber.

A médica, por essa fala, pressupõe que todos já tivessem informação sobre a testagem anti-HIV e se sentissem à vontade para pedi-lo, não se vendo na responsabilidade de quem deve disseminar estas informações e checar sua existência e pertinência. Ela associou “oferecer” a “coagir”, possivelmente pelo receio associado ao teste de HIV. Esta fala ilustra as dificuldades relacionadas ao exame anti-HIV, relacionadas, historicamente, aos chamados “grupos de risco” e ao conseqüente estigma e discriminação daqueles identificados com este grupo. Um exemplo de comportamento que parte dos profissionais considerara necessário para a oferta do exame anti-HIV são a infidelidade e relações sexuais com parceiros eventuais desde que espontaneamente relatados. Destacamos que, dos casos relatados, os usuários se sentiram à vontade para expor temas íntimos como desconfiança do parceiro e múltiplas parcerias, pela confiança que depositavam nos profissionais e abertura para o diálogo a partir de programas do serviço.

Esses relatos indicam dificuldades para conversar sobre alguns temas relacionados a valores ético-políticos como a sexualidade e as relações de gênero, que podem ser dificultadores para o processo de testagem anti-HIV. Uma das profissionais entrevistadas neste estudo relata uma projeção de seus valores, que pressupõe que as usuárias compartilhem, o que resulta em uma dificuldade para ação. Imaginando a possibilidade de ter de comunicar um resultado positivo para uma gestante, projeta a dor que sentiria ao ter um relacionamento em que a infidelidade poderia estar presente:

Na minha opinião, ainda que eu oriente a pessoa dizendo o que é a doença, como você adquiriu, que a gente tem condições de ajudá-la, no tratamento da saúde dela e do filho dela, mesmo eu explicando tudo isso, eu ainda vou, caso o resultado venha a ser positivo, mesmo sem ser a intenção, eu desestruturo a mulher, a família, como um todo. Porque eu não sei se a mulher quer saber. Vai que ela tenha o filho, e se ela não soubesse, o filho dela morrer, ela nunca saiba porquê foi, ela ficou casada, nunca desconfiou do marido, ela não separou. E às vezes a gente fala isso, a mulher deixa de amar o companheiro, o companheiro não entende. Então até que ponto o aconselhamento é bom pra mulher. [...] O que eu questiono é a estrutura. Ainda que a gente tenha a referência e a contrarreferência bem-estabelecida e que seja fácil e rápida, tudo, mas eu faço juízo por mim, eu não iria querer saber. Vou ser bem sincera, eu não gostaria de saber.

A profissional, no entanto, coloca seus valores morais relacionados à infidelidade do parceiro e desestruturação de uma família à frente de seu dever profissional, qual seja, realizar o aconselhamento

com todas as gestantes, e perguntar a ela se ela quer saber. O diálogo e abertura para o tema são necessários para que as mulheres possam realizar escolhas que favoreçam sua felicidade e bem-estar, de maneira emancipada. Privar as mulheres da possibilidade de escolha é uma violação de seu direito à saúde.

Um estudo (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999) realizado em uma UBS de São Paulo analisou a observação de 16 grupos voltados para mulheres, totalizando 115 mulheres, coordenados por profissionais de saúde também mulheres. Segundo este estudo as profissionais “compartilham de alguma maneira a experiência de ser mulher na cidade de São Paulo”, expostas às mesmas normas e expectativas sociais hegemônicas para os gêneros. As profissionais oscilaram entre o discurso epidemiológico de recomendar o uso do preservativo em todas as relações e a identificação com os valores morais das usuárias e sua dificuldade em negociá-lo com seus respectivos parceiros.

Acrescentaríamos que, assim como é difícil prescrever o uso do preservativo para mulheres adultas casadas, também é difícil oferecer o teste anti-HIV, porque ambas as ações remetem ao imaginário sobre sexualidade e infidelidade, assuntos que podem ser considerados invasivos e desconfortáveis. Compreendemos que esta dificuldade em discutir questões de gênero pode refletir uma carência na formação dos profissionais em se voltar para aspectos sociais e afetivos, além dos aspectos biomédicos da assistência à saúde.

Situações criativas que favorecem o pedido do teste de HIV

Como forma de burlar o estigma associado ao HIV, os profissionais de saúde mencionaram soluções criativas, para discutir a prevenção às DST/aids com os usuários, o que, em alguns casos, teve como decorrência o aumento da demanda pelo pedido de teste de HIV. Uma das condições facilitadoras dessa criatividade foi uma capacitação pela Prefeitura, pela qual esses profissionais passaram. Outra condição, já mencionada anteriormente, é a parceria com universidades, quando os profissionais são supervisores de estudantes. Por fim, destaca-se a formação desses profissionais, não necessariamente oferecida pelos serviços, que os estimula a criarem o diferente, por exemplo, cursos de especialização e mestrado.

Um relato de uma médica mostra uma possibilidade de discussão sobre uso de preservativo na Atenção Básica, em um grupo de prevenção às DST/aids, organizado por ela como parte de atividade de ensino do PET – Programa de Educação Tutorial:

A gente fez uma atividade no 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids. A gente fez aqui na unidade, a gente foi na comunidade, fizemos distribuição de preservativos, de panfletos. Fizemos aqui na unidade, na sala de espera exposição. Mostramos o uso correto do preservativo. Falamos do preservativo feminino. Foi transmitido pra eles formas de contágio, como era a doença, falado um pouco sobre o tratamento, tudo e a gente levou pra comunidade também e a gente sempre tenta deixar aberto pros pacientes, quem quiser é só solicitar, tá aberto, qualquer pessoa pode fazer. Eu sempre digo isso pros pacientes, de uma maneira geral.

[...] Uma outra vez eu fiz uma atividade com um grupo de adolescentes aqui no posto. A gente reuniu esse grupo de adolescentes, que era um grupo que participava de um grupo no CRAS, que era no Centro de Referência e Assistência Social e a gente pediu que eles escolhessem um tema. E eles escolheram DST e eu e uma dentista, a gente fez uma palestra pra eles sobre eles. A gente conseguiu álbum seriado, preservativo e a gente conversou. Foi bem legal, uma conversa mesmo, onde a gente explicou várias coisas. E aí falamos do HIV, do uso correto da camisinha. Deixamos a unidade de saúde aberta pra eles, que qualquer coisa que eles quisessem, podiam vir aqui, que tava aberto pra solicitação de exames, e a dentista falou também da DST na boca, através do sexo oral. Foi bem legal.

Destacamos que essa atividade buscou esclarecer usuários sobre a utilização do preservativo e o acesso aberto a todos da testagem anti-HIV no serviço de Atenção Básica, de maneira interdisciplinar.

Um enfermeiro relatou uma outra ação diferenciada, a recomendação de preservativos para um grupo de idosos:

Foi no Dia da Vacina, a gente trabalhava com várias atividades, dentre elas, DST/aids. Então entravam dez idosos, depois saíam e entravam mais dez. E assim, a participação foi quase 100% deles. Perguntar, tirar dúvidas, a história do uso da camisinha, a gente fez uma demonstração de maneira bem cômica, pegava o cabo de vassoura, a colega, a gente brincava assim: “Como você tá?” A questão da ereção: “Como tá a ereção de vocês? Tá assim, tá assim ou tá assim?” [para baixo, para frente ou para cima] Foi bem legal a participação deles [...] é uma pessoa que já trabalha com eles, com terapia comunitária, com extramuros, com vacinação, então você tem a confiança deles.

Esse grupo mencionado ocorria por iniciativa do próprio enfermeiro, como parte de uma formação nesse tipo de terapia. É possível também que o idoso se sentisse mais à vontade por ser um profissional homem, como relatado por outros profissionais. Essa ação é particularmente importante, pois se verifica um aumento importante dos casos de aids em idosos nos últimos anos e diagnóstico tardio entre essa população. A proporção de diagnóstico tardio entre idosos chega a ser três vezes maior do que a observada entre a população jovem de 18 a 24 anos, em outubro de 2015 (11,9% e 38,1%, respectivamente), segundo o boletim epidemiológico de 2015 (BRASIL, 2015). Devido a esse aumento, o Ministério da Saúde lançou uma campanha de prevenção voltada para pessoas idosas. Graças ao vínculo formado durante o grupo de idosos, um idoso se sentiu à vontade para pedir o teste anti-HIV para esse enfermeiro. É possível também que o idoso se sentisse mais à vontade por ser um profissional homem, como relatado por outros profissionais.

Bem interessante, uma vez eu tava no consultório, chegou um senhor preocupado, já até com Viagra no bolso, ele mostrou. Ele viu na TV, foi na época que teve aquela campanha do HIV em idoso, que agora mudou a questão da faixa etária. Ele ficou preocupado, assistiu a propaganda e viu, pediu conselho, porque ele tinha saído com uma menina mais nova e não tinha usado nada. “Tudo bem, a gente solicita aqui, o senhor faz pra tirar esse peso na consciência, né?”

Por fim, destaca-se uma ação em um Centro com um programa para a saúde do homem, onde há um questionário com perguntas sobre a vida sexual dos usuários, número de parceiros e uso de preservativo, por iniciativa de um médico, interessado por esse tema de pesquisa.

Às vezes chegam homens aqui que eles relatam que têm relação extraconjugal e que não usam camisinha. E que desejariam fazer o exame. Então a gente: “Então vamos fazer.” Porque no

grupo de saúde do homem que eu trabalho na sexta-feira, a gente costuma preencher um questionário de saúde do homem. Aí nesse questionário vem dados assim: “Idade, profissão, nível de escolaridade, queixas relacionadas à disfunção erétil, ejaculação precoce.” E tem uma parte do questionário que pergunta exatamente isso: “O senhor tem parceiro fixo? Usa camisinha?” Quando já diz que não, ou quando tem várias parceiras, ou parceiros, enfim, aí a gente oferta o exame, nesse de saúde do homem é até um pouco mais fácil, porque a gente já vai direcionado pra isso.

Pelo relato, haver questões sobre parceiros sexuais e uso do preservativo em um questionário padronizado facilita a abordagem, pois introduz a questão na conversa, de forma rotineira, e enriquece a anamnese tradicional, sem parecer aos profissionais intromissão indevida ou questionamentos morais sobre o comportamento dos usuários. A mudança da técnica de conversa acaba por mudar o conteúdo do trabalho, desde que os profissionais sejam devidamente treinados e, preferencialmente, possam receber acompanhamento em suas ações.

Essas duas últimas iniciativas mostram possibilidades de ampliação de atendimentos para homens que, por certo aspecto, apresentam maior autonomia para decidir sobre a realização da testagem anti-HIV e, por outro aspecto, frequentam menos os Centros de Saúde e recebem menos cuidados, com menor insistência do profissional de saúde sobre a testagem anti-HIV, diferentemente do que ocorre com as gestantes, quando há maior mobilização por parte dos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da orientação política de descentralização do aconselhamento e testagem para o HIV dos serviços especializados, no sentido de sua disseminação e oferecimento universal pela rede de serviços de Atenção Primária à Saúde, essa prática encontra obstáculos relacionados a dificuldades estruturais, organização do trabalho e aspectos ético-políticos. Este estudo pode evidenciar a expressão dessas dificuldades, a partir do depoimento dos profissionais de saúde em que se realizam ou não os pedidos do teste, ao mesmo tempo que mostra alguns elementos que podem favorecer o pedido do teste.

Os profissionais relataram dificuldades estruturais, como pouco tempo para a consulta devido à alta demanda, falta de profissionais, de estrutura física adequada para consultas e coerção por políticos. Dentro dessas limitações, os profissionais relataram que não oferecem o teste anti-HIV de maneira ampla, a não ser nos casos previstos em protocolos, com a justificativa de não estigmatizar usuários, associando-os a comportamentos moralmente reprováveis como infidelidade e promiscuidade.

Destacamos a dificuldade dos profissionais em lidar com a afetividade como obstáculo para realização da prática do acolhimento e, particularmente, do aconselhamento, principalmente o receio e falta de interesse em conversar sobre temas de foro íntimo, como a sexualidade, as relações conjugais e a infidelidade.

Quando questões sobre a sexualidade dos usuários fazem parte de protocolos do serviço de saúde, incluindo o uso de preservativo, os profissionais de saúde consideram a abordagem tranquila e

não invasiva. Observamos, no entanto, que não basta inserir um protocolo padronizado para testagem anti-HIV de maneira geral para haver a prática do aconselhamento nos serviços, pois poderia se tornar apenas mais um procedimento burocrático.

Apesar dessas dificuldades mencionadas, destacamos algumas inovações criativas trazidas pelos profissionais para divulgar a testagem de HIV e fazer emergir sua demanda pelos usuários, ampliando assim a prática do acolhimento. Conversas sobre sexualidade em grupos não abrangidos pelos pedidos contidos nos protocolos do pré-natal e tuberculose possibilitaram reflexão nos usuários sobre sua situação de risco e a procura por um profissional de sua confiança para demandar o teste anti-HIV. É importante que atividades inovadoras como essa possam ser divulgadas, para mostrar como é possível exercer a criatividade, diante de condições adversas. Destacam-se a importância da formação continuada dos profissionais de saúde e o estímulo para que se aprimorem, pois estas foram condições facilitadoras para essa criatividade.

Por fim, sugerimos que espaços contínuos para discussão de casos contribuiriam para apoiar os profissionais quando tiverem de lidar com dilemas éticos e morais, motivos de grande mobilização afetiva. Dessa maneira, os profissionais poderiam se sentir apoiados para realizar a prática de acolhimento e, particularmente, de aconselhamento.

HIV TESTING AND COUNSELING IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE PROFESSIONALS' POINT OF VIEW: A CREATIVE EXPERIENCE IN FORTALEZA, BRAZIL

Abstract - Brazilian Ministry of Health has currently recommended the expansion of HIV testing for Primary Health Care. This research aims to analyze HIV testing and counseling, from the professionals' point of view. We describe how the decision for testing happens, the subjects prioritized and affections emerging. Semi-structured interviews were conducted with two managers and eight health professionals from Fortaleza, Brazil. Thematic content analysis was performed. According to the professionals, provider-initiated HIV testing is performed routinely, related to tuberculosis programs, prenatal care and STD cases. When pregnant women refuse HIV testing, professionals must be confronted with moral dilemmas between technical and ethical-political values. Besides health programs, provider-initiated HIV testing are rare, because of stigma associated with HIV. Standardized questionnaires and discussion groups about sexuality may encourage HIV testing for populations discovered by routine offering. We recommend, for improving HIV testing and counseling, the incentive to creative actions, supervision and continued education.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome. Counseling; User Embrace; Primary Health Care; Creativity.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília (DF): 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília (DF): 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico HIV Aids*. Ano IV - nº 1 da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014. Ano IV - nº 1 da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília (DF): 2015.
- DANTAS, V. L. A. *Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza-CE*. Fortaleza, 2009. 323 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2005.
- D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. cap. 15. p. 281-296.
- FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. 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*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S240-S250, 2009.
- FRANÇA JUNIOR I., AYRES, J. R. C. M. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003. Cap. 5, p. 63-69.
- GOFFMANN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): LTC, 2008.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª edição. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
- MORENO, J. L. *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo (SP): Mestre Jou, 1959.
- OBERMEYER, C. M.; OSBORN, O. M. The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Public Health*, v 97, p 1762-1774, 2007.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativa em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, v 29, n 1, p 63-74, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface (Botucatu)*, v 1, n 1, 1997.
- SILVA, N. E. K.; AYRES, J. R. C. M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25, n 8, p 1797-1806, ago, 2009.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 10, n 3, p 585-597, 2005.
- ZAKABI, D. *Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde*. São Paulo, 2012. 129 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01032013-110545/publico/DeniseZakabi.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.