

Artigo original

ENCONTROS E CONVERSAS DURANTE A TESTAGEM ANTI-HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SÃO PAULO

MEETINGS AND CONVERSATION DURING HIV TESTING IN PRIMARY HEALTH CARE IN SÃO PAULO

Denise Zakabi¹, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira², Ricardo Rodrigues Teixeira³

RESUMO

O Ministério da Saúde tem recomendado a ampliação da testagem de HIV para a atenção primária, sob a perspectiva da análise de vulnerabilidade. Este estudo teve como objetivo compreender a perspectiva dos profissionais de saúde da atenção primária em relação ao pedido e à comunicação do resultado de teste anti-HIV na cidade de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, buscando profissionais que tivessem participado de alguma maneira dos encontros nos quais ocorreram o pedido e a comunicação de resultado de teste anti-HIV, em dois serviços de atenção primária em São Paulo, com estrutura física, produção assistencial e população adscrita diversas. Foram realizadas duas entrevistas com gestoras e nove com profissionais de saúde: quatro médicos, quatro enfermeiras e uma agente comunitária de saúde. Nenhuma das enfermeiras entrevistadas comunicou resultado positivo para HIV. Dos quatro médicos entrevistados, apenas um comunicou resultado positivo. As entrevistas foram divididas em categorias de análise e submetidas à análise temática. A análise dos relatos dos entrevistados indicou que os profissionais demonstraram constrangimento em oferecer a testagem anti-HIV, exceto para casos com protocolos pré-estabelecidos, por temerem represália do usuário pelo estigma associado à aids. Destacou-se a prioridade do oferecimento da testagem para alguns grupos, particularmente: jovens, trabalhadores do sexo e homossexuais. Há, assim, um distanciamento entre o que é recomendado pelo Ministério da Saúde e a prática da atenção primária, demonstrando a necessidade de supervisão e educação continuada para maior conjugação entre a teoria e a prática.

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

ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health has recommended the expansion of HIV testing for all users in Primary Health Care. This study aimed to understand the perspective of primary health care professionals regarding the request and the reporting of the HIV test result in the city of São Paulo. Semi-structured interviews were conducted with professionals who have participated in the request and the reporting of HIV test results, in two primary health care services in São Paulo with different infrastructure, care production, and attached population. Two interviews were conducted with managers and nine with health professionals: four physicians, four nurses and one community health agent. None of the nurses interviewed reported a positive HIV test result. Out of the total of four physicians interviewed, only one reported a positive HIV test result. The interviews were divided into categories of analysis and submitted to thematic analysis. The analysis of the interviewees' reports indicated that the professionals showed a constraint in offering a HIV testing, except for the cases with pre-established protocols, for fear of user reprisal due to stigma associated with AIDS. The priority of offering the test to some groups, particularly young people, sex workers and homosexuals, was highlighted. There is, therefore, a gap between what is recommended by the Brazilian Ministry of

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

² Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Medicina Preventiva e Docente do Curso de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. E-mail: aflolive@usp.br

³ Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutor em Medicina Preventiva e Docente do Curso de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. E-mail: ricarte@usp.br

Health and the practice of primary health care, demonstrating the need for supervision and continuing education to a better combination of theory and practice.

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

INTRODUÇÃO

A atenção primária tem se estruturado como porta de entrada e elemento ordenador da rede de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2005). A unidade básica de saúde pode desenvolver uma assistência integral e ao mesmo tempo inovadora, por propiciar espaços para emergir questões assistenciais relacionadas a necessidades de saúde complexas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Desde 1997, o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 1998) busca ampliar a testagem do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), descentralizando-a de serviços especializados para serviços que atendam a população em geral. Visava, daquela forma, à prevenção primária do HIV e à adesão ao tratamento. Desde 2004, o referido Ministério tem publicado materiais específicos sobre o aconselhamento para a atenção primária à saúde.

Como indicado pelo Ministério da Saúde, o aconselhamento é

[...] um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids. (BRASIL, 2004a, p.7).

Pupo e Ayres (2013) analisaram as definições de aconselhamento do Ministério da Saúde desde 1988 até sua última versão para atenção básica em 2005. Inicialmente, era concebido como procedimento diretivo, que visava fornecer informações e alcançar mudanças de comportamento. Em sua última concepção, citada em parágrafo anterior, o aconselhamento passou a ser concebido como um processo, não mais centrado em um problema, mas na pessoa que busca ajuda. Apesar das mudanças, essa concepção de aconselhamento define objetivos dissonantes e configura um impasse: mistura metas comprometidas com o plano individual, focadas no cuidado singular, e metas coletivas, focadas no combate à epidemia de aids. Os autores consideram que, para o aconselhamento conseguir alcançar seus objetivos, deve ser uma ação inserida em uma estratégia ampla de prevenção e assistência, formada por intervenções individuais e coletivas.

Acrescenta-se no presente estudo, às reflexões dos referidos autores e à definição de aconselhamento pelo Ministério da Saúde, a compreensão da prática de aconselhamento como um tipo especial de acolhimento, no qual a testagem de HIV pode emergir como necessidade de saúde para o usuário. O acolhimento é, segundo Teixeira (2005), 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. Não é uma conversa que se faria pela simpatia pessoal e sim como parte inerente do processo de trabalho: “uma aproximação transformadora de seu

objeto de intervenção na direção de determinada finalidade que esta ação pretende alcançar.” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p.1042).

Benefícios do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na prevenção e diagnóstico

O oferecimento rotineiro do teste anti-HIV durante o pré-natal e os procedimentos decorrentes quando o exame é positivo levaram a uma redução na transmissão vertical. Estudo transversal analisou a testagem entre 1998 e 2005 e concluiu que houve aumento entre as mulheres em idade reprodutiva, devido ao pré-natal: 27,2% das mulheres relataram o pré-natal como razão para testagem em 1998 e, em 2005, 46% referiram tal motivação (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008). Segundo boletim epidemiológico de 2017 (BRASIL, 2017), houve uma diminuição de 51,4% na taxa de detecção de aids em menores de cinco anos, fator utilizado como indicador proxy para o monitoramento da transmissão vertical do HIV.

Dificuldades na realização do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV

Obermeyer e Osborn (2007), em revisão de artigos internacionais, relataram dificuldades para realização do aconselhamento e da testagem anti-HIV. Nos países onde o sistema de saúde possui recursos limitados, os profissionais de saúde podem ter pouca capacitação e sua carga de trabalho ser tão pesada que não encontrem tempo ou espaço para realizar o aconselhamento. Dificuldades emocionais dos profissionais de saúde, como medo da infecção pelo HIV, pessimismo e insegurança podem impedir a realização do aconselhamento. Os participantes podem concordar em realizar o teste anti-HIV por motivos alheios ao desejo de se testar: por estarem acostumados a aceitar as requisições dos profissionais de saúde; por pensarem que assim serão atendidos de melhor maneira; por pensarem que não podem recusar a testagem ou que, se recusarem, poderão sofrer consequências adversas.

Estudo realizado por Ferraz e Nemes (2009) em serviço de atenção primária à saúde em São Paulo também observou a não realização do aconselhamento e consequente consentimento informado para gestantes. Em caso de resultado positivo, elas seriam encaminhadas para serviços especializados para receber a comunicação do resultado. As autoras de um desses estudos (FERRAZ; NEMES, 2009), em São Paulo, relataram o desafio de os profissionais incorporarem a noção de sujeito de direitos no caso de gestantes poderem recusar a testagem anti-HIV, situação na qual os profissionais alegam preocupação com o cuidado com a saúde do bebê.

Elaborou-se este estudo objetivando-se aprofundar a discussão sobre a testagem de HIV, particularmente na atenção primária, de forma que se analisassem quais as condições em que ocorre, incluindo-se as situações protocolares, como os casos das gestantes, que foram bastante citadas nos estudos, porém, indo além, para compreender quais as condições em que a testagem ocorre para a população em geral. Para isso, escolheu-se a perspectiva dos profissionais de saúde, para analisar como são realizados os

encontros e as conversas entre profissionais de saúde e usuários durante o pedido e a comunicação de resultado de testagem anti-HIV. Buscou-se compreender de quem parte a iniciativa para a testagem: do usuário, do profissional de saúde ou emerge como necessidade do usuário a partir da conversa; se os profissionais oferecem a testagem para a população geral ou somente nos casos previstos em protocolos, e se há aconselhamento pré e pós-teste nesses casos; quais são os assuntos priorizados, os sentimentos emergentes, as dificuldades encontradas e como os profissionais lidam com estas.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, inspiradas em Schraiber (1995), buscando profissionais que tivessem participado de alguma maneira dos encontros nos quais ocorreram o pedido e a comunicação de resultado de teste anti-HIV, em dois serviços de atenção primária em São Paulo, com estrutura física, produção assistencial e população adscrita diversas. O roteiro das entrevistas tratava dos seguintes temas: formação; condições estruturais para aconselhamento; narrativas de casos de pedido e comunicação de resultado de teste anti-HIV.

Foram realizadas duas entrevistas com gestoras e nove com profissionais de saúde: quatro médicos, quatro enfermeiras e uma agente comunitária de saúde. Nenhuma das enfermeiras entrevistadas comunicou resultado positivo para HIV. Dos quatro médicos entrevistados, apenas um comunicou resultado positivo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e foram registradas impressões das entrevistas, seguindo recomendações de Schraiber (1995). Por fim, estas foram divididas em categorias de análise, de acordo com o escopo teórico apresentado na introdução, submetidas à análise temática, conforme Mina-yo (2008).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 15.09.2010, protocolo de pesquisa nº 258/10, e da Prefeitura de São Paulo, segundo parecer nº 328/10 – CEP/SMS.

RESULTADOS

Iniciou-se a análise com as características da organização do trabalho nos serviços estudados que favorecem ou dificultam o aconselhamento, mencionadas pelos profissionais das duas unidades estudadas: alta demanda e cobrança sobre a quantidade de atendimentos. Também foram relatadas condições econômicas precárias dos usuários atendidos e falta de espaços de lazer. Havia uma rede de serviços próximos, inclusive de serviços especializados em DST/aids, o que facilitava o encaminhamento para essa rede. Em nenhuma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi mencionada capacitação, tampouco supervisão continuada dos casos para se trabalhar DST/aids. Também não foram observados cartazes informativos em relação às DST/aids nem à testagem. Uma das gestoras entrevistadas, questionada sobre a falta des-

ses cartazes, ironizou: “Cidade Limpa, UBS Limpa”. Ainda sobre a organização do trabalho, foram identificadas diferenças estruturais entre as duas UBS. A UBS com menor estrutura física era considerada “tradicional”, sem a Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada. Foi mencionada a falta de salas e, entre as existentes, a falta de adequação para atendimento. Também foi relatada a falta de insumos e de profissionais. Foi referido estresse por alguns profissionais concursados, pelo receio de a UBS passar a ser gerida por uma organização social (OS) e precisarem se deslocar da UBS. Por fim, a UBS não apresentava espaço nem tempo para reuniões dos profissionais, o que é condição facilitadora para a prática de aconselhamento, segundo manual do Ministério da Saúde (2004a). A UBS com maior estrutura física possuía equipe mista com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Era gerida por uma OS, o que foi caracterizado como vantajoso por um lado, por não haver falta de materiais nem de profissionais e, por outro, como desvantajoso por diminuir a autonomia para decisões, pela maior cobrança na quantidade de atendimentos. Apresentava reuniões semanais entre os profissionais da unidade e parcerias com universidades.

Apesar dessas diferenças de organização de trabalho, não houve diferenças significativas entre os discursos dos profissionais das duas UBS sobre as situações de pedido e comunicação de resultado de teste anti-HIV. As diferenças dentro dessas situações, em ambas as UBS, foram observadas contrastando-se as demandas previstas em protocolos pré-estabelecidos e as que emergem dos encontros entre profissionais de saúde e usuários, que serão ressaltadas a seguir.

Os encontros segundo as principais situações de pedido do teste

Pedidos de teste anti-HIV baseados em protocolos

Em relação à organização do trabalho, os pedidos de teste anti-HIV são realizados na atenção primária rotineiramente quando baseados em protocolos do Ministério da Saúde, principalmente relacionados aos programas de tuberculose e ao pré-natal. Alguns profissionais relataram que, em função de o pedido do teste anti-HIV fazer parte da rotina, pela grande demanda de atendimentos e pela raridade de um resultado positivo, nem sempre o aconselhamento é realizado. Diante da testagem prevista em protocolos, especialmente nos casos de recusas de gestantes, os profissionais, muitas vezes, acabam por impor seus valores morais sobre os dos pacientes e recusam as recomendações técnicas, conforme ilustrado na fala de uma entrevistada:

Eu sei que é pra oferecer [o teste anti-HIV], mas já falo: “Estou pedindo...” Em 11 anos aqui, são 30 formada, só tive uma única paciente desse posto, inclusive, que se recusou a fazer. Aí falei pra ela: “Você não fez...” Acho que naquela época o HIV a gente pedia separado. “Por quê?” “Porque eu vou dar a criança.” Aí nós, a assistente social, a enfermeira, todo mundo, ela se recusou a fazer. [...] Não teve ninguém que... Escrevi na carteirinha: “Paciente se recusou a fazer exame de HIV.” Não fez e não deu a criança [Riso]. A sorte é que a criança nasceu negativa. Depois de um ano ela me aparece grávida de novo! Falei: “Não vou fazer seu pré-natal se não fizer HIV!” “Não, dessa vez eu vou fazer.” “Ah, então tá bom.” [Riso.] “Meio na pressão, né?” (Médica).

Foram identificadas questões relacionadas à organização do trabalho que favoreceram o pedido

do teste anti-HIV na UBS de maior porte. Uma enfermeira mencionou um questionário padronizado com questões sobre sexualidade no atendimento às mulheres:

Na consulta de saúde da mulher a gente aborda também o relacionamento com o marido, então elas ficam às vezes receosas do comportamento do marido, aí elas pedem também o exame. (Enfermeira).

Pedidos de teste anti-HIV para população geral ou para “populações vulneráveis”?

O teste anti-HIV pode não ser realizado na atenção primária por questões relacionadas à organização da rede de serviços. Os profissionais relataram que os usuários, quando desejam realizar o teste anti-HIV, geralmente não procuram a UBS e sim o serviço especializado em DST/aids. Mesmo quando buscam a UBS para solicitar o teste, no entanto, tendem a ser encaminhados para serviços especializados.

Mas existem também importantes questões afetivas e ético-políticas implicadas no pedido de teste anti-HIV. Alguns profissionais entrevistados não solicitam o teste anti-HIV se não houver um diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível (DST) ou uma situação de risco de infecção pelo HIV explicitada pelo paciente. A não realização da testagem anti-HIV na atenção primária foi referida como um alívio para alguns profissionais, que não precisariam lidar com temas difíceis relacionados à sexualidade. Uma enfermeira de São Paulo, que nunca havia comunicado um resultado positivo para o teste anti-HIV, convidada a imaginar como seria comunicar um resultado positivo para o HIV, disse que poderia ser angustiante, especialmente para pessoas casadas, pois envolveria aspectos emocionais difíceis, especialmente a infidelidade do casal.

Eu acho que seria muito mais difícil pra mim se eu tivesse que dar pra uma pessoa casada. E que aí a pessoa traria um monte de questões de fidelidade, de todas as coisas juntas, uma outra carga emocional. Acho que seria bem difícil. (Enfermeira).

Uma questão envolvendo valores ético-políticos relacionada à prática do aconselhamento na atenção primária diz respeito às “relações intergeracionais”, mais especificamente o modo como o imaginário social sobre os “adolescentes” predis põe os trabalhadores a fazerem o pedido do teste. O oferecimento do teste anti-HIV no caso dos “adolescentes” não parece ser invasivo para os profissionais, pois entendem que aqueles já esperam e querem a oferta. Geralmente os adolescentes são os primeiros e principais casos lembrados de oferta de testagem anti-HIV por iniciativa dos profissionais de saúde, além do que está previsto nos protocolos de trabalho bem estabelecidos. Esta oferta é acompanhada por conversa sobre a vida sexual, possivelmente pelo imaginário do dever profissional de educar os jovens em seu início de vida sexual e por ser considerado mais fácil educá-los do que outras gerações.

Outra questão relacionada ao aconselhamento é o estigma que recai sobre determinados grupos, mais especificamente trabalhadores do sexo e homossexuais, com os quais os entrevistados consideram que a conversa sobre sexo seria necessária e esperada. Pelos relatos, os profissionais de saúde se sentem mais à vontade para discutir sobre prevenção às DST/aids com as mulheres trabalhadoras do sexo e lhes oferecer o teste anti-HIV, do que com outras mulheres, especialmente adultas com relacionamento está-

vel.

Ela deixou de ser [trabalhadora do sexo], ela tem por volta de 30 anos. E eu deixei aberto pra ela: “Toda vez que você quiser fazer exame de HIV, é só você me pedir, que eu te dou o pedido.” (Médico).

No caso de homossexuais, quando a orientação sexual é referida na consulta, há uma maior predisposição para abordar temas que levem à testagem. Foram relatados dois casos de pedidos de teste anti-HIV para rapazes homossexuais em uma UBS. No primeiro caso, o médico teve abertura para conversar sobre a sexualidade do jovem, o que permitiu surgir a demanda pelo teste anti-HIV:

Era um moço, um rapaz de 20 anos que tava tendo umas crises de ansiedade e ele pra mim parecia ser homossexual e eu como intervenção na consulta, falei: “Você tem umas crises de ansiedade [...], você tem um desejo de contar pras pessoas, desejo de falar e você tá preso e não consegue falar”. E ele falou: “É verdade. [...] Sou homossexual.” [...] Ele me falou que tava transando com pessoas que ele encontrava à beira do cemitério, que eram profissionais do sexo também [...], então eu imaginei que valia a pena ele fazer o exame de HIV. (Médico).

O segundo caso mencionado foi relatado por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), que agiu de maneira interessada e insistente:

Esse paciente da minha área, ele muito difícil pra conseguir fazer os exames, na época, porque eu tinha uma leve desconfiança por ele ser gay, né? E eu achava que ele tava emagrecendo muito. Cheguei e falei pra ele: “E aí, tá na hora de você fazer uns exames, tal. Faz tempo que você não passa com o médico.” Ele: “Eu vou, eu vou.” [...] Aí eu peguei, insisti, até que ele veio fazer. (ACS).

Por fim, outro grupo também marcado pelo estigma para o qual os profissionais apresentam uma maior predisposição a oferecer o pedido do teste anti-HIV é o de crianças que viviam em uma casa de apoio. Este caso foi relatado por uma médica.

E muitas dessas crianças não tinham nem história. História assim, tinha criança que foi abandonada, mas não sabia nada, e mesmo as crianças vítimas de maus tratos, os funcionários não eram muito sabedores do que tinha acontecido. Tinha muito crianças filhas de pais presos, então ficava no abrigo. Eu pedia de triagem, mas graças a Deus, no período que eu tive lá, não tive nenhum positivo. (Médica).

A médica e os profissionais da casa de apoio consideravam que as crianças estavam numa situação de vulnerabilidade social e por isso eram consideradas em risco para infecção pelo HIV. Uma testagem programada para crianças que vivessem com famílias provavelmente levantaria questionamentos sobre estigma e discriminação para pais e responsáveis, a não ser nos casos comprovados de abuso sexual. Os pais, segundo esta médica, apenas visitam as crianças, que vivem sob internato. Eles poderiam não ser mais considerados os responsáveis legais, no entanto poderiam sofrer repercussões no caso de um resultado positivo para HIV. A testagem, segundo o Ministério da Saúde, é indicada para:

[...] bebê nascido de mãe sabidamente soropositiva ou com suspeita desse diagnóstico – com o consentimento dos responsáveis legais; [...] Para crianças e adolescentes portadores de DST e/ou usuários de drogas injetáveis, ou que tenham práticas de risco para o HIV. (BRASIL, 2004b, p.39)

Esta recomendação poderia abranger a testagem anti-HIV no caso de bebês “sem história”, por

suspeita desse diagnóstico, como mencionado pela médica, e no caso de crianças com “práticas de risco para o HIV”, “vítimas de maus tratos”. Entretanto, o Ministério da Saúde destaca que a testagem não deve ser “compulsória” para “crianças e adolescentes sob medida protetiva de abrigo ou adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa” (BRASIL, 2004b, p.41), pois estas poderiam ter a chance de adoção reduzida e prejudicar seu direito à família.

Os encontros para a comunicação de resultado de teste anti-HIV

Uma questão relacionada à organização do trabalho relatada pelos entrevistados é que geralmente não são os mesmos profissionais que realizam o pedido e a comunicação do resultado de teste anti-HIV. No caso das gestantes, rotineiramente o primeiro pedido de teste anti-HIV é realizado pelo enfermeiro e a comunicação, pelo médico.

Questões “corporativas” foram relatadas determinando a organização do trabalho. Uma enfermeira relatou que se sentia limitada, por considerar que somente poderia pedir e comunicar o resultado do teste anti-HIV nos casos contidos em protocolos, como pré-natal e tuberculose, por determinação de seus conselhos profissionais. No entanto, estas questões podem ser relativizadas quando o critério é pragmático e envolve a mobilização das competências efetivas de cada profissional. Por exemplo, ao se defrontar com o sofrimento de usuários ansiosos pelo resultado do exame, esta entrevistada relatou que informava o resultado do exame negativo.

Em casos de resultado negativo para HIV, o aconselhamento pós-teste foi menos relatado em casos previstos em protocolos pré-estabelecidos, como os de tuberculose e de gestantes. O aconselhamento pós-teste foi mais relatado nos casos de pedido de teste anti-HIV ofertados por suspeita de DST, algum suposto “grupo de risco” ou por demanda do usuário, tendo sido relatadas conversas sobre avaliação de riscos e uso de preservativos.

Eu comunico como se fosse os outros exames. Em geral, quando é gestante, eu não dou assim uma ênfase pro HIV quando ele veio negativo e ele tá fazendo parte de todo um resto que a gente pediu. Eu digo: “Olha, deu normal, glicemia normal, você não tá com diabetes gestacional, deu negativo pra sífilis, deu negativo pra HIV, deu negativo pra nanana... tal.” Não falo: “E o HIV...” E nem acho que elas tão preocupadas. Não tenho impressão que elas por terem colhido, ficam pensando: “Colheu HIV, então vamos ver o que deu o HIV.” (Médica).

Tem um menino, crente, e ele tinha tido uma relação sexual sem proteção, atrás da igreja. E ele tinha gonorreia. Então eu tratei, tudo, orientei, conversei. E na outra consulta, conversei com ele, falei sobre os riscos, falei sobre a aids, o porquê não poderia fazer sem camisinha. (Médica).

As reações dos profissionais diante do exame de HIV positivo são geralmente de angústia ou incômodo, mesmo nos casos em que já existia a expectativa do resultado positivo para HIV. Uma médica relata o caso de uma trabalhadora do sexo para quem comunicou o resultado positivo do teste anti-HIV, durante o pré-natal, e considerava que esta sofreria menos por saber que havia se arriscado no caso de falha no uso do preservativo.

Ela é profissional do sexo. Ela falou que tinha esse risco, às vezes rompe camisinha. Ela falou: “Eu sabia que um dia eu podia pegar.” Quer dizer, ela tava melhor preparada. Mesmo assim, depois ela desabou e é muito difícil. [...] Pra mim é angustiante, falar que não [Riso.]. É muito difícil. (Médica).

Ao receber o resultado positivo para HIV, esta trabalhadora do sexo sofreu muito, porque sentia medo de se infectar e tinha esperança de que, apesar do risco sofrido ao “romper a camisinha”, não teria se infectado.

DISCUSSÃO

A predisposição afetiva dos trabalhadores a fazer ou não o pedido do teste combina, em diferentes proporções, aspectos ético-políticos e aspectos ligados às condições de trabalho. Os encaminhamentos para serviços especializados, quando os usuários buscam a UBS especialmente para realizar a testagem anti-HIV, diminuem a possibilidade de a atenção primária lidar com questões relacionadas ao aconselhamento ao teste anti-HIV, a não ser nos casos baseados em protocolo, limitando seu potencial de expandir a oferta e realizar um cuidado integral. Segundo os profissionais, os encaminhamentos para serviços especializados ocorrem por diversos motivos: mais recursos, maior rapidez e diversidade de profissionais. Esta constatação condiz com avaliações realizadas em serviços especializados de HIV/aids sobre sua qualidade diferenciada em relação a outros serviços de saúde por sua estrutura física e disponibilidade de profissionais de saúde (NEMES et al., 2004). Entretanto, mesmo em serviços especializados pode haver dificuldade de escuta sobre as necessidades dos pacientes e os profissionais podem não realizar a prática do aconselhamento, quando não têm com quem discutir sua atuação (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

O fato de não serem os mesmos profissionais que pedem e comunicam o resultado do teste anti-HIV prejudica o vínculo criado com os profissionais de saúde. Quando não há um detalhamento no registro sobre o conteúdo tratado na primeira conversa, é prejudicada a longitudinalidade do atendimento e a qualidade do trabalho de aconselhamento.

Ao evitar conversar sobre o teste anti-HIV com a população em geral, os profissionais de saúde evitam momentos educativos e reflexivos sobre a prevenção às DST/aids. A testagem anti-HIV como parte de uma rotina programática pode levar à maior aceitação dos usuários, por não levantar questionamentos morais sobre seu comportamento, segundo revisão citada (OBERMEYER; OSBORN, 2007). Bassett e Walensky (2010) revisaram estudos relacionados à implementação da testagem anti-HIV como ação programática e rotineira em países com recursos limitados: Botswana, Uganda, África do Sul e Haiti. Os estudos revisados no citado artigo indicaram que a incorporação rotineira da testagem, realizada de maneira voluntária, favorecia a testagem, diminuía o estigma relacionado ao HIV, a violência contra a mulher associada à testagem e aumentava o acesso à medicação antirretroviral. Por outro lado, alguns usuários não se sentiam capazes de recusar o teste.

Para alguns profissionais, gestantes podem se diferenciar de outros casos, por considerarem que teriam o dever de realizar os exames, independentemente de sua vontade, para proteção do feto. Nesse caso, os profissionais de saúde transpõem sua autoridade técnica em autoridade moral, “impedindo o exercício de escolhas pelo sujeito ‘dominado’” (D’ OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999, p.346). Se, por um lado, a testagem deve ser ampliada para todas as gestantes, para que, inclusive, seja alcançada uma das metas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - Unaid (2009), de erradicação da transmissão vertical, é importante que esta ocorra como uma oferta, na qual seja respeitado o direito ao consentimento informado e voluntário, conforme normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Bassett e Walensky (2010), em revisão de estudos mencionada, relataram que a testagem consentida é importante para gestantes, pela violência contra a mulher infectada, exercida em alguns países: na Tanzânia, foi relatada a maior violência cometida por parceiros de mulheres infectadas pelo HIV, comparando-se com não infectadas; em Uganda, foi relatado que o medo da reação do parceiro foi um dos maiores obstáculos para realização da testagem durante o pré-natal.

As situações analisadas neste artigo são concordantes com estudos nacionais e internacionais, que indicam que o consentimento nem sempre é tão “livre”, mesmo quando “esclarecido”, pois pode ser influenciado pelo modo como estão conformadas as relações de poder nos serviços, que induzem os usuários a avaliarem as vantagens/desvantagens em se aceitar ou não a realização dos exames. 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), a resolução desses conflitos exige a retomada de éticas interativas e comunicacionais nas relações intersubjetivas entre profissionais e pacientes e nas trocas entre colegas.

Há predisposição dos trabalhadores a fazer o pedido do teste para os grupos citados, vistos como potenciais infectados pelo HIV: jovens, trabalhadores do sexo, homossexuais e “crianças de abrigo”. Os jovens são um grupo geracional destacado no manual produzido pelo Ministério da Saúde sobre o aconselhamento na atenção primária (BRASIL, 2004a). Este manual apresenta uma seção específica sobre recomendações para jovens, referindo-se à “prevenção da gravidez precoce e não programada” (BRASIL, 2004a, p.17). Estudo brasileiro (BERQUÓ et al., 2008) indica que os jovens relatam mais o uso de preservativo, em comparação com outras faixas etárias, principalmente com parcerias eventuais e usam mais preservativo na primeira relação sexual e de maneira consistente, inclusive com parceiros fixos. O maior oferecimento da testagem anti-HIV para jovens pode se relacionar com um imaginário social, veiculado pela mídia, do “jovem-problema”, irresponsável e que não consegue cuidar de sua saúde. Ao não oferecer a testagem anti-HIV de forma ampla na tentativa de não constranger ou ser invasivo, os profissionais acabam discriminando os grupos mencionados, jovens, trabalhadores do sexo, homossexuais e “crianças de abrigo”, considerando que já “esperariam” seu pedido e teriam maior facilidade de lidar com um eventual resultado positivo. Nesta prática, os profissionais reproduzem o discurso de grupos de risco, ainda que

renovado. Segundo Goffmann (2008, p.11), “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”. Ainda segundo este autor, o estigma pode estar associado às “culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas” (GOFFMANN, 2008, p.12).

As pessoas que não se encaixam nos grupos mencionados, por exemplo, adultos, heterossexuais e não gestantes, podem apresentar uma “vulnerabilidade programática” (AYRES et al. 2003) e representar um desafio para o serviço em relação a questões de gênero e sexualidade.

Conforme mencionado nos resultados, uma das UBS, a de maior porte, apresentou uma ação programática por meio de questionários estruturados voltados para mulheres, que poderiam ser ampliados para a população no geral e seriam uma maneira de lidar com o constrangimento às conversas relacionadas à sexualidade e relacionamentos afetivos, temas considerados difíceis para alguns profissionais e que dificultam a ampliação da testagem anti-HIV. Quando as questões sobre sexualidade são parte de um protocolo do serviço de saúde, a abordagem se torna tendencialmente mais tranquila e menos sujeita a variações derivadas dos valores dos profissionais, o que também foi observado em outro estudo em UBS em São Paulo (FERRAZ; NEMES, 2009).

No caso da comunicação de resultados positivos, há um sentimento de angústia antecipada pelos profissionais de saúde que impacta a disponibilidade afetiva para o oferecimento do teste, ainda que poucos entrevistados tenham passado por esta experiência. Esta angústia relaciona-se com o temor em criar conflitos em casais.

Destacou-se que, durante a comunicação de resultado positivo para HIV para uma trabalhadora do sexo, a médica esperava que ela sofresse menos, por já esperar que estivesse em risco, pelo estigma associado a esse “grupo de risco”. Em situações difíceis de lidar emocionalmente como a mencionada, os profissionais podem focar os aspectos biomédicos do tratamento e tentar ignorar questões afetivas, dificultando o efetivo acolhimento.

CONDISERAÇÕES FINAIS

A aplicação de uma teoria no cuidado de enfermagem neste estudo possibilitou aos pesquisadores, no campo prático, desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico. Ressaltamos que o desenvolvimento e a aplicação dessa tecnologia leve de enfermagem ajudou a desenvolver o conhecimento, favorecendo uma prática efetiva e eficaz.

Os resultados deste estudo levam ao reconhecimento de que um aspecto limitante ao cuidado foi o contato tardio com o familiar e sugere que a presença do familiar seja melhor avaliada como um aspecto fundamental para melhoria do paciente hospitalizado.

Ademais, a presença do familiar acompanhante no processo de hospitalização se fez de suma importância para a recuperação da paciente, pôde proporcionar um estreitamento de vínculos e melhora do quadro clínico, evoluindo para alta. Além dos benefícios explicitados, a presença do acompanhante é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), o que revela a necessidade de uma reflexão frente às instituições públicas de saúde hospitalares para integração da família, avaliação e cumprimento deste direito.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. (p.117-139).
- BASSETT, I. V.; WALENSKY, R. P. Integrating HIV screening into routine health care in resource-limited settings. *Clinical Infectious Diseases*, Arlington, v. 50, n. 3, p. S77–S84, 2010.
- BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, suppl. 1, p. 34-44, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em 13 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica*. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf>. Acesso em 13 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: HIV aids 2017*. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>>. Acesso em 16 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV*. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_07.pdf>. Acesso em 13 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em 13 jun. 2018.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (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, v. 25, n. 2, p. S240-S250, 2009.
- FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 121-131, 1999.
- FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 84-97, 2008.
- GOFFMANN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investi-

- gação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S310-S321, 2004.
- 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*, Washington DC, n. 97, p.1762-1774, 2007.
- PUPO, L. R.; AYRES, J. R. C. M. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013.
- SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-140, 1997.
- 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*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. (p. 29-47).
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- UNAIDS. *UNAIDS calls for a virtual elimination of mother to child transmission of HIV by 2015*. Geneva, 2009. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2009/may/20090521priorityareas>>. Acesso em 13 jun. 2018.
- ZAKABI, D. Testagem de HIV na atenção primária: limites e potencialidades em Fortaleza, CE, Brasil. *Essentia*, Sobral, v. 18, n. 1, p.72-83, 2017.
-