

Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro

HIV testing and the importance of Testing and Counseling Center's (CTA) – results from a research in the municipality of Rio de Janeiro

Margarete de Paiva Simões Ferreira ¹
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva ²
Maria Clara Ferraz Gomes ³
Sonia Maria Batista da Silva ⁴

Abstract *This article analyzes data from a research study conducted in 1998 at three Testing and Counseling Centers, in the municipality of Rio de Janeiro. The methodology used was both quantitative and qualitative for data collection and analysis. The research team analyzed data from the files of cases assisted at the centers in 1997, including HIV seroprevalence, and two questionnaires that were applied in 1998, answered voluntarily by the clients. Among the conclusions we can emphasize: a) the need to promote the availability of these free and voluntary testing and counseling centers to segments of the population with less schooling and lower income levels, since a higher percentage of low income clients and with lower levels of education, were among clients with positive HIV tests results. In addition, other studies have pointed out that these clients are more vulnerable to other STD as well as HIV; b) the need to extend the experiences of the Testing and Counseling Centers to others public health services; c) to indicate that the counseling practices must consider individual and collective risks to STD and HIV, including cultural differences between genders and the many possible ways of relationships that cannot be normalized by general orientations.*

Key words *Counseling, HIV testing, Vulnerability*

Resumo *Este artigo analisa alguns dados de uma pesquisa realizada no ano de 1998, nos três CTAs localizados no município do Rio de Janeiro. A metodologia utilizou dados quantitativos e qualitativos. Analisamos os dados de produção dos três serviços relativos ao ano de 1997, incluindo a soroprevalência ao HIV e dois questionários aplicados em 1998, voluntariamente respondidos pela clientela. Entre as conclusões podemos destacar: a) necessidade de se ampliar a divulgação desses serviços para as pessoas de baixa escolaridade e/ou baixa renda, uma vez que as pessoas incluídas nesse grupo obtiveram taxas de soropositividade mais altas e outros estudos as consideram mais vulneráveis às DST/HIV; b) necessidade de se estender a experiência dos CTAs quanto ao aconselhamento e testagem anti-HIV para outros serviços públicos de saúde; c) indicar que a prática do aconselhamento deve levar em conta os riscos individuais e coletivos às DST/HIV, incluindo as diferenças culturais entre os gêneros e as várias formas de relacionamentos existentes, impossíveis de serem normatizadas por orientações gerais.*
Palavras-chave *Aconselhamento, Testagem para o HIV, Vulnerabilidade*

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Assessoria de DST/AIDS, Rua México 128/4º andar, Centro, 20031-142, Rio de Janeiro RJ. mpaiva@saude.rj.gov.br

² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, Centro de Saúde Santa Rosa.

⁴ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Escola São Francisco de Assis.

Introdução

No Brasil, os primeiros casos de Aids foram identificados em 1982 e até 30/12/2000 foram notificados 203.353 casos confirmados à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS do MS) (MS, 2000).

Nacionalmente, é possível constatar que ocorreram importantes mudanças no perfil epidemiológico da transmissão do vírus da Aids, podendo-se considerar três etapas (MS, 1998). A primeira (de 1980 a 1986) é caracterizada pela hegemonia da transmissão sexual, atingindo principalmente homens de escolaridade elevada, com práticas homo e bissexuais. Na segunda (de 1987 a 1991) observa-se a introdução da via de transmissão sanguínea e a participação da subcategoria usuário de drogas injetáveis (UDI). Nesse período começam a ocorrer a juvenilização, a pauperização e a interiorização da epidemia. Já no terceiro período (1992 até hoje) constata-se um aumento progressivo do número de casos entre pessoas com práticas heterossexuais, alterando a razão homem/mulher de 25:1 em 1985, para 2:1 em 1998 (Parker *et al.*, 1999).

Face à complexidade e a diversidade dos problemas suscitados pela epidemia da Aids, a oferta de testes sorológicos, mundialmente, colocou-se como uma das importantes estratégias de controle. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro, através da CN-DST/AIDS, desde o final da década de 1980, optou por investir na criação de centros de testagem, então denominados Centros de Testagem Anônima (CTA) e posteriormente, Centro de Apoio e Orientação Sorológica (COAS) entre as suas diretrizes estratégicas, procurando estimular sua implantação em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, principalmente em cidades importantes do ponto de vista epidemiológico. Esses serviços, atualmente denominados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), caracterizam-se pela oferta do teste sorológico anti-HIV acompanhada de aconselhamento pré e pós-exame, gratuidade, voluntariedade e confidencialidade. A possibilidade de a pessoa realizar os exames anti-HIV de forma anônima – sem apresentar documentos e sem revelar o seu nome – foi uma marca inicial dos CTAs, mas na medida que esta conduta não foi bem aceita por grande parte da clientela (que não se sentia contemplada em receber um resultado de exame onde não constava o seu nome) e tra-

zia dificuldades para o engajamento das pessoas com resultados anti-HIV positivos nos tratamentos ambulatoriais especializados, foi flexibilizada desde 1997, sendo utilizada somente quando os usuários optam por ela. No ano de 2000, mais de 150 CTAs estavam funcionando no Brasil (MS, 1999) e em todo o Estado do Rio de Janeiro, eram 11.

Entre os objetivos desses serviços, podemos destacar: favorecer o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV e da re-infecção, estimular a adoção de práticas seguras de prevenção às DST/HIV e do uso indevido de drogas, referenciar as pessoas HIV-positivas para os serviços assistenciais especializados, absorver a demanda que procura os bancos de sangue com fins de conhecer a condição sorológica, estimular o diagnóstico das parceiras sexuais, auxiliar os ambulatórios de pré-natal na avaliação sorológica das gestantes e levar informações sobre prevenção das DST/HIV e do uso indevido de drogas para grupos específicos (MS, 1999).

Na atualidade, face aos avanços terapêuticos conquistados e disponibilizados, o conhecimento precoce da infecção pelo HIV, assegura mais chances de manter uma boa qualidade de vida, a partir de um melhor monitoramento das condições de saúde, além de que, ao conseguir a manutenção de uma baixa carga viral, indiretamente contribui também para diminuir as chances de outras pessoas serem infectadas.

Por outro lado, o impacto das ações dos CTAs para a redução da incidência de HIV está diretamente relacionado à capacidade do aconselhamento de dar suporte e facilitar a mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não-portadores do HIV (Mattos, 1999).

No início de 1998, o município do Rio de Janeiro possuía três unidades reconhecidas como CTA pelo MS. O CTA São Francisco, que funciona desde 1992 e situa-se na área física do Hospital Escola São Francisco de Assis, pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro e localiza-se na Cidade Nova (antiga praça XI), bairro próximo ao Centro da cidade do Rio de Janeiro. O CTA Rocha Maia, também inaugurado em 1992, localiza-se na área física do Hospital Municipal Rocha Maia, em Botafogo, bairro da Zona Sul da cidade, próximo a Copacabana e à Urca. Já o CTA Madureira, inaugurado em 1995, situa-se na área física da Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro, que in-

clui um centro de saúde e uma maternidade. Situa-se em Madureira, um importante bairro da Zona Norte da cidade, localização esta que facilita o acesso para as pessoas residentes nos bairros mais distantes do Centro, historicamente mais empobrecidas.

Considerando a importância de se avaliar as ações e políticas sociais implementadas, inicialmente por proposição do CTA São Francisco, com o apoio da CN-DST/AIDS e posteriormente pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), em 1998 foi realizada uma pesquisa nos três CTAs do município do Rio de Janeiro, objetivando uma avaliação que contemplasse vários pontos de vista: o da clientela assistida, o das normatizações previstas para os CTAs, o dos profissionais de saúde dos serviços e o dos pesquisadores.

Neste artigo analisaremos os dados de produção dos serviços relativos ao ano de 1997 e os resultados encontrados nos questionários aplicados com a clientela em 1998.

Metodologia

Esta pesquisa buscou uma compreensão do processo que ocorre nos CTAs a partir de uma perspectiva historicamente contextualizada, trabalhando com dados primários e secundários.

A equipe de pesquisa contou com duas coordenadoras gerais, um estatístico, sete estagiários e cinco coordenadores de campo dos próprios serviços. Durante os quatro meses do trabalho de campo, a coordenação geral realizou visitas semanais aos CTAs e supervisões quinzenais para os estagiários.

Para criar um banco de dados da produção dos serviços, utilizamos o ano de 1997 como referência da produção de um ano de trabalho. Nos CTAs Rocha Maia e Madureira este banco foi montado diretamente dos prontuários dos sujeitos atendidos e no CTA São Francisco, utilizamos o mapa diário que era utilizado somente neste CTA. De toda forma, nos três CTAs foram investigadas as mesmas variáveis: sexo, escolaridade, renda, ocupação, bairro de residência e cidade, idade, categoria de exposição ao HIV, *status* sorológico, tipo de consulta e observações adicionais.

O teste de χ^2 foi utilizado para se verificar diferenças estatísticas entre o *status* sorológico e as variáveis sexo, escolaridade e renda (Siegel, 1975).

Nos três CTAs foram aplicados com a clientela dois questionários semi-estruturados (onde a maioria das questões era de múltipla escolha e algumas em aberto), auto-aplicáveis, precedidos por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explicava tratar-se de uma pesquisa de participação voluntária, não-identificada e que poderia ser interrompida em qualquer momento que o sujeito o desejasse. Para as pessoas não-alfabetizadas ou com dificuldades de leitura que quisessem participar, foi facultada a possibilidade de um estagiário (devidamente treinado para tal) ler as perguntas e as opções, para que o sujeito escolhesse a resposta. Entretanto esse artifício foi utilizado somente uma vez, pois, essas pessoas se auto-excluíram.

O primeiro questionário investigou dados sócio-demográficos, nível de informação, percepção a atitudes sobre as DST/HIV/AIDS, comportamentos de risco, existência de DST nos últimos 12 meses, uso e opiniões sobre preservativo masculino e como souberam da existência do CTA. Foi aplicado de forma anônima às pessoas que estivessem vindo ao serviço pela primeira vez. Utilizamos o mesmo número de identificação que o serviço utilizava para cada pessoa, de forma a permitir a comparação posterior com o segundo questionário. Este primeiro questionário foi oferecido pelos estagiários na sala de espera, durante 15 dias úteis, seguidamente, no mês de maio de 1998, antes que os sujeitos passassem por qualquer aconselhamento ou recebessem qualquer informação adicional (*folders* ou vídeo).

Já o segundo questionário, também aplicado na sala de espera, foi respondido antes dos sujeitos passarem pelo aconselhamento de entrega dos resultados. Este questionário repetia as mesmas perguntas relativas à informação, percepção e atitudes constantes no primeiro questionário e incluía outras opiniões sobre os serviços e mudanças ocorridas a partir da vinda ao CTA.

Em relação às questões que objetivaram avaliar as mudanças de informação, percepção e atitudes e que eram idênticas nos dois questionários, utilizamos a prova de McNemar, para significância de mudanças. Este teste não-paramétrico é particularmente aplicável em estudos do tipo "antes e depois", onde cada sujeito é utilizado como seu próprio controle. Como esta metodologia só pode ser aplicada para as frequências esperadas maiores ou iguais a 5, para as inferiores a este valor, foi utilizada a prova binomial (Siegel, 1975).

Resultados

A partir do banco de dados, constatou-se que em 1997 os três CTAs do município do Rio de Janeiro atenderam 7.449 pessoas em consultas individuais, sendo 4.090 homens (54,9%), 3.358 mulheres (45,1%) e um caso que não possuía registro sobre o sexo.

Em relação à idade, as três faixas com maior número de pessoas foram de: 25 a 29 anos com proporção de 19%; de 20 a 24 anos com 18,4% e de 30 a 34 anos com 17,2%. Essas três faixas representaram 54,6% da clientela assistida.

Sobre os locais de moradia, 7.389 pessoas possuíam esta informação, onde, 82,7% residiam no município do Rio de Janeiro, destacando-se as áreas programáticas 2.1 (AP 2.1) que inclui os bairros da zona sul (com 17,2%), a AP 3.3 que inclui os bairros de Madureira, Irajá, Guadalupe etc. (com 16,7%), e a AP 3.1 que inclui os bairros de Bonsucesso, Penha, Ilha do Governador, etc. (com 9,9%). Dentre os usuários, 17,2% residiam em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, destacando-se os municípios de Duque de Caxias (4,2%), Nova Iguaçu (3,1%), São João de Meriti (2,7%) e São Gonçalo (1,5%). Cinco usuários (0,1%) residiam em outros estados do Brasil. Esclareça-se que entre esses municípios, no primeiro semestre de 1998, somente o município de Nova Iguaçu possuía um CTA em funcionamento.

Em relação aos tipos de ocupações, existiam registros sobre as mesmas entre 5.498 pessoas, onde, 1.178 (21,4%) eram ligadas ao comércio; 475 (8,6%) eram de autônomos/economia informal e 449 (8,2%) eram estudantes. Como encontramos algumas dificuldades para categorizar as ocupações, a categoria de "outras" atingiu a proporção de 26,5%, com 1.459 pessoas. Lamentamos não ter previsto a categorização de profissões ligadas ao ramo da construção civil, pois certamente incluiria um grande número de pessoas.

Em relação à escolaridade, informada por 7.293 pessoas, 135 (1,9%) eram analfabetas; 677 (9,3%) tinham nível elementar; 2.564 (35,1%) tinham 1º grau (completo – C ou incompleto – I); 2.568 (35,2%) 2º grau (C ou I); e 1.349 (18,5%) 3º grau (C ou I).

Em relação à situação conjugal, entre 5.332 pessoas, 2.537 (48,5%) eram solteiras; 1.283 (24,5%) casadas; 662 (12,7%) separadas; 606 (11,6%) amigadas, e 143 (2,7%) viúvas.

Quanto às DST, havia registros em somente 1.802 pessoas, onde 502 (27,9%) relataram já te-

rem tido alguma DST (sem explicitar quando) e 1.300 (72,1%) declararam que não haviam tido.

A categoria de exposição ao HIV pôde ser considerada entre 7.276 pessoas, pois nos registros das demais, não havia essa informação. A essa informação, acrescentamos o número de resultados de exames anti-HIV positivos (Quadro 1).

Sobre os resultados dos exames, se excluímos os resultados ignorados (1.873) e os de sangue hemolisado (10), temos um número de 5.566 pessoas com resultados conhecidos, onde 4.814 (86,5%) tiveram resultados negativos; 695 (12,5%) resultados positivos; e 57 (1,0%) resultados inconclusivos. Destaque-se que entre os ignorados haviam resultados não registrados pelo aconselhador e resultados que não chegaram aos CTAs no ano de 1997.

Esclareça-se que no período desta pesquisa, mais precisamente até junho de 1998, a normatização do MS sobre o diagnóstico sorológico para o HIV previa a utilização de apenas um teste de triagem, onde geralmente se utilizava um teste ELISA, que no caso de um resultado positivo, este mesmo soro era confirmado pelo exame de Imunofluorescência (IFI) ou por Imunofluorescência + Western Blot (WB) ou somente pelo WB. Quando o teste de triagem obtinha um resultado negativo, o resultado final era considerado negativo. No caso de resultados inconclusivos, o sujeito era orientado a proceder a uma nova coleta de sangue, procurando-se determinar um período de 90 dias para a janela imunológica.

Importa também destacar que em 1997, não havia ainda a recomendação oficial dos exames anti-HIV para todas as gestantes, sendo muito reduzido o número de mulheres nesta condição no banco analisado.

A correlação entre o sexo e os resultados dos exames anti-HIV conhecidos mostrou uma taxa de soropositividade de 9,0% entre as mulheres e de 15,6% entre os homens. A razão de soropositivos foi de 2 homens para cada mulher. Esses dados corroboram as análises nacional e estadual dos casos de Aids, que apontam para a progressão da epidemia entre mulheres (MS, 2000) (SES-RJ, 2000).

Considerando-se o conjunto das informações sobre escolaridade e os resultados dos exames, encontramos que dos 5.429 sujeitos com estas duas informações conhecidas, a proporção de soropositividade foi de 0,4% entre os analfabetos; de 1,4% entre os de nível elementar; de 5,4% entre os de 1º grau (completo – C

Quadro 1

Resultado dos exames sorológicos anti-HIV. CTA do Município do Rio de Janeiro, 1997

Categoria de transmissão	Nº de pessoas	Nº de pessoas com anti-HIV conhecidos	Anti-HIV positivos
Heterossexual	5.258	3.923	371
Homossexual	556	395	107
Bissexual	449	347	88
Heterossexual/Uso drogas endovenosas	94	82	23
Heterossexual/Transfusão de sangue	149	137	21
Heterossexual/Risco profissional	42	37	0
Heterossexual/Transfusão de sangue/ Uso drogas endovenosas	2	2	0
Transfusão de sangue	44	43	3
Bissexual/Uso drogas endovenosas	25	24	4
Bissexual/Transfusão de sangue	14	13	8
Uso de drogas endovenosas	6	6	1
Sexual	582	377	50
Homossexual /Transfusão de Sangue	7	7	2
Homossexual/Uso drogas endovenosas	3	3	3
Homossexual/Risco profissional	1	0	0
Heterossexual/Contato sangue	4	3	0
Bissexual/Risco profissional	2	2	0
Transfusão/Transmissão vertical	1	1	0
Transfusão/Uso drogas endovenosas	1	1	0
Transfusão/Risco profissional	2	2	0
Transmissão vertical	9	5	0
Contato com sangue	2	1	0
Risco profissional	23	21	0
Total	7.276	5.432	681

ou incompleto – I); de 4,0% entre os de 2º grau (C ou I) e de 1,3% entre os de nível superior (C ou I). Entretanto, ao considerarmos o número de pessoas dentro de cada faixa de escolaridade, encontramos que entre as 105 pessoas analfabetas, 19% apresentaram sorologia positiva. Entre as 445 pessoas de nível elementar esse percentual foi de 16,9%; entre as 1.914 pessoas com 1º grau foi de 15,4%; entre as 1.919 pessoas com 2º grau foi de 11,2% e entre as 1.046 pessoas de nível superior foi de 6,6%. Ao olharmos esses percentuais, percebemos que a soropositividade decai com o crescimento da escolaridade. Esses dados também corroboram as análises que apontam para uma progressiva pauperização da epidemia – inferida a partir da escolaridade dos casos notificados (Bastos & Szwarcwald, 1999).

Levando em conta a condição sorológica positiva ao HIV e correlacionando-a com a renda e a escolaridade, encontramos que a maior proporção de pessoas, 23,5% tinham 1º grau (C ou I) e renda de um a três salários mínimos. Seguiu-se a proporção de 10,8% entre as pes-

soas que tinham 2º grau (C ou I) e possuíam renda de um a três salários mínimos.

A análise da produção por CTA demonstrou também algumas características sobre a escolaridade da clientela assistida. O CTA Rocha Maia, localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, atendeu 62,8% de pessoas com segundo ou terceiro grau (C ou I). Já o CTA São Francisco, localizado no Centro, atendeu 50,6% de pessoas com segundo ou terceiro grau (C ou I), enquanto que o CTA Madureira, localizado no subúrbio, obteve nesta mesma proporção 48,7%. Esses dados sugerem que as pessoas com melhor escolaridade procuraram mais os CTAs em 1997, podendo também significar que, por motivos variados, acessam com mais facilidade esse tipo de serviço. Considerando que nos três CTAs, 19% das pessoas que se declararam analfabetas apresentaram sorologia positiva e que hoje descobrir precocemente a infecção pelo HIV pode assegurar uma melhor qualidade de vida, faz-se necessária uma ampla divulgação desses serviços para as pessoas com baixa escolaridade e/ou baixa renda.

Se considerarmos os resultados dos exames anti-HIV conhecidos e as categorias de exposição ao HIV, constatamos que entre as categorias com maior número de pessoas, destacou-se que na subcategoria de risco exclusivamente homossexual a soropositividade ao HIV (entre 395 indivíduos com estas duas informações conhecidas) atingiu o percentual de 27,1%, sendo a maior neste tipo de associação. Seguiu-se a proporção de 25,4% de soropositividade dentro da subcategoria de risco exclusivamente bissexual (entre 347 indivíduos). A proporção de soropositividade dentro da subcategoria de risco exclusivamente heterossexual foi de 9,5% entre 3.923 pessoas. Já os três casos da subcategoria homossexual/uso de drogas endovenosas obtiveram resultado anti-HIV positivo.

Esses dados nos remetem aos trabalhos que abordam a vulnerabilidade dos homens que fazem sexo com homens (Costa, 1992; Parker, 1994) e destacamos a contribuição de Cáceres (2000), quando afirma que os grupos com “sexualidades alternativas” ainda experimentam, nos países da América Latina, distintos níveis e formas de discriminação social, o que faz com que sejam vistos (e às vezes tratados) como cidadãos de segunda categoria. Esses fatos trazem, freqüentemente, conseqüências importantes para as suas vidas, deixando-os mais expostos às DST e ao HIV. Reforçam também a pertinência de manutenção (e mesmo de ampliação) dos recursos que financiam ações de prevenção direcionadas aos homens que fazem sexo com homens, havendo ainda a necessidade de se refletir sobre o desenho dos serviços de saúde, que raramente contemplam especificidades para estes grupos.

Considerando apenas os resultados positivo e negativo, esta variável mostrou diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis sexo, escolaridade e renda ($p \leq 0,05$).

Quanto aos questionários aplicados com a clientela, um total de 132 pessoas respondeu aos dois instrumentos nos três CTAs. Cabe esclarecer que no período da pesquisa, os três CTAs tiveram atraso na emissão dos resultados, devido à falta de kits nos laboratórios que realizavam seus exames e que embora tenhamos prorrogado a aplicação do segundo questionário por um mês, perdemos aproximadamente 140 pessoas que responderam somente ao primeiro.

Entre as 132 pessoas, 129 explicitaram o sexo, sendo 55% masculino e 45% feminino. Quanto à renda mensal pessoal, 115 responde-

ram, sendo que 35,6% recebiam de um a até menos de três salários mínimos, 29,6% recebiam de três a até menos de seis salários mínimos e 10,4% recebiam menos de um salário mínimo. Esclareça-se que nessa ocasião, um salário mínimo brasileiro valia aproximadamente US\$100,00.

Cento e vinte e três (123) pessoas informaram as idades, não tendo nenhuma menos de 16 anos e nem mais de 66 anos. As faixas etárias com maior número de pessoas foram de 20 a 24 anos, representando 24,4% dos sujeitos; seguida de 25 a 29 anos, com 20,3% e de 30-34 anos com 17,1%.

Quanto à escolaridade, cento e trinta pessoas a informaram. A maior proporção foi relativa ao 2º grau (Completo – C ou Incompleto – I) que obteve 36,9%, seguida pelo 1º grau (C ou I) com 30%. O nível superior (C ou I) obteve a proporção de 22,3% e os que relataram que escrevem e lêem, 10%. Se somados, o segundo e o terceiro grau, atingimos a proporção de 59,2%. Acreditamos que para estas pessoas, possivelmente, foi mais fácil aceitar a proposição de colaborar numa pesquisa através de um questionário auto-aplicável.

Sobre a maneira como souberam da existência desse serviço, respondida por 130 pessoas, a maior proporção foi relativa aos amigos ou parentes que já estiveram no serviço (33,1%); seguida por outro serviço de saúde (ambulatório, posto, hospital – 26,9%); e por cartazes ou folders (23,8%). A mídia (TV, rádio ou jornais) teve proporção de 10,8% e os bancos de sangue 3,1%. Somente duas pessoas assinalaram mais de uma opção. Como a maior proporção de pessoas referiu que soube do CTA por amigos ou parentes que já haviam estado no serviço, acreditamos que a própria clientela é uma boa divulgadora desses CTAs e que os recomenda. Este dado, por si, nos parece indicativo de um bom grau de satisfação com os serviços recebidos. Já a partir do banco de dados de 1997, constatamos que entre 7.345 pessoas, 85,6% chegaram aos CTAs por demanda espontânea e 14,4% foram encaminhados (em geral por médicos ou por outros serviços de saúde). Estes dados, acrescidos dos depoimentos dos profissionais que trabalhavam nestes CTA, sugerem que, desde 1998, um número maior de pessoas vem chegando aos CTAs referidas por outros serviços de saúde. Isso se por um lado pode denotar uma maior divulgação e integração dos CTAs à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por outro lado nos coloca algumas preocupações so-

bre o perfil da clientela, anteriormente, majoritariamente espontânea. A partir dos Encontros dos CTAs do estado do Rio de Janeiro (1998, 1999 e 2000), constatamos o aumento do número de pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde aos CTAs, especialmente de gestantes e de pessoas que vão submeter-se a cirurgias.

Com a louvável flexibilização do anonimato e o avanço do conhecimento científico sobre a transmissão vertical do HIV e sobre os cuidados necessários com as pessoas imunodeprimidas (“*justificando*” os exames pré-cirúrgicos), vem ocorrendo uma ampliação da demanda por exames anti-HIV. O atendimento desta “nova” e crescente demanda não foi acompanhado da capacitação, contratação de recursos humanos, locação de recursos em exames e organização de cada unidade de saúde para acolhê-la. Optamos por problematizar esse aspecto, pois entendemos que qualquer serviço, além de possuir um limite do que lhe é capaz produzir, respeitados seus padrões de qualidade, não pode crescer indefinidamente para dar conta de uma demanda crescente, ainda mais quando não recebem recursos (principalmente de recursos humanos e de insumos) para tal.

Isto para não abordar as implicações relativas ao próprio SUS, quando vários municípios, que não oferecem testagem anti-HIV, encaminham em massa suas mulheres gestantes para algum município vizinho, que possui um CTA. Esses fatos exigem reflexões, planejamentos e soluções por parte dos gestores (federais, estaduais e municipais) e posicionamentos por parte da sociedade civil. Também o reduzido número de laboratórios públicos no estado do Rio de Janeiro, que realiza exames anti-HIV, dificulta a organização desse tipo de testagem e do indispensável aconselhamento que deve acompanhá-la. A freqüente falta de *kits* para esses exames, levando a que, em algumas situações, os usuários esperem mais de 90 dias pelos resultados, é mais um fator que interfere na qualificação dos serviços, trazendo sérias conseqüências para a clientela. Nesta pesquisa, entre 128 pessoas que responderam aos questionários, 51,6% receberam seus resultados em um prazo entre 21 a 30 dias, 28,9% entre 31 e 45 dias e 0,8% em mais de 60 dias. Destaque-se, ainda, que nas perguntas em aberto, este foi o tema mais criticado pelos usuários.

Importa ainda comentar os dados de produção destes CTAs em relação a uma pesquisa do MS sobre os CTAs brasileiros, realizada em

1997 e que concluiu que nacionalmente esses serviços possuem “capacidade ociosa e pouca divulgação do CTA entre os grupos específicos e a população em geral (...)” (MS, apud Mattos, 1999). Considerando a capacidade instalada de cada um dos CTAs do município do Rio de Janeiro e o número de pessoas atendidas por eles, consideramos que em 1997 eles não possuíam capacidade ociosa, embora suas formas de divulgação fossem restritas.

Retomando a análise das respostas aos questionários, na pergunta relativa à ocorrência de risco ao HIV no último ano, respondida por 128 pessoas, 54,8% assinalaram que correram riscos; 22,6% que não correram riscos e 22,6% não souberam precisar.

No primeiro questionário, 132 pessoas informaram sobre os motivos pelos quais estavam indo realizar o exame anti-HIV, podendo assinalar mais de uma opção: 55,3% tiveram relações sexuais sem camisinha; 31,8% assinalaram que tiveram relações sexuais com uma pessoa desconhecida; 20,5% as parcerias sexuais solicitaram o exame; 6,8% tiveram relações sexuais com uma pessoa com HIV ou Aids; 3,8% tiveram relações sexuais com alguém que usa drogas injetáveis; 3% os empregos pediram o exame; 2,3% receberam sangue; 1,5% vieram fazer o teste, pois realizarão cirurgia e os médicos pediram e 0,8% (uma pessoa) compartilhou agulhas e/ou seringa. Dez pessoas (19,6%) declararam ainda “outros motivos” e entre estas, duas explicitaram gravidez; uma por ter dúvida quanto ao risco mesmo usando preservativo com uma parceria que é HIV+; uma por apresentar sintomas relacionados à Aids e duas por terem relação sexual oral sem método de barreira.

Em relação ao conhecimento sobre as formas de prevenção ao HIV para quem é usuário de drogas injetáveis, no primeiro questionário, entre 127 pessoas que responderam, 85,8% consideraram que a prevenção é possível utilizando seringas e agulhas descartáveis, de uso individual, mas somente 11,8% conheciam o procedimento 2x2x2 (lavar a seringa e a agulha duas vezes com água, duas com água sanitária e mais duas vezes com água). Também somente 11% identificaram que existe risco quando se utilizam drogas diluídas em recipientes (ou colheres) compartilhados.

Sobre a dificuldade de mudar o comportamento sexual, 121 pessoas responderam, sendo que 21,5% afirmaram que é difícil mudar e 78,5% afirmaram que não.

Quanto a saber utilizar a camisinha, das 114 pessoas que responderam, 79,8%, afirmaram que sabem. Dentre 123 pessoas, 65,9% dizem que ela não incomoda. Já 45% de 111 pessoas afirmaram que só usam a camisinha com quem não conhecem ou não confiam.

Quando perguntados sobre o uso da camisinha em um relacionamento quando estão apaixonados, entre 109 pessoas, 39,4% não a utilizam neste caso. Observando-se esta proporção em relação ao sexo, constatamos que das 45 mulheres que responderam, 55,6% delas não solicitam o uso do preservativo quando estão apaixonadas e entre os 62 homens, esta proporção foi de 25,8%. Esses dados corroboram alguns estudos sobre sexualidade e gênero (Villega & Barbosa, 1996), quando afirmam as diferenças socialmente constituídas sobre os papéis femininos e masculinos nas culturas urbanas brasileiras, fazendo com que as pautas de comportamentos previstos para as práticas sexuais sejam também diferenciadas. Assim é que para a mulher, o ato sexual é mais frequentemente associado com o afeto, sendo, nessa circunstância, mais difícil a negociação do preservativo: que pode trazer dúvidas sobre a fidelidade (dele ou dela) ou o questionamento sobre relacionamentos anteriores (DST, Aids, homossexualidade etc.).

Abordando a crença de possuir alguma proteção especial e por isso não precisar utilizar o preservativo, 10,5% de 114 pessoas acreditam possuí-la.

Em relação ao uso do preservativo, das 112 pessoas que responderam, 60,7% afirmaram utilizá-lo às vezes; 25% sempre (sendo 11 homens) e 14,3% nunca.

As 96 pessoas que usam preservativo sempre ou às vezes explicitaram quando o fazem: 12,9% usam na hora de gozar; 37,6% usam quando não conhecem bem a pessoa; 6,5% usam com trabalhador do sexo e 38,7% usam sempre, independentemente de quem seja a parceria.

Comparando-se as perguntas relativas ao preservativo masculino, entre o primeiro e o segundo questionário, chegamos às constatações a seguir descritas.

No primeiro questionário, entre 126 pessoas, 10,3% concordaram que “a camisinha não evita o vírus da Aids, pois é muito fininha” e 9,5% das pessoas não souberam posicionar-se. Já no segundo questionário, entre 130 pessoas que responderam a esta pergunta, 3,1% permaneceram sem saber posicionar-se e

88,5% (115 pessoas) discordaram, demonstrando que a maioria foi bem-esclarecida sobre a eficácia do preservativo masculino como método de barreira ao HIV.

Em relação ao preservativo masculino não dever ser usado com produtos à base de óleos (e sim com produtos à base d'água), entre 126 pessoas no primeiro questionário 5,6% (7 pessoas) erraram e no segundo questionário, entre 130 pessoas, cinco pessoas continuaram errando.

Cento e vinte e três (123) pessoas responderam, quando indagadas, se tiveram alguma DST no último ano: 85,4% afirmam que não; 9,8% (12 pessoas) que sim e 4,8% não sabem dizer. Entre as doze pessoas que responderam sim, onze afirmaram que procuraram tratamento: quatro em postos ou centros de saúde, seis com médicos particulares e uma veio ao CTA buscar tratamento.

No segundo questionário, em relação ao aconselhamento coletivo, entre 126 pessoas, 61,9% o consideraram ótimo e 34,9%, bom. Sobre o aconselhamento individual pré-exame anti-HIV, também entre 126 pessoas, 59,5% o consideraram ótimo e 33,3% bom.

Quando questionados sobre se a ida a esses serviços havia trazido alguma mudança para as suas vidas, das 129 pessoas que responderam, 67,5% consideraram que sim; 14,7% que não; e 17,8% não souberam posicionar-se. A partir da ida a esses CTAs, entre 131 pessoas, 74% receberam informações sobre como se protegerem das DST e da Aids; 56,5% aprenderam a usar adequadamente a camisinha masculina; 52,7% passaram a usar a camisinha masculina com mais frequência; 27,5% diminuíram o número de parcerias sexuais; 16% afirmaram que pararam de ter relações sexuais fora do casamento; 9,9% afirmaram que pararam de ter relações sexuais; 9,9% afirmaram que tiveram acesso a serviços médicos para tratamento de DST; e 6,9% pararam de compartilhar seringas e agulhas. Ainda, 35,9% afirmaram que passaram a negociar o uso da camisinha mais frequentemente com seus parceiros sexuais; 26% consideraram que não vieram ao CTA para mudar nada e sim, somente para saber o resultado de seus exames; 14,5% consideraram que não precisam mudar nada em suas vidas, pois mantêm relações sexuais somente com quem conhecem bem e 0,8% (uma pessoa) parou de amamentar o seu bebê. Esses resultados denotam que as ações dos CTA influenciam no comportamento e atitudes de muitos de seus

usuários. Entretanto, não podemos afirmar em que medida essas mudanças relatadas serão mantidas.

Conclusão

Os CTAs, ao terem no aconselhamento sua tarefa primordial, abordam de forma permanente temas pessoais (como a sexualidade) e coletivos (preconceitos, tabus, direitos sociais etc.). Desta forma, praticam uma modalidade de assistência que dá voz, crédito e escuta ao sujeito-cliente. Nesses serviços, essa é uma estratégia fundamental, uma vez que sem o engajamento e a participação ativa desse sujeito, poucas são as chances de ampliarmos os comportamentos e valores capazes de evitarem as DST e o HIV. Por outro lado, favorece algumas vivências singulares para a clientela, levando a que um dos usuários afirmasse no questionário aplicado, que o CTA: “nem parece um serviço público de saúde”, querendo elogiá-lo. Serviço público este, que anda culturalmente tão desvalorizado, apesar de alguns esforços em contrário, inclusive de várias equipes dos CTAs. Por ora há o desafio de integrar esses serviços de forma efetiva ao SUS, garantindo mecanismos que valorizem suas ações, acompanhados de compromissos federais, estaduais e municipais que permitam sua continuidade e maior qualificação.

As diretrizes dos CTAs devem seguir pausando-se por visões integrais do ser humano, onde o biológico, o psicológico e o social/cultural entrelaçam-se de forma absolutamente indissociável, necessitando contemplar um tipo de atenção que valorize a todos estes aspectos.

Na abordagem das relações sexuais que envolvem o afeto e a paixão, culturalmente mais experimentadas como especiais e desprovidas

de riscos, há que se considerar a importância de o aconselhamento favorecer reflexões que por um lado enfrentem os riscos ao HIV existentes, sem desconsiderar as diferenças de gênero e os possíveis acordos inter-relacionais, impossíveis de serem normatizados por orientações gerais. Para tal, a avaliação do risco pessoal deverá, preferencialmente, ser abordada na entrevista de aconselhamento individual pré-teste, onde o profissional poderá compartilhar com o cliente algumas reflexões, procurando estimulá-lo a encontrar formas prazerosas para a sua vida sexual (ou de uso de drogas), menos arriscadas às DST/HIV.

Os CTAs não devem deixar de atender a demanda espontânea geral, sendo necessária uma ampla divulgação social sobre os mesmos, garantindo aos cidadãos os direitos à informação, ao aconselhamento e à testagem (anônima ou identificada). A experiência dos CTAs, quanto ao aconselhamento e oferta de exames sorológicos anti-HIV, poderá e deverá estender-se a outros serviços de saúde, que necessitarão estruturar-se face à nova realidade da epidemia da Aids, cumprindo de forma mais efetiva seus papéis de promotores da saúde e, em especial, de agentes também implicados na prevenção das DST/HIV/Aids.

Embora os percentuais de soropositividade encontrados nos CTA não possam ser extrapolados para a população geral, os dados encontrados corroboram e confirmam algumas análises nacionais dos casos de Aids que apontam para uma maior expansão da epidemia entre pessoas com baixa escolaridade e para a sua progressão entre mulheres. Neste ínterim, as análises que relacionam violência estrutural (Cruz Neto, 2000), pobreza (Souza, 2000) e vulnerabilidade às DST/HIV precisam ser consideradas e aprofundadas.

Referências bibliográficas

- Bastos F & Szwarcwald C 1999. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas, pp 7-17. *Sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens*. Ministério da Saúde, CN DST-AIDS, Brasília.
- Cáceres C 2000. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. *Boletim ABIA*, janeiro-março de 2000, nº 44: 10-11. Rio de Janeiro.
- Costa J 1992. O homoerotismo diante da AIDS, pp. 127-194. In JF Costa. *A inocência e o vício – estudos sobre o homoerotismo*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Cruz Neto O 2000. Um país de desigualdades. *Boletim ABIA*, janeiro-março de 2000, nº 44: 6-7. Rio de Janeiro.
- Mattos R 1999. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro, pp. 29-87. In R Parker, J Galvão, M Bessa (org.). *Saúde, desenvolvimento e política – respostas frente à AIDS no Brasil*. Editora 34/ABIA, Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde 1998. *Aids II: desafios e propostas*, CN-DST/AIDS, Brasília, 80pp.
- Ministério da Saúde 1999. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Manual*, Brasília, 35 pp.
- Ministério da Saúde 2000. *AIDS: Boletim Epidemiológico*, CN-DST/AIDS, Ano XIII, nº 3, Brasília, 55 pp.
- Parker R 1994. *A construção da solidariedade – AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Ed. Relume-Dumará/IMS/UERJ/ABIA, Rio de Janeiro, 141pp.
- Parker R, Galvão J, Bessa M 1999. Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da Aids, pp 7-25. In R Parker, J Galvão, M Bessa (org.). *Saúde, desenvolvimento e política – respostas frente à Aids no Brasil*. Editora 34/ABIA, Rio de Janeiro.
- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro 2000. *Boletim DST/AIDS – OUTUBRO 2000*. Assessoria DST/Aids da SES-RJ, Rio de Janeiro, 12 pp.
- Siegel S 1975. *Estatística não-paramétrica*. Ed Mc Graw Hill, Rio de Janeiro, 350 pp.
- Souza H 2000. Aids e pobreza, pp 12. *Boletim ABIA*, janeiro-março de 2000, nº 44, Rio de Janeiro.
- Villela W & Barbosa R 1996. Repensando as relações entre gênero e sexualidade, pp.189-199. In R Parker & R Barbosa (orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.