

# Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o Acesso ao Diagnóstico do HIV entre a População Negra: uma análise qualitativa<sup>1</sup>

## Testing and Counseling Centers (TCC) in Rio de Janeiro City, and Access to the HIV Diagnosis for the Black Population: a qualitative analysis

### **Carla Luzia França Araújo**

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/Aids da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, n 39/703, Tijuca, CEP 20550-010, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: araujo.ufrj@gmail.com

### **Lizete Pontes Macário Costa**

Doutora em Saúde Coletiva. Médica do HUPE/UERJ. Integrante do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/Aids/UFRJ.

Endereço: Av Presidente Vargas, 2863, Cidade Nova, CEP 20210-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: lizetemacario@yahoo.com.br

### **Louise Bastos Schilkowsky**

Mestre em Saúde Pública. Médica do HESFA/UFRJ. Integrante do Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/Aids/UFRJ.

Endereço: Av Presidente Vargas, 2863, Cidade Nova, CEP 20210-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: louise.schil@gmail.com

### **Sonia Maria Batista da Silva**

Mestre em Saúde Coletiva. Psicóloga do HESFA/UFRJ.

Endereço: Av Presidente Vargas, 2863, Cidade Nova, CEP 20210-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: soniabato5@gmail.com

<sup>1</sup> Este artigo é parte da pesquisa "Acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids entre a população negra no município do Rio de Janeiro" que foi financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - UNESCO.

## Resumo

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional. Entende-se como acesso a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Entre os desafios para a gestão em saúde, encontram-se as desigualdades de acesso como um dos principais problemas. As diferenças marcantes nas taxas de utilização dos serviços de saúde apontam as graves desigualdades de acesso refletindo as desigualdades sociais. Este artigo tem por objetivo discutir o acesso ao diagnóstico do HIV pela população negra do município do Rio de Janeiro. Para trabalhar com o objeto proposto, optamos pela metodologia qualitativa. A coleta de dados consistiu na realização de 62 entrevistas semiestruturadas, com pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas e que procuraram os Centros de Testagem e Aconselhamento do Município do Rio de Janeiro para a realização do teste anti-HIV. A análise dos dados ocorreu baseada nos pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo. A maioria dos entrevistados não relatou dificuldades para o acesso ao teste anti-HIV. A barreira identificada foi a própria demanda reprimida nos CTA por conta de oferecimento limitado de testes devido a questões de insumo e recursos humanos. Não foi verificada nenhuma fala que demonstrasse discriminação com relação à cor/raça no contato com o serviço. Entre os fatores apontados como facilitadores do acesso ao teste foram: gratuidade do exame, indicação ou referência por profissionais ou serviço de saúde,

acesso ao local de realização do teste, credibilidade do serviço, rapidez no atendimento e ausência de burocracia.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Raça e Saúde; Sorodiagnóstico de HIV.

## Abstract

Access to health services is a constitutional right. Access is considered as the capacity to obtain health care when necessary, in an easy and convenient way. Challenges for health management include unequal access as one of the main problems. Clear differences in health service usage rates indicate severe access inequality and reflect social inequality. This research aims at discussing the black population's access to the HIV diagnosis in Rio de Janeiro city. The qualitative method was chosen. Data were collected through 62 semi-structured interviews with people who declared themselves black or mulatto and visited the Testing and Counseling Center (TCC) to take the HIV test. Data analysis was based on the premises of the Collective Subject Discourse. Most interviewees did not report any difficulties to get access to the HIV test. The repressed demand at the TCC was identified as a barrier, due to the limited test offer caused by material and human resource issues. No statement was found that demonstrated color/race discrimination during contact with the service. Factors appointed as facilitating test access included: free test, indication or referral by health professionals or service, access to the test site, service credibility, rapid care and absence of bureaucracy.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Ethnic Group and Health; AIDS; Serum Diagnosis.

## Introdução

Na década de 1980, questões relacionadas ao modelo de Saúde no Brasil marcaram importantes mudanças pautadas na busca da equidade do direito à saúde e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), provocando um avanço na reorganização desse setor. Durante esse período, os agravos à saúde causados pela epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) geraram grande impacto na sociedade, o que o levou a ser considerado um importante problema de saúde pública.

O surgimento dessa epidemia e sua rápida evolução refletiram a crise que a saúde pública do país atravessava, norteando proposições baseadas nos princípios constitucionais e no SUS (equidade, integralidade e universalização), transformando os impasses da saúde em ações cujos eixos fundamentais foram o resgate da ética, da dignidade, do direito ao diagnóstico, à prevenção e à assistência aos portadores do HIV/aids, com o objetivo de alterar a situação de exclusão e de desigualdade, acenando conquistas fundamentais para toda a população brasileira.

Essa concepção de saúde está pautada na necessidade de pensar e reconstruir um novo saber teórico-prático, na reorganização e no planejamento dos serviços oferecidos à população. Nesse entendimento, a epidemia de aids surgiu no contexto que aproxima a doença emergencial do desenvolvimento de política de saúde e dos direitos sociais e de cidadania, associando-os aos princípios do SUS.

Nesse contexto, surgiram diversos protagonistas, tanto no âmbito governamental como em segmentos da sociedade civil, como, por exemplo, as organizações não governamentais (ONG), que aliados expressaram a urgência das respostas para assistência e prevenção da doença, viabilizando a luta pela defesa dos Direitos Humanos em prol da inclusão das pessoas no sistema de saúde e reafirmando a importância do acesso universal, propiciando, assim, uma saúde digna para todos.

A Síndrome de Imunodeficiência Humana (aids) no Brasil assumiu diferentes faces. Inicialmente, foi caracterizada como uma doença de “grupos de risco”: homens que faziam sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, usuários de drogas, indivíduos

transfundidos por sangue e hemoderivados. Posteriormente, após as reivindicações desses segmentos populacionais, a dimensão social da epidemia trouxe mudanças a seu perfil, destacando em sua evolução tendência a feminilização, pauperização e interiorização, retratando profundas desigualdades da sociedade brasileira.

O conceito de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV (Mann, 1993, p. 49) sugere o reducionismo das abordagens comportamentalistas e estigmatizantes. Essa noção, atualmente estendida à saúde pública, permite entender mais amplamente questões relacionadas às desigualdades sociais, estigma, violência e discriminação (Parker, 2003, 25), evidenciando a inter-relação de aspectos individuais, sociais, econômicos e políticos.

A progressão da doença, cujos determinantes sociais perpassam as condições de vida da população, questões étnicas, etárias e de gênero, entre outras, vem atingindo de forma crescente setores econômicos e socialmente menos privilegiados (Brasil, 2002, 16).

Entendendo epidemiologia como uma ciência que oferece conhecimentos sobre o processo de saúde-doença, seus determinantes e riscos, consideramos a vigilância epidemiológica uma atividade de produção de conhecimento, que através da conjugação com aspectos sociais e econômicos possibilita mecanismos para a elaboração de melhores diretrizes, planejamento e execução de ações e controle de doenças e seus agravos.

O enfrentamento da epidemia requer a disponibilidade de meios de as pessoas obterem o cuidado à saúde e o devido tratamento. O acesso, como possibilidade de utilização dos serviços de saúde, expressa uma das características da oferta que podem facilitar ou dificultar a obtenção desse cuidado. Estudos apontaram características referentes aos serviços de saúde, aos meios disponíveis para as pessoas obterem o cuidado de saúde e à desigualdade entre os grupos sociais, entre os fatores que afetam o acesso. (Lopes e Batista, 2003, 06; Ramos, 2003, 31; Lopes, 2005, 32; Travassos e col., 2006, 978)

Em 2002, a variável raça/cor foi incorporada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinam), sendo assim, destacamos que a categoria étnica raça/cor deve ser incluída nas discussões

de saúde e especificamente na investigação e notificação da variável. Essa informação por parte da vigilância deve significar mais que a busca de dados e indicadores quantitativos acerca dessa inserção, mas a inclusão de um olhar mais abrangente e seletivo acerca das questões a respeito dessa epidemia (Giovanetti e col., 2007).

A modificação do perfil epidemiológico da aids aponta a necessidade de abordar questões sobre a epidemia que envolvem o seguimento da população afrodescendente. O Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais de 2005 apontou um aumento dos casos de aids entre essa população. Entre mulheres pretas e pardas, o registro de aids aumentou de 35,6% para 42,4%, e entre homens pretos e pardos, cresceu de 33,4% para 37,2%, contrastando com os números dos que se consideraram brancos, cujos números decresceram.

A relevância dessas transformações no desenvolvimento da epidemia do HIV/aids suscita investigações e pesquisas científicas. Considerando essa problemática, este artigo tem como objetivo discutir o acesso ao diagnóstico do HIV pela população negra do município do Rio de Janeiro (RJ).

## Procedimentos Metodológicos

Sob a premissa de que existem diferenças sociais segundo a raça/cor que se constituem vulnerabilidades para a transmissão do HIV, destacamos aqui o acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivo discutir os aspectos que envolvem o acesso ao diagnóstico do HIV pela população negra do município do Rio de Janeiro, identificando os fatores que facilitam/dificultam seu acesso ao diagnóstico da doença.

Para atendermos aos objetivos, optamos pela metodologia qualitativa descritiva que, de acordo com Triviños (1987, p. 46), parte da descrição que intenta captar não só a aparência do fenômeno, mas também a sua essência. Esse autor complementa seu pensamento lembrando que o estudo tem o interesse de descrever fatos e fenômenos acerca de determinada realidade. Para Minayo (1993, p. 242), a pesquisa tem o objetivo descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. A pesquisa qualitativa responde a questões

muito particulares, trabalhando com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, preocupando-se com o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos de uma realidade não quantificável. Essa abordagem oferece a possibilidade de um estudo em que a observação e a fala dos envolvidos são instrumentos de trabalho, permitindo o aprofundamento e a compreensão do fenômeno focado (Minayo, 2002, 98)

O objeto deste projeto envolve o acesso a oferta de teste anti-HIV à população negra no município do Rio de Janeiro. O trabalho de campo foi realizado nos três Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município do Rio de Janeiro. Um localizado no centro da cidade (AP 1.0), outro na zona sul (AP 2.1) e outro no subúrbio (AP 3.3). O CTA é definido como um serviço de saúde de atenção primária e simplificada que faz intermediação significativa entre a prevenção e a assistência, desempenhando um importante papel no controle e no processo de diagnóstico e prevenção do HIV/aids e outras DST, nos sujeitos que se percebem mais vulneráveis. Nesse processo de oferta do exame, utiliza-se o aconselhamento como abordagem, que se dá a partir de uma relação dialógica entre profissional e usuário, e de acolhimento, propiciando um processo reflexivo, tornando-se referência para a assistência ao diagnosticado como soropositivos para o HIV (Brasil, 1999, p. 39).

Os CTA pautam-se, também, pelos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde, que são norteados nesses serviços pela demanda espontânea, gratuidade, distribuição de insumos, equidade e direito de atendimento a todos que o procuram (Brasil, 2008, p. 51).

A coleta de dados consistiu na realização de 62 entrevistas semiestruturadas, com pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas e que procuraram os CTA para a realização do teste anti-HIV. Após a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme determina a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde - em que são garantidos anonimato e confidencialidade -, as entrevistas foram gravadas em meio digital e, posteriormente, transcritas. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do município do Rio de Janeiro. As entrevistas duraram em média 20 minutos.

O roteiro de entrevista foi constituído de três

partes: a primeira voltada para a caracterização dos sujeitos; a segunda verifica como ocorreu o acesso ao teste anti-HIV; e a terceira investiga os fatores que facilitaram e/ou dificultaram o acesso ao diagnóstico, bem como sugestões para melhoria no acesso a esses serviços. Os relatos pós-transcrição foram ordenados, classificados e analisados de acordo com os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (Lefèvre, 2005, p. 35).

## Resultados

### Caracterização dos entrevistados

Sujeitos de pesquisa são aqueles que vivenciam uma dada realidade que está sendo focalizada (Minayo, 2002, p. 102). No trabalho de campo realizamos 62 entrevistas com usuários do CTA na faixa etária entre 25 e 53 anos de idade (com maior concentração de pessoas na faixa etária de 25 a 40 anos), sendo 40% oriundas do CTA HESFA (Região do centro), 34% do CTA Madureira (Região norte) e 26% do CTA Rocha Maia (Região sul). Das pessoas entrevistadas, 60% eram do sexo masculino e 40% do feminino; 65% dos entrevistados se declararam solteiros, 19% casados ou em relação estável e 14% separados/divorciados ou viúvos, apenas um entrevistado não informou sua situação conjugal.

Quanto ao grau de escolaridade foram identificados pelo número de anos de estudos concluídos os seguintes dados: com menos de oito anos de escolaridade 44%; entre 8 e 11 anos 42%, e com mais de 12 anos de estudos foram identificados 14% dos entrevistados. Em relação ao quesito raça/cor, 53% autodeclararam-se pretos e 47% autodeclararam-se pardos. A concentração de afrodescendentes em patamares inferiores de escolaridade determina, portanto, a situação desprivilegiada desse grupo racial no conjunto das posições de ocupação e renda e, conseqüentemente, impacta suas possibilidades de mobilidade social ascendente (Brandão, 2002, p. 86; Brasil, 2005, p. 22).

De acordo com estudo realizado sobre desigualdade social e saúde, o uso dos serviços de saúde ao longo da distribuição de renda está diretamente relacionado. A proporção de indivíduos que procura os serviços de saúde tende a aumentar ao longo da distribuição de renda. Percebe-se que, apesar de

necessitarem mais dos serviços de saúde, os indivíduos de menor poder aquisitivo tendem a utilizá-los menos (Neri e Soares, 2002, p. 79).

A seguir apresentaremos as categorias de análise.

### Motivo para a realização do teste anti-HIV

Os principais motivos que lavaram os sujeitos da pesquisa a realizar o teste anti-HIV foram:

#### Reconhecimento de ter vivenciado alguma situação de risco

A maioria dos entrevistados buscou a realização do teste anti-HIV por reconhecerem ter vivenciado alguma situação de risco, como podemos identificar a seguir.

*Já tive algumas parceiras e quero fazer o exame de sangue. Curiosidade e insegurança, eu estou pensando em ficar grávida. Tive um contato com uma mulher, a camisinha rasgou e eu vim fazer o teste. Existem muitas pessoas por aí com esse problema. Eu me relacionei com uma pessoa sem camisinha. Tem um tempo que eu transei sem camisinha. Eu tive um comportamento de risco. Eu estou preocupada. Fiquei sabendo que uma das clientes do salão que eu vou está com aids. Quero fazer o exame porque tive um acidente ocupacional. Porque é um teste gratuito e eu quero me tornar doador de sangue. Um amigo fez o teste aqui e aí eu queria muito fazer. (DSC 1) (de acordo com a metodologia adotada os discursos devem ser identificados como: Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e a numeração é feita à medida que o discurso aparece, com algarismos arábicos e sequenciais.*

Em estudo realizado anteriormente, o pesquisador verificou que dos motivos de procura pelo serviço de saúde os exames de rotina ou prevenção correspondiam a 37% da demanda dos usuários em relação aos serviços de saúde. Este estudo apontou ainda que o grupo com maior poder aquisitivo procura mais os serviços de saúde por motivo de exames de rotina e prevenção do que os com rendimentos inferiores (Neri e Soares, 2002, p. 85). Em relação ao HIV, esse é um comportamento que favorece o diagnóstico precoce e promove uma melhor qualidade de vida aos infectados.

No contexto da organização dos níveis de atenção,

destacamos aqui que o SUS propõe a hierarquização dos serviços, determinando que funcione como rede integrada, tendo a rede básica de saúde como porta de entrada no sistema, de modo que os pacientes só fossem encaminhados à unidade de referência caso o problema não pudesse ser resolvido naquele nível de complexidade. Entretanto, com o dia a dia dos serviços constatamos um desconhecimento da população quanto à oferta de serviços disponibilizados pelo SUS.

### **Encaminhamento por profissional de saúde para realizar o exame**

Neste caso a demanda interior para a realização do exame é menor e o medo do resultado reagente é mais presente. Durante o Aconselhamento sempre deve ser considerado esse aspecto para melhor interação e abrangência do atendimento.

*Comecei a sentir uma coisa estranha no corpo, começou há uns dois ou três meses; a me dar uma coceira e uns arrepios. Fui ao médico ele me pediu para fazer o exame. Estou grávida e o médico pediu. Meu marido é portador há 2 anos, então o médico pediu. A médica pediu para fazer a minha operação do útero. Tentei ser doadora e não consegui, ai eles me deram uma lista com todos os endereços dos CTA. Por isso vim parar aqui. (DSC 2)*

Como se pôde observar no discurso, os sujeitos da pesquisa procuraram uma unidade de saúde, entretanto foram encaminhados para o CTA para fazerem o teste anti-HIV. Em estudo com homens portadores de doenças sexualmente transmissíveis verificou-se que a primeira unidade procurada por eles fez apenas encaminhamentos a outras unidades, não prestando nenhum tipo de atendimento. Outro dado interessante é a falta de divulgação dos serviços disponíveis na própria unidade de referência. O usuário, mesmo morando na área de abrangência, desconhece que as Unidades Básicas de Saúde devem prestar atendimento no campo do diagnóstico precoce das DST/HIV (Araújo e Leitão, 2005, p. 398).

### **Fatores que facilitaram o acesso à realização do teste anti-HIV**

Dos entrevistados, 51,6% relataram ser a primeira vez que realizavam o teste anti-HIV e 41,9% afirmaram já terem realizado o teste em outra oportunidade.

Entre os fatores apontados como facilitadores do acesso ao teste foram identificados os seguintes aspectos: gratuidade do exame, indicação de profissionais ou serviço de saúde, acesso ao local de realização do teste (proximidade) e, ainda, respostas relacionadas ao próprio perfil do serviço, como a credibilidade, rapidez no atendimento e ausência de burocracia.

Nesse aspecto, destacamos a classificação do conceito de acesso em: geográfico, econômico e funcional (Adami, 1993, p. 84; Unglert, 1995, p. 230). O acesso geográfico foi caracterizado por forma e tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. A forma de deslocamento utilizada pelo usuário é um fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. No caso deste estudo, esse aspecto foi fator de facilidade ao teste anti-HIV.

### **A proximidade da residência ou trabalho e facilidade de locomoção**

*Resido aqui neste bairro. Fica mais perto para mim. Aqui é bem perto do meu trabalho. Isto facilita muito. Aqui tem muito transporte. É perto de tudo. (DSC 3)*

Com base no discurso, confirma-se que a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde se constitui em elemento determinante a sua escolha, apesar de nem sempre esse fator significar garantia de atendimento.

### **A gratuidade do serviço**

Nesse contexto, é importante relacionar a implantação de políticas de saúde com foco no acesso, com o entendimento das questões de cidadania que atribuem o direito à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei, em que são consagrados os direitos civis (Brasil, 2004, p. 10).

Essa inter-relação também se refere à caracterização da oferta dos serviços de saúde, da demanda e da necessidade da população, bem como da percepção de seus riscos e do desejo de se obter cuidados de saúde, que, uma vez superados e planejados, podem viabilizar o acesso e a consequente utilização desses serviços.



*Eu faço pré-natal e lá na clínica não tem esse exame, na clínica o exame é pago. Aqui ficou mais fácil porque é de graça. Aqui é de graça. Como eu não posso pagar R\$ 400,00, eu vim aqui (DSC 4)*

### **Fatores que dificultam o acesso à realização do teste anti-HIV**

Os entrevistados identificaram os seguintes fatores que dificultaram o acesso à realização do exame: demanda reprimida, demora no atendimento, horário de realização, pouca divulgação do serviço. Entretanto, a maioria dos entrevistados relatou não ter tido dificuldade para o acesso ao teste.

#### **A não realização do exame no primeiro contato**

*Eu tive que esperar algumas semanas para fazer o exame. Disseram-me que eu estava na janela. Na primeira vez não consegui. Tive que chegar muito cedo para conseguir número. Eu vim na sexta. Já era 9h30min, já tinha terminado. O número de pessoas que são atendidas por dia é muito pouco. O limite de vagas, a quantidade de número que é dado é muito pequena. (DSC 5)*

#### **A demora no atendimento**

*A maior dificuldade é a demora. Tem que esperar muitas horas para fazer o exame. Só a questão da demora, tem muita gente para fazer o exame. Se não tiver um horário para poder fazer é complicado. (DSC 6)*

O acesso funcional apareceu neste estudo como fator de dificuldade ao acesso ao teste anti-HIV. Cabe esclarecer que o acesso funcional é entendido como a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento (Adami, 1993, p. 84). Um dos fatores que deve ser levado em conta no estudo do acesso funcional é o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento, desde o momento de sua chegada ao serviço.

### **Sugestões para melhorar o acesso à realização do teste anti-HIV**

Solicitamos que os entrevistados propusessem sugestões para a melhora do acesso à realização do exame anti-HIV. Entre as mais frequentes pudemos encontrar: maior oferta de testes realizados na Atenção Básica, maior disponibilidade de CTA, ampliação do horário de atendimento e do número de profissionais e, ainda, maior divulgação do serviço.

#### **Ampliação da testagem para a Atenção Básica**

Após mais de uma década e meia de epidemia, observamos marcos históricos relevantes que contribuíram para que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais seja considerado exemplar para o mundo. Entre eles destacamos a luta pelos direitos e pela inclusão dos cidadãos infectados pelo HIV no sistema de saúde e no âmbito da sociedade e a articulação entre as ONG e a governo através de programas descentralizados da política de saúde do SUS, a reorganização dos serviços de saúde e as pesquisas científicas, que têm contribuído para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à população.

O estabelecimento de políticas de universalização, seja para o amplo acesso do diagnóstico do HIV, seja através de legislações que dispõem sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito para os medicamentos antirretrovirais, acrescido do conjunto de novas estratégias para o controle da epidemia, como as políticas de prevenção e promoção à saúde e a capacitação de profissionais para a assistência na rede ambulatorial e hospitalar, têm favorecido a implantação de políticas públicas de saúde que se coadunam com os princípios do SUS.

*Que todos os postos de saúde tivessem mais chance para aqueles que precisam fazer o teste. Mais profissionais trabalhem nesta área, porque o HIV não é um bicho de sete cabeças. A população tem que ter mais acesso a esses exames. (DSC 7)*

Faz-se necessário fortalecer os serviços de nível de atenção primária, ou seja, organizar e programar políticas e implantar serviços que respondam às demandas advindas da sociedade. Apesar de o Ministério da Saúde (Brasil, 2003, p. 08) já ter definido a

ampliação do acesso e da oferta do teste anti-HIV e do aconselhamento como uma importante estratégia para a prevenção do HIV, ainda é necessária uma implementação mais efetiva dessa ação.

### **Melhorar a divulgação dos serviços prestados pela CTA**

*Deveria ter mais divulgação dos CTA. Deveria ser mais divulgado, pois tem pessoas que são tímidas e não perguntam. Divulgação dos lugares contendo todas as informações, horário de chegada. Devia ter mais número de telefones espalhados. Anúncios. (DSC 8)*

Do ponto de vista institucional, a oferta de serviços de saúde deve levar em consideração as demandas da população. Entretanto é de fundamental importância a divulgação dos serviços oferecidos, para que a comunidade de modo geral passe a utilizá-los adequadamente.

Neri e Soares, em seu estudo, afirmam que apesar de a análise das distribuições de rendimento evidenciar desigualdade vertical no consumo dos serviços de saúde, uma vez que os indivíduos menos privilegiados necessitam mais e consomem menos serviços, os resultados sugerem problemas no acesso aos cuidados médicos, apesar de a Constituição garantir acesso universal aos brasileiros (Neri e Soares, 2002, p. 79). Em estudo realizado pelos referidos autores foi possível diagnosticar que um importante determinante do consumo estaria ligado a componentes da oferta dos serviços de saúde, uma vez que a probabilidade de consumo dos serviços diminui para áreas de menor densidade populacional (menor diversificação de serviços médicos) e para pessoas que não detêm seguro saúde. Esses determinantes, somados a outras características individuais e domiciliares, que estariam concentradas nos grupos sociais mais privilegiados, evidenciam que, mesmo garantindo acesso universal, a provisão de saúde pública é bastante segmentada no país.

### **Sentimento de prejuízo no atendimento do acesso ao serviço pelo fato de ser da raça negra (preto/pardo)**

Ao final da entrevista foi realizada uma pergunta sobre a questão do preconceito racial. A intenção era identificar se o entrevistado havia se sentido favore-

cido ou prejudicado pelo fato de ser parte da raça/cor negra durante atendimento na unidade de saúde.

Nenhum dos entrevistados identificou ter sido vítima de preconceito racial. Entretanto, três apontaram o preconceito quanto à orientação sexual ou a condição de soropositividade.

Muitos autores e instituições realizaram estudos sobre o tema racismo. Destacamos o da Fundação Perseu Abramo, que, em 2003, realizou uma pesquisa nacional que identificou o que os brasileiros pensam e fazem diante do racismo e como os diversos segmentos sociorraciais percebem o preconceito racial. A maioria dos brasileiros (87%) tem a percepção de não ter sido discriminada, entre os quais 93% dos brancos e 82% dos não brancos. Porém, quando indagados sobre a existência de racismo, 89% da população reconheceu a existência de racismo no Brasil (Santos, 2005, p. 46).

Cabe ainda destacar que a população negra, desde a abolição da escravatura, apresenta poucas condições sociais que facilitem uma mobilidade social ascendente. De certa forma isso elucida o fato de os brasileiros predominantemente não reconhecerem as práticas discriminatórias ao mesmo tempo em que identificam impedimento para a mobilidade social (Santos, 2005, p. 52).

No caso dos entrevistados nos CTA, não foi verificado nenhuma fala que demonstrasse discriminação com relação à cor/raça no contato com o serviço, como podemos verificar no discurso:

*Não, normal. Tranquilo. De igual para igual. Não teve nenhuma alteração. Não tem nenhuma modificação. Não me sinto assim de uma raça negra. Não sinto nada. Gosto da minha cor. Fui atendida normalmente. Todos os profissionais me trataram bem. Acho que não tem cor nem raça para ser atendido nesta instituição. Aqui é um órgão que está fazendo caridade. Não vi isso aqui. (DSC 9)*

O acesso à saúde está ligado às condições de vida - nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação -, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos há-



bitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (Unglert, 1995, p. 229). Nesse contexto, destacamos que mesmo as mais severas condições de pobreza não promovem uma completa homogeneização socioeconômica entre brancos e afrodescendentes. Logo, apontamos a impossibilidade de reduzir a “questão racial” no Brasil a uma “questão de classe social”, a menos que queiramos, repetindo os erros do passado, lançar uma densa cortina de fumaça sobre a configuração das relações étnico-raciais entre nós (Brandão, 2002, p. 83).

Verificamos que alguns entrevistados apontaram o fato de pertencerem à raça negra ser um fator de proteção e obtenção de benefícios e privilégio.

*Não estão mais olhando com aquele preconceito. O fato de ser negra para o pessoal que vem de fora, geralmente procura por negra. O negro ele é mais, quero dizer, hoje em dia, ele é mais procurado até na prostituição. Assim eu me sinto mais favorecido porque tão procurando mais. Eu me senti favorecido porque no Brasil é uma mistura danada de raça. Aqui mesmo tem muito preto. (DSC 10)*

Esse discurso nos remete a uma reflexão quanto à falta de percepção para as questões que envolvem o aspecto de cor/raça. A discriminação por cor/raça, na maioria das vezes, de forma velada, em virtude da existência de leis que a proíbem, é perpetrada por meio de forma de expressão que não ferem abertamente a legislação vigente; entretanto, determinam diferenças importantes no acesso e na assistência nas unidades de saúde (Kalckmann, 2007, p. 151).

Concordamos com Matumoto (1998), que afirma que o acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

## Considerações Finais

Através da análise das falas dos sujeitos, verificamos com este estudo que os CTA são serviços que

permitem o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, confirmando que atendem aos princípios do SUS de equidade e universalização do atendimento, atuando, dessa forma, como porta de entrada junto à Atenção Básica para o sistema de saúde.

Apesar de identificarem uma demanda reprimida devido às limitações quanto às “senhas” fornecidas por dia para atendimento de primeira vez, é nos CTA que essas pessoas conseguiram realizar seus exames. Vale ressaltar que, ao receber um exame com resultado positivo para o HIV, os usuários são encaminhados para os serviços de referência da rede pública como, por exemplo, os serviços de atendimento especializado, os Serviço de Ambulatório Especializado (SAE).

Entre as facilidades de acesso à realização do exame anti-HIV muitos dos entrevistados se referiram ao perfil do serviço do CTA. Algumas das respostas citaram credibilidade, rapidez do atendimento e ausência de burocracia como características dos centros. Podemos relacionar essas considerações com o fato de que a rede assistencial tem uma demanda reprimida para a oferta desse tipo de serviço, além da demora para conseguir o resultado do teste anti-HIV.

A maioria dos entrevistados não relatou dificuldades no acesso ao teste anti-HIV, considerando o quesito raça/cor. A barreira identificada foi a própria demanda reprimida no CTA por conta de oferecimento limitado de testes devido a questões de insumo e recursos humanos.

Após a análise da questão sobre a discriminação, constatamos que a maior parte dos entrevistados não relatou ter percebido qualquer tipo de preconceito. Alguns explicitaram ter sido vítimas de preconceito em relação à orientação sexual ou mesmo ao fato de serem HIV positivo. Esse estudo não teve caráter comparativo, por esse motivo não podemos afirmar se existem diferenças no atendimento, considerando a variável cor/raça.

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2003, revelou que os brasileiros em sua maioria têm a percepção de não terem sido discriminados, muito embora a maioria reconheça a existência de racismo no Brasil (Santos, 2005, p. 41). Esse paradoxo sobre o racismo no Brasil talvez sirva de justificativa para os achados desta pesquisa.

Com relação ao acesso ao diagnóstico através da realização do exame anti-HIV, verificamos que os CTA são serviços que favorecem a realização do exame. Entretanto, ainda é um serviço de saúde pouco conhecido pela população. Como uma das sugestões feitas pelos entrevistados, destacamos a ampliação da oferta do exame nos diversos serviços da Atenção Básica, potencializando assim a abordagem integral no atendimento da clientela.

## Referências

ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, n. 12, p. 82-86, 1993.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, mar./abr., 2005

BRANDÃO, A. A. P. *Os novos contornos da pobreza urbana: espaços sociais periféricos na região metropolitana do Rio de Janeiro*, 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. *Aconselhamento em DST/HIV/aids para a Atenção Básica*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA: manual*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR). Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasil. *Conferencia Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial*, 1. Estado e Sociedade: promovendo a igualdade racial. Brasília: SEPPPIR, 2005.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Seminário Nacional de Saúde da População Negra*, Cadernos de Textos Básicos, 2004.

GIOVANETTI, M. R. et al. A implantação do quesito raça/cor nos serviços de DST/aids no Estado de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 163-170, ago. 2007.

KALCKMANN, S. et al. Racismo constitucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, ago. 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2005

LOPES, F.; BATISTA, L. E. A questão racial/étnica da vulnerabilidade ao HIV/aids. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico do CRT-DST/Aids*, São Paulo, ano 22, n. 1, p. 3-8. São Paulo, 2003.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 5, set./out. 2005.

MANN, J. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MATUMOTO, S. O. *Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde*. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-  
-Qualitativo: oposição ou complementariedade?  
*Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n.  
3, p. 239-262, jul./set., 1993.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica - Dialética como  
caminho do pensamento social. In: MINAYO,  
M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do  
pensamento: epistemologia e método*. Rio de  
Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e  
saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio  
de Janeiro, n. 18, Supl., p. 77-87, 2002

PARKER, R. G. Construindo os alicerces  
para resposta ao HIV/aids no Brasil: O  
Desenvolvimento de Políticas sobre HIV/aids  
1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*,  
Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, ago. 2003.

RAMOS, D. D. Acesso e acolhimento aos usuários  
em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio  
Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*,  
Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev. 2003.

SANTOS, G. G. A cultura política da negação  
do racismo institucional. In: SANTOS, G. G.;  
SILVA, M. P. *Racismo no Brasil: percepções da  
discriminação e do preconceito racial no século  
XXI*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. G.; VIACAVAL, L.  
Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos  
serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência  
& Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986,  
2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução a Pesquisa em  
Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em  
educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas  
de saúde. In: MENDES, E. (Org.). *Distrito Sanitário*.  
São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO,  
1995. p. 221-235.

Recebido em: 07/10/2009

Reapresentado em: 25/04/2010

Aprovado em: 07/05/2010