

* Artigo Original

AIDS e as atividades de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) segundo seus usuários

AIDS and the activities of a Counseling and Testing Center (CTA) According to the Users

Marcos Mesquita Filho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, especialização em Saúde Pública pela FIOCRUZ/SESMG, mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP.

mesquita.filho@uol.com.br

Benedita Martins Libânio

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Sapucaí, especialização em Saúde Coletiva pela UNIVÁS, mestrado em Bioética pela UNIVÁS e coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pouso Alegre, MG.

bneenf@uai.com.br

DOI: 10.3395/reciis.v7i3.482pt

Resumo

Para analisar as representações de usuários sobre as atividades de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e sobre a AIDS, foi realizado um estudo qualitativo, usando como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo. Aplicou-se um instrumento com questões semiestruturadas a vinte usuários do serviço. Os entrevistados manifestaram desde visões biologicistas sobre a AIDS até as que sugerem ser o agravo uma punição do Estado e/ou divina para castigar pessoas de estilos de vida condenados socialmente, vítimas de preconceitos e estereótipos. Os sujeitos apresentaram avaliação positiva sobre o acolhimento do CTA de Pouso Alegre. Na prestação de serviços, verificou-se a preferência do CTA por atividades intramuros, e não por um processo ativo de relação com a comunidade. O aconselhamento não foi capaz de extrapolar as questões biomédicas. O CTA não fomentava a autonomia e o protagonismo dos sujeitos na produção de saúde e na prevenção do HIV/AIDS.

Palavras-chaves: Testes anônimos; Aconselhamento; Síndrome de imunodeficiência adquirida; HIV; Bioética.

Abstract

A qualitative study using collective subject discourse as the methodological strategy was conducted to study the users' understanding of the activities of a Counseling and Testing Center (Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA) for AIDS. Twenty users completed a survey instrument with semi-structured questions. Some respondents expressed a biological understanding of AIDS, and some respondents expressed the idea that the disease could be a governmental and/or divine punishment for people with socially reprehensible lifestyles who

are the victims of prejudice and stereotypes. The subjects gave a positive assessment of Pouso Alegre CTA admittance. With regard to the provision of services, there was a preference for the CTA to conduct indoor activities as opposed to an active community outreach process. The counseling could not go beyond biomedical issues. The CTA did not foster the autonomy of the subjects or their role in health promotion and the prevention of HIV / AIDS.

Keywords: Anonymous testing; Counseling; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Bioethics.

Introdução

No ano de 1988, o Brasil criou uma rede de serviços, denominados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), para incrementar a realização do diagnóstico precoce e a prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Objetivava oferecer, no campo das doenças sexualmente transmissíveis (DST), testagem anônima para o vírus da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na rede pública e desenvolver um processo de orientação aos seus usuários, disponibilizando um serviço acessível a toda a população (MINAYO et al., 1999). Entre suas propostas, estava a de promover acessibilidade, gratuidade, confidencialidade e agilidade na realização da testagem para o HIV, bem como a de desenvolver práticas de aconselhamento (GRANGEIRO et al., 2009b). Sobre esses aspectos, posicionou-se o Ministério da Saúde:

Os serviços de testagem e aconselhamento são de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce, ao mesmo tempo em que possibilitam o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. O teste é acompanhado de atividades de educação, aconselhamento e de intervenção (BRASIL, 1999a, p.20).

Apenas o teste confidencial e anônimo, merece ser aqui observado, é considerado eticamente aceitável. Acrescente-se, ainda, que a testagem para o HIV é uma das portas de entrada para o tratamento, cuidados e prevenção (OBERMEYER; OSBORN, 2007).

No contexto das DST/AIDS, o aconselhamento tem por objetivo promover: a redução do nível de estresse; a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; e a comunicação e o tratamento de parceria(s) sexual (is) e de parceria(s) de uso de drogas injetáveis (BRASIL, 1999b). Trata-se de ferramenta considerada fundamental no caso da AIDS e que pode contribuir para a quebra de sua cadeia de transmissão, uma vez que promove a reflexão do indivíduo, conscientizando-o do processo de prevenção e do cuidado e, principalmente, tornando-o sujeito desse mesmo processo (BRASIL, 1999a).

Grangeiro et al. (2009b) avaliaram a rede de CTAs no Brasil. Mostraram que, no ano de 2007, foi identificada a existência de 383 centros, em 285 municípios, o que correspondia a 2,3 serviços por milhão de habitantes, cobrindo 48,8% da população brasileira e 69,2% dos casos de AIDS. Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) efetuou 4.444.364 testes para a detecção do HIV, ou seja, 23,8 testes por mil habitantes. Nos municípios onde o CTA se encontrava instalado, essa proporção foi de 43,7 testes por mil habitantes. Entretanto, a abrangência dessa rede ainda é insuficiente, já que não cobre 85,3% das cidades nas quais a incidência de AIDS é considerada alta.

A Bioética apresenta diversas abordagens para a análise de problemas morais. Quando seu objeto são as relações entre indivíduos e profissionais e/ou serviços de saúde, o enfoque denominado Princípioalismo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002) costuma ser o mais indicado. Essa proposta compõe-se de quatro princípios *prima facie*, ou seja, não absolutos:

Autonomia: capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”, com liberdade de pensamento e livre de coações para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Beneficência: ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Não maleficência: proibições que determinam a obrigação de não causar danos ou trazer riscos intencionalmente (LOLAS, 2001).

Justiça: garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde (SIQUEIRA, 1998).

Beauchamp e Childress (2002) também expressam duas importantes regras da moralidade: “Respeitar a privacidade dos outros” (privacidade) e “Proteger informações confidenciais” (confidencialidade). “Por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e somente divulgadas quando autorizadas por quem as revelou” (SEOANE; FORTES, 2009, p. 44). Já a “confidencialidade é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada” (FRANCISCONI; GOLDIM, 1998, p. 271). Tais regras, assim como os princípios, são também *prima facie*.

O desenvolvimento de agravos como a AIDS apresenta dimensão coletiva, trazendo repercussões junto a populações. Tais agravos apresentam forte dimensão social e incorporam relações do interior da coletividade, padrões de comportamento e experiências quanto às suas explicações. Quando essas percepções envolvem uma doença letal de transmissão por via sexual – e, portanto, relacionada a comportamentos estigmatizados, como o uso de drogas e práticas homossexuais – num público desconfiado e temeroso, o potencial para os problemas relacionados à moral amplia-se (LEVINE, 1996). A infecção por HIV, seguida da presença da AIDS, propiciou o surgimento de estigma e preconceito direcionados a seus portadores, por se tratar de agravo que se insere neste contexto. Ao mesmo tempo, a tentativa da população de entendê-la a partir de “interpretações simplistas, mágicas, parcialmente teológicas, nada éticas”, relacionando a infecção/doença à representação de culpa/castigo (SGRECCIA, 2004), fortalece a intolerância.

Privacidade e confidencialidade, no caso de doença estigmatizante, são importantes para a proteção dos indivíduos que se submetem ao aconselhamento e à testagem. Pessoas suspeitas de estarem infectadas ou serem portadoras de AIDS podem ser estigmatizadas, isoladas, rechaçadas, marginalizadas e maltratadas, ou seja, ser discriminadas e ter seus direitos humanos violados (POSADA, 2007). Nos primeiros tempos da epidemia de AIDS, um diagnóstico positivo resultava muitas vezes em perda de emprego e em isolamento social (COUGHLIN; SOSKOLNE; GOODMAN, 1977). Além da segregação, podem advir consequências biológicas, psicológicas, afetivas, culturais, econômicas, espirituais e políticas, atingindo não apenas o paciente como também a sua família, a comunidade e a sociedade. Os CTAs devem também organizar sua prestação de serviços de maneira que aqueles que os procuram não sejam submetidos a constrangimentos nas suas atividades de rotina. É importante a preocupação com o acolhimento e também com um tratamento respeitoso e humanizado. “Os princípios de confiabilidade dos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de

referência, gratuidade e confidencialidade”, aliados à “correta informação e apoio emocional, ofertados por meio das ações de aconselhamento, devem constituir os pilares éticos dos CTA” (BRASIL, 1999b, p. 16).

O objetivo deste trabalho foi estudar a visão dos usuários de um CTA a respeito da AIDS, das funções e atividades desenvolvidas por este serviço, bem como do acolhimento e atenção a eles dispensados.

Métodos

Este trabalho adotou uma abordagem qualitativa exploratória, tendo sido realizado com pacientes do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pouso Alegre, MG, que se cadastraram no decorrer do ano de 2006. Foram estudadas vinte pessoas, selecionadas por amostragem do tipo intencional ou racional. Nesse tipo de processo de escolha, é identificado propositamente um grupo que irá fazer parte da amostra (MARTINS, 2001).

Os critérios de inclusão foram: ser cadastrado no CTA de Pouso Alegre entre os anos de 2004 e 2005; ter mais de 18 anos; ter relatado ao serviço práticas de risco para adquirir o HIV; residir no município; ter sido submetido a aconselhamento; consentir sua participação na pesquisa, assinando termo de consentimento esclarecido. Os critérios de exclusão limitaram-se à recusa em participar do estudo e ao não preenchimento dos requisitos de inclusão.

Para a realização das entrevistas, que ocorreram em local reservado no próprio CTA, os sujeitos inicialmente tomaram conhecimento do objetivo da pesquisa e da sua relevância científica e social. Foram, então, orientados quanto aos procedimentos que seriam adotados, à liberdade de participar ou não do estudo, ao anonimato e ao sigilo em relação aos dados, tendo sido esclarecidas, ainda, todas as suas dúvidas. Em seguida, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local calmo, sem ruídos ou interferências. Seu conteúdo foi transcrito integralmente e as fitas foram posteriormente destruídas.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, previamente formulado, com duas partes: a primeira era composta de questões fechadas sobre variáveis sociodemográficas e de saúde; a segunda, de sete questões abertas, na qual se buscava a percepção dos entrevistados a respeito da AIDS e do atendimento do CTA.

Realizou-se um estudo piloto preliminar, entrevistando-se três sujeitos cadastrados em períodos não abrangidos pela pesquisa. A finalidade de tal estudo foi a avaliação do entendimento das questões propostas; a correção, se necessária, de rumos estratégicos no trabalho; o aprimoramento da técnica de aplicação das entrevistas; e o teste de qualidade do instrumento. Os dados coletados nessa fase não foram incorporados aos resultados da pesquisa.

As estratégias de análise dos dados basearam-se nas diretrizes metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Foram adotadas, neste trabalho, três figuras metodológicas: expressões-chave, ideia central e discurso do sujeito coletivo.

- Expressões-chave (ECH): são todo o conteúdo ou partes das transcrições literais do discurso de cada sujeito, que devem ser identificadas e destacadas pelo pesquisador; revelam a essência do discurso ou a teoria subjacente.
- Ideias Centrais (ICs): é um nome ou expressão linguística que revela e descreve de maneira sintética, precisa e fidedigna, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada

conjunto homogêneo de ECH; posteriormente, vão dar origem ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). É importante assinalar que as ICs não são uma interpretação, mas uma descrição do sentido do depoimento ou de um conjunto de depoimentos, formulada pelo pesquisador com base nas ECH. As ICs podem ser resgatadas por meio de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando *o que foi dito*, ou por meio de descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou *sobre o que* o sujeito enunciador está falando. Nesse último caso, será preciso, após a identificação do tema, reconhecer as ICs correspondentes.

- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é um discurso composto pelas ECH que têm as mesmas ICs.

Para o tratamento e a análise dos dados, obedeceu-se rigorosamente à seguinte ordem: antes da transcrição dos dados gravados, as respostas foram ouvidas várias vezes, para que se tivesse uma ideia panorâmica e melhor compreensão de seu conteúdo. Posteriormente, foram cumpridas seis etapas:

- Transcrição integral do conteúdo de todas as respostas referentes ao questionamento.
- Identificação e destaque em itálico, em cada uma das respostas, das expressões-chave das ideias centrais.
- Identificação das ideias centrais.
- Agrupamento das ideias centrais de mesmo sentido, de sentido equivalente ou de sentido complementar.
- Criação de uma ideia central capaz de expressar, da melhor maneira possível, todas as ideias centrais de mesmo sentido, de sentido equivalente ou de sentido complementar.
- Construção do Discurso do Sujeito Coletivo para cada ideia central.

A figura 1 resume as etapas da elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo.



Figura 1 – Tratamento e Análise dos Dados Pelo Método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos foram respeitados, seguindo-se a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí aprovou a realização deste estudo, de acordo com o protocolo n°. 581/06.

Resultados

A caracterização dos sujeitos da pesquisa encontra-se na Tabela 1. A maioria apresentou idade entre 20 e 39 anos, 60,0% eram do gênero feminino, 45,0% solteiros, 55,0% provenientes do município sede do CTA e 80,0% cursaram, no máximo, até o primeiro grau de ensino. A renda de 65,0% dos entrevistados era igual a um salário-mínimo ou menos que isso. Dois indivíduos informaram serem usuários de drogas ilícitas no momento da pesquisa. Três declararam que já tinham feito uso desse tipo de substância. Nenhum desses cinco indivíduos informou o tipo de droga utilizado. Seis pessoas (30% dos entrevistados) eram positivas para o HIV.

Tabela 1: Características sociodemográficas e de saúde dos sujeitos estudados.

Variável	n	%
Faixa etária		
15-19	3	15,0
20-29	7	35,0
30-39	7	35,0
40-50	3	15,0
Gênero		
Feminino	12	60,0
Masculino	8	40,0
Grau de Escolaridade		
1º grau	16	80,0
2º grau	2	10,0
3º grau	2	10,0
Estado civil		
Solteiro	9	45,0
Casado ou vive junto	9	45,0
Separado	2	10,0
Naturalidade		
Pouso Alegre	11	55,0
Outro	9	45,0
Renda		
Sem renda	5	25,0
Até um salário-mínimo	8	40,0
Mais que 1 salário-mínimo	7	35,0
Uso de drogas		
Nunca usou	15	75,0
Já usou	3	15,0
Usa atualmente	2	10,0
HIV		
Positivo	6	30,0

Negativo	14	70,0
Total	20	100%

As Ideias Centrais (ICs) e os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSCs) emergentes dos temas referentes aos significados das respostas à entrevista são apresentados a seguir:

Pergunta 1: "Pense em AIDS e responda: para você o que é AIDS?"

Ideia Central 1 (IC1): Doença incurável controlada.

DSC: "Pra mim, é uma doença que, infelizmente, apareceu e que ainda não tem cura. Mas é uma coisa que tem controle. E que se pensar bem não existe cura pra ela. A AIDS pra mim hoje é como um problema cardiológico, diabetes, que tem que tratar porque não tem cura. Que é uma coisa que não tem cura só controle".

IC 2 (Ideia Central 2): Doença sexualmente transmissível.

DSC: "É uma doença que a gente transmite. É uma doença venérea".

IC 3: Morte e vida.

DSC: "Ela é o fim da vida. É a morte. Ela é vida e morte ao mesmo tempo".

IC 4: Doença ruim.

DSC: "É uma doença muito ruim. É uma coisa péssima. É uma doença muito triste".

IC 5: Controle da natalidade.

DSC: "A AIDS veio para um controle de natalidade".

IC 6: Mudança comportamental.

DSC: "Eu acredito que ela é uma mudança comportamental".

IC 7: Doença apocalíptica do final dos tempos.

DSC: "É a ira de Deus. É uma doença do final dos tempos".

IC 8: Descuido da mulher.

DSC: "Pra mim é um descuido da mulher".

IC 9: Não sabe.

DSC: "É uma doença que eu nem sei explicar. Eu ainda não sei direito".

Pergunta 2: "O que você entende por CTA?"

IC 1: Serviço de Prevenção e Controle.

DSC: "Pra ajudar a gente prevenir pra não pegar doenças e ter acompanhamento num caso de precisão. Prevenir as pessoas de transmissão pras outras pessoas. O CTA é uma forma de eu combater o vírus mesmo".

IC 2: Laboratório.

DSC: "CTA é aonde faz exames. Essas coisas? Ah, é um lugar que faz exame para tirar a dúvida que a gente tem, não é?".

IC 3: Local de distribuição de camisinhas.

DSC: "Dá camisinha também. Às vezes, tendo a camisinha fica mais fácil".

IC 4: Local de Orientação.

DSC: "É que tem uma equipe trabalhando com orientação, explicando que tipo de doenças a gente pode ter através da relação. Passam orientação boa pras pessoas. E o que a gente pode fazer pra estar se prevenindo. É uma boa ideia. É um lugar que ajuda as pessoas a saberem o risco que corre. Que a gente não deve ter relação sem camisinha. Acho que isso é pra auxiliar a gente e clarear mais a cabeça de muita gente. É um serviço que as pessoas trabalham para orientar, né? Então, pra mim, o CTA é um grupo de pessoas que vão aconselhar sobre o HIV e como evitar também".

IC 5: Local de aprendizado.

DSC: "Foi uma segunda chance que eu tive de viver novamente e aprender a me cuidar bem mais agora. E aprender a lidar com o vírus".

IC 6: Local de aconselhamento.

DSC: "Não é um aconselhamento para quem tem HIV? Estou errada? Não é isso? Não sei".

IC 7: Serviço de Apoio.

DSC: "É um grupo de apoio às pessoas que tem para se cuidar, não é? Entendo como um órgão que ajuda as pessoas de toda maneira. Tanto os portadores do vírus e DST, e os não portadores também. Pra quem faz o exame e dá positivo. Pra mim é um apoio".

IC 8: Não sabe.

DSC: "Eu ainda não consegui decifrar o que é esse serviço. Eu não sei! Ah, que é uma sigla, que eu não sei decifrar qual é. Não sei. Dúvida que a gente tem, não é?"

Pergunta 3: "Porque você procurou o CTA?"

IC 1: Encaminhamento para exame.

DSC: "Pra fazer o exame, o médico pediu. Eles me encaminharam pra fazer o teste da AIDS. Aí eu vim pra fazer o exame".

IC2: Exame pré-natal.

DSC: "Porque estou fazendo pré-natal. Por causa da gravidez, a médica pediu".

IC 3: Situação de risco.

DSC: "Porque tive situação de risco. Porque convivo com portador".

IC 4: Suspeita de soropositividade.

DSC: "Primeiro porque eu suspeitava que estava com o vírus. Por eu ter dúvida de ter contraído o vírus".

IC 5: Medo.

DSC: "Ah, eu procurei mesmo por medo. Por medo. Queira ou não queira todo ser humano tem medo".

IC 6: Por comentários de terceiros.

DSC: "Infelizmente, por comentários relacionados a um relacionamento que eu tive. Foi porque uma vizinha do meu ex-namorado comentou que ele tinha".

IC 7: Indicação de amigos.

DSC: "Eu procurei aqui porque me indicaram. Um amigo me indicou".

IC 8: Exigência do emprego.

DSC: "Porque a firma pede".

Pergunta 4: "Como você foi tratado(a) pela equipe do CTA? Fale-me sobre isso".

IC 1: Bom tratamento.

DSC: "Olha, foi muito bom. Eu tive uma atenção muito grande. Todas as vezes que eu vim, mesmo só pra perguntar em dias que não fazia exame, sempre fui bem recebido. Fui muito bem tratado, muito bem acolhido. Nossa, todo mundo amigo. Todo mundo conversando. Todas às vezes sou bem tratado, bem servido. Excelente! Gostei, é um atendimento de primeira. Os funcionários tratam a gente como se fosse da família. Olha, eu fui tratada como se tivesse em casa numa união de irmãos. A atenção aqui é boa, sabe? Atendeu a minha expectativa. Sou tratado com carinho respeito e dedicação".

IC 2: Diferenças no tratamento.

DSC: "Do pessoal do turno da manha eu não tenho queixa alguma, mas o pessoal do meio-dia pra tarde eu já não sou muito fã não".

Pergunta 5: "Descreva as atividades a que você foi submetido no CTA".

IC 1: Palestra.

DSC: "Foi feito uma palestra, né? Teve uma palestra explicando todo tipo de doença sexualmente transmissível. Assisti uma palestra e a enfermeira informou tudo sobre AIDS. A moça me explicou, me explicou direitinho, me aconselhou. Teve palestra dando todas as orientações do modo como você proceder pra não ser infectado pelo HIV e doença sexualmente transmissível".

IC2: Aconselhamento.

DSC: "Passei na consulta de aconselhamento. Muita orientação, conselhos pra tomar cuidado com a transmissão, usar sempre preservativo. Eu conversei muito com a atendente. Foi me explicando sobre o exame, as doenças sexualmente transmissíveis. Todos os tipos. E aconselhamento também".

IC 3: Orientação ao se submeter ao exame.

DSC: "Coleta de sangue pra fazer o exame. Quando cheguei teve uma conversa, se eu tinha consciência, clareza do exame em que eu ia me submeter, pois poderia dar positivo ou negativo. Eu disse que sim. Coleta de sangue. Recebi orientação quando vim buscar o meu exame. Na hora de pegar o exame a gente tem uma conversa com a psicóloga. Ela me aconselhou a fazer nova coleta porque era preciso. Fiz".

IC 4: Distribuição de preservativos.

DSC: "E continua dando assistência, fornecendo preservativo pra gente se prevenir. Preservativos que a gente pega".

IC 5: Atendimento médico.

DSC: "Passei pelo médico".

Pergunta 6: "O que você pensa dessas atividades?"

IC 1: Atividades boas.

DSC: "Ah, eu acho essas atividades boas. Eu penso que é uma coisa boa pra gente. Ah, eu acho uma coisa legal. São muito boas pra quem tem e pra quem não tem. É um serviço de prevenção, né? Que ajuda muito a gente. São muito boas. Muito boas mesmo".

IC 2: Atividades necessárias, importantes.

DSC: "Todas são necessárias. Todas são necessárias sempre. Alguma coisa aqui a gente encontra. Então eu penso que são necessárias. As atividades daqui realmente, no meu modo de pensar, deveriam existir em qualquer lugar. Eu acho muito importante".

Pergunta 7: "As atividades realizadas no CTA de alguma maneira melhoraram o seu cuidado em relação à infecção por HIV? Por quê?"

IC 1: Passou a praticar ações de prevenção.

DSC: "Sim. Porque eu não usava o preservativo. Eu peguei depois dessa orientação que eu tive e passei a usar. Fiquei mais atenciosa. Porque na hora, né? A gente toma bastante cuidado tendo prevenção. Aqui no CTA já tive mais orientação de como usar o preservativo, como não usar. Passei a ter mais cuidado e colocar sempre a camisinha. Eu acredito que sim. A gente passa a se cuidar melhor, a fazer o exame e a usar o preservativo".

IC 2: Passou a conhecer melhor o HIV/AIDS.

"Eu não sabia de nada. Aí, depois, eu aprendi muita coisa. Que poderia prevenir. Porque, assim, eles me ensinaram vários meios de evitar o HIV. Porque eu não sabia sobre isso. Melhorou muito. Eu fiquei bem mais consciente do que eu posso e não posso fazer. Ela aconselhou bem a gente".

IC 3: Passou a ter maiores cuidados com a saúde.

DSC: "Sim. Porque eu vi que, se não me cuidasse, eu não teria muito tempo de vida. Assim, antes eu tinha muita tosse, pesava 39 Kg. E agora estou assim. Se sente mais seguro um pouco. Melhorou bastante".

IC 4: Mudança de comportamento.

DSC: "Teve uma mudança mesmo que sutil. Teve uma mudança de comportamento. Sim. Porque a gente fica mais assim, atento. Depois da palestra a gente fica mais atenta".

IC 5: Passou a discutir sobre HIV/AIDS com o parceiro.

DSC: "Quando eu vim aqui, falaram que a maioria dos casos de mulheres que aparecem com AIDS pegou do marido no casamento, não é? Eu fiquei, assim, não preocupada, mas procurei conversar com ele".

IC 6: Melhora psicológica.

DSC: "Melhorou. O tratamento da infecção não. Porque ainda não se sabe em que estágio estou, mas psicologicamente me ajudou muito".

Discussão

Os CTAs podem exercer importantes papéis no equacionamento da AIDS. São capazes de tornar a oferta de diagnóstico e tratamento acessível, priorizar o acesso de pessoas vulneráveis, minimizar o estigma e os preconceitos que cercam esse agravo, além de incentivar a busca espontânea da testagem (GRANGEIRO et al., 2009b).

A primeira questão investigava as representações de HIV/AIDS. Foram encontradas nove Ideias Centrais (ICs), com abordagens diferenciadas a respeito do agravo. Algumas puderam ser agrupadas numa vertente onde os discursos foram de cunho biologicista. Neles se enquadraram as ideias de que a AIDS é uma "doença incurável que pode ser controlada", ou "é doença sexualmente transmissível" e, ainda, "a AIDS pra mim hoje é como um problema cardiológico, diabetes, que tem que tratar porque não tem cura". Estes enunciados colocam o entendimento da doença no campo biomédico. Não se considera o problema de saúde como fenômeno inserido na sociedade, contendo componentes sociais, políticos, econômicos e culturais. Ao entender o agravo de forma despida de outras influências, sinaliza-se a existência de uma visão limitada do problema. De acordo com Silva et al. (2002), o CTA "não se enriquece com outras visões; permanece centrado na tradução biomédica e frequentemente reduz tudo, vivências sociais, culturais, psicológicas, emocionais de viver com AIDS, a fatores que favoreçam ou dificultem a adesão ao tratamento". Os discursos de cunho biologicista também podem indicar o insucesso do CTA em suas práticas educativas, nelas incluindo o aconselhamento, não abrangendo toda a complexidade do fenômeno HIV/AIDS. Tal situação pode resultar em restrição da autonomia dos pacientes (MUÑOZ; FORTES, 1998). O sujeito não é capacitado para tomar decisões conscientes sobre sua doença, por desinformação e visão parcial do problema. Souza e Czeresnia (2007) consideram que o CTA, "como propósito institucional, trata-se de uma estratégia de atenção integral direcionada ao fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde e de prevenção ao HIV/AIDS". Miranda et al. (2008) propõem "o aconselhamento como um ato também político e se engaje na construção de um projeto educativo de aconselhamento, no qual,(...), aconselhador e aconselhando possam construir juntos uma educação para a liberdade, denunciando as amarras e anunciando um projeto para autonomia da pessoa".

A Pergunta 1 também apresenta respostas de caráter desesperançado/pessimista. Tal situação pode ser constatada nas DSCs: "Ela é o fim da vida. É a morte. Ela é vida e morte ao mesmo tempo" e "É uma doença muito ruim. É uma coisa péssima. É uma doença muito triste". Representa uma visão sem esperanças, além de expressar desconhecimento a respeito do controle do HIV/AIDS. Diferentemente daquilo que ocorria nos primórdios da pandemia, a terapia antirretroviral hoje é capaz de garantir a sobrevivência e a vida dentro dos parâmetros de uma relativa normalidade (FONSECA et al., 2007). Esse discurso reforça a falha do CTA nas ações educativas e de aconselhamento. Nesses casos, o serviço não foi capaz de transmitir informações atualizadas que, uma vez assimiladas, pudessem contribuir para uma nova postura sobre o problema (MIRANDA et al., 2008).

No terceiro grupo de ideias centrais relativas à questão 1, são observados enunciados que podem ser considerados como visões estigmatizadas a respeito de portadores do agravo. Segundo Garcia e Koyama (2008, p.74),

[...] o estigma da AIDS se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legitima estruturas de desigualdades sociais.

Os discursos analisados relacionam HIV/AIDS a setores da população que são vítimas de preconceito, dada a não aceitação de suas opções na esfera sexual (homossexuais e trabalhadoras do sexo) ou policial (pelo consumo de substâncias consideradas ilegais). Entre tais discursos, a presença do agravo seria fruto de punição divina ou humana pelo "comportamento inadequado" adotado pelos infectados. Nesse quadro de visões estigmatizadas, situaram-se as afirmações de que a AIDS seria: "a ira de Deus", "a doença do final dos tempos", a "mudança comportamental", o "controle de natalidade". A AIDS seria o fruto de uma iniciativa divina para punir a humanidade e/ou de uma decisão estatal para o controle do indivíduo de comportamento tido como inadequado, pecaminoso. Situação semelhante foi encontrada entre os adolescentes pobres do Rio de Janeiro (MERCHÁN-HAMANN, 1995). Observa-se a tentativa de se justificar a realidade por meio de explicações imbuídas de misticismos simplistas e de mágicas (SGRECCIA, 2004). Nos primeiros tempos da AIDS, difundiu-se na população esse tipo de crença, inclusive com o incentivo da mídia, que "trabalhou mais no sentido de amedrontar do que propriamente de educar" (PARKER; GALVÃO, 1996). "Os veículos de comunicação disseminavam a ideia de que a AIDS era uma doença moral, melhor dizendo, da imoralidade" (GONÇALVES; VARANDAS, 2005). De acordo com Ayres (2002, p.14),

[...] a primeira lição aprendida, logo nos primeiros anos da epidemia, é que o caminho do terror, do susto, de que quanto mais assustadora a propaganda melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitado. Essa via mostrou-se ineficiente, estéril, afastando mais que aproximando as pessoas do problema.

O usuário do CTA não revelou incorporação de comportamentos e atitudes desprovidas de distorções e preconceitos. Esse tipo de posição favorece atitudes discriminatórias, incrementando o estigma e o autoestigma sobre os portadores. Desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS à culpa, rejeição, punição, morte e a outros aspectos é uma função do CTA (BRASIL, 1999b).

O DSC "Pra mim é descuido da mulher", proferido como representação do que é AIDS, aborda outra questão moral importante. Preconceitos e estereótipos voltados à discriminação feminina foram também incorporados aos discursos da população como parte das representações a respeito de HIV/AIDS, a ponto de ser considerada como uma responsabilidade da mulher a disseminação da doença. Gonçalves e Varandas (2005) mostram que o discurso, incorporado pela mídia e pelas campanhas de prevenção da AIDS, está imbuído de visões sexistas.

A imagem das mulheres veiculada pela mídia no início das campanhas educativas para a prevenção do HIV/AIDS as colocava, claramente, como responsáveis pela transmissão da doença e/ou como controlistas na contenção desta (GONÇALVES; VARANDAS, 2005, p.231).

Houve também quem afirmasse, ao responder a primeira questão, desconhecer o que é AIDS. Tal fato também aponta para uma possível incapacidade do aconselhamento do CTA em

repassar ao usuário um mínimo de informações que lhe permitisse elaborar respostas para esta pergunta.

A segunda questão buscava conhecer o que os entrevistados entendiam por CTA. Para essa pergunta, as respostas abordaram ideias centrais e DSCs que variaram entre funções voltadas ao atendimento (ICs: Local de Prevenção e Controle, de Distribuição de Camisinhas e Laboratório para Exames) e de centro de apoio aos portadores do HIV ou de orientação dessa população (ICs: Local de Aprendizado, de Aconselhamento, de Apoio). No aspecto abordado por essas ICs e pelos DSCs, quanto a atividades ligadas à atenção individual, o CTA, ao que parece, cumpria bem sua missão. Sua equipe foi reconhecida pelo desempenho satisfatório das atividades nessa esfera, de acordo com o apontado pelas entrevistas. No entanto, é interessante notar que os discursos obtidos versaram somente sobre situações em que as atividades do CTA aconteciam intramuros. Entre as propostas para os CTAs (BRASIL, 1999b), consta que a relação entre o serviço e seus usuários "implica a radicalização do caráter preventivo que se pretende imprimir aos CTA, colocando-os em processo ativo de relação com a comunidade". O que foi explicitado pelos usuários entrevistados não apontava para um serviço ativo que extrapolasse seus limites geográficos. Além disso, a eficácia do aconselhamento foi novamente questionada, pois um dos discursos elaborados nesta questão registrou a desinformação do usuário ao afirmar: "Eu ainda não consegui decifrar esse serviço. Eu não sei! Ah, que é uma sigla, que eu não sei decifrar qual é. Não sei. Dúvida que a gente tem, não é?".

A questão 3 indaga a razão das demandas ao CTA.

Não é somente uma dúvida gerada pela exposição ao risco da infecção ou uma angústia pessoal, que leva uma pessoa a procurar os serviços que realizam o exame anti-HIV. Admissão em empregos, procedimentos cirúrgicos, visitas íntimas em presídios, internação em clínicas para a recuperação de usuários de drogas, são algumas das situações em que, implícita ou explicitamente, o resultado do teste anti-HIV é solicitado de forma compulsória (BRASIL, 1999b, p.16).

Neste estudo, foram encontrados dois grandes grupos de causas: um, de encaminhamentos originários de serviços; e outro, de demanda espontânea. O primeiro grupo subdividiu-se em dois: (1) encaminhamento por parte de serviço de saúde de pacientes suspeitos; e (2) encaminhamento de gestantes para o pré-natal na busca da prevenção da transmissão vertical do vírus. São duas importantes demandas. Uma busca rapidez e confidencialidade, além de agilidade do tratamento (suspeitos). Vale observar, neste caso, que as dificuldades de preservação da confidencialidade nos serviços de atenção primária são fatores que podem causar a evasão de pacientes (SEOANE; FORTES, 2009). A outra atende à função de prevenção da transmissão vertical.

No grupo que procurou espontaneamente o CTA foram colhidos DSCs que também podem ser classificados em dois grandes grupos. Um que procurou a testagem por vontade própria - tendo pesado, para tal, fatores como a dúvida, o medo, a autossuspeita de soropositividade - e outro que assim o fez por influência de pessoas de suas relações - como no caso dos que relataram preocupação com a fala de amigos e vizinhos a respeito de sua vida e seus parceiros (as) - e/ou indicação de amigos. Nessas situações, verifica-se a adequação do serviço à regra básica de que os testes de HIV só devem ser feitos na garantia de serem voluntários (OBERMEYER; OSBORN, 2007).

A utilização do CTA para a realização de exames com finalidade de atendimento à demanda de empresas que desejam controlar o status sorológico de seus trabalhadores foi observada. Tal situação é injustificável e eticamente condenável, pois, o

que se garante, nesses casos, é apenas a manutenção do preconceito e a exclusão das hostes trabalhistas dos indivíduos portadores de HIV, com o explícito propósito de, por parte dos empregadores, verem-se desobrigados dos compromissos sociais e previdenciários em relação a estas pessoas (BRASIL, 1999b, p.17).

Tal preconceito é bastante difundido pela população. Garcia e Koyama (2008), em pesquisa que cobriu 24 estados brasileiros, observaram que 57,3% de 4.949 entrevistados no ano de 2005 eram favoráveis ao teste de AIDS obrigatório para admissão no emprego.

O discurso observado na quarta questão, sobre a interação da equipe multiprofissional com o usuário, foi praticamente consensual em relação ao bom tratamento recebido. Palavras positivas estavam contidas na fala de quase todos os pacientes, demonstrando a preocupação do serviço com o acolhimento e com o tratamento digno ao usuário. Entretanto, a postura de preferência por atividades intramuros norteando o serviço continua sendo sugerida.

Em resposta à quinta pergunta, os discursos relataram que os sujeitos recebiam: palestras, aconselhamento, orientação ao exame, distribuição de preservativos e atendimento médico. Pela proposta oficial dos CTAs este espectro de atividades é limitado, indicando uma atuação aquém da que poderia ser desenvolvida. São objetivos do serviço: favorecer o acesso ao diagnóstico, contribuir para a redução dos riscos de transmissão e da reinfecção, estimular a adoção de práticas seguras de prevenção às DSTs 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 DSTs/HIV e do uso indevido de drogas para grupos específicos (BRASIL, 1999b). Tal constatação também é apresentada por Grangeiro et al. (2009), que verificaram que as diretrizes de implantação dos CTAs no Brasil não foram plenamente incorporadas.

Na avaliação dessas atividades (Pergunta 6), houve, como na quarta questão, unanimidade quanto à necessidade, importância e relevância dos procedimentos do CTA, considerando-se que essas ações são parte do tratamento do HIV/AIDS, sendo boas, necessárias e importantes.

Os discursos do sujeito coletivo relacionados à última questão ressaltaram o impacto das atividades do CTA nos cuidados que passaram a adotar em relação ao HIV/AIDS. A prática de novas atitudes pessoais e coletivas foi relatada, bem como repercussões na saúde individual. Os entrevistados associaram o aumento do conhecimento sobre a doença a ações de prevenção, uso de camisinha, cuidados com a saúde, mudanças de comportamento e abertura à discussão entre parceiros. No campo individual, observou-se o relato de melhora psicológica induzida por ações do CTA. As consequências da ação dos CTAs foram avaliadas positivamente e reforçaram o reconhecimento por parte do usuário, mesmo que o serviço não alcance a plenitude de sua proposta.

Considerações finais

Encontrou-se grande variedade de percepções e comportamentos dos entrevistados em relação ao HIV/AIDS e ao funcionamento do CTA. O desempenho deste apresentou importantes limitações. Isso ocorre pela sua inserção num modelo médico-assistencial que difere daquele idealizado pelo SUS. Observou-se que são adotados procedimentos assistencialistas baseados na atenção à demanda espontânea individual, em vez da busca ativa.

Os entrevistados revelaram uma visão biologicista e individualista dos problemas de saúde e apontaram que as ações do CTA estão distantes da integralidade. O aconselhamento não foi capaz de levantar discussões a respeito da inserção do problema HIV/AIDS na estrutura social. Os discursos apresentaram-se impregnados pelo olhar exclusivamente biológico.

Os usuários do CTA avaliaram o desempenho do serviço como positivo, apesar de seu espectro limitado de atividades. Relataram que eram respeitados quando os procedimentos englobavam situações em que eram necessárias privacidade e confidencialidade. Essa constatação permite inferir que, neste campo, o CTA tem atuado eticamente.

Os discursos revelaram que não foram identificadas ações voltadas ao protagonismo e autonomia de seus usuários. Para cumprir esse objetivo, é preciso efetivo empenho na construção de políticas e ações de saúde para o HIV/AIDS, nas quais todos os aspectos éticos, sociais, biológicos, políticos e econômicos, dentre outros envolvidos nessa síndrome, sejam considerados.

Por ter sido utilizada abordagem qualitativa, não se encontra entre as ambições deste estudo a busca de generalizações. Procurou-se dar voz aos usuários para que se manifestassem a respeito de suas representações sociais sobre HIV/AIDS, assim como em relação ao funcionamento do CTA. Muitos dos aspectos abordados dizem respeito a questões éticas que envolvem o problema, fato que ainda necessita de maior aprofundamento através de novos estudos. Ao mesmo tempo, este trabalho trouxe à tona uma série de limitações concernentes à atuação do CTA, a que os gestores de saúde devem ficar atentos no sentido do aperfeiçoamento de políticas e ações para o setor.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002 .

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem (CTA): manual**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1999b.

COUGHLIN, S. S.; SOSKOLNE, C. L.; GOODMAN, K. W. **Case studies in public health ethics**. Washington, DC: American Public Health Association, 1997.

FONSECA, M. G. P. et al. AIDS mortality, "race or color", and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, suppl. 3, S445-S455, 2007.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: FERREIRA, S. I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 269-84.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H.; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, supl. 1, p.72-83, 2008.

GONÇALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 229-35, 2005.

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 427-36, 2009a.

_____. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2053-63, 2009b.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). São Paulo: EDUCS, 2005.

LEVINE, C. Ethics and epidemiology in the age of AIDS. In: COUGHLIN, S. S.; BEAUCHAMP, T. L. **Ethics and epidemiology**. New York; Oxford: Oxford University Press, 1996.

LOLAS, F. S. **Bioética**: que é, como se faz. São Paulo: Loyola, 2001.

MARTINS, G. A. **Estatística geral e aplicada**. 2a ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MERCHÁN-HAMANN, E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 463-78, 1995.

MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 355-67, 1999.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. F. Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n.6, p. 899-903, 2008.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: FERREIRA S. I.; OSELKA G.; GARRAFA V. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

OBERMEYER, C. M.; OSBORN, M. The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence. **American Journal of Public Health**, Washington DC, v. 97, n.10, p. 1762-74, 2007.

PARKER, R.; GALVÃO, J. Introdução: a omissão do poder público. In: Parker, R.; Galvão, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA-IMS/UERJ-Relume-Dumará, 1996 (História Social da Aids, n. 7).

POSADA, M. L. A. La infección por VIH: problema de salud pública desde una perspectiva ética y bioética. In: AGUDELO, S. F.; QUINTERO, M. A.; TOBLER, C. A.; ANGARITA, M. M. **Bioética y salud pública**: encuentros y tensiones. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/UNESCO, 2007.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 42-9, 2009.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética: II - Aspectos médicos-sociais**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

SILVA, NEK et al, Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n 4 (Supl), p. 108-16, 2002.

SIQUEIRA, J. E. O princípio da justiça. In: FERREIRA, S. I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 531-48, 2007.

Recebido 15-06-2011

Aceito 14-05-2013