

PERFIL DAS MULHERES QUE SOLICITAM TESTE ANTI-HIV NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE CANOAS, RS

Maria Luiza Maciel¹

Delmar Bizani²

Resumo: Objetivando descrever as características de 2514 mulheres, foram analisados os aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais, das usuárias que solicitaram testes anti-HIV no Serviço de Assistência Especializado do município de Canoas/RS, no ano de 2009 a 2010. O levantamento foi feito por meio do delineamento transversal descritivo, a partir dos dados armazenados no Sistema de Informação do SAE. Do contingente de usuárias que procuraram os serviços, a maioria foi por iniciativa própria, sendo jovens caucasianas, desempregadas, com baixo nível escolar. A maior parte das mulheres apresenta um vínculo matrimonial e, por isso, optam pelo não uso de preservativos. A trajetória da epidemia sugere que as iniciativas voltadas à proteção contra a doença precisam considerar, dentro do aspecto da feminização da SIDA, os diferentes extratos do perfil feminino.

Palavras-chave: vulnerabilidade; feminização; aconselhamento; HIV.

PROFILE OF WOMEN REQUESTING HIV TEST AT THE CENTER FOR COUNSELING AND TESTING OF CANOAS, RS

Abstract: Aiming to describe the characteristics of 2514 women demographic, socioeconomic, and behavioral aspects of users who requested HIV tests at the Specialized Assistance Service in Canoas, RS, in the year 2009 to 2010 were analyzed. The survey was done through descriptive cross-sectional design using data stored in the Information System of the SAS. The quota of women who sought services, most were on their own initiative, being Caucasian young, unemployed, low education level, where the majority has a matrimonial relationship and so opt for not using condoms. The trajectory of the epidemic suggests that initiatives aimed at protecting against the disease need to consider, within the aspect of feminization of AIDS, the different extracts of the female profile.

Keywords: vulnerability; feminization; counseling; HIV.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) tornou-se uma realidade para mulheres

¹ Enfermeira e Especialista em Saúde Coletiva. Unidade de Terapia Intensiva do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil. Email: luma_08toq@hotmail.com

² Doutor em Microbiologia. Professor Adjunto da Área das Ciências da Saúde e Pós-Graduação em Avaliação de Impactos Ambientais do UNILASALLE, Canoas. Email: delmar@unilasalle.edu.br

brasileiras desde 1980, quando ocorreram as primeiras notificações. Entretanto, para as mesmas, a infecção sempre foi menos visível do que para os homens. No início da década de 1990, com o crescente número de casos da síndrome na população feminina, simultaneamente no Brasil e no mundo, juntamente com o aumento dos casos de transmissão vertical do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), um fator social contribuía para o avanço da epidemia, o de que pessoas com menor nível de escolaridade estavam mais sujeitas a contaminação, o que foi denominado como processo de pauperização do HIV (REIS et al., 2008; RACHID e SCHECHTER, 2008).

A partir desse momento, a temática da feminização da epidemia surge como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores e técnicos do setor da saúde. Numa ampla perspectiva social, cultural e geográfica, observou-se também a chamada interiorização, ou seja, a propagação da epidemia para um número cada vez maior de municípios distantes das principais áreas metropolitanas, atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas (BRASIL, 2003).

No ranking das taxas de detecção de SIDA, segundo as notificações no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) por Unidades da Federação, mostra que o Rio Grande do Sul tem apresentado a maior taxa desde 2006 (41,4/100.000 hab em 2012), sendo o dobro da média nacional (20,2) (BRASIL, 2013).

O conceito de vulnerabilidade diz respeito à oportunidade de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos. Ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recolocam na sua relação com o coletivo. Neste sentido, a interpretação da vulnerabilidade incorpora, necessariamente, o contexto como locus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior ou menor susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos, de todas as ordens, para a proteção das pessoas contra as enfermidades (AYRES et al., 2003).

Ayres (2002) faz referência a três tipos de componentes no que se refere à vulnerabilidade: a) vulnerabilidade individual, que pode ser tanto de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) como de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras). b) aspecto social da vulnerabilidade, o qual envolve o acesso às informações, às possibilidades de metabolizar tais informações e ao poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. c) condição institucional ou pragmática, postulada por conectar os componentes individuais e sociais da vulnerabilidade (grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção). Uma vez articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.

Dados comparativos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013) evidenciam outro aspecto da epidemia, a aproximação entre o número de homens e mulheres infectados. Em 2013, foram detectados 8765 homens e 5011 mulheres positivas para o HIV. Essa aproximação na razão de sexo reflete a feminização da epidemia. No cenário brasileiro a feminização, a razão de sexo, era em 1985, de 26 casos entre homens para um caso entre mulher. Desde 2010 até o presente ano, essa relação se mantém em 1,7:1 (BRASIL, 2013).

Com o fenômeno de feminização da epidemia de HIV/SIDA, uma variedade de questões sociais foi introduzida nas discussões em saúde pública. A antiga concepção de grupos de risco não informava a realidade da epidemia e exige-se, portanto, que se introduza a percepção de risco de infecção no cotidiano de nossas vidas (BRASIL, 2003; CARVALHO e PICCININI, 2008).

As mulheres representam quase metade dos 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV ou SIDA no mundo. Acredita-se que devido à complexa interação de fatores biológicos, socioeconômicos e culturais, a epidemia da SIDA vem se difundindo com maior velocidade entre as mulheres, sendo essa tendência observada onde a transmissão heterossexual é predominante (BRASIL, 2003; BRAGA e CARDOSO, 2007).

Segundo Rachid e Schechter (2008) os números indicam um crescimento maior da epidemia entre as mulheres brasileiras, sendo predominante, a transmissão pela via sexual (86,7%). Por outro lado, nos últimos anos houve diminuição do número de notificação ao Ministério da Saúde e apenas se manteve as tendências da epidemia referente à questão da vulnerabilidade (condições tanto anatômicas, referentes a características específicas dos órgãos sexuais femininos), feminização, envelhecimento e pauperização, cada vez mais refletindo o perfil socioeconômico do cidadão brasileiro.

Estudos demonstram que, para as mulheres, é mais difícil a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais (CARVALHO e PICCININI, 2008). Elas deixam de se proteger porque não percebem o risco de infecção, delegando aos companheiros a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao preservativo (já que até pouco tempo, negociar sexo era tarefa exclusiva de profissional do sexo) ou, ainda, porque precisam se submeter à vontade de parceiros, que se negam a se proteger, entre outros motivos (SANTOS et al., 2009; DRIEMEIER et al., 2012).

Atualmente (2014), os dados epidemiológicos sobre HIV/SIDA confirmam a feminização e pauperização, definindo assim o perfil social dos pacientes soropositivos no Brasil. Em nosso país, se verifica uma expansão do número de casos entre mulheres, principalmente na faixa etária entre 20 e 49 anos que, além de viverem na pobreza, são residentes das periferias urbanas e cidades do interior. A sua principal via de contaminação é a relação heterossexual desprotegida, respondendo por 86,8% dos casos notificados em mulheres (BASSICHETTO, 2004; CECHIM e SELLI, 2007).

Nesse contexto Santos et al., (2003) e Araújo et al., (2010) pontuam em relação à infecção em mulheres, alguns fatores socioculturais que têm contribuído para a maior vulnerabilidade feminina à infecção. A submissão nos relacionamentos amorosos, delegando aos homens a responsabilidade pela prática de sexo seguro e acreditando-se protegidas pelo fato de manterem relações estáveis e heterossexuais.

Conhecer o público feminino, que solicita os testes de diagnósticos de HIV, torna-se um meio para auxiliar na promoção de ações de educação e reeducação da população referente às formas de contágio e esclarecer as possíveis dúvidas sobre as situações de vulnerabilidade. Assim, este estudo objetiva buscar subsídios para a abordagem das estratégias de prevenção, através da investigação do perfil das mulheres que solicitam testes de diagnóstico anti-HIV no Serviço de Atendimento Especializado do Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Canoas/RS (SAE/CTA-Canoas).

Material e métodos

Conforme o IBGE (2010) a população canoense está estimada em 323.827 habitantes; formada por descendentes de açorianos e alemães e alguns imigrantes italianos, ucranianos e palestinos. Atualmente (2014), o Município possui a seguinte distribuição étnica: 256.397 brancos; 36.587 negros; 30.395 pardos; 217 indígenas e 231 amarelos. Sendo que o universo populacional feminino, acima de 15, está estimado em 115.087 e a faixa etária de maior concentração é a dos 15 aos 19 anos, com 15.020 mulheres.

O Município apresenta movimentos migratórios e de trabalho sazonal, especialmente por ser totalmente urbanizado e um dos principais centros industrializados da Região Metropolitana de Porto Alegre (IBGE, 2010).

O número de usuários em atendimento no SAE/ano está em aproximadamente 2.000 adultos e 500 crianças, na sua maioria residentes no município de Canoas/RS. Atualmente (2014), Canoas possui 2108 pacientes portadores do vírus HIV e 1082 pacientes, que fazem uso de medicação ARV (BRASIL, 2014).

Os CTAs constituem sítios estratégicos para a oferta de testes anti-HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como para oferta de aconselhamento individual e coletivo e acesso a outras atividades e insumos de prevenção. O conhecimento das características dos usuários que demandam esses serviços e da evolução das soro-prevalências, constitui informações importantes para a elaboração de políticas públicas, estratégias de prevenção e de controle desses agravos (BRASIL, 2008).

Para o levantamento de dados da pesquisa foram incluídas no estudo, 2514 mulheres maiores de 15 anos de idade, que foram atendidas no SAE por DST/SIDA, no ano de 2009 a 2010.

O estudo retrospectivo foi realizado por meio de consulta ao banco de dados do Sistema de Informações do CTA do município de Canoas/RS, armazenados no ano de 2009 a 2010 (SI-CTA-Canoas/RS). Não houve a realização de cálculo amostral ou outra forma de tratamento de amostras.

O SI-CTA é um sistema de informação utilizado nos CTAs, no qual constam informações obtidas nas etapas de aconselhamento pré-teste e pós-teste, além do diagnóstico laboratorial (BRASIL, 2005).

As características analisadas no estudo foram: cor (branca, parda, negra e ignorada), atividade ocupacional (do lar, estudante, vendedora, serviços, gerais, diarista, atendente, etc.) idade, escolaridade (em anos de estudo concluídos), estado civil (casada/amigada, solteira, separada, viúva) vulnerabilidade (práticas sexuais com ou sem preservativo), origem da demanda das usuárias (espontânea ou referenciada), motivos para procurar CTA (investigação HIV, investigação DST, buscar preservativos, tratar DST, tratar HIV, exame preventivo do câncer do colo de útero [Papanicolaou] e outros).

Os dados foram organizados com o auxílio do programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-VERSÃO 16.0) e analisadas descritivamente. Utilizou-se o valor de p para interpretação de alguns dados.

A pesquisa foi registrada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, recebeu o Certificado de Aprovação para Apreciação Ética- CAAE-0009.0.404.000-09 e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, Canoas/RS, sendo aprovado conforme processo número 09/005.

Resultados e discussões

Os resultados apresentados foram analisados considerando as limitações que podem interferir nos resultados de estudos baseados em dados secundários. Algumas variáveis do sistema de informação, utilizadas no SI-CTA-Canoas/RS, não foram avaliadas devido às falhas no registro.

De acordo com o levantamento feito, os principais motivos da procura pelo serviço de aconselhamento foram: a investigação de HIV (40%), seguido de DST (21%). Em alguns casos os motivos de busca podem ser múltiplos, ou seja, as usuárias referiram mais de um motivo para a procura (Tabela 1).

O fato do reconhecimento de ter vivenciado alguma situação de risco, faz isso ser um dos principais motivos para os usuários, de forma em geral, buscarem o atendimento nos centros especializados (ARAÚJO et al., 2010). Em estudos realizados anteriormente, o mesmo pesquisador verificou que os exames de rotina e ou preventivos correspondiam a 37% da demanda dos usuários (mulheres), além de apresentarem característica de maior poder aquisitivo e grau de escolaridade, no grupo.

Tabela 1 – Distribuição das usuárias que procuraram o Serviço de Assistência Especializada no SAE/CTA-Canoas, segundo o motivo de procura, no ano de 2009 a 2010.

Motivo da procura	N*	%*
Investigação de HIV	853	40
Investigação de DST	523	20,8
Buscar preservativos	485	19,3
Tratar DST	387	15,3
Tratar HIV	282	11,2
Exames <u>Papanicolaou</u>	271	10,7
Outros	82	3,2

* - O número absoluto e o percentual ultrapassam 100%, devido à consolidação de todos os motivos registrados para um mesmo usuário.

A maioria das usuárias que procuraram o serviço, o fizeram de forma espontânea (55,5%), enquanto que 44,5% foram referenciados por outros serviços (Tabela 2). Dentre eles: outras unidades básicas de saúde do próprio município (total 37%), médicos particulares (20%), rede hospitalar (15%), projetos de prevenção nas comunidades (17%), casas de apoio/albergues/ONGs (8%) e unidade básica de saúde (UBS) de outros municípios (3%). Embora a procura espontânea supere a referenciada, sob a análise estatística, não se observa uma diferença significativa entre as origens das demandas ($p < 0,005$).

Tabela 2 - Distribuição das usuárias que frequentaram o SAE/CTA-Canoas de acordo com a origem da demanda, no ano de 2009 a 2010.

Origem da demanda	N	%
Espontânea	1395	55,5
Referenciada	1119	44,5
Total	2514	100

($p < 0,005$)

O modo pelo qual as usuárias procuraram os CTAs pode variar em função de múltiplos de fatores, porém os dados aqui levantados mostram que não há uma grande disparidade. Um aspecto relevante em estudo realizado por Braga et al., (2007) diz respeito às diferenças observadas entre os sexos, nos motivos que levam as pessoas a buscar o teste diagnóstico de infecção por HIV. Enquanto os homens, mais frequentemente, realizaram o teste sorológico anti-HIV por apresentarem algum indício clínico da infecção, ou por se perceberem sob risco, as mulheres o fizeram somente após conhecimento da soropositividade do parceiro ou durante rastreamento na assistência pré-natal.

A Tabela 3 mostra a predominância da cor branca (82,5%), sendo que menos de 20% correspondem às outras raças de mulheres que procuraram o serviço em 2009 a 2010. Os dados levantados no presente trabalho, ao contrário dos resultados descritos por Santos et al., (2009) no qual predomina a cor negra seguida da parda, representam característica intrinsecamente regionalizada.

Os estudos realizados por Bassichetto et al., (2004), quando foi avaliado o perfil da clientela no CTA mais antigo da cidade de São Paulo e um dos maiores do país (CTA DST/AIDS-Henfil - Henrique de Souza Filho), demonstraram que a variável “cor predominante” também foi branca (65,2%). A segunda categoria mais frequente foi parda (24,1%), sendo que a categoria negra representava 10% do total de usuários atendidos naquele serviço, mostrando assim uma diferença significativa entre as categorias avaliadas ($p < 0,107$).

Essa diferença na procura dos serviços de CTAs em relação à raça ainda está vinculada a desigualdade social e o acesso aos serviços de saúde. O que segundo Araújo et al., (2010), a população negra, desde a abolição da escravatura, apresenta poucas condições sociais que facilitem uma mobilidade social ascendente.

De acordo com as atividades ocupacionais mais relacionadas, o levantamento apontou 14,6% das mulheres estarem envolvidas apenas com os afazeres domésticos. Entretanto 10,2% das usuárias são estudantes seguidas por vendedoras (9,3%) e serviços gerais 9,2%. Com exceção, as três primeiras categorias (desempregada, do lar e estudante) as demais apresentaram diferenças significativas quanto à questão ocupação ($p < 0,001$). A ocorrência de 7,9 % de registros não informados pode configurar o modo de como é realizado o preenchimento dos formulários de atendimento nos CTAs. Esses são transcritos após o diálogo com o cliente, não seguindo um padrão e, neste ínterim, alguns dados podem ser subestimados ou superestimados.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres atendidas no SAE/CTA-Canoas segundo as características sociodemográficas, em 2009 a 2010.

Características	N	%	Valor de p	
Total	2514	100		
Cor				
Branca	2073	82,5		
Parda	252	10,0	<0,015	
Negra	85	3,4		
Ignorado	100	4,1		
Faixa Etária				
15 —19	440	17,5		
20 —24	600	24		
25 —29	501	20		
30 —34	314	12,5		
35 —39	212	8,4		
40 —44	146	5,6		
45 —49	102	4,0		
50 —54	81	3,2		
55 —59	60	2,4		
60 ou mais	62	2,5		
Estado Civil				
Casada/amigada	918	36,5		
Solteira	862	34,3		
Separada	347	13,8	0,042	
Viúva	103	4,1		
Não informado	284	11,3		
Atividade ocupacional				
Desempregada	400	15,9		
Do lar	367	14,6		
Estudante	256	10,2		
Vendedora	234	9,3		
Serviços gerais	231	9,2		
Diarista	221	8,8		
Atendente	128	5,1		
Gerente administrativa	111	4,4		
Garçonete	98	3,9	0,001	
Babá	77	3,1		
Autônoma	59	2,3		
Aposentada	43	1,7		
Auxiliar de escritório	34	1,4		
Agente de saúde	21	0,8		
Estagiária	19	0,8		
Balconista	16	0,6		
Não informaram	199	7,9		
Escolaridade (anos de estudo)				
1 —3	641	25,5		
4 —7	779	31		
8 —11	739	29,4		<0,002
12 ou mais	146	5,8		
Ignorado	209	8,3		

Quanto à questão da inserção da mulher no mercado de trabalho, verifica-se que, mesmo considerando a soma de todas as ocupações que denotam vínculo empregatício, ainda assim, o perfil das usuárias que procuram os serviços é de mulheres desempregadas (15,9%, $p < 0,001$) ou sem um emprego regular. Embora o contingente analisado por Santos et al., (2003) seja menor ($n=148$), os dados obtidos mostram que apenas 28,3% tinham emprego regular, 45,9% estavam desempregadas, 12,2% referiram fazer apenas “bicos” e 12,2% estavam aposentadas.

Ainda que neste levantamento não se fizesse a busca pelas usuárias soropositivas para HIV, e sim apenas as que buscaram o atendimento no setor, os serviços procurados ainda são de grupos bem específicos de pessoas.

Igualmente aos resultados levantados por Romanelli et al. (2006) e Cechim e Selli (2007), o maior percentual de procura foi de mulheres cuja ocupação se restringe aos afazeres domésticos. A discordância se verifica na faixa etária de maior procura, que para esses autores foi de 29 anos em média.

Embora a faixa etária que compreende o maior público feminino canoense seja dos 15 aos 19 anos, a população de maior procura foi dos 20 aos 29 anos. Os dados referentes à idade acompanham a distribuição etária observada no estudo realizado por Braga et al. (2007), em uma amostra composta por 310 mulheres, os quais constatam que 36% estão na faixa etária dos 20 aos 29 anos. Em outro estudo sobre comportamento de risco para a infecção pelo HIV, com uma amostra de 820 adolescentes que realizaram o teste para o diagnóstico anti-HIV, em um CTA do Município do Rio de Janeiro, mostra que 74,4% ($p < 0,001$) das mulheres tinham idade entre 17 e 19 anos (GRIEP et al., 2005). O número de casos de SIDA vem crescendo em mulheres com idade entre 13 e 19 anos, o que pode ser explicado pelo início precoce da atividade sexual². Entretanto, salienta-se o aumento percentual de casos na população acima de 50 anos, em ambos os sexos (Driemeier et al., 2012).

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), grande parte das mulheres com SIDA é jovem - um terço delas tem entre 20 e 29 anos -, quando diagnosticada a doença. Devido ao longo período de pré-crise da doença, aproximadamente 8 a 10 anos, muitas dessas mulheres podem ter sido contaminadas ainda na adolescência, sem terem apresentado sinal ou sintoma.

Esses dados podem ser a representação e o reflexo de uma sociedade pouco acrescida de políticas, públicas específicas e suficientes, que contemplem a população jovem. Essas questões levam a reflexão sobre a importância e a necessidade de trabalhos educativos/preventivos, tendo como sujeito, o adolescente e como tema, a sexualidade.

Em relação ao grau de instrução pode-se observar uma predominância de usuárias com 4 a 7 anos de estudo (31%) e de 29,4% com 8 a 11 anos, seguido por um contingente de 25,5% de usuárias com 3 ou menos anos de estudo, sem apresentar uma diferença estatística ($p < 0,002$). No somatório das três primeiras faixas de escolaridade (1-3 a 8-11 anos), verifica-se uma semelhança aos dados encontrados em um estudo etológico, no qual 85% dos casos apresentaram baixa escolaridade (numa classificação que vai de analfabeto, 1-3 e 4-7 anos de estudo) ou nível de escolaridade ignorada (RODRIGUES e CASTILHO, 2004).

Embora, desconsiderando o percentual de registros ignorados, pode-se observar que um número significativo de 5,8% ($p < 0,002$) da população feminina com 12 anos ou mais de estudo procuraram o serviço referido. Este percentual pode expressar um nível de conhecimento maior e assim refletir na possibilidade

de que algumas mulheres busquem atendimento em diferentes setores da medicina complementar. No Brasil, os casos de SIDA têm aumentando em proporções significativas nas populações com baixa escolaridade (menos de oito anos de escola, incluindo os analfabetos), porém a Região Sul foi a única a apresentar aumento relativamente significativo de casos no ensino médio (BRITO et al., 2005).

Em seguida aparece a taxa de 29,4% (8 a 11 anos de estudo), concernente com estudos realizados por Germano et al., (2008), sobre populações que não retornaram ao CTA para a busca de resultados de exames, de 2001 a 2004, no CTA da cidade de Rio Grande (RS), no qual se observa que 45,7% das pessoas atendidas tiveram grau de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo.

Atualmente (2014) a população tem um grau considerável de informação básica sobre as formas de transmissão do vírus. Essas informações estão disponíveis nas mais diversas formas, como televisão e outros meios de comunicação (jornais, revistas, folhetos e informativos sobre saúde pública). O acesso restrito à educação, entretanto dificulta a apreensão dessas mensagens educativas, visto que o acesso aos meios de prevenção (aquisição de preservativos e seringas estéreis) e tratamento das DSTs (cofatores importantes da transmissão e aquisição da infecção pelo HIV) está diretamente relacionado ao fator nível educacional (BRITO et al., 2005).

Quanto ao estado civil de todas as usuárias que procuraram o CTA/Canoas no ano de 2009 a 2010, o número de mulheres casadas/amigadas (36,5%) observadas no presente estudo, revelou uma proporção pouco diferente dos resultados obtidos por Braga et al., (2007), na qual a maioria da população feminina era casada ou amasiada (48,2%, n=146).

A taxa de mulheres solteiras (34,3%) que procuraram o serviço, também é expressiva e evidencia a proporção da população feminina que se encontra com algum nível de vulnerabilidade. Na avaliação estatística das usuárias segundo estado civil, as categorias “Casadas/Amigadas” e “Solteiras”, **não houve diferença entre** as mesmas, mas quando comparadas com as demais categorias, mostraram-se significativamente diferentes ($p < 0,042$). Num estudo, também descritivo transversal, no qual foi avaliado o perfil epidemiológico dos usuários de um CTA, para DST/HIV, da rede municipal de São Paulo, observou-se que 41,2% ($p < 0,001$) das mulheres referiram como estado marital serem solteiras e 33,8% casadas ou amasiadas, sem diferença significativa entre as categorias (BASSICHETTO et al., 2004).

Uma argumentação mais objetiva seria que as mulheres, principalmente aquelas com parceiro único, que não podem dialogar a respeito de sexo mais seguro com seus parceiros (que frequentemente **têm mais parceiras/os fora do casamento**), ficam sujeitas à vontade desses em relação ao uso de preservativo e constituem um dos grupos realmente mais vulneráveis. Esta é uma situação com implicações sociais, cujo enfrentamento transcende decisões políticas simples, determinando que sejam tomadas grandes medidas sociais referentes ao relacionamento homem-mulher, ao poder de negociação e ao diálogo a respeito da sexualidade (SANTOS et al., 2003).

Diante dos problemas social, cultural e muitas vezes pela submissão, falta de diálogo, a mulher se expõe mais ao risco. Assim, a assistência à saúde da mulher é postergada, devido ao diagnóstico e assistência tardios, avaliação inadequada, pouca pesquisa dirigida, dentre outras questões.

Entre as características de comportamento relacionado ao HIV, foram analisados os seguintes critérios, a partir dos registros das mulheres atendidas no referido serviço: tipo de companhia e uso de preser-

vativo, motivos referidos para o não uso do preservativo com parceiro fixo e com parceiro eventual (Tabela 4). Na avaliação quanto à companhia observa-se que, em números absolutos, os valores de relações aos parceiros eventuais referidos pelas usuárias ainda é significativo, mostrando que esse comportamento depende de outras variáveis, quando nem todas foram avaliadas neste trabalho. Em relação aos parceiros fixos, mais de 24% referiram usar todas as vezes, 5,7% usaram mais da metade das vezes, mais de 3% usaram menos da metade das vezes e 65,2% não usaram. Entre os informantes desse grupo mais de 1% não informaram e 68 mulheres, sendo todas com idade superior a 65 anos, referiram não possuir nenhum tipo de companhia sexual nos últimos três anos. No entanto, estatisticamente ocorrem diferenças significativas ($p < 0,002$) dentro do grupo “Tipo de Parceiro”, quando se analisa companhia fixa e eventual, independentemente.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres atendidas segundo o tipo de companhia sexual e uso de preservativo no SAE/CTA-Canoas, no ano de 2009 a 2010.

Frequência de uso	Tipo de companhia			
	Fixo		Eventual	
	N	%	N	%
Usou todas às vezes	360	24,3	166	17,2
Usou mais da metade das vezes	85	5,7	123	12,8
Usou menos da metade das vezes	54	3,7	110	11,5
Não usa	966	65,2	384	39,8
Não informado	17	1,1	181	18,7
Total	1482	100	964	100

($p < 0,002$)

Estudos nos quais foram avaliados adolescentes atendidos em um CTA do município do Rio de Janeiro, apontaram um percentual de 21,2 % (GRIEP, et al., 2005) em relação ao uso do preservativo em todas às vezes com parceiro fixo, dados aproximados aos achados neste trabalho, que foi de 24,3% ($p < 0,001$). No que se refere ao não uso de preservativo com parceiro fixo, foi verificado que mais da metade das mulheres não o fazem (65,2%), comprovando que as mesmas continuam mantendo relação sexual desprotegida. Este é um dado preocupante, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), este tipo de exposição é considerado a principal via de contaminação pelo vírus HIV, em mulheres.

A alta proporção de mulheres infectadas, por seus parceiros fixos ou por uso inconsistente de preservativos, sugere não apenas uma possível baixa percepção de risco, como também impossibilidade de negociar de modo efetivo o uso do preservativo ou os termos da relação afetiva, ou ainda de sair dela (SANTOS, 2009).

Para o Ministério da Saúde os índices de infecção pelo vírus HIV vêm aumentando entre a população de mulheres casadas e que mantêm relações sexuais somente com seus maridos. O que ocorre é que, as mulheres que mais se infectam, são justamente aquelas que se julgam fora de qualquer risco, o que as tornam mais vulneráveis (BRASIL, 2008).

No que concerne aos parceiros eventuais, os registros mostram que 17% usaram todas às vezes,

12,8% mais da metade das vezes, 11,5% menos da metade das vezes, 39,8% não usaram e mais de 18% não informaram. Esse último dado, possivelmente, introduz um viés no resultado, pois não é possível saber se as mulheres que não informaram, realmente não têm parceiro fixo, ou têm de forma eventual, limitando assim os resultados. Também, devem-se considerar os vieses de resposta, no que se refere a temas envolvendo sexualidade, no qual pode haver tendência de informação. No entanto, esses dados reforçam a necessidade de intensificar as campanhas no sentido de conscientizar as mulheres sobre o risco a que estão se expondo e, também, de o companheiro se infectar com o vírus HIV, entre outras DSTs.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a maior forma de contaminação, entre as populações de 15 a 64 anos, é via relação sexual. No entanto, o conhecimento sobre o preservativo é maior entre as pessoas, residentes nas regiões Sul e Sudeste, dos 25 a 39 anos e com maior grau de esclarecimento.

A Tabela 5 mostra os dados comparativos entre usuárias que referiram possuir parceiro fixo ou parceiro eventual em relação ao fato de “não usar preservativo”. Em relação à companhia fixa, o principal motivo para o não uso foi, principalmente, por confiança no parceiro, seguida da indisponibilidade no momento. Segundo Griep et al., (2005) os principais motivos para o não uso do preservativo, em relacionamento com parceiro fixo, foram “Confiança no parceiro” e “Não gosta”. No caso das mulheres, foram encontrados percentuais mais altos de respostas em “Parceiro não aceita”, quando comparado aos homens.

TABELA 5 – Distribuição das mulheres atendidas de acordo com os motivos referidos para o não uso do preservativo com parceiros fixos e eventuais, no SAE/CTA-Canoas, no ano de 2009 a 2010.

Tipos de Parceiros/Motivos	N	%
Parceiros Fixos	(n=966)	(100)
Confia no parceiro	377	39
Parceiro não dispunha no momento	207	21,5
Não gosta	123	12,7
Achou que o parceiro não tinha HIV	109	11,3
Desejo de ter filhos	96	9,9
Não informado	54	5,6
Parceiros Eventuais	(n=384)	(100)
Não dispunha no momento	152	39,6
Não gosta	115	29,9
Achou que o parceiro não tinha HIV	87	22,7
Não informado	30	7,8
Total	1350	-

($p < 0,003$)

Quanto aos motivos referidos para o não uso de preservativo com parceiro eventual, predominaram “Não dispunha no momento” com 39,6 % e “Não gosta” com 29,9%. Nesse grupo de usuárias, 22,7% justificaram o não uso, por achar que o parceiro não tinha HIV. O aspecto “Confiança no parceiro” é o motivo principal para não usar preservativo entre os indivíduos com companhia fixa, porém nenhuma usuária, com companhia eventual, relatou não usar por confiar no parceiro. Diante desses dados é possível afirmar que o tipo de companhia está associado ao uso de preservativo, uma vez que as diferenças estatísticas são significativas ($p < 0,003$).

Bassichetto et al., (2004), ao traçarem um perfil de mulheres em um CTA paulista, verificaram um percentual quase próximo aos achados neste trabalho. Em torno de 23,9% ($n=67$, $p<0,001$) das usuárias não usavam preservativos com companhias consideradas sequenciais.

Griep et al., (2005) e Santos et al., (2003) analisaram critérios semelhantes entre as mulheres e destacaram os motivos “Confiança no parceiro” e “Não dispor no momento” como os principais motivos para o não uso. Segundo o informe recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o aspecto “multiparceiros” e a “prática de sexo não seguro”, revela a vulnerabilidade feminina, quando o resultado positivo para o HIV está relacionado, principalmente, ao número de companheiros (quanto mais parceiros, maior a vulnerabilidade), à coinfeção com outras doenças sexualmente transmissível e às relações homossexuais.

Baseados nesses dados reafirma-se a necessidade de intensificar as campanhas de prevenção nas faixas mais vulneráveis da população, conscientizando as pessoas e suas parecerias sobre o risco que estão expostos em relação às DSTs.

Conclusão

De acordo com as informações levantadas neste trabalho revela-se um perfil de mulheres que apresentam iniciativa própria em buscar os serviços de atendimento do SAE/CTA, principalmente para investigação de HIV, sendo a maioria mulheres jovens caucasianas, sem atividade fixa ou desempregada, de baixo nível escolar, com a maioria das mulheres casada ou amigada, motivo apontado para deixar em segundo plano o uso de preservativos.

Os números apresentados mostram que a feminização da SIDA é um reflexo do comportamento homossexual da população, vinculado aos aspectos de vulnerabilidade biológica da mulher e, ainda contribuindo, está o fato de existir uma grande parcela de mulheres que mantêm relações de risco.

Deste modo pode-se também concluir, que a acessibilidade feminina aos serviços de saúde decorre da interação entre multifatores sociais que pressionam a sociedade, de forma individual ou coletiva. Resumidamente, pode-se dizer em função dos achados, que as desigualdades, no acesso ao serviço de saúde, se devem a fatores socioculturais como classe ou grau de instrução, gênero e raça. Entretanto, vê-se que em nível institucional, o acesso ao serviço de saúde é influenciado por fatores relativos às diferenças entre os usuários e o julgamento sobre eles.

As atividades, realizadas no SAE/CTA, devem ser acompanhadas a partir de um sistema de avaliações e monitoramento, no sentido de refinar o conhecimento sobre o perfil dos usuários. Outro objetivo, é aperfeiçoar os benefícios de prevenção, permitindo um serviço melhor de aconselhamento e testagem para o HIV. No sentido de aumentar a abrangência de análise da clientela desse serviço, é importante promover e implantar métodos padronizados de coleta dos dados e observar a conduta sistemática no manuseio do SI-CTA.

Nesta direção, apontam-se algumas estratégias na perspectiva de contribuir para a redução de comportamento de risco e captar as mulheres que se encontram vulneráveis às DSTs, tais como: formação de grupos para orientação multidisciplinar, elaboração de material instrucional sobre os diferentes aspectos das doenças transmissíveis por contato sexual e articulação entre as diferentes áreas de atuação dos profis-

sionais de saúde, CTAs, UBS, escolas e locais de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.L.F. COSTA, L.P.M, SCHILKOWSKY, L.B, SILVA, S.M.B. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município do Rio de Janeiro e o acesso ao diagnóstico do HIV entre e população negra: uma análise qualitativa. *Saude e Socied.* 2010; 19(supl.2):85-95.

AYRES, J.R.C.M - *Sobre o Risco - Para compreender a epidemiologia*. 2ed. São Paulo: HUCITEC. 2002.

AYRES, J.R.C.M. FRANÇA, Jr. I, CALAZANS, G.J, SALETTI, Fº. H.C. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

BASSICHETTO, K.C, MESQUITA, F, ZACARO, C, SANTOS, E.A, OLIVEIRA, S.M, VERAS, M.A.S.M. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia para o HIV. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(3):302-10.

BRAGA, P.E, CARDOSO, M.R.A, SEGURADO, A.C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(11):2653-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal da Saúde-Serviço de Atendimento Especializado do Centro de testagem e Aconselhamento da Prefeitura Municipal de Canoas, 2014. Disponível em: <http://www.canoas.rs.gov.br/site/noticia/visualizar/id/115710>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. 2013.

BRASIL. Indicadores de Saúde: indicadores demográficos, epidemiológicos e de morbidade. Dados básicos. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nirs.def>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Versão Preliminar do Boletim Epidemiológico AIDS. Ano VIII. Ministério da Saúde. Brasília, DF, nº 01. 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>.

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. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. SI-CTA versão 2.0. Manual de utilização. Brasília, DF; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política e diretrizes das DST/AIDS entre as mulheres: Série: Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Brasília, DF, nº 57, p.104. 2003.

- BRITO, A.M, CASTILHO, E.A, SZWARCOWALD, C.L. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*. 2005; 9(1):9-19.
- CARVALHO, F.T, PICCININI, C.A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. 2008; 13(6): 1889-1898.
- CECHIM, P.L, SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2007; 60(2):145-149. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
- DRIEMEIERM, ANDRADE, S.M.O, PONTES, E.R.J.C, PANIAGO, A.M.M, CUNHA, R.V. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics* [online]. 2012; 67(1):19-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v67n1/v67n1a04.pdf>
- GERMANO, F. N, SILVA, T.M.G, MENDOZA-SASSI, R, MARTINEZ, A.M.B. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico – Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(3):1033-40
- GRIEP, R.H, ARAÚJO, C.L.F, BATISTA, S.M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2005; 14(2):119-26.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Senso/2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/mulher/mulheres.html
- RACHID, M, SCHECHTER, M. Manual de HIV/SIDA. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2008
- REIS, C.T, CZERESNIA, D, BARCELLOS, C, TASSINARI, W.S. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(6):1219-1228.
- RODRIGUES, A.L, CASTILHO, E.A. A epidemia de SIDA no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2004; 37(4):312-17.
- ROMANELLI, R.M.C, KAKEHASI, F.M, TAVARES, M.C.T, MELO, V.H, GOULART, L.H.F, AGUIAR, R.A.L.P. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [on line]. 2006; 6(3):329-334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300009>
- SANTOS, N.J.S, BARBOSA, R.M, PINHO, A.A, VILLELA, W.V, AIDAR, T, AIDAR, F, ELVIRA, M.V. Contextos de Vulnerabilidade para o HIV entre Mulheres Brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(2):321-333.
- SANTOS, N.J.S, BERGAMASCHI, D.P, FELLIPI, E.V, BUCHALLA, C.M, PAIVA, V.S.F. Saúde reprodutiva e sexualidade em mulheres HIV positivas. *J Bras AIDS*. 2003; 4(1):29-37