

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**

**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA**

**CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**UMA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE DST/AIDS  
DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
A ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA  
BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO  
PÚBLICA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU  
DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO  
PÚBLICA**

**LETICIA SILVA DE OLIVEIRA FREITAS**

**Rio de Janeiro, 1999.**

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**  
**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**UMA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE DST/AIDS**  
**DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:**  
**A ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS**

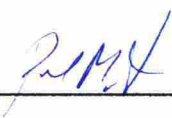
**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR**  
**LETICIA SILVA DE OLIVEIRA FREITAS**

**E**  
**APROVADA EM**  
**PELA COMISSÃO EXAMINADORA**



---

**PAULO REIS VIEIRA**  
PH.D EM ADMINISTRAÇÃO



---

**PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA**  
PH.D EM ADMINISTRAÇÃO



---

**ANGÉLICA FERREIRA GOMES**  
MESTRE EM CIÊNCIAS

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, sempre constante na minha vida.

Ao meu pai, Miguel (in memoriam), que hoje compreendo no “silêncio”.

Ao meu querido irmão, Déo (in memoriam), pela perda concreta irreparável. Que pena que você não possa estar aqui para participar dessa conquista.

À minha Mãe, pelas mãos, braços, pernas e coração oferecidos. Mãe, a senhora é um exemplo de dignidade, coragem e vida. Essa vitória é nossa!

À minha caríssima amiga Claudete, colega competente, e irmã tão próxima, sobretudo por fazer parte, encantando o meu caminho! A amizade é um precioso presente dos céus!

Ao meu marido e companheiro de vida, Wagner, pela cumplicidade, compreensão nos diversos momentos em que eu estive intoleravelmente voltada para o meu problema de pesquisa. Você me deu apoio, carinho, e soube dividir até mesmo nosso canto com o meu objeto de estudo. Você é companheiro e cúmplice de um cotidiano comum!

À Ledir, minha querida irmã, por estar sempre “cegamente” me fazendo acreditar que posso sempre mais;

À Mere, minha caçula irmã, que “sempre escondida”, aparecia nos momentos certos;

Ao Bruno, Isabela e Danilo, meus sobrinhos, pela (im) paciência com que lidaram com minhas longas ausências e pergunta constante: “Esse trabalho não acaba nunca?”  
Meus gatos: esse trabalho eu já acabei. Reservei um tempinho pra vocês;

À Da. Darcy e ao Sr. Lima (in Memoriam) pelas pessoas humanas e generosidade de me presentear com uma amiga;

Ao Prof. Paulo Reis Vieira, pela orientação cuidadosa, estimulante e afetuosa;  
À Angélica, que também me forneceu suporte e o fez de forma competente e cuidadosa. A você meu agradecimento especial;  
Ao CAPES pelo financiamento e apoio ao projeto;  
À Jurema, que abriu as portas do CTA Rocha Maia e me abriu seu coração na afetividade de cada encontro. Você é um exemplo de democracia e de construção coletiva!

Aos Professores: Paulo Roberto Motta e Angélica Ferreira Fonseca, pela grande contribuição na composição da banca;  
À Barbara, que nunca permitiu que eu desacreditasse;  
À Regina, Claudio, Catita, Laura Jane, Ilenilda, Aurea e Rose, pelo incentivo e contribuições;  
À Zélia, pelas valiosas sugestões;  
Ao doce casal Vaninha e Juarez pela força, atenção e disponibilidade;  
À dedicada e comprometida profissional de saúde do CMS Vila Isabel, enfermeira Claudia;

À Fracinete, Wanda D'Acri e Pedro Gabriel Delgado, com os quais dei meus primeiros passos na Saúde Pública;

Aos profissionais do CTA Rocha Maia, em especial à Adélia, Miriam, Eliana e Valério que colaboraram, de forma efetiva com seus conhecimentos e depoimentos, para o desenvolvimento deste trabalho;

À Prof<sup>a</sup>. Terezinha, pela revisão precisa;  
À FIOCRUZ e ABIA pela atenção de seus funcionários;  
À Wilma, Silvana, Rita, Darcilene, Raquel, Miriam, Alderson, Antonio, Elcio, Fátima,... somos todos eternos aprendizes;



Com profundo respeito aos sujeitos da pesquisa, atores sociais que constróem história e que com suas percepções, expectativas e sugestões me deram a oportunidade de sistematizar suas avaliações sobre o Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro.

## **RESUMO**

Avaliação do Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro. A pesquisa objetiva identificar as percepções, expectativas e sugestões sobre o referido Programa, a partir da ótica dos usuários, profissionais de saúde e coordenadores das unidades no que tange à qualidade dos serviços prestados. A opção teórico-metodológica do estudo fundamenta-se na abordagem hermenêutico-dialética, pois busca a análise dos significados sociais. Tendo em vista a complexidade da temática em destaque, prioriza a metodologia qualitativa na coleta e no tratamento dos dados, por considerar que a abordagem permite uma aproximação e aprofundamento da compreensão do fenômeno. Privilegia a pesquisa descritiva e analítica. A pesquisa de campo ocorre num Centro Municipal de Saúde e num Centro de Testagem Anônima de AIDS situados no Rio de Janeiro, que prestam serviços de atendimento ambulatorial e testagem, com ênfase na prevenção. Para o resgate da fala dos atores, foi utilizada a entrevista semi-estruturada. A pesquisa focaliza a ótica dos atores sociais sobre a assistência prestada. A análise do material empírico indica que a qualidade dos serviços prestados pelo programa de DST/AIDS no município é eficiente no que tange aos meios utilizados no desenvolvimento do trabalho. Porém, em relação aos recursos humanos e materiais ocorrem limitações para o alcance da eficácia e ter um impacto mais efetivo,

do ponto de vista de mudança de comportamento e controle da epidemia no Município do Rio de Janeiro. Essa problemática aponta para uma reformulação das diretrizes, políticas, técnicas e orçamentárias e, principalmente de canais de comunicação mais eficazes junto à população usuária dos serviços e aos profissionais que desenvolvem atividades do Programa, a fim de ouvir e discutir suas demandas, o que incidirá numa contribuição para o encaminhamento do programa.

## **SUMMARY**

Evolution of the DST/AIDS Program of Rio de Janeiro city. The research has in view the identification of the perceptions, expectations and suggestions about the above-mentioned Program, from the optic of the users, health professionals and unit coordinators, concerning the quality of the offered services. The study theoretical and methodological options are based on the hermeneutical and dialectical bording, since it searches for the analyses of the social meanings. Owing to the fact that this theme is deeply complex, it gives priority to the qualitative methodology in the collect and in the data treatment, considering that the bording allows an approach and sinking of the phenomenon comprehension. It gives the prerogative of the research in a descriptive and analytical way. The field research occurs in a municipal health center and in an AIDS Anonymous Testing Center, both located in Rio de Janeiro, who offer ambulatorial and testing services, giving emphasis to the prevention.

To rescue the actors' speech, a half-structured interview was used. The research focus the social actors' optic on the assistance which is given. The empirical material analysis indicates that the quality of the services offered by the DST/AIDS Program in town is efficient regarding the ways which were taken in the work development. However, re-

garding the human resources and materials, some limitations occur when needed a range for efficacy and a effective impact, in the point of view of the behaviour change and the epidemy control in Rio de Janeiro city. This problematic points to a reconstruction of the directives, budgetary and technical politics and, principally, of a more effective media joined to the population who use the services and to the professionals, who develop the program activities, in order to listen and discuss their demands, what will fall into a contribution to conduct the program.

## ÍNDICE

	página
<b>RESUMO .....</b>	<b>II</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 - Panorama da Epidemia de AIDS no Mundo e no Brasil .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 - A Política para a AIDS no Brasil .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.1 - A AIDS e seus Custos .....</b>	<b>45</b>
<b>3 - A LEGISLAÇÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 - Os Avanços da Legislação de DST e AIDS no Brasil .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 - Normas de Organização .....</b>	<b>52</b>
<b>3.3 - Normas de Assistência à Saúde .....</b>	<b>54</b>
<b>3.4 - Normas de Vigilância Epidemiológica .....</b>	<b>57</b>

3.5 - Normas de Vigilância Sanitária e Tratamento das DST e AIDS no Brasil .....	58
3.6 - Normas sobre Educação e Informação .....	64
3.7 - Normas Trabalhistas e Previdenciárias .....	64
3.8 - Outros Benefícios .....	66
3.9 - Normas Éticas .....	67
3.10 - Projetos de Lei em Tramitação no Poder .....	68
4 - O PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS, PN DST/AIDS .....	70
4.1 - Documentos .....	71
4.2 - Combate e Prevenção .....	73
4.3 - Treinamento de Recursos Humanos .....	75
5 - O DESENHO DA PESQUISA .....	78
5.1 - O Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro - diretrizes, normas e rotinas .....	79
5.1.2 - O Atendimento Ambulatorial .....	80
5.1.3 - A Testagem Anônima .....	84
5.1.4 - Treinamento de Recursos Humanos .....	87
5.2 - Metodologia da Pesquisa .....	88
5.2.1 - A Pesquisa Qualitativa .....	88

5.2.2 - O Campo: Caracterização das Unidades Pesquisadas ..... 90

5.2.2.1 - O Centro de Testagem Anônima de AIDS Rocha

Maia - CTA Rocha Maia ..... 91

5.2.2.2 - O Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela

Augusta Estrela - O CMS IX RA ..... 92

5.2.3 - Os Sujeitos da Pesquisa ..... 93

5.2.4 - O Trabalho de Campo e o Instrumento da Pesquisa ..... 94

5.2.5 - Sobre a Análise dos Dados ..... 97

5.3 - Apresentação e Discussão dos Resultados ..... 101

5.3.1 - Sobre a Apresentação ..... 102

5.3.2 - Características Gerais dos Entrevistados ..... 103

5.3.3 - A Fala dos Atores Sociais ..... 104

CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 149

BIBLIOGRAFIA..... 155



**LISTAS DE TABELAS**

	<b>Página</b>
<b>Tabela 1: Notificações de casos de AIDS recebidas no período de setembro a novembro de 1996, segundo período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada a macrorregião) – Brasil, Boletim Epidemiológico - AIDS, MS, Ano IX, nº 04, 1996 .....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 2: Distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo - 1980 - 1996 – Brasil, Boletim Epidemiológico - AIDS, MS, Ano IX, nº 04, 1996 .....</b>	<b>28</b>

**LISTA DE GRÁFICOS**

	<b>Página</b>
<b>Gráfico 1: Casos de AIDS no país, Rio de Janeiro, São Paulo e Regiões - MS - agosto de 1996, SMS - Boletim da Gerência de DST/AIDS - fevereiro de 1997 .....</b>	<b>30</b>
<b>Gráfico 2: Percentual de casos de AIDS por ano de diagnóstico e categoria de exposição - Rio de Janeiro - 1982 a 1996, SMS – Boletim da Gerência de DST/AIDS - fevereiro de 1997</b>	<b>31</b>
<b>Gráfico 3: Distribuição dos casos de AIDS segundo período de diagnóstico e categoria de exposição - Rio de Janeiro - 1982 a 1996, Boletim da Gerência de DST/AIDS - fevereiro de 1997 .</b>	<b>32</b>
<b>Gráfico 4: Tendência dos casos de AIDS femininos por categoria de exposição e ano de diagnóstico - Cidade do Rio de Janeiro - 1990 a 1996, Boletim da Gerência de DST/AIDS - fevereiro de 1997 .....</b>	<b>33</b>
<b>Gráfico 5: Tendência dos casos de AIDS masculinos por categoria de exposição e ano diagnóstico e ano de diagnóstico - Cidade do Rio de Janeiro - 1990 a 1996, Boletim da Gerência de DST/AIDS - fevereiro de 1997 .....</b>	<b>33</b>

**LISTA DE FIGURAS**

	<b>Página</b>
<b>Figura 1: Estrutura formal do Programa Nacional de Doen- ças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, MS - PN DST/AIDS - 1994 .....</b>	<b>72</b>
<b>Figura 2: Fluxo do paciente na unidade, Manual de Normas e Rotinas do Programa de Doenças Sexualmente Transmissí- veis e AIDS - SMS, 1995 .....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 3: Fluxo de pacientes nos Centros de Orientação e A- poio Sorológico (COAS), Normas de Organização e Funcio- namento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, 1989</b>	<b>86</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo pretendeu enfocar o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN DST/AIDS) e sua aplicação no Município do Rio de Janeiro, a partir de uma reflexão crítica dos atores sociais envolvidos: usuários dos serviços, profissionais de saúde e coordenadores das unidades, acerca da qualidade dos serviços prestados.

A seleção dos Centros Municipais de Saúde e Centros de Testagem Anônima de AIDS se justificam por serem serviços que ocupam posição de destaque na execução do programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro e, principalmente no que tange ao trabalho educativo de prevenção. É nessas unidades que, identificando-se ou não, a população pode receber esclarecimentos sobre a doença, formas de contágio e alternativas de acesso a medicamentos e a tratamentos. Tais serviços especializados são considerados porta de entrada para a prática informativa e são, reconhecidamente, os elementos essenciais do programa de atenção à AIDS do referido município.

A opção pelo tema decorre da inserção da presente pesquisadora em uma Unidade de Testagem Anônima de AIDS, desenvolvendo atividades de prestação direta de serviço junto aos usuários. Esta vivência permitiu deparar com um ambiente de incertezas, expectativas, insatisfações, situações essas que caracterizam o cotidiano institucional. Pode se observar que esta realidade traz especificidades que a distinguem de outras unidades de saúde. Entre outras peculiaridades, pode-se dizer que emergem, a todo momento, questões ligadas à sexualidade, à desinformação, à solidariedade, à

discriminação, ao preconceito, à cultura, ao comportamento, ao medo, à morte, aos movimentos sociais e às políticas públicas.

Os diversos capítulos que compõem a presente Dissertação de Mestrado estão assim organizados:

A introdução ocupa o primeiro capítulo, discorrendo sobre as considerações gerais e específicas que abarcam o estudo e a justificativa quanto à escolha do tema que compõe o objeto de estudo.

No segundo capítulo, procurou-se abordar as questões teóricas que foram consideradas pertinentes ao debate sobre a epidemia de AIDS e na formulação de política de combate a essa epidemia.

No terceiro capítulo, buscou-se contemplar a legislação de DST e AIDS no Brasil, a partir do resgate dos avanços quanto aos direitos estabelecidos para o portador do vírus HIV e aos acometidos pela doença.

No capítulo seguinte, tentou-se apresentar e analisar os documentos que explicitam e evidenciam o Programa Nacional de DST/AIDS e a sua efetivação.

A orientação metodológica privilegiada neste estudo foi descrita no capítulo cinco. Explicitou-se, então, a justificativa da opção pela pesquisa qualitativa, a caracterização das unidades pesquisadas, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da coleta e os procedimentos para análise dos dados.

O sexto capítulo compõe o desenho da pesquisa, onde fez-se um apanhado sobre o programa de DST/AIDS no município do Rio de Janeiro, recuperando as diretrizes, normas e rotinas, especificação e diferenciação dos trabalhos de atendimento ambulatorial e centros de testagem anônima. E ainda, a apresentação e discussão dos

resultados da pesquisa, com ênfase no resgate da fala dos atores sociais e na análise de todo o material empírico que deu suporte à parte operacional da investigação.

Nas considerações finais, esboçou-se as impressões e avaliação geral sobre o estudo. Ainda que com a certeza de que esse trabalho não esgota o assunto e apresenta limitações, considerou-se oportuna a realização do mesmo, pelo potencial de contribuir ao debate e à formulação de propostas de enfrentamento coletivo de problema tão desafiador, na atualidade, que nos impõe estudar para conhecer. E a possibilidade de repensar novos caminhos de luta no combate à epidemia, que é vasta demais para os instrumentos e remédios que conhecemos.

## **1 - INTRODUÇÃO**

As notícias são alarmantes: mais de três milhões de pessoas, a maioria com menos de 25 anos de idade, foram infectadas com o vírus da AIDS no ano de 1996, segundo a ONU e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os novos casos elevam para quase 23 milhões o total de infectados pelo HIV. A cada dia, 8.500 pessoas são contaminadas no mundo, das quais 7.500 são adultos e mil, crianças (O GLOBO, 29/11/96, p. 32).

Nos últimos 15 anos, desde a descoberta da doença, 6,4 milhões de pessoas morreram em consequência da AIDS. Deste total, 1,6 milhão de casos aconteceram somente em 1996. Além disso, no momento, a AIDS é a principal causa de morte em adultos entre 20 e 50 anos em 15 países. Durante a próxima década, provavelmente a AIDS será o maior determinante dos óbitos, nessa faixa etária, em praticamente todos os países do mundo (O GLOBO, 29/11/96, p. 32).

Calcula-se que, no ano 2000, entre 38 milhões e 110 milhões de infecções terão ocorrido entre adultos desde o início da epidemia, 85% dessas nos países periféricos. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil já registra cerca de 105 mil casos de AIDS, mas a estimativa é de que o número de infectados chegue a 500 mil em todo o país (O GLOBO, 29/04/1997, p. 8).

Estamos diante de uma pandemia, em que, conforme Souza (in Parker, 1994) o grupo de risco é toda a sociedade. Essa visão é diferenciada de quando surgiram os primeiros casos de AIDS, quando era encarada como uma doença de gays masculinos, prostitutas e usuários de drogas. Hoje, sabe-se que qualquer pessoa pode ser acometida pelo vírus, se não se prevenir. Aumentam os números de crianças soropositivas. A transmissão heterossexual é a principal responsável pela quase equivalência de infecções entre homens e mulheres. As estatísticas exibem uma nova face da epidemia, que atinge cada vez mais mulheres.

Contextualizando a epidemia no Brasil, verifica-se que ela se difundiu por todos os Estados, com taxas anuais e distribuição preponderantemente urbana. Considerando a distribuição e extensão geográfica, o tamanho da população, as diversidades e desigualdades regionais, essa pandemia adquire dinâmica específica. Castilho (1994) observa que sua evolução tem contornos peculiares, hoje associados a um processo de proletarianização ou pauperização. É inegável que, ainda que atinja de forma crescente a população em geral, a doença está se estendendo com mais intensidade a determinados segmentos da população: em outras palavras, hoje nota-se um envolvimento progressivo dos grupos desfavorecidos dos pontos de vista social e econômico.

Se, no seu início no Brasil, a AIDS era vista como a doença do “lado”, em que só se ouvia falar que o outro havia sido acometido, hoje, o mapa da epidemia, a caracteriza como uma questão de saúde pública, que merece a atenção e a ação de todos: Estado, profissionais de saúde, portadores do vírus, acometidos pela doença e população em geral.

A AIDS é uma doença letal, carregada de discriminações e preconceitos, apesar dos avanços nas pesquisas na luta e combate à epidemia. Na tentativa deter a epide-



mia, os esforços se voltam para o desenvolvimento de protocolos científicos multicêntricos nacionais e internacionais, investigação de novos medicamentos antiretrovirais, destacando-se as entiproteases e as antiintegrase, agentes moduladores da resposta imune-humoral e intervenções genéticas. Entretanto, ainda não se conhece mecanismo de cura.

A prevenção é a forma de controle da epidemia. As medidas preventivas envolvem mobilização de recursos técnicos e financeiros, acesso aos métodos de proteção, de serviços e recursos diagnósticos e terapêuticos e a universalização de informações e da educação.

Investir na prevenção da AIDS é hoje a aplicação mais rentável do ponto de vista financeiro e efetivo de controle da doença. Técnicos do Ministério da Saúde estimam que US\$ 1 aplicado agora, terá um retorno de US\$ 36, num futuro breve. Com base em projeções da OMS, o Ministério prevê que o Brasil estará perdendo US\$ 2,7 bilhões de dólares por ano, quando todas as pessoas infectadas caírem doente (Folha de São Paulo, 28/04/97, p. 5).

Um dos fatores que agravam o quadro da epidemia é a falta de informação sobre AIDS, o desconhecimento dos métodos de prevenção, contaminação e tratamentos disponíveis. Essas lacunas dificultam o combate à epidemia e queda da cadeia de transmissão. São responsáveis também pelo preconceito, discriminação e falta de solidariedade aos portadores do vírus e aos doentes.

Quinze anos depois de descoberto o primeiro caso no Rio de Janeiro, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, já foram registrados 15.564 casos. O município do Rio de Janeiro já ocupa o 2º lugar nas estatísticas oficiais de notificações no país. Os números da Secretaria Municipal de Saúde revelam que a AIDS já é a maior causa de

morte entre as mulheres de 20 a 34 anos, e a segunda causa entre os homens, no município do Rio (SMS, 1995).

Para fazer frente a esse quadro, o município conta com um Programa de DST/AIDS que contempla os serviços de testagem anônima e atendimento ambulatorial.

O estudo traz à tona uma questão relevante quanto ao impacto do Programa DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, ou seja, seria coerente supor que o Estado desenvolve ações que vão ao encontro da população usuária?

Em face do exposto, considerou-se oportuna a realização de uma pesquisa que abordasse o Programa de DST/AIDS, privilegiando as opiniões dos principais sujeitos do processo. Considerando que o melhor conhecedor das suas demandas e dos problemas causados pela ineficácia de ações de saúde é a sua população-alvo, o presente estudo visou possibilitar melhor e mais sistemática análise do posicionamento de participantes - usuários e profissionais envolvidos na execução do Programa. Interessou portanto, neste estudo, avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro, a partir da identificação das percepções, expectativas de usuários de serviços ambulatoriais e de testagem, discussão das percepções dos profissionais de saúde quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto aos resultados das propostas para treinamento de recursos humanos para a atuação na área, englobando a identificação e avaliação dos Administradores das unidades acerca da operacionalização das normas e rotinas do Programa, bem como conhecer a avaliação dos Administradores de unidades ambulatoriais e de testagem sobre a assistência prestada e da eficácia dos seus recursos humanos para o desenvolvimento das atividades.

Ao expressar a sua avaliação sobre o Programa de DST/AIDS, a população-alvo vai se capacitando a identificar e delimitar uma realidade que lhe diz respeito diretamente, através de um conhecimento próprio, identificando problemas que essa realidade coloca. A participação dos usuários dos serviços tem ainda o potencial de contribuir para as reflexões e decisões referentes à definição de estratégias para o enfrentamento da questão.

## **CAPÍTULO - 2**

### **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

## 2.1 - Panorama da Epidemia de AIDS no Mundo e no Brasil

Considerando o interesse particular desta pesquisa, entende-se que é necessário, preliminarmente, situar essa pandemia do ponto de vista histórico e abordá-la na totalidade do contexto que se insere.

Inicialmente, cabe referir que a história da AIDS no mundo é apresentada por estudiosos como Mann, Tarantola e Netter (1993) e Parker (1994), que situam seu início no final da década de 70, quando o mundo se deparou com essa nova e misteriosa doença. Acrescentam que, em 1981, a mesma foi identificada clinicamente, com a notificação dos primeiros casos nos Estados Unidos, e denominada de AIDS. Em 1983, pesquisadores franceses conseguiram isolar o vírus causador da doença (Montagnier, 1995). Em 1986, um comitê de especialistas internacionais adotou o termo *vírus da imunodeficiência humana, HIV*.

AIDS é a abreviatura da expressão inglesa *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, que significa, em português, Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (MS, 1989). Individualmente, cada uma dessas palavras é entendida como segue: - *Síndrome*: refere-se ao grupo de sinais e sintomas, que podem ocorrer na pessoa acometida; - *Imuno-Deficiência*: incapacidade do sistema de defesa do corpo; - *Adquirida*: não é herdada nem causada por qualquer doença subjacente.

A AIDS resulta de uma infecção que provoca lesões no sistema imunológico. Este sistema lesado não pode proteger o corpo contra certas infecções e cânceres, alguns

dos quais tornam-se a causa direta da morte, já que tiram vantagem desta perda da capacidade de resposta imunitária contra as doenças.

Estudos como os de Camargo Júnior (1995); Mann et alii (1993); Montagnier, (1995) revelam que a detecção da doença surgiu com a notificação de cinco casos de pneumonia e 26 casos de sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos, previamente saudáveis. Ressaltam ainda a ocorrência de 159 casos dessas e de outras doenças oportunistas.

A elevação dos casos e a ausência de doença básica imunodepressora levaram a pensar em uma “nova” doença, que, inicialmente, foi associada aos grupos homossexuais. Com o surgimento de casos em hemofílicos, toxicômanos que utilizavam drogas por via venosa, e prostitutas, foi sendo evidenciado que a doença se transmitia por via sangüínea e sexual. Tais segmentos foram então considerados como *grupos de risco*.

A disseminação da doença e evolução de casos em mulheres, crianças, idosos, oriundos de todas as camadas da população condenaram a categorização de grupos de risco, de forma preconceituosa e discriminadora. Observou-se, então, que qualquer indivíduo, independente da categoria, opção sexual e faixa etária poderia ser acometido da doença.

As formas de contágio também passaram por um processo de desmistificação, paralelo ao preconceito e discriminação, fruto da própria história de compreensão inicial da doença (Parker, 1994).

Outro fenômeno a salientar, com base em Parker, Bastos, Galvão, e Pedrosa (1994), é que, no início da epidemia, acreditava-se que qualquer contato mais próximo do indivíduo portador do vírus, sintomático ou assintomático, poderia provocar o contágio. A desinformação e o restrito conhecimento sobre essa nova doença geraram pâni-

co, medo, e o que é pior, falta de solidariedade e apoio aos doentes. Não só na população, mas também em profissionais de saúde, o medo do contágio acarretou práticas discriminatórias e pouco solidárias. Nesse contexto, o pânico atingiu os setores de saúde, salões de manicure e outros locais de trabalho, quadras desportivas, escolas públicas e privadas. O pavor da AIDS rondava o ar, nas roupas, nas maçanetas, nos corredores, à mesa, beijando ou abrançando, bem como em outras formas de contato.

Isto ocorreu quando as condições de transmissão ainda não estavam claramente estabelecidas. Com a evolução das pesquisas, sabe-se hoje que a transmissão da AIDS se dá através do sêmen e do sangue de indivíduos contaminados, pela relação sexual ou pelo uso terapêutico do sangue e seus derivados, pelo uso coletivo de uma mesma seringa, pela via uterina e perinatal.

Dados estatísticos apresentados por Mott (1996) revelam que a AIDS tornou-se uma pandemia, com proporções alarmantes e futuro incerto. A cada minuto, seis novas pessoas estão sendo infectadas no mundo; por dia, são 8.500 novos casos, mais de 3 milhões por ano. A ONU, segundo a mesma fonte, adverte que, na virada do milênio, serão mais de 24 milhões os portadores do HIV. O Secretário Geral da ONU, Boutros-Ghali, em entrevista ao Jomal Folha de São Paulo, do dia 02/12/96 lembrou que até aquela data, no mundo inteiro, havia 22 milhões de pessoas infectadas pelo HIV.

As implicações em nível global indicam a ocorrência/prevalência de uma epidemia com total descontrole. Mais de dez anos após a descoberta da AIDS, o mundo ainda está vulnerável à crescente disseminação da pandemia. Como assinalam Parker et alii (1994):

*Passaram-se dez anos de intensa pesquisa, luta, multiplicação de formas de assistência e tratamento, invenção de estratégias para responder coletiva e in-*

*dividualmente a essa epidemia que apanhou o mundo de surpresa no final do século. Mas a devastação continua. Somam-se às perdas de vidas humanas as narrativas de discriminação e fracasso. Crescem os nossos conhecimentos e possibilidades de tratar a doença e de preveni-la, e crescem também os índices da sua prevalência. Expande-se o número de tratamentos e amplia-se a complexidade das patologias associadas à AIDS. Para cada avanço, nesta luta, levanta-se um conjunto de novos problemas a resolver. (p. 13)*

A análise da epidemia mundial aponta para certas características básicas, que facilitam o seu entendimento e a definição de iniciativas apropriadas, na tentativa de se encontrar formas de enfrentamento. Daí decorre a premissa de que a busca de melhor eficiência no seu trato demanda conhecer o cenário em que é constituída.

Ao mesmo tempo, merece destaque a impotência das nações no sentido de conter a instauração e disseminação da epidemia. Como se vê ao longo deste trabalho, a AIDS se instaura e tem avançado a passos galopantes, podendo ser entendida como uma pandemia global, com eliminação de todas as barreiras de propagação.

O contágio pode ser universal, pois atinge a todos, indiscriminadamente. É razoável afirmar que a contaminação depende exclusivamente do comportamento dos indivíduos, no que tange à prevenção; já que a AIDS ainda não tem cura. Os esforços no sentido de se encontrar uma vacina contra a doença deparam-se com muitas barreiras, haja visto a sua complexidade, dinamismo e mutações.

A esse respeito, Mann et alii (1993) asseveram que:

*A lição global que podemos tirar é que o HIV chegará à maioria das comunidades humanas, senão a todas elas: a geografia pode dificultar, mas não protegerá contra a estrada e disseminação do HIV. O HIV, portanto, tem demonstrado repetidamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras - sociais, culturais, econômicas e políticas - e as condições que fomentam sua disseminação são complexas e mutantes. (p. 3)*

No Brasil, as primeiras informações sobre a doença constituíram reproduções das idéias divulgadas pelos Estados Unidos e França. Sem muita clareza acerca do



fenômeno, o país se apoiou, para análise da doença, em casos notificados naqueles países. Foi, por isso, sob a égide de uma pré-concepção, fragmentada e incompleta que se reforçou a visão de grupos de risco. Quanto a essa problemática, é interessante assinalar, conforme Daniel, in Barbosa (1993) que:

*O fato da AIDS imaginária chegar antes da AIDS real gerou determinações para um modelo ideológico da epidemia que estaria presente nas respostas que o país deu a ela até agora. O que marca predominantemente o modelo da AIDS aqui gerado, oficial e popular, não é tão somente tratar-se de uma doença de homossexuais e marginais mas, principalmente, a marca da “doença do outro”, do estrangeiro ou do estranho. (p. 11)*

No decorrer da década de 80, esse fenômeno difundiu-se no Brasil e hoje revela forma diferenciada, mas com taxas anuais de incidência crescente, em praticamente todos os Estados. Das 7033 notificações recebidas no Brasil, no período de 1985 a novembro 1996, por unidade federada e macrorregião, o Sudeste tem 5494 casos (78,1%), seguido pelo Nordeste, com 669 casos (9,5%), o Centro-Oeste com 446 casos (6,3%), Região Sul com 310 casos (4,4%) e o Norte com 114 casos (1,6%) (MS, 1996).

A Tabela 1 mostra a evolução das notificações de casos de AIDS recebidas no período de 1985 a novembro de 1996, segundo local de residência (unidade federada e macrorregião) - Brasil.

TABELA 1

**Notificações de casos de AIDS recebidas no período de setembro a novembro de 1996, segundo período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada a macrorregião) - Brasil**

UF/Macrorregião	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL 1985-1996
<b>Brasil</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>56</b>	<b>85</b>	<b>119</b>	<b>175</b>	<b>221</b>	<b>246</b>	<b>564</b>	<b>1910</b>	<b>3595</b>	<b>7033</b>
<b>Norte</b>	-	-	-	3	2	1	-	3	2	7	23	73	114
Rondônia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	5	24	31
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	-	-	-	-	1	1	-	2	-	3	16	42	65
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	-	2	1	-	-	1	1	3	2	7	17
<b>Nordeste</b>	-	-	6	4	3	3	22	36	28	114	131	322	669
Maranhão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	65
Piauí	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	4	11	17
Ceará	-	-	1	2	3	-	14	26	12	23	6	-	87
Rio Grande do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Paraíba	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	1	18	25
Pernambuco	-	-	4	2	-	3	8	8	12	87	111	154	389
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	23
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	7	46	54
Bahia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	5	9
<b>Centro-Oeste</b>	-	-	8	13	3	7	18	33	10	39	96	219	446
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Mato Grosso	-	-	-	2	1	2	7	18	5	18	48	111	212
Goiás	-	-	8	11	1	3	8	13	3	16	13	27	103
Distrito Federal	-	-	-	-	1	2	3	1	2	5	35	81	130
<b>Sudeste</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>72</b>	<b>108</b>	<b>133</b>	<b>145</b>	<b>196</b>	<b>400</b>	<b>1633</b>	<b>2726</b>	<b>5494</b>
Minas Gerais	-	-	14	2	2	3	7	15	22	60	318	394	837
Espírito Santo	-	-	-	-	2	-	2	1	-	-	1	12	18
Rio de Janeiro	3	6	17	27	49	69	99	89	91	166	420	774	1810
São Paulo	3	2	2	5	19	36	25	40	83	174	894	1546	2829
<b>Sul</b>	-	1	-	2	5	-	2	4	10	4	27	255	310
Paraná	-	-	-	-	1	-	-	4	3	3	20	73	104
Santa Catarina	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Rio Grande do Sul	-	1	-	2	4	-	1	-	7	1	7	182	205

Fonte: Boletim Epidemiológico - AIDS. Ministério da Saúde. Ano IX, n.º 04, 1996.

Há de se considerar, por outro lado, na análise das estatísticas oficiais, a questão da subnotificação, o que leva o país a trabalhar com números falsos sobre a AIDS. Um estudo do Ministério da Saúde (Parker, 1996) revela que os casos mais freqüentes de subnotificação ocorrem porque a família ou o médico omitem a doença, até no atestado de óbito. Segundo Parker (1996), a subnotificação impede a realização de uma política eficiente de saúde, prejudicando a distribuição de recursos e medicamentos no país.

O perfil dos grupos atingidos e dos comportamentos de risco variou aceleradamente na atual década, o que demanda dinamismo nas análises epidemiológicas e nas estratégias de ação.

O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde - setembro a novembro de 1996 - mostra, na distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo, que aumenta o número de contaminação de heterossexuais femininos, com um total de 8.025 casos notificados no período 1980 - 1996. Tais números se tornam alarmantes, considerando a cadeia de transmissão (MS, 1996).

**TABELA 2****Distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo - 1980 - 1996.**

Categoria de Exposição	Período de Diagnóstico																	
	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988	
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Sexual	1	-	-	-	8	-	31	-	109	1	420	6	809	13	1543	38	2226	86
Homossexual	-	-	-	-	5	-	21	-	76	-	282	-	546	-	1029	-	1442	-
Bissexual	1	-	-	-	3	-	10	-	32	-	129	-	252	-	480	-	682	-
Heterossexual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	9	6	11	13	34	38	102	86
Sangüínea	-	-	-	-	1	-	4	-	13	2	55	7	120	37	428	154	797	296
UDI	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	12	2	40	9	217	83	553	186
Hemofílico	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	32	-	45	-	90	-	105	-
Transusão	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2	11	5	35	28	121	71	139	110
Perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	3	17	9	26	38	
Ignorado(1)	-	-	-	-	-	-	5	1	17	2	47	5	115	13	327	49	619	104
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>139</b>	<b>5</b>	<b>523</b>	<b>18</b>	<b>1047</b>	<b>66</b>	<b>2315</b>	<b>250</b>	<b>3668</b>	<b>524</b>

continua

**TABELA II - continuação****Distribuição dos casos de AIDS segundo categoria de exposição, período de diagnóstico e sexo - 1980 - 1996.**

Categoria de Exposição	Período de Diagnóstico																Total	
	1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996			
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Sexual	2882	158	3481	254	4591	478	5770	1048	6269	1601	6630	1762	5573	1803	2214	777	42557	8025
Homossexual	1781	-	2187	-	2604	-	2889	-	2804	-	2839	-	2274	-	909	-	21688	-
Bissexual	889	-	1031	-	1438	-	1596	-	1547	-	1549	-	1251	-	486	-	11376	-
Heterossexual	212	158	263	254	549	478	1285	1048	1918	1601	2242	1762	2048	1803	819	777	9493	-
Sangüínea	1158	315	1830	389	2445	592	2816	764	3081	822	2515	631	2628	656	885	261	18776	8025
UDI	890	215	1533	279	2131	451	2479	589	2790	638	2293	479	2384	488	787	180	16113	3599
Hemofílico	112	-	114	-	110	-	62	-	49	-	42	-	45	-	13	-	829	-
Transusão	156	100	183	110	204	141	275	175	242	184	180	152	199	168	85	81	1834	1327
Perinatal	58	51	91	80	108	113	144	129	173	176	224	217	207	206	56	71	1108	1093
Ignorado(1)	877	189	1437	336	1682	546	1810	506	1987	578	2368	777	2156	848	789	322	14236	4276
Total	4975	713	6839	1059	8826	1729	10540	2447	11510	3177	11737	3387	10564	3513	3944	1431	76677	18320

Fonte: Boletim Epidemiológico - AIDS, Ministério da Saúde - Ano IX, n.º 04, 1996

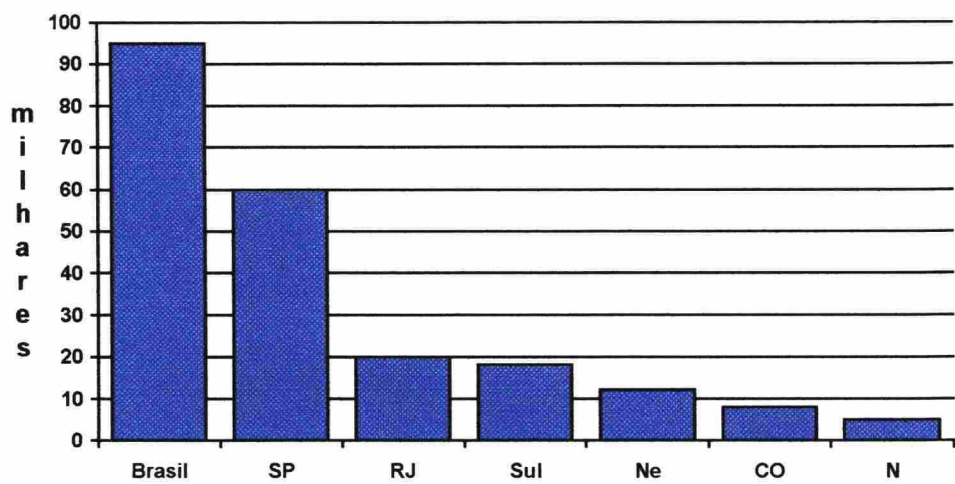
Cumpra ressaltar que nem mesmo a população indígena brasileira ficou fora dessa pandemia. Em reportagem do Jornal O GLOBO, de 21/10/96, pode-se saber que foram registrados 20 casos de índios infectados com o HIV. A maior incidência - três casos - ocorreu entre os guaranis que vivem próximos à BR-101, no Paraná, por terem mais contato com a chamada civilização. Na mesma linha de pensamento, em reportagem do dia 22/04/97, no Jornal O Estado de São Paulo, o coordenador do PN DST e AIDS, Pedro Chequer, divulgou dados oficiais que mostram que 31 índios, 18 homens e três mulheres, se contaminaram com o vírus HIV e desenvolveram a doença. Segundo Chequer, os índios são vulneráveis à contaminação pelas DST/AIDS por se localizarem em regiões de fronteira, normalmente próximas a áreas de projetos de expansão econômica - como mineração, estradas, barragens, hidrelétricas e exploração de madeira.

O panorama da AIDS no Brasil, segundo dados mais recentes do Boletim da Gerência de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro, datados de fevereiro de 1997, aponta que a epidemia transformou-se em um dos problemas de saúde pública mais sérios do país, ocupando hoje a segunda colocação mundial, em números absolutos de casos e o 54º em soroprevalência, com 94.997 casos notificados de AIDS.

Conforme o Gráfico 1, o Estado de São Paulo ocupa o 1º lugar nas estatísticas, com 52,4% dos casos e o Rio de Janeiro é o segundo colocado, em números absolutos de casos, com 15,5%. É oportuno esclarecer que o Município do Rio de Janeiro, que há quatro anos, ocupava o 12º lugar dentre os de maior incidência, está hoje no 26º lugar e atinge o 2º lugar em casos notificados no país. No Estado do Rio de Janeiro, o município do Rio alcança 75% das notificações.

Gráfico 1

**Casos de AIDS no país, Rio de Janeiro, São Paulo e Regiões. Ministério da Saúde - agosto de 1996**

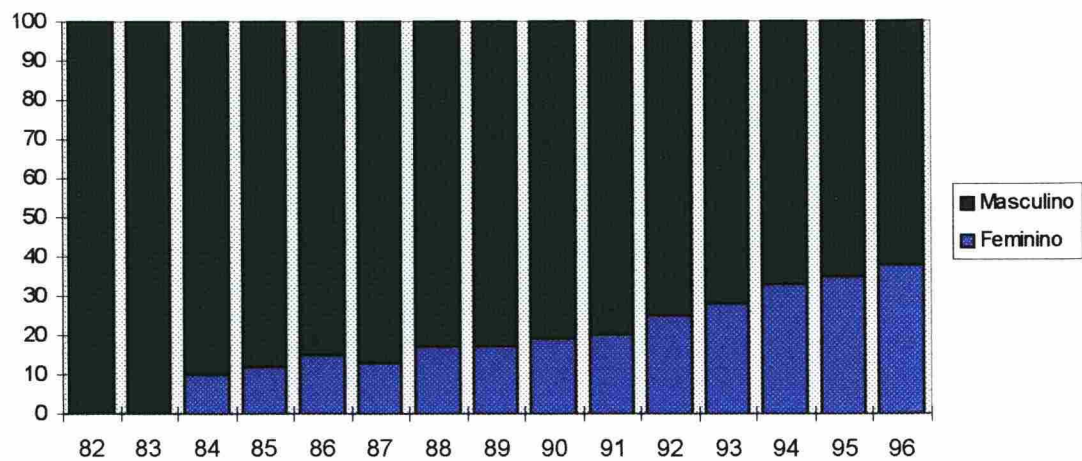


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Boletim da Gerência de DST/AIDS - Fevereiro de 1977

A razão homem/mulher, como mostra o gráfico 2, decresceu de 14:1 em 1984, para 3,3:1, em 1996, na Cidade do Rio de Janeiro. Considera-se que esta redução esteja relacionada com o fenômeno da transmissão heterossexual, verificada entre mulheres que se infectam a partir de seus companheiros, bissexuais ou usuários de drogas.

**Gráfico 2**

**Percentual de casos de Aids por ano de diagnóstico e sexo. Município do Rio de Janeiro - 1982 a 1996**

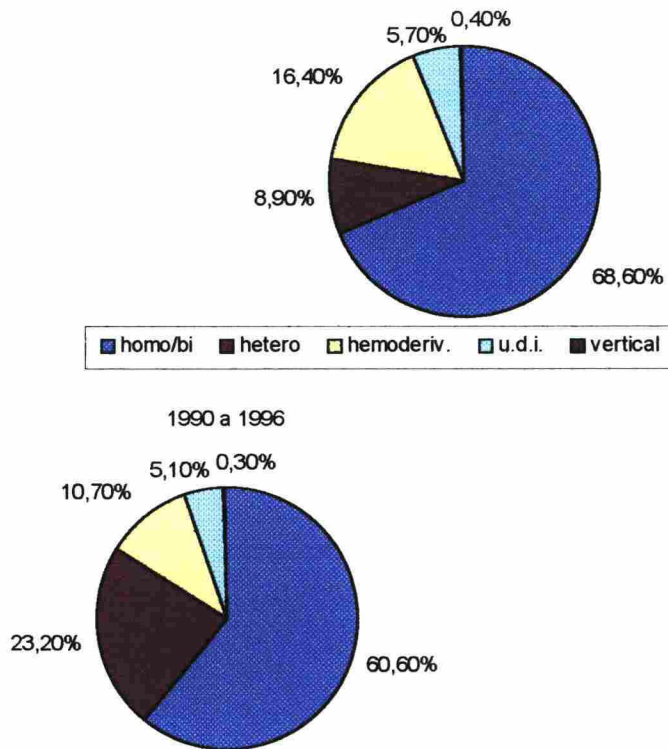


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Boletim da Gerência de DST/AIDS - Fevereiro de 1997.

Os dados abaixo apresentados permitem observar, que, quanto à transmissão entre homossexuais e usuários de hemoderivados, no município do Rio de Janeiro, ocorreu uma diminuição dos casos, com um aumento considerável entre heterossexuais e estável entre usuários de drogas injetáveis, o que acompanha a tendência da epidemia na atual década.

Gráfico 3

**Distribuição dos casos de Aids segundo período de diagnóstico e categoria de exposição. Rio de Janeiro - 1982 a 1996**



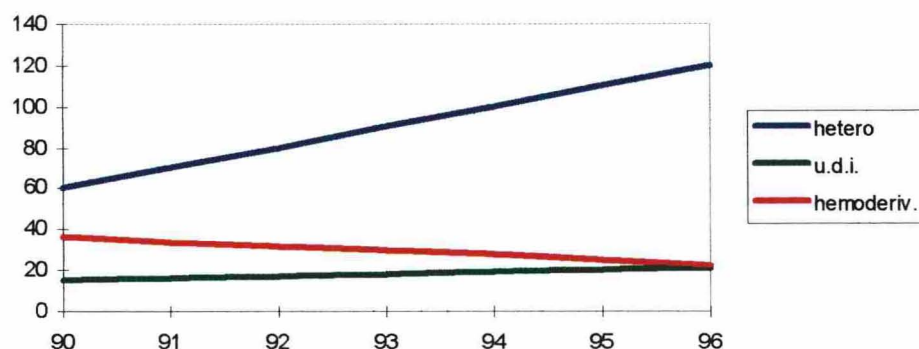
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Boletim da Gerência de DST/AIDS, fevereiro de 1997.

Outro aspecto importante quanto às características da epidemia no município do Rio de Janeiro relaciona-se à tendência dos casos de AIDS femininos e masculinos, por categoria de exposição. Os dados mostram o crescimento entre heterossexuais e queda entre usuários de hemoderivados, bem como da transmissão homo e bissexual na década de 90, conforme os gráficos IV e V.



**Gráfico 4**

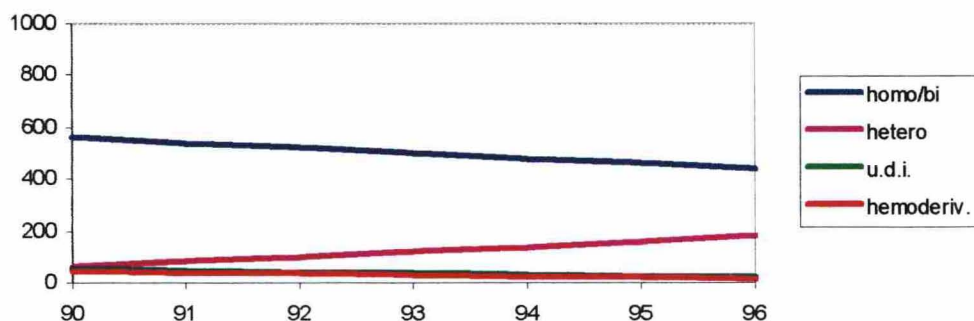
**Tendência dos casos de Aids femininos por categoria de exposição e ano de diagnóstico**  
**Cidade do Rio de Janeiro - 1990 a 1996**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Boletim da Gerência de DST/AIDS, fevereiro de 1997.

**Gráfico 5**

**Tendência dos casos de Aids masculinos por categoria de exposição e ano de diagnóstico**  
**Cidade do Rio de Janeiro - 1990 a 1996**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Boletim da Gerência de DST/AIDS, fevereiro de 1997.

Tendo em vista a inexistência, até hoje, da cura ou de uma vacina que previna a doença, as ações de governo requerem estratégias de caráter social e cultural. Esses são desafios aos profissionais que desenvolvem experiências no campo preventivo, da assistência, vigilância, pesquisa e avaliação. A esse respeito, Parker (1994) destaca

que a informação é elemento fundamental para possibilitar o desenvolvimento da consciência crítica da sociedade e mudança de comportamento em seus diversos grupos-alvo: toda a sociedade, os soropositivos, os doentes de AIDS, o poder público e os profissionais de saúde.

Como referido anteriormente, a AIDS se coloca como desafio que deve ser enfrentado por toda a sociedade, pois esta constitui o seu primeiro público. Parker (1994) ressalta que: “Hoje, a epidemia deve ser objeto de preocupação e prevenção de todas as pessoas, independentemente de sua condição social, conjugal, de idade, sexo ou conduta social. O grupo de risco é a própria sociedade” (p. 353).

## **2.2 - A Política para a AIDS no Brasil**

Parker et alii (1994) inserem a AIDS como *questão política e de política*, argumentando que a epidemia questiona a ordem, interroga o poder, torna impotente o poder, traz à tona e inquieta a sexualidade e o seu debate, coloca em cena o desconhecido. E Mann et alii (1994) acrescentam que:

*É de poder, então, que trata (também) a AIDS. Poder questionar, equacionar, interrogar e poder reunir as forças e recursos necessários para responder à indignação que causa este agravo à saúde. Temos assim na AIDS, inerentemente, um assunto político. (p. 41)*

Entretanto, desde o aparecimento dos primeiros casos de AIDS, no Brasil e da caracterização da epidemia, em meados dos anos oitenta, a questão foi tratada pelo Estado como um fato médico e não como uma questão de saúde pública, que envolve toda a sociedade de forma mais ampla.

Fazendo um breve histórico da ação do Estado em relação à epidemia, de acordo com Parker et alii (1994), verifica-se que data de 1985, por força de pressões internacionais, a intervenção do Ministério da Saúde, com a Portaria Ministerial de criação de um Programa Nacional de Combate à AIDS.

Conforme os estudos de Parker (1994) foi somente em 1986 que entrou em atuação a Divisão Nacional de Controle de DST e AIDS, coordenada por Lair Guerra de Macedo Rodrigues, bióloga da UnB, que acumulava experiência de trabalho no Centro de Controle de Doenças, CDCs de Atlanta, nos Estados Unidos e com contatos privilegiado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) da qual seu irmão, Carlyle Macedo era diretor. A equipe contava com trinta profissionais dentre epidemiólogos, sanitaristas e clínicos e dispunha de um orçamento anual de trinta milhões dólares.

Retomando Parker et alii (1994), constata-se que a primeira administração de Lair Guerra, de 1986 a 1990, foi marcada pela publicação de uma série de manuais, com recomendações para profissionais de saúde, elaboração regular de boletins epidemiológicos, medidas para vigilância epidemiológica, campanhas de sensibilização e prevenção, na articulação com a OPAS e a OMS, Organização Mundial de Saúde, promoção de teleconferências e criação de legislação reguladora do controle de sangue e hemoderivados. Somente em maio de 1987, o Ministério da Saúde decretou a obrigatoriedade do teste anti-HIV nas transfusões de sangue. Em 1989, foi aprovada uma lei pelo Congresso Nacional que exigiu o registro de todos os doadores de sangue e a obrigatoriedade de teste anti-hiv e, no ano de 1988, a nova Constituição proibiu a comercialização de sangue e seus derivados.

A despeito da legislação vigente neste período acerca do controle do suprimento de sangue, ainda se observou em algumas regiões do país, como no estado de São

Paulo e Rio de Janeiro, o aumento do mercado clandestino de bancos de sangue (Misz-  
tel e Moss, 1990).

Há de se destacar, por outro lado, a inconsistência e, às vezes, incoerência das campanhas educativas de prevenção à AIDS, embora haja consenso de que elas constituem a melhor arma de combate à epidemia e recurso eficaz para a quebra da cadeia de transmissão. A televisão foi o meio de comunicação mais utilizado, haja visto a sua possibilidade de alcance de todas as camadas da sociedade e regiões demográficas, ainda que houvesse a utilização de cartazes, panfletos e outdoors.

As primeiras campanhas se centravam nas formas de contágio e como não se transmite, com ênfase para as relações sexuais, o uso de drogas injetáveis e a hemotransfusão. Essa etapa foi seguida de campanhas com mensagens periódicas como: o primeiro *slogan* “O amor não mata”, “Não morra de amor”. Tais mensagens, muitas vezes, apresentavam um cunho fatalista, embora tivessem uma função importante, de aumentar o conhecimento e a preocupação do público em relação ao HIV/AIDS (Parker et alli, 1994).

Parker (1994) salienta que os dirigentes governamentais se utilizam dos meios de comunicação para divulgar propagandas formuladas com uma ideologia de criação do medo e do pânico, como formas de combater e prevenir a epidemia. E continua suas considerações acerca das campanhas veiculadas sobre o HIV e AIDS, comentando que as mensagens veiculadas deveriam ter maior atenção dos tomadores de decisão, pois são instrumentos metodológicos poderosos de penetração no âmbito da esfera privada, na tentativa de coletivização da discussão sobre a questão. A esse respeito, o autor afirma que:

*De fato, as representações mais ou menos fantasiosas da AIDS, sua configuração ideológica, são algumas das dimensões da própria epidemia. O fato de a AIDS ser também uma epidemia de pânico, preconceito e discriminação, obriga-nos a entender que não basta voltar esforços para a luta contra o vírus biológico, é preciso neutralizar o vírus ideológico da AIDS. (p. 338)*

Parker et alii (1994) acrescentam que essa primeira fase do programa ganha importância no fato de inserir a AIDS no âmbito da política pública de saúde, incluí-la como ponto de pauta na agenda da ação governamental e ainda pela tentativa de envolver toda a população no debate e na busca de parcerias entre os diversos setores da sociedade.

A administração de Lair Guerra foi alvo de muitas críticas, também no que tange ao tratamento da AIDS dentro do sistema de saúde pública, como uma questão médica.

Com a emergência das ONGs, Organizações Não-governamentais, tal discussão foi absorvida por essas entidades e também no âmbito da OMS. Na fase inicial, as ações das ONGs eram vistas como oposições às práticas governamentais.

Com a posse do presidente Fernando Collor de Mello, em março de 1990, o país passou por um cenário de recessão e aumento da taxa inflacionária, o que se refletiu na deterioração geral dos serviços sociais.

É nesse contexto que Alceni Guerra, médico e político conservador, foi nomeado Ministro da Saúde. Sua coordenação expressou claramente um compromisso com o reforço à assistência médica privada. Ocorreu, então, a demissão de Lair Guerra e assumiu a coordenação do Programa de DST/AIDS, o epidemiologista e pesquisador da UFRJ, com um forte curriculum científico associado ao HIV e à AIDS, Eduardo Cortes. Houve grande expectativa, principalmente por parte das ONG's que acumulavam severas e contundentes críticas à administração de Lair Macedo, em relação ao trabalho do

novo Coordenador (Parker, 1994). Contudo, as expectativas não foram satisfeitas. Ao contrário, Parker et alii (1994) esclarecem que o período compreendido entre 1990 e 1992 foi marcado pela redução e corte de verbas, menos e ineficazes ações em relação ao combate e prevenção da epidemia. Parker (1994) argumenta que, se a década de 80, foi referenciada por iniciativas de ações de vigilância epidemiológica e tentativa de sensibilização pública, esse período se centrou na diminuição do *staff* da Divisão de DST e AIDS, redução de ações, suspensão dos boletins epidemiológicos, falta de medicamentos, caracterizando a inoperância da administração de Eduardo Cortes, com um estilo administrativo coerente com o perfil de Alcení Guerra.

Com o acirramento das críticas a Eduardo Côrtes, aliadas às insatisfações por parte de todos os setores envolvidos e sensibilizados com a problemática da AIDS, no final de 1991, já se avaliava a total ilegitimidade do Programa. Esse aspecto fica evidente, quando se reflete sobre a seguinte referência:

*Às ONGs somaram-se os serviços de saúde, eles também do governo, indignados com a política de medicamentos seguida. Em consequência das medidas econômicas, implementadas durante o governo Collor, o preço dos medicamentos tornou-se insustentável e rarearam ou desapareceram de todo dos serviços públicos. A inexistência de vontade política do governo para colmatar essas dificuldades fez aumentar a indignação geral. (Parker et alii, 1994, p.45)*

Foi nesse cenário de conflitos que a Organização Mundial de Saúde, OMS, aventou a possibilidade de o Brasil ser um dos países em desenvolvimento, a ser escolhido como local de testagem de uma das fases da vacina. Bastos (1994) relata que essa discussão foi paralisada, assim como toda a inércia desse período, num verdadeiro estado de desordem.

No início de 1992, um novo quadro se instaurou na área da saúde, com a renúncia de Alcení Guerra e nomeação de Adib Jatene, cardiologista do INCOR/Hospital das Clínicas da Universidade do Estado de São Paulo, com um currículo de eficácia no âmbito da administração da saúde pública de São Paulo. Diversos setores da saúde foram reestruturados, imperando um clima de eficiência e incorruptibilidade (Parker e Parker et alii, 1994).

Adib Jatene exonerou Eduardo Côrtes e, para surpresa das ONGs e serviços de saúde, nomeou a coordenadora anterior, Lair Guerra, que saíra do seu mandato anterior com grandes conflitos com as ONGs.

Parker et alii (1994) destacam o amadurecimento das instituições governamentais e não o sentido do desenvolvimento de formas de enfrentamento da epidemia, nos diversos âmbitos de ação: assistência, prevenção, informação e pesquisa. O envolvimento ocorreu junto aos diversos órgãos em nível federal, estadual e municipal, universidades e centros de pesquisa, serviços de saúde, as ONGs de AIDS, tanto aquelas voltadas para o assistencialismo, quanto às de mobilização política, associações de pessoas com HIV/AIDS, empresas, entidades religiosas e outras organizações que se identificam ou se sensibilizam com a questão da AIDS.

*Em 1992, existia no Brasil como que uma “cultura da AIDS”, um capital de experiências e encontros, um grupo de pessoas que provinham dos serviços de saúde, da universidade, da administração, das ONGs, e que se encontravam o tempo todo, em confrontos ou em ações colaborativas, em torno de agendas específicas (medicamentos, leitos, campanhas de informação, campanhas para diminuir o preconceito, discussão e tratamentos, discussão sobre vacinas, encontros locais, conferências internacionais). (Parker et alii, 1994, p.46)*

Comenta Parker (1994) que todo o reativismo das ações de HIV e AIDS, voltava a cair na inércia mais abrangente que envolvia o governo federal, movido por escânda-

los e denúncias de corrupção. Além disso, marcado por desmandos e clientelismo político, o mandato de Collor culminou com a representação e exercício da cidadania, com o povo nas ruas, pedindo o impeachment do presidente, que, em dezembro de 1992, renunciou ao mandato.

O vice-presidente Itamar Franco assumiu, então, o cargo de Presidente da República e o país passava por um momento de credibilidade, na esperança da organização de um país mais honesto e eficiente. Assumiu o Ministério da Saúde, Jamil Haddad, progressista, mas com menor agilidade administrativa.

Tal limitação também apresentou reflexos no Programa Nacional de DST e AIDS, que se mostrou muito mais ágil na formulação de propostas, que na sua implementação. A articulação promovida anteriormente entre os setores governamentais e a sociedade civil também sofreu uma estagnação, fragilizando-se as alianças políticas.

Em função do caos e desmantelamento do Programa Nacional de DST e AIDS nos últimos dois anos, Lair Guerra teve o papel de coordenar a reconstrução e reconstituição do Programa. Segundo Parker et alii (1994) a nova administração do Programa de DST e AIDS considerou a experiência acumulada das organizações que construíram a “cultura da AIDS” e buscou envolvê-los no planejamento, organização e controle das ações a serem desenvolvidas. O Programa foi organizado em quatro unidades, a saber: vigilância epidemiológica, assistência e tratamento, setor privado e ONGs, e prevenção.

Parker et alii (1994) observam que surgia um novo estilo convergente e dialogante, no cenário de formulação e execução do Programa de AIDS, o que apontava para a importância e necessidade de se somarem esforços e trocar experiências sobre o tratamento da epidemia.



A parceria do governo com as ONGs tornou-se público em 30 de abril de 1992, no lançamento do Dossiê n.º 01 sobre vacinas. O evento foi realizado no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, organizado pelos Grupos Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS - Pela VIDDA do Rio de Janeiro e São Paulo e a Associação Brasileira Interdisciplinar para a AIDS. O destaque também se deve à homenagem prestada ao escritor e militante da luta anti-AIDS, Herbert Daniel.

À mesma época, o governo brasileiro investiu em negociações com o Banco Mundial, na tentativa de obter um empréstimo para a aplicação no desenvolvimento de projetos de prevenção e controle de AIDS. No dia 26 de agosto de 1996, a coordenadora do PN DST e AIDS - Lair Guerra sofreu um acidente de trânsito, na Cidade de Recife, tendo sofrido traumatismo craniano e permanece internada, até a presente data, em estado de coma.

Assumiu então a Coordenação Nacional do Programa, o médico infectologista Pedro Chequer, com uma postura voltada para o desenvolvimento de estudos que visam a identificar um perfil mais próximo do quadro de realidade da epidemia no Brasil.

Em dezembro de 1996, anunciou quatro novas medidas para tornar mais exatos os dados oficiais da doença: resgate de casos antigos, revisão do número de óbitos, estudo do tempo de sobrevivência e levantamento dos custos diretos e indiretos da AIDS para o país (Folha de São Paulo, 21/12/96). Firmou convênio com o IPEA para realizar pesquisa sobre os custos da doença, considerando duas vertentes: quanto custa atender ao doente, com remédios, internações e assistência social e, na outra, quanto o Brasil perde, com o afastamento da mão-de-obra acometida pela doença. Indicou, também o grande norteador das ações do ano vigente, que será o documento multidisciplinar, que conta com a participação do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho.

A pesquisa, segundo o Jornal Folha de São Paulo, 21/12/96) revela novas tendências, como a constatação de que a contaminação atinge uma mulher para cada três homens, bem distinto do início da década, quando a proporção era de uma mulher para cada 16 homens.

Chequer anunciou também, em reportagem no Jornal Folha de São Paulo, de 21/04/97, que o PN DST e AIDS está desenvolvendo ações entre os índios. O Ministério da Saúde vem realizando um trabalho junto com o Ministério da Educação e a Funai, treinando professores e alunos, nas escolas indígenas. Isso porque estima-se que 20% dessa população estão em idade reprodutiva e freqüentam escolas. Como referido anteriormente, para alcançar eficácia e efetividade, um Programa de DST e AIDS deve contemplar todos os segmentos da sociedade que são alvo da informação sistemática a que e para quem se propõe: toda a sociedade, os soropositivos, os doentes de AIDS, os profissionais de saúde e o Estado.

Parker et alii (1994) destacam que Herbert de Souza, em seus estudos, formula uma proposta mínima para o Programa de DST e AIDS no Brasil e aponta as **Responsabilidades do Estado**, indicando que um papel fundamental do poder público está na atualização e desenvolvimento dos dados epidemiológicos sobre AIDS.

Nessa perspectiva, a ação deve orientar-se pelo desenvolvimento de estudos e pesquisas, com a cooperação das organizações acadêmicas, dos centros de referência e de organizações não-governamentais envolvidas com a epidemia. A responsabilidade do Estado também precisa dirigir-se para a instalação e manutenção dos serviços de saúde, com destaque para a testagem, atendimento ambulatorial, hospitais-dia e internação. Tais serviços devem também abarcar todos os doentes que estão sob a proteção do Estado (prisões, albergues, internatos).

A respeito do sangue e hemoderivados também cabe ao Estado a responsabilidade pelo controle de sua qualidade, impedindo sua comercialização e ainda desenvolver uma ação sistemática junto aos transfundidos, objetivando a sensibilização para a realização do teste anti-HIV.

No que tange às informações, estas devem ser veiculadas de forma sistemática e contínua, abrangendo toda a sociedade. Esta será alvo de informações gerais, que incluam desde o que é AIDS, as formas de contaminação, prevenção, dados estatísticos com o quadro geral epidemiológico e formas de acesso aos serviços de saúde para a realização do teste, esclarecimento de dúvidas e obtenção de orientações confiáveis. A prestação de informações é responsabilidade do Estado, que deve garantir informações precisas, de caráter científico, sério e criterioso, que sirvam para desenvolver a consciência crítica da população, objetivando condutas preventivas.

Segundo Parker et alii (1994), Herbert de Souza menciona que os meios de comunicação possuem um papel de destaque na democratização das informações, de forma crítica e criativa. Por isso, sugere a realização de campanhas de prevenção, que não se voltem para gerar o pânico e medo e sim reflexões e o despertar para a epidemia e importância das ações individuais e coletivas de prevenção.

Acrescenta que a participação e cooperação das diferentes entidades da sociedade civil: universidades, escolas de samba, clubes recreativos, organizações não-governamentais, sistema prisional (internos em presídios e afins) em parceria com o poder público, deve ser prioridade nas campanhas de mobilização.

A garantia de uma legislação básica de estabelecimento dos direitos e deveres das pessoas portadoras do HIV e dos doentes também compõe um programa mínimo de assistência. Há de se considerar a garantia legal dos direitos dos portadores.

Em se tratando dos **soropositivos assintomáticos**, Herbert de Souza (1994) posiciona-os em dois grupos:

- os que têm conhecimento do seu diagnóstico e
- aqueles que desconhecem que são soropositivos.

Para os primeiros, o programa deverá contemplar um trabalho de informação sistemática e assistência, objetivando acompanhamento médico, para diagnóstico e acompanhamento, apoio social, jurídico e psicológico.

Para os que não têm conhecimento de sua situação de soropositivos, é necessário o desenvolvimento de um programa especial de informação e educação, visando a sensibilizá-los para a realização do teste e possibilidade de diagnóstico precoce, para acompanhamento e tratamento.

Quanto aos **doentes de AIDS** discorre sobre a importância da assistência médica, hospitalar, odontológica, jurídica, social e psicológica. Ressalta que, enquanto nos países desenvolvidos, os doentes têm acesso aos recursos diversos, contando ainda com o recebimento dos medicamentos, no Brasil, isso constitui exceção e privilégio para uma minoria (Parker et alii, 1994).

A qualidade da assistência prestada aos soropositivos assintomáticos e aos doentes de AIDS tem relação direta e compõe o debate e avaliação sobre a saúde pública no país. A possibilidade de efetivação do Sistema Único de Saúde representa condições concretas de melhoria na assistência à saúde da população. Nesse contexto, deve ser pensada, também a inserção dos profissionais de saúde, como sujeitos das ações a serem implantadas. Para o desenvolvimentos de ações educativas, que são as armas fundamentais no combate e prevenção da AIDS, os profissionais de saúde devem estar

qualificados, haja visto que também estão envoltos nos fantasmas criados em torno da AIDS, nas limitações da medicina, em seus próprios preconceitos e discriminações e no binômio vida/morte.

Assim, Parker et alii (1994) referem que Herbert de Souza propõe um trabalho de qualificação dos profissionais de saúde, dentro de uma abordagem educativa, anterior ao desenvolvimento de sua atividade profissional. “O trabalho educativo dirigido aos profissionais de saúde deve ter o objetivo de sensibilizá-los a pensar sua prática, aprendendo a lidar melhor com todas as dificuldades citadas anteriormente” (p. 357).

Acentuando a importância do treinamento junto a uma equipe multidisciplinar, salienta-se a necessidade de considerar as próprias dimensões da doença, a abordagem holística do paciente e a articulação com as organizações comunitárias.

### **2.2.1 - A AIDS e seus Custos**

Pelas características da pandemia, pode-se identificar alguns dos impactos que ela produz na sociedade moderna. Se estar doente pode significar dependência, perda das potencialidades, ausência de saúde, esta entendida como condições gerais de vida e de existência, ser portador do vírus HIV pode significar a morte. Essa circunstância, aliada às condições econômicas, culturais e sociais da maioria da população brasileira pode significar a perda da dignidade, ou a morte antecipada.

Parker e Parker et alii (1994) afirmam que ter AIDS custa caro. Argumentam que o custo é imenso e atinge dimensões bastante complexas: o custo do preconceito, da discriminação, das perdas globais, dos medicamentos, da desinformação, da impossibi-

lidade de acesso aos serviços de saúde, do número insuficiente de serviços para abarcar a demanda de pacientes, do despreparo dos profissionais de saúde, da família e da população em geral, do desgaste mental/cognitivo e psíquico, produzido em todos os segmentos envolvidos.

Ainda, em Parker (1994) constam informações de que, em relação aos custos, o único estudo sistemático existente no Brasil foi desenvolvido em 1989, em quatro hospitais: Hospital das Clínicas de Curitiba, Hospital Emílio Ribas, de São Paulo, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, do Rio de Janeiro e Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Os custos hospitalares paciente/ano indicavam o valor anual de 16.689 dólares, considerado um custo relativamente alto, mesmo para padrões internacionais. Comparado aos gastos na clínica médica nos mesmos hospitais, que é de 10.345 dólares, o valor é 1,61 vez superior. O tempo médio de internação é de 23,6 dias para a AIDS (dobro do valor dos Estados Unidos) e para a clínica médica é de 17,8 dias. Por ano, em 1989, a internação média dos casos de AIDS equivalia a 1,26. Tais dados indicam que, do ponto de vista econômico, os custos com tratamento são elevados.

Segundo informação do Jornal Estado de São Paulo, de 08/12/96, o Ministério da Saúde quer saber quanto gasta com o atendimento gratuito - que inclui medicamento e internação - a portadores do HIV, através de convênio com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, IPEA. O único cálculo oficial disponível indica que cada um dos 10 mil pacientes em tratamento custa, só com remédios, R\$ 2,5 mil por mês.

Tendo em vista o custo dos medicamentos, poucos têm acesso aos remédios, conforme reportagem da Folha de São Paulo, dos dias 09, 10, 13 e 14/07/96, que informava que o preço dos medicamentos anti-AIDS é criticado em todo o mundo, onde somente 30% dos doentes têm acesso às novas drogas. Entretanto, no Brasil menos de

10% dos infectados pelo HIV têm acesso aos remédios distribuídos pelo governo. E somente, 5% podem comprá-los. O que situa o nível de desigualdade e falta de acesso aos medicamentos.

O Brasil, que tem número de infectados semelhante ao dos EUA, teria que desembolsar mais de US\$ 5 bilhões. A ONU estima que seriam necessários US\$ 286 bilhões por ano, para oferecer tratamento a todas as vítimas da AIDS no mundo (O GLOBO, 17/07/96).

Em reportagem do Jornal O DIA, de 05 de dezembro de 1996, o presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso informou que o governo investiu R\$ 300 milhões no ano de 1996 com AIDS e a verba orçamentária para o ano de 1997 é maior.

Outro ponto a ressaltar é que a AIDS passou a ocupar mais espaço dentro dos serviços de saúde. Serviços inteiros foram reformulados, para atender aos pacientes acometidos dessa nova doença. No setor de doenças infecto-contagiosas, o que antes eram doenças controláveis, passaram a ser incuráveis, como a pneumonia e a tuberculose. Além disso, o que era raro e distante, como o sarcoma de Kaposi passou a fazer parte dos diagnósticos médicos diários.

Paralelamente, verifica-se que o saber/poder médico começou a ser questionado, devido ao grau de incerteza da epidemia e rapidez na evolução e volume das informações sobre o fenômeno. O que se afirmava em um dia, poderia ser negado ou ampliado no outro. O médico já não era mais o “todo poderoso” e detentor das informações. Muitos estudiosos também se envolviam com o assunto e muitas vezes com informações mais atualizadas que as dos médicos.

Muitos pacientes chegam aos hospitais em estado terminal e com um dado: não existe, ainda, a cura para a doença. Para salvar vidas, os profissionais tiveram de rever

a perspectiva fatalista que a AIDS coloca e situá-la no plano da vida: como viver com AIDS?

Como referido em seção anterior deste estudo, a AIDS abarca questões como preconceito, discriminação, sexualidade, sentimentos em relação à morte, sofrimento psíquico, culpa, injustiça, e outros. Decorre desse dado de realidade a exigência de um esforço e conhecimentos adicionais, dos profissionais de saúde, no sentido de atuarem junto às pessoas com HIV e AIDS, prestando-lhes a assistência adequada. O desafio reside em que, apesar da imensa literatura científica que se tem produzido, o que se sabe a respeito da AIDS é muito escasso para resolver as situações clínicas, aliviar o sofrimento das pessoas e, em certo momento, evitar a morte. No Brasil, essa situação é agravada pela pouca disponibilidade das drogas reconhecidas como eficazes, pela escassez de leitos hospitalares, pela degradação dos serviços, pela insuficiência dos meios de diagnóstico de apoio - o que transforma os profissionais de saúde do serviço público brasileiro a serviço da AIDS em heróis de criatividade, flexibilidade e resistência (Parker et alii, 1994).

Para a pessoa que tem AIDS, o impacto da epidemia também apresenta facetas diferenciadas. O custo econômico precisa ser enfrentado, considerando-se a inviabilidade de obter assistência pelos serviços da rede pública, dado o seu total sucateamento e falência. A alternativa é recorrer à medicina privada. Somam-se o valor das consultas, exames e medicamentos, o que freqüentemente, torna inviável o custeio (Parker e Parker et alii, 1994).

Como se sabe, o preconceito e a discriminação começam na família, atingem os amigos, os profissionais de saúde, invadem a sua vida profissional e social. A família se escandaliza e sente vergonha por ter um membro que pegou "doença". Quando a



acolhida e o espírito de solidariedade falam mais forte, a família e os amigos estão despreparados para lidar: como se transmite, como não se pega a doença, cuidados com o portador são questões para as quais nem sempre encontram resposta... A própria sociedade não dispõe de informações que possam servir de instrumento para o desenvolvimento da consciência crítica em torno da epidemia (Barbosa, 1993).

No trabalho, o portador sofre, além de discriminações, os abusos e arbitrariedades dos patrões. Frente aos olhos do patrão, o indivíduo contaminado já é considerado um impotente, doente, sem condições para trabalhar. A sua concepção de saúde se pauta numa visão unifatorial saúde/doença, voltada para a lógica do capital. Ou seja, estar com saúde significa ter condições plenas para o trabalho. Uma pessoa contaminada com o vírus HIV é considerada como potencialmente incapaz de produzir. A essa visão preconceituosa são agregados os receios com a elevação do custo do empregado-enfermo na “folha” de pagamento, pois, a qualquer momento, pode ficar doente, necessitar de licenças para tratamento e acompanhamento médico e outros direitos trabalhistas e previdenciários previstos na legislação.

## **CAPÍTULO - 3**

### **A LEGISLAÇÃO**

### 3.1 - Os Avanços da Legislação de DST e AIDS no Brasil

Considerando que a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) tem como uma das principais vias de contaminação a relação sexual, pela sua evolução e história, e ainda que as pessoas acometidas de outras DSTs tornam-se mais suscetíveis à aquisição do HIV, ocorre a necessidade de estabelecer políticas de prevenção de DST, articuladas com o combate e prevenção de AIDS (Ventura da Silva, 1995).

Segundo o autor citado, apesar de existirem críticas em torno da junção entre AIDS/DST, constatando que o modelo de prevenção das DSTs em alguns países que adotam medidas discriminatórias e ineficazes, só reforça o estigma em relação às doenças sexuais, essa articulação é defendida pela Organização Mundial de Saúde, OMS, por ser a via sexual, a principal fonte de transmissão.

No âmbito das políticas de saúde e, conseqüentemente, da legislação, essa junção também é estabelecida. Assim, o Programa Nacional de DST e AIDS buscou organizar toda a legislação vigente acerca das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, no sentido de contribuir para a divulgação mais ampla dos direitos e deveres dos cidadãos e do Estado.

*Daí, a preocupação do Programa Nacional em uma publicação estruturada e atualizada da legislação brasileira sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, para servir como ferramenta de trabalho para os profissionais ligados à área e de informação para os demais cidadãos que diuturnamente, têm a sua atenção para os diversos aspectos da saúde, e, particularmente das DST e AIDS, a fim de que possam obter um rápido equacionamento jurídico para as dúvidas que diariamente assaltam a todos. (Ventura da Silva, 1995, p. 1)*

Já que este estudo também buscar identificar os diversos aspectos das políticas estabelecidas para DST e AIDS, que se refletem nas ações do Programa do Município do Rio de Janeiro, julgou-se procedente analisar documentos jurídicos referentes à questão. Acredita-se que esta parte do trabalho possa servir como instrumento de socialização de informações e, conseqüentemente, de reafirmação da cidadania, através da análise crítica das disposições legais, conhecimento dos direitos e deveres e formulação de novas propostas. Tendo em vista o objeto de pesquisa, a análise da legislação se restringirá à esfera federal, que orienta todo os estados e municípios e às normas específicas do município do Rio de Janeiro.

Se a Constituição Federal preceitua que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei” (inciso II, art 5º de nossa Constituição Federal) então, devemos conhecê-la. É o que se empreenderá na próxima seção do capítulo.

### **3.2 - Normas de Organização**

No que tange às normas de organização, a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS está fixada no Departamento Nacional de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, órgão específico do Ministério da Saúde - conforme art. 134 e 141 do Decreto 99.244 de 10/05/90. Tal coordenação é responsável pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST / AIDS).

As diretrizes de trabalho para controle, prevenção e tratamento do HIV / AIDS dos Estados e Municípios são estabelecidas por comissões específicas, a partir das orientações do PN-DST e AIDS. O Ministério da Saúde e o BIRD firmam convênio com as diversas Secretarias, para implantação de *PROJETO DE CONTROLE DAS DST e AIDS* e tem, como exigência, a criação de Grupo e Trabalho, para gerenciamento dos recursos. O Ministério da Saúde é responsável pela fase de implantação do Projeto nos Estados e municípios e pela manutenção das atividades posteriores. Os Estados, municípios e demais prestadores do serviço são responsáveis pela execução.

Avaliando a necessidade de intercâmbio e articulação com os diversos setores da sociedade civil, foi criado um Comitê de Avaliação e Seleção, cuja função é incentivar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de pesquisas junto às ONGs e outras entidades da Sociedade Civil.

Considerando a importância do desenvolvimento de pesquisas e produção de conhecimentos na área, a Portaria n.º 348, de 25 de março de 1993 constituiu Comitê Diretivo de Pesquisa, visando a avaliar projetos de pesquisas submetidos ao PN-DST / AIDS - Portaria n.º 843 de 22 de abril de 1994.

As comissões são constituídas de representantes de diversos Ministérios, das universidades públicas e privadas, do Conselho Federal de Medicina, de sindicatos e de outras organizações da sociedade civil. Essa determinação reconhece a importância da abordagem multi e interdisciplinar e a participação comunitária, como prevê o art. 198 da Constituição Federal.

O Grupo de Trabalho no Município do Rio de Janeiro foi instituído pelo **DECRETO N.º 12.293 DE 17 DE SETEMBRO DE 1993.**

O Município do Rio de Janeiro dispõe, segundo a **LEI N.º 2.321, de 4 de maio de 1995**, da destinação de dez por cento das receitas da Taxa de Legalização de Publicidade no Município do Rio de Janeiro, para projetos de prevenção, pesquisas e estudos contra a AIDS.

### **3.3 - Normas de Assistência à Saúde**

Com a extinção do INAMPS, pela Lei n.º 8.689 de 27/7/93, as dotações orçamentárias foram transferidas para o Fundo Nacional de Saúde, que repassa os recursos para os Estados e municípios. A assistência médico-hospitalar, para o tratamento da AIDS e das DST em todo o país, fica a cargo das unidades federadas.

O Secretário Nacional de Saúde, através da Portaria N.º 291, de 17 de junho de 1992, incluiu no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS, os seguintes grupos de procedimentos para tratamento da AIDS em hospitais previamente autorizados:

- ↳ tratamento da AIDS;
- ↳ afecções do sistema nervoso - AIDS;
- ↳ afecções do sistema respiratório - AIDS;
- ↳ doenças disseminadas - AIDS;
- ↳ afecções do sistema digestivo - AIDS;
- ↳ tratamento da AIDS - fase terminal.

A Portaria n.º 7.762, de 30 de julho de 1992, autoriza os seguintes hospitais no Rio de Janeiro para cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH dos procedimentos - Tratamento da AIDS, constantes dos grupos mencionados acima:

- SMS Hospital Alcides Carneiro
- Fundação Dr. J. Barc. Mart. - Hospital Ferreira Machado SMS Campos dos Goitacazes
- PAM COM CP de Niterói
- SMS Niterói
- Hospital dos Servidores do Estado
- SES RJ Hospital Estadual Santa Maria
- SES RJ Inst. E de I São Sebastião
- SES RJ Hospital de Ipanema
- SES RJ FF Pro I H do Rio de Janeiro
- Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da UNIRIO
- Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE - UERJ
- MS FIOCRUZ - Hospital Evandro Chagas
- MS FIOCRUZ - Inst. Fernandes Figueira
- Hospital Raphael de Paula Souza
- INAMPS MS Hospital Geral de Jacarepaguá
- INAMPS MS Hospital da Lagoa
- Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro - Hospital Geral

A Portaria n.º 8.309, de 3 de fevereiro de 1993, incluiu o:

- Hospital da Casa do Hemofílico do Rio de Janeiro - RJ

Tal portaria significou um avanço no sentido da efetivação de unidades de assistência hospitalar para o doente de AIDS.

Considerando mais um passo na modalidade de tratamento do paciente com AIDS, a Portaria n.º 93, de 31 de maio de 1994, criou, no SIH/SUS, o Hospital-dia, objetivando integrar o doente à família, reduzir o tempo de permanência na rede hospitalar, quando o tratamento domiciliar pode ser complementar, auxiliando na manutenção dos esquemas diagnósticos e terapêuticos.

As normas e diretrizes para implantação do tratamento em Hospital-Dia foram estabelecidas conforme Portaria n.º 130, de 3 de agosto de 1994. Dispõe sobre a organização de serviços, a assistência ao paciente, recursos humanos necessários e financiamento.

O primeiro hospital-dia autorizado no Rio de Janeiro foi a Unidade Integrada de Saúde Rocha Maia, através da Portaria n.º 235, de 26 de dezembro de 1994. O Hospital dos Servidores do Estado/RJ e Hospital Universitário Pedro Ernesto foram credenciados através da Portaria n.º 70, de 17 de julho de 1995.

A imprensa divulgou em 30 de maio de 1997 a intenção do governo de liberar verbas para a criação de mais um hospital-dia no Rio de Janeiro, nas dependências do Hospital Escola São Francisco Assis.

Sobre a realização de testes Anti-AIDS nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, a Lei N.º 2.425, de 22 de agosto de 1995 decretada e sancionada pelo então governador Marcello Alencar, cria Postos de Saúde Especializados, mediante convênio



com as Prefeituras Municipais e entidades de assistência e promoção social. E ainda, de acordo com a Lei n.º 1.179 de 30 de dezembro de 1987 da prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, os Postos de Saúde ampliaram as suas atividades, para a realização de testes de rotina da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS.

Com a função de dar suporte técnico-assistencial, oferecer treinamento de pessoal, tratamento especializado na área de diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, suporte e apoio teórico-metodológico aos programas estaduais, municipais e nacional, foram instituídos os Centros de Referência para AIDS - conforme Portaria n.º 346, de 25 de março de 1993. E a Portaria n.º 349, de 25 de março de 1993, credenciou, no Rio de Janeiro, o Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels. Os Hospitais Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Gaffrée e Guinle, da Universidade do Rio de Janeiro foram credenciados através da Portaria n.º 350, de 25 de março de 1993.

### **3.4 - Normas de Vigilância Epidemiológica**

A regulação das ações de vigilância epidemiológica é conhecida através da lei n.º 6.259, de 30/10/95 e regulamentada através do Decreto n.º 78.231, de 12/08/76. Tais normas não se referem especificamente ao HIV e AIDS, no que tange ao seu conhecimento, detecção ou prevenção, mas atingem o estudo dos fatores determinantes e condicionantes. Incidem ainda sobre o conjunto de ações e medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, incluindo a notificação compulsória de doenças, visando a subsidiar as medidas preventivas e de controle.

A Portaria n.º 542, de 22 de dezembro de 1986, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, inclui a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - Sida/Aids e a Sífilis Congênita nesse sistema.

### **3.5 - Normas de Vigilância Sanitária e Tratamento das DST e AIDS no Brasil**

De acordo com o art. 6º da atual Lei Orgânica da Saúde, a vigilância sanitária é definida no parágrafo 1º, como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Esse campo é considerado o mais polêmico porque, na tentativa de promover o bem-estar geral, vai interferir com normas restritivas e coercitivas do direito individual, como, por exemplo, testagem obrigatória, quebra de sigilo, interdição de serviços e de profissionais.

A Portaria n.º 22, de julho de 1978, do Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, define a Sífilis, Gonorréia, Cancro Mole e Linfogranuloma Venéreo, Condiloma Acuminado, Herpes

Simplex Genital, como as doenças sexualmente transmissíveis de interesse para a saúde Pública. Define igualmente a coleta de dados, medidas de controle e profilaxia.

As medidas de controle incluem, além do tratamento imediato dos doentes contagiantes, a assistência concomitante aos parceiros sexuais, o que sugere a quebra de sigilo e informação da contaminação aos parceiros. Porém, a legislação específica orienta acerca da importância de condutas práticas, voltadas para a sensibilização dos portadores e parceiros, quanto à importância da prevenção e testagem.

A Portaria n.º 236, de 02 de maio de 1985, estabelece as diretrizes para o Programa de Controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e a Coordenação, em nível nacional, das ações de vigilância epidemiológica. Define os conceitos básicos da AIDS, grupos alvo específicos, caso suspeito e confirmados, medidas de controle e operacionais.

As medidas de controle consistem na investigação epidemiológica em torno do grupo de risco, a investigação clínica de sinais e sintomas de suspeita e a investigação laboratorial.

A informação é considerada a principal arma para a prevenção. E, nesse sentido, cabe destaque aos profissionais da área da saúde no papel de dinamizadores da socialização das informações. A profilaxia também deve fazer parte dos cuidados. Para os viciados em drogas endovenosas, recomenda-se a interrupção da prática ou, no mínimo, a utilização de material descartável. A prevenção transfusional da AIDS também deve ser enfocada. As medidas operacionais incluem a coordenação, execução, acompanhamento do problema, difusão da informação e educação sanitária.

A notificação dos casos deverá ser feita das Secretarias Estaduais de Saúde para a Coordenação Nacional do Programa de DST e AIDS, mediante envio da informação até o quinto dia útil do mês seguinte ao que corresponde a informação.

O Ministério da Saúde deve enviar, trimestralmente um boletim de vigilância epidemiológica, com relatório da evolução da doença em todo o país, com o envio para as instituições oficiais de saúde, seletivamente a instituições privadas e aos órgãos internacionais de saúde. Tal encaminhamento tem sido bastante discutido e é alvo de críticas das instituições de saúde, pois o atraso na organização e envio dos boletins é enorme, o que prejudica a informação acerca da epidemiologia nacional da AIDS.

A difusão de informação fica a cargo dos serviços de saúde, com o envolvimento de todas as estruturas governamentais e articulação interinstitucional Ministério da Saúde/ Ministério da Educação e Cultura. A educação sanitária torna-se complementar à educação continuada.

A Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, dispõe sobre a vigilância sanitária dos medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, definindo as normas quanto ao registro, fiscalização, controle de qualidade e dos órgãos de vigilância sanitária. A Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, estabelece as sanções, em caso de infrações.

Com a Portaria n.º 483, de 19 de agosto de 1988, ocorreu a liberação, para utilização, em instituições credenciadas pelo Ministério da Saúde, do AZT, medicamento à base de *ziduvodina*. O mesmo documento define as normas para credenciamento de instituições, a partir de avaliação e parecer de comissão constituída por especialistas indicados pelo Ministério da Saúde.

A comercialização do AZT continuou sendo controlada pelo Estado, tendo em conta as peculiaridades e restrições da sua utilização, através da Portaria n.º 11, de 26 de setembro de 1988, que resolve que os medicamentos à base de ziduvodina só podem ser adquiridos, por instituições credenciadas, diretamente de empresas farmacêuticas, sendo vedada a sua comercialização em farmácias e drogarias. E, no caso de pessoa física, a requisição deverá ser acompanhada de relatórios, que ficarão nas instituições e empresas vendedoras.

A Portaria n.º 21, de 21 de março de 1995, definiu normas quanto à orientação e organização do acesso e distribuição dos medicamentos para AIDS, acrescentando à portaria anterior a responsabilidade das Coordenações Estaduais de AIDS pela redistribuição dos medicamentos e informação mensal ao PNDST/AIDS, quanto à utilização e estoque, evitando a descontinuidade no repasse dos medicamentos para AIDS.

Como referido anteriormente, os dados epidemiológicos informam que uma das principais fontes de contaminação é a relação sexual. Por isso, o uso do preservativo, considerado o meio mais eficaz na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, deve ser estimulado e seu acesso facilitado pelo poder público. A qualidade desse produto também deve ser fiscalizada pelo Estado. Essa função é atribuída ao Instituto Nacional de Metrologia Normatização e Qualidade Industrial - INMETRO, em conjunto com entidades representativas dos fornecedores, dos consumidores, instituições técnico-científicas e órgãos governamentais envolvidos.

Além disso, a Portaria n.º 30, de 06 de abril de 1994, obriga motéis, hotéis e similares, casas de massagens e saunas a fornecer preservativos aos seus usuários.

O aleitamento materno é uma questão que causa grande polêmica no posicionamento da Organização Mundial de Saúde - OMS, que orientava para o não aleita-

mento por mulheres infectadas pelo vírus HIV. Ocorre que, em regiões assoladas pela miséria, vive-se um dilema: matar a fome e haver possibilidade de contaminação? Ou optar pela prevenção e correr o risco de que crianças venham a morrer de fome?

Tal debate remete ao conceito de saúde, entendida na sua plenitude como determinada pelas condições econômicas, sociais e políticas e culturais. A orientação da OMS foi alterada. Porém, a realidade permanece. No Brasil, as normas federais sobre aleitamento são estabelecidas através das Portarias n.º 322, de 26 de maio de 1988 e n.º 97, de 28 de agosto de 1995.

A primeira estabelece as normas gerais de instalação e funcionamento. Sua licença fica submetida aos órgãos competentes de vigilância sanitárias das Secretarias de Saúde que devem ter, na sua direção técnica, profissional habilitado na forma da lei. No que tange ao seu funcionamento, o estabelecimento é considerado sem fins lucrativos. É de sua responsabilidade orientar, executar e controlar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição. Cabe-lhe enviar relatório ao órgão sanitário, contendo as doenças de notificação compulsória, resumo dos laudos de controle de qualidade, volume total dos produtos coletados, distribuídos e impróprios para consumo e total de receptores atendidos, com os respectivos diagnósticos e volumes consumidos.

Na Portaria n.º 97, de 28 de agosto de 1995, o Secretário de Assistência à Saúde desaconselha a prática do aleitamento materno por mulheres portadoras do vírus HIV e caso exista o fator sobrevivência, o leite deve ser pasteurizado adequadamente. Essa prática é capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV. Para as mães em situação de risco para o HIV, recomenda-se a *testagem*, com aconselhamento *pré* e *pós-teste*.

Por outro lado, a atividade hemoterápica no Brasil, já se caracterizava como mercantilista. Com a notificação dos primeiros casos de contaminação da AIDS por hemotransfusão, a repercussão social foi de expressiva. Segmentos da sociedade, com destaque a profissionais de saúde e diversos movimentos já existentes, mobilizaram-se, em favor de um modelo de organização do sistema e maior controle sobre o sangue e seus derivados.

Em maio de 1987, a Portaria Interministerial n.º 14, de 18/05/87, do Ministro da Previdência e Assistência Social e da Saúde, tornou obrigatória a testagem sorológica, para a detecção do vírus HIV, no sangue e hemoderivados, adquiridos com recursos previdenciários. Em janeiro de 1988, a Lei n.º 7.649, de 25/01/88, criava a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue e realização de exames laboratoriais do sangue coletado, dentre eles o anti-HIV. Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde formulou o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, objetivando suprir a carência de medidas no setor e implementar mudanças.

Apesar de o parágrafo 4º da atual Constituição Federal proibir a comercialização do sangue, só em 09/08/89 foi expedida a Portaria n.º 721, do Ministro da Saúde, proibindo a doação de sangue gratificada e dispondo sobre as normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados. Apesar da conquista constitucional, a lei ainda não foi regulamentada, o que vem permitindo diversas distorções no sistema hemoterápico do país.

### **3.6 - Normas sobre Educação e Informação**

A ênfase nos programas educativos e informativos tem sido reforçada por vários países, que apostam na mudança de comportamento, através da consciência individual e da responsabilidade coletiva. A informação pode contribuir efetivamente para a ampliação do direito individual e caráter coletivo.

As medidas federais sobre educação e informação traduzem-se na Portaria interministerial n.º 796, de 29 de maio de 1992, que ressalta a inclusão dos aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e AIDS nos currículos e a implantação de programas dirigidos a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das escolas de 1º e 2º graus.

No âmbito do município do Rio de Janeiro, a Lei n.º 1.193, de 30 de dezembro de 1987, criou o Serviço Municipal de Prevenção à AIDS, a ser instalado em hospitais da rede municipal.

### **3.7 - Normas Trabalhistas e Previdenciárias**

Como se vem discutindo ao longo do estudo, é evidente a elevada incidência da AIDS na população economicamente ativa. Da mesma forma, é indiscutível a estigmatização aos portadores do vírus pela sociedade. O fenômeno se agrava, considerando-se a desinformação da população em geral, no sentido de que a doença não se transmite na convivência social e profissional. A essa problemática é conveniente acrescentar que, em nossa sociedade predomina a concepção do trabalho como mercadoria,



desconsiderando-se seu aspecto social e a responsabilidade de todos na melhoria da qualidade de vida. Diante de toda essa problemática e sob pressão de segmentos organizados da sociedade, algumas medidas foram adotadas pelo governo federal, no sentido de proteger os direitos no trabalho das pessoas infectadas pelo vírus HIV.

A lei n.º 3.738, de 04 de abril de 1960 já assegurava pensão especial à viúva de militar ou funcionário civil, acometidos de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia ou cardiopatia grave. E a Lei n.º 7.670, de 08 de setembro de 1988 ampliou para os portadores da AIDS a concessão de licença para tratamento de saúde, aposentadoria, reforma militar e pensão especial.

A Resolução n.º 02, de 17 de dezembro de 1992, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP, autoriza a liberação do saldo das contas aos titulares não aposentados, portadores de AIDS. Também ficou resolvido pela Portaria Interministerial n.º 3.195, de 10 de agosto de 1988, a instituição, em âmbito nacional, da Campanha Interna de Prevenção da AIDS, “CIPAS”, que passou a integrar a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes, CANPAT.

O art. 168 da Legislação Trabalhista, Seção V, quando estabelece a realização de exames admissionais, demissionais e periódicos, regula também que o resultado deve ser entregue ao trabalhador e que a sorologia positiva para o HIV, por si só, não impede qualquer atividade e não é transmissível nas relações de trabalho.

Por sua vez, os Tribunais têm decidido favoravelmente pela não demissão do trabalhador portador do vírus HIV, por mera discriminação. Caso o trabalhador apresente alguma manifestação da doença, deverá ser encaminhado como segurado à Previdência Social, como disposto na Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. O

encaminhamento deverá ocorrer após 15 (quinze) dias, sendo que, nesse período inicial, o ônus do pagamento caberá à empresa.

Também a Legislação Previdenciária foi regulamentada pelo Decreto 357, de 07/12/91, observando-se que doente de AIDS é isento de qualquer prazo de carência.

### **3.8 - Outros Benefícios**

Com a Lei n.º 7.713, de 22/12/88, fica garantido um benefício fiscal ao portador do vírus HIV, isento de pagamento do imposto de renda sobre os proventos recebidos.

Outra responsabilidade do Estado refere-se aos benefícios assistenciais, em que se substitui a concepção da assistência como prestação caridosa, passando a considerá-la como dever do Estado e da sociedade, ou seja, direito social. A lei Orgânica da Assistência Social, Lei federal n.º 8.742, de 07/12/93 é definida como “Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizados através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Ventura da Silva, 1995, p. 553). A lei dá a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

### 3.9 - Normas Éticas

“A ética tem como objeto o estudo dos comportamentos humanos na perspectiva de sua origem, articulação e avaliação. Analisando a dimensão subjetiva do agir especialmente no que se refere a atuação da inteligência e da vontade” (Ventura da Silva, 1995, p. 609). A conduta ética, então, ultrapassa a sua objetividade e está articulada ao posicionamento político-ideológico.

As Resoluções n.º 1.359/92 , de 11 de novembro de 1992 e 1.401/93, de 11 de novembro de 1993, do Conselho Federal de Medicina, CFM, dispõem sobre a ética-normativa, disciplinar, que visa a orientar o exercício profissional, no atendimento a pacientes portadores do vírus HIV. A primeira proíbe a recusa no atendimento, extensivo às instituições de caráter público e privado e estabelece as condições que deverão ser asseguradas, no atendimento, pela instituição.

O sigilo profissional deve ser mantido até após a morte do paciente, quando esse for seu desejo. A quebra do sigilo só poderá ocorrer, quando houver autorização expressa do paciente, por dever legal ou justa causa.

O médico que presta serviço para empresa só poderá informar ao empregador quanto à capacidade ou não de o trabalhador exercer determinada função. Além disso, é proibida a obrigatoriedade de sorologia para HIV, no exame admissional.

A segunda Resolução do CFM resolve sobre as empresas de seguro-saúde, Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, que ficam obrigadas a garantir atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional da Organização Mundial de Saúde. Tal resolução procura dar resposta aos diversos conflitos

entre clientes e empresas de saúde, particularmente quando essas se recusavam a atender o portador do vírus HIV e AIDS, tendo em vista o elevado custo do tratamento. Muitos portadores tiveram que partir para a alçada judicial, para terem assegurado o direito de atendimento pelos planos de saúde.

Entretanto, sabe-se que a mobilização no que tange aos direitos do portador do vírus HIV e AIDS não se esgota na legislação. Muitos projetos de lei já estão em tramitação no poder legislativo. E outros ainda estão por vir, na luta por uma sociedade de direitos igualitários.

### **3.10 - Projetos de Lei em Tramitação no Poder**

- Projeto de Lei n.º 4.751-A/90, do Deputado Elias Murad - Dispõe sobre a obrigatoriedade do ensino sobre as drogas entorpecentes e psicotrópicas e sobre a AIDS no 1º e 2º graus de ensino e nos cursos de formação de professores;
- Projeto de Lei n.º 1.980/91, do Deputado Jackson Pereira - Dispõe sobre o fornecimento gratuito de medicamentos necessários ao tratamento de portadores da SIDA/AIDS e de pacientes de dependência física ou psíquica ao uso de drogas;
- Projeto de Lei n.º 2.800/92, da Deputada Célia Mendes - Cria benefício previdenciário aos hemofílicos, portadores da infecção pelo HIV;
- Projeto de Lei n.º 2.502/92, do deputado Max Rosamann - Dispõe sobre a inclusão do capítulo sobre o vírus da AIDS em livros escolares e apostilas;
- Projeto de Lei n.º 3186-A/92, do deputado José Fortunati - Torna obrigatória a exibição, nas salas de cinema do país, de filmes contendo informações sobre a AIDS;

- Projeto de Lei n.º 4.425/94, do Deputado Humberto Costa - Dispõe sobre a obrigatoriedade de motéis, hotéis e similares, a colocarem à disposição de seus usuários preservativos masculinos e material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS em suas dependências;
- Projeto de Lei n.º 277/95, do Deputado José Carlos Coutinho - Estabelece isenção de imposto de renda nas hipóteses de moléstia grave;
- Projeto de Lei n.º 322/95, do Deputado Jorge Wilson - Considera dependente do contribuinte do imposto de renda, independentemente de idade, o filho ou equiparado, portador de deficiência física, de Síndrome de Down ou do vírus HIV;
- Projeto de Lei n.º 349/95, da Deputada Ana Julia - Idêntico ao Projeto 339/95;
- Projeto de Lei n.º 363/95, do Deputado José Coimbra - Isenta de imposto de renda, no limite que estabelece, pessoas que tenham sofrido acidente de trabalho ou sejam portadoras de moléstias incapacitantes;
- Projeto de Lei n.º 585/95, da Deputada Marta Suplicy - Dispõe sobre os direitos básicos dos portadores do vírus da AIDS;
- Projeto de Lei n.º 792/95, do Deputado Humberto Costa - Dispõe sobre a obrigatoriedade de motéis, hotéis e similares, a colocarem à disposição de seus usuários preservativos masculinos e material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS em suas dependências.

## **CAPÍTULO - 4**

### **O PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE**

#### **TRANSMISSÍVEIS/AIDS, PN DST/AIDS**

#### 4.1- Documentos

Como se sabe, os primeiros casos de AIDS no Brasil datam da década de 80. E foi em 1986, com a Portaria Ministerial n.º 542/86 que a AIDS foi inserida na relação de doenças de notificação compulsória. Foi ainda neste mesmo ano que foi criado do Programa Nacional de Controle de DST e AIDS.

Para fazer frente ao HIV e AIDS, o Ministério da Saúde (MS) organizou ações de modo a conter a epidemia, traduzidas através do PNDST/AIDS que segue os princípios de:

*Descentralização, a utilização da epidemiologia para a definição de prioridades, ampliação das ações de caráter preventivo, com ênfase na integração prevenção/assistência; participação complementar dos serviços privados e acesso universal e gratuito a todos os níveis do sistema de saúde. (PNDST/AIDS, 1994)*

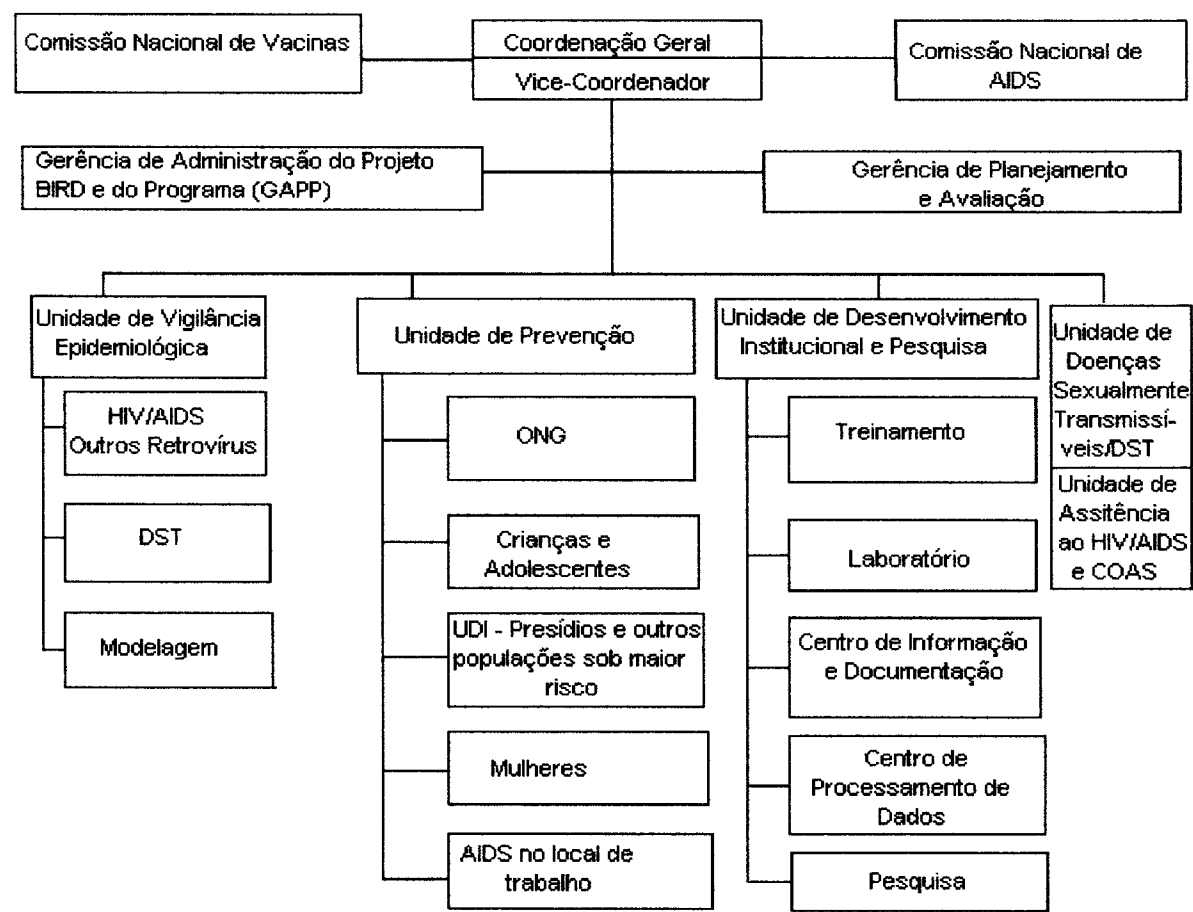
Como auxiliar na definição da política de governo, com relação às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o Projeto Nacional DST/AIDS é o ponto focal da formulação e implementação da política e definição da estratégia governamental, para o controle e prevenção desses agravos à saúde pública.

A assistência às pessoas com AIDS ou infectadas pelo vírus HIV é orientada pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS. Esse programa propõe diretrizes em nível nacional. A implementação das ações, pelos estados e municípios, dá-se com a adaptação das diretrizes nacionais às necessidades locais. Neste contexto, as ações descentralizadas de treinamento constituem princípio para atingir

maior cobertura, melhor adaptação às condições dos treinandos e das instituições, conforme a evolução da epidemia e inovações tecnológicas correntes, como o coquetel de drogas, capaz de conter o crescimento do HIV no organismo humano.

A estrutura formal do PNDST/AIDS está assim disposta:

**Figura 1**  
**Estrutura formal do PN DST/AIDS**



Fonte: Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/AIDS - 1994



## 4.2 - Combate e prevenção

No que se refere às estratégias, orientação das decisões e concretização das ações, o PN DST/AIDS está estruturado num modelo que visa identificar e avaliar os resultados através do impacto, implementar as ações, mediante monitoramento, uso de indicadores e redirecionamento.

O princípio que norteia o planejamento é o conhecimento da realidade nacional, para posterior estabelecimento da programação. O modelo de política é estabelecido através da ação de descentralização, promoção da saúde, acesso aos serviços de saúde e sociais, participação social, uso da epidemiologia, para estabelecer prioridades e desenvolvimento institucional.

O programa apresenta cinco componentes principais: prevenção, assistência, vigilância, pesquisa e avaliação, desenvolvimento institucional e desenvolvimento e avaliação de vacinas anti-HIV/AIDS.

Os princípios básicos da prevenção destacam ações educativas de aconselhamento, no que se refere às práticas seguras quanto à transmissão sexual, sangüínea, uterina e perinatal. A tarefa de aconselhamento, para prevenção e controle da infecção pelo HIV, objetiva quebrar a cadeia de transmissão, instrumentalizar o usuário para o enfrentamento de um novo cotidiano e prestar apoio psicológico, social e psiquiátrico.

O financiamento de projetos de ONG também faz parte do caráter da unidade de prevenção. No 1º semestre de 1994, segundo consta no PN DST/AIDS, foram 64 os projetos dessa natureza que obtiveram financiamento. Aplicando a metodologia de formação de multiplicadores, ocorre o financiamento de projetos em diversas cidades

como Vitória ES), Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Porto Alegre (RS), Recife (PE) e outras, sobre orientação sexual (MS, 1994).

De uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no ano de 1992, foi desenvolvido um projeto educativo, abordando as características de transmissão, prevenção e vivência frente à infecção pelo HIV e AIDS. A população-alvo é constituída por professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis.

Com o propósito de incentivar e facilitar o acesso aos preservativos, o PN DST/AIDS atuou na redução de três impostos, que incorrem sobre o valor do preservativo, em até 40%. Também se destaca, a esse respeito, a aquisição de preservativos, para distribuição nos estados e municípios e projetos de ONG.

As campanhas de informação em saúde pública também se inserem nas ações de caráter preventivo.

A assistência médica atua na ampliação do credenciamento de hospitais, para atendimento ao portador do vírus HIV e AIDS, criação do hospital-dia, normatização técnica, através da publicação de Guia para Condutas Clínicas em DST/HIV/AIDS em adultos e crianças, compra e distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais e para tratamento das infecções oportunistas.

Visando a ampliar e propiciar o acesso da população ao teste sorológico para o diagnóstico da infecção pelo HIV e democratizar informações acerca das formas de transmissão e prevenção, foram implantados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico, COAS, nos diversos estados.

Os aspectos em destaque no que tange à vigilância compreendem o seguinte arranjo: instalação do Sistema Nacional de Vigilância Sentinela de HIV, exame da epide-

miologia da epidemia de HIV/AIDS, focalizando as tendências, revisão da definição de caso de AIDS em adultos, avaliação do desempenho da vigilância da AIDS pediátrica, desenvolvimento de uma rede eletrônica, para a notificação de AIDS e análise de dados, publicação do Boletim mensal de AIDS, projeto de vigilância alargada de HIV/AIDS, em colaboração com o Centers for Disease Control and Prevention - EUA, Exame da epidemiologia da infecção pelo HTLV/II, publicação do Boletim Trimestral Nacional de DST e instalação da vigilância sentinela de DST.

### **4.3 - Treinamento de Recursos Humanos**

Atuar na área da saúde em serviços de HIV/AIDS significa trabalhar com pessoas que estão enfrentando uma doença incurável, infecciosa e freqüentemente estigmatizada. Isto pode constituir um desafio, e muitas vezes, uma tarefa emocionalmente desgastante.

O debate acerca dos serviços de saúde de HIV/AIDS vem se destacando no seio da sociedade e ganha dimensão junto aos seus diversos públicos. Por ser uma doença em que o trabalho preventivo é fundamental, para controle e quebra da cadeia de transmissão, as práticas educativas, implícitas nas ações de saúde, necessariamente exigem pessoal com qualificações compatíveis, nos mais diversos níveis.

No âmbito das ações de desenvolvimento institucional dos programas e serviços de combate e prevenção de DST/AIDS, situa-se o treinamento dos profissionais de saúde. O PN DST/AIDS considera que:

*Este esforço visa a desenvolver, naquelas instituições, a capacidade de melhor entender e melhor atuar contra as epidemias de HIV e AIDS, para que possam*

*oferecer mais e melhores serviços de prevenção da infecção e de assistência às pessoas com HIV e AIDS, seus familiares e amigos. (PN DST/AIDS, 1994)*

Pelo que preconiza o PN DST/AIDS, vê-se que a atuação dos profissionais de saúde não se limita ao atendimento do potencial ou portador do vírus HIV ou aidético, mas amplia-se na ação junto aos familiares e amigos. Tais funções requerem preparo profissional específico.

No sentido de possibilitar maior amplitude, as ações de treinamento são descentralizadas, objetivando acompanhar a evolução da epidemia e dar subsídios aos treinandos acerca da realidade específica com a qual trabalharão. Os Centros de Referência Nacional (CRN), por ação direta e através de contratos com instituições reconhecidas, apoiam as práticas de treinamento, promovidas em estados e municípios.

A rede de centros de referência nacional em AIDS se divide nos Laboratórios de Saúde Pública de referência, para estados e regiões, LRMR, subordinados às secretarias estaduais de saúde ou ao Ministério da Saúde e nos serviços hospitalares de nível terciário e referências assistenciais, CRN/AIDS. No Rio de Janeiro, o Laboratório Noel Nutels atua como LRMR e os Hospitais Universitários Clementino Fraga Filho e Gaffrée e Guinle fazem parte do CRN-AIDS.

O treinamento centra-se na formação de multiplicadores, abarcando médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde dos centros de atendimento.

Os cursos são organizados por áreas, assim distribuídas:

- Treinamento clínico básico em AIDS para médicos, TCB;
- Preparação de médicos para o manejo clínico-epidemiológico da AIDS - pediátrica e da sífilis congênita, PED;

- Preparação de equipes de saúde mental, para a assistência a portadores do HIV e pacientes de AIDS, PSI;
- Treinamento de multiplicadores de aconselhamento, ACS;
- Preparação de médicos e enfermeiros, para a assistência às DST, STS;
- Treinamento básico em AIDS, para enfermeiros e obstetrizes, ENF;
- Capacitação técnica em AIDS, para o auxiliar de enfermagem em AIDS, AUX;
- Curso de microbiologia aplicada ao controle das DST e da AIDS, MIC;
- Curso de diagnóstico laboratorial das infecções oportunistas associadas à AIDS, DIO;
- Treinamento de ginecologistas e obstetras, para a assistência a portadores de HIV e pacientes de AIDS, GIO;
- Treinamento de multiplicadores, para prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, UDI;
- Preparação de assistentes sociais, para a assistência a portadores do HIV e doentes de AIDS, ASS;
- Preparação de médicos anátomo-patologistas, para o controle da AIDS, PAT;
- Preparação de equipes, para a implantação de serviços de assistência especializada para pacientes HIV/AIDS, SAE.

## **CAPÍTULO - 5**

### **O DESENHO DA PESQUISA**

## **5.1 - O Programa de DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro - Diretrizes, Normas e Rotinas**

Fonseca (1994) assinala que as ações voltadas para a epidemia de AIDS no município do Rio de Janeiro tiveram início no ano de 1990, junto à Divisão de Epidemiologia, vinculada ao Serviço de Dermatologia Sanitária. A investigação dos casos notificados era desenvolvida em nível central.

A partir de 1990, com um novo quadro de dirigentes no staff da Secretaria de Saúde, (composto por três médicas, das quais duas sanitaristas), as atividades do setor se expandiram, incorporando a assistência e treinamento de recursos humanos. O primeiro alvo de qualificação foram os profissionais que poderiam atuar em vigilância epidemiológica. Em 1991, através de um acordo firmado com o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, os treinamentos se ampliaram para a qualificação de profissionais que prestariam assistência direta ao portador do vírus HIV.

Observa-se, então que as ações em resposta à AIDS na esfera municipal foram aumentando sua abrangência, progressivamente. Este movimento evoluiu no sentido da formação de uma Coordenação de Doenças Transmissíveis e, em dezembro de 1992, foi implantada a Gerência de Programa de DST/AIDS (Fonseca, 1994).

Para sistematizar as diretrizes e ações do referido programa, elaborou-se, no âmbito central, um documento, distribuído aos Centros Municipais de Saúde. A culmi-

nância dessa etapa preliminar ocorreu em 29 de novembro de 1994, com o I Seminário do Programa de DST/AIDS.

O fórum reuniu representantes das redes municipal, estadual e federal de saúde, técnicos do nível central e outros profissionais convidados. O objetivo era debater o conteúdo do documento. Como resultado dessas discussões, organizou-se o Manual de Normas e Rotinas do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, P DST/AIDS, que orienta as ações dos serviços que integram o programa. A normatização visa uniformizar e reforçar o atendimento integral ao indivíduo infectado pelo HIV.

### **5.1.2 - O Atendimento Ambulatorial**

Fonseca (1994) informa que em 1992 realizaram-se os primeiros atendimentos de HIV/AIDS nos CMS. Nos últimos quatro anos, a rede ambulatorial ampliou de 05 para 21 o número de unidades que oferecem assistência ao portador de HIV/AIDS.

Tendo em vista o quadro de necessidades do portador do vírus HIV e ainda considerando a importância da abordagem multidisciplinar, preconiza-se, no citado programa que a equipe de atendimento dos Centros de Saúde seja composta de profissionais que desenvolvam atividades de: consulta médica, consulta de saúde mental, consulta nutricional, consulta de serviço social, consulta odontológica, consulta de enfermagem e vigilância epidemiológica.

Os livros de registro são instrumentos de controle de inscritos e, por isso, contêm dados como: o nome do paciente, data de inscrição no programa, número de prontuário, assim como informações referentes aos casos de abandono ou reintegração ao



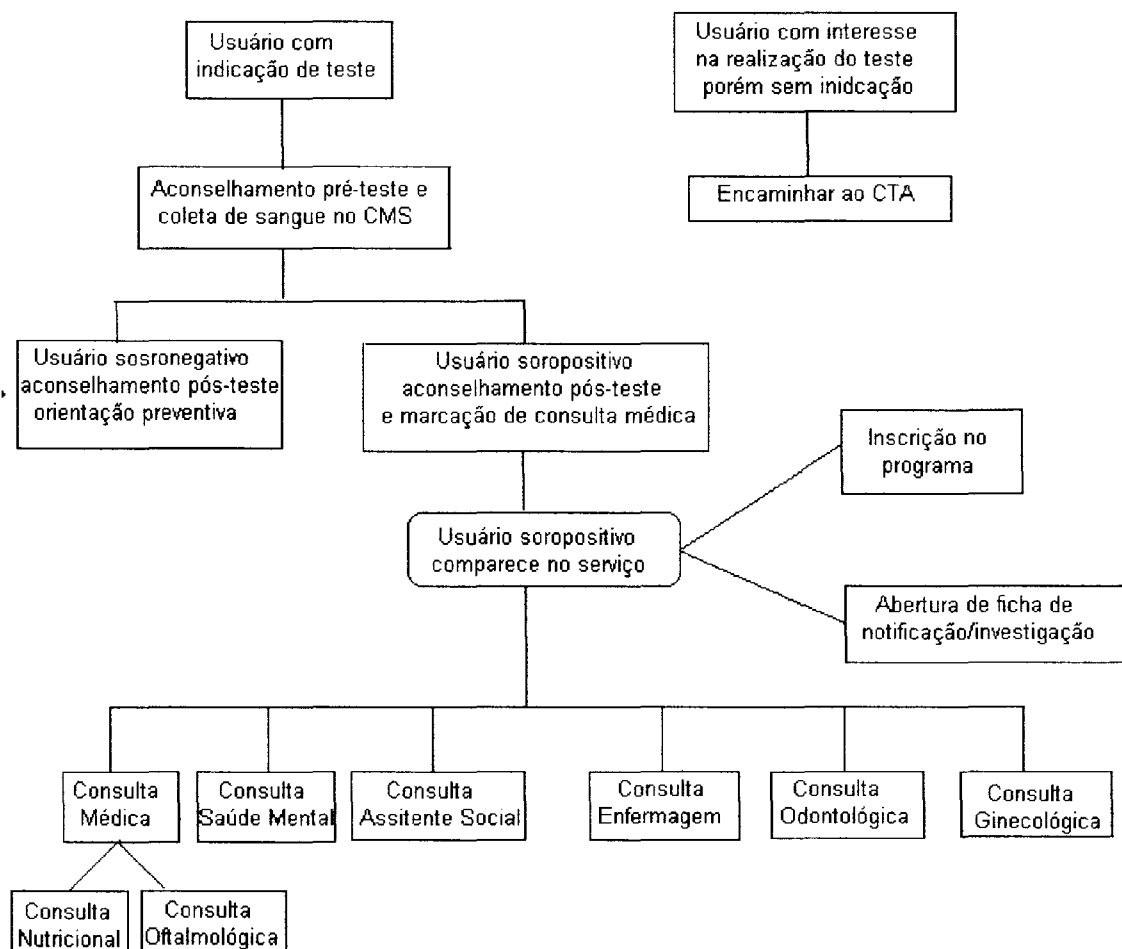
programa. A história de vida e história clínica do paciente são descritas no prontuário, utilizado por todos os profissionais para o registro das informações necessárias do usuário. Recomenda-se igualmente o arquivamento dos prontuários em local específico, tendo em vista evitar eventuais obstáculos, para novos registros e acesso fácil às informações, quando necessário.

Buscando favorecer o vínculo entre os usuários e profissionais, dinamizar e agilizar o atendimento e ainda manter a regularidade das consultas, os atendimentos são agendados. Porém, como é comum o comparecimento de usuários em dias não combinados previamente, alguns serviços alteraram o esquema e atendem às demandas espontâneas.

Apresenta-se a seguir o fluxograma de assistência ao paciente na unidade:

**Figura 2**

**Fluxo de paciente na unidade**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Manual de Normas e Rotinas do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

Esse fluxograma foi organizado a partir da realidade dos CMS, considerando duas demandas distintas: pacientes com indicação de teste e pacientes sem indicação e com interesse de conhecer seus status sorológico.

No primeiro grupo, efetua-se o teste no próprio CMS e, antes da testagem, o aconselhamento pré-teste. Esse atendimento é de caráter individual e implica o resgate da história clínica e social do paciente, informação sobre as formas de contaminação e prevenção, identificação de eventuais possibilidades de resultado positivo e negativo, a diferença entre infecção e AIDS, os benefícios da testagem e esclarecimento de dúvidas existentes.

O paciente sem indicação de teste é encaminhado ao Centro de Testagem Anônima, o que evita o acúmulo da demanda nos CMS e viabiliza o encaminhamento do paciente ao serviço mais adequado para a sua necessidade.

O serviço preconiza que o aconselhamento pós-teste seja, prioritariamente, realizado pelo profissional que realizou o 1º atendimento. Esse procedimento apoia no pressuposto de que, de certa forma, através do contato preliminar, estabeleceu-se um vínculo entre o usuário e o profissional que, por já conhecer aspectos relevantes da história do cliente, terá melhores condições de orientá-lo.

O paciente infectado é encaminhado para consulta médica, para realização de exames de rotina, de acordo com a proposta de procedimentos que inclui anamnese completa, exame físico, exames laboratoriais e consulta odontológica.

A vigilância epidemiológica trata da notificação e investigação dos casos de AIDS; por isso, seus dados são encaminhados ao nível central. Atua também na conscientização dos faltosos, procurando sensibilizá-los para a importância do tratamento e acompanhamento.

No que se refere aos medicamentos, esses são liberados pelo nível central, mediante solicitação da unidade até o quinto dia útil de cada mês. Essa demanda ocorre

por meio de formulário específico. Os medicamentos deverão ser estocados e liberados pela farmácia, mediante apresentação de receita do profissional da própria unidade.

A gestante soropositiva é considerada de alto risco; portanto, é alvo de cuidados especiais. Neste sentido é encaminhada para receber acompanhamento em unidades de saúde específicas, como o Instituto Fernandes Figueira e a Maternidade Fernando Magalhães. Quanto aos casos de criança com HIV/AIDS, os hospitais de referência são: Hospital Municipal Jesus e Hospital Municipal Salles Neto.

Paralelamente, a Gerência de DST/AIDS incentiva outras atividades, consideradas como “condições elementares para a promoção da prevenção do HIV” (Manual de Normas e Rotinas do Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde, 1995, p.16).

No que concerne à realização de projetos, o mesmo documento recomenda que sejam elaborados de acordo com a realidade específica da população usuária de cada unidade.

São previstas, também, no Manual de Normas e Rotinas do P DST/AIDS, supervisões técnico-administrativas, coordenadas pelo nível central, visando ao maior estreitamento das relações e retro-alimentação.

### **5.1.3 - A Testagem Anônima**

Os Centros de Testagem Anônima, CTA, ou Centros de Orientação e Apoio Sorológico, COAS são unidades que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção e orientação para o HIV. Visam a atender à demanda espontânea e suas atividades são

caracterizadas pelo anonimato, respeitando-se e assegurando aspectos confidenciais e éticos do atendimento. Os usuários são identificados por senha e somente o portador tem acesso ao resultado do teste.

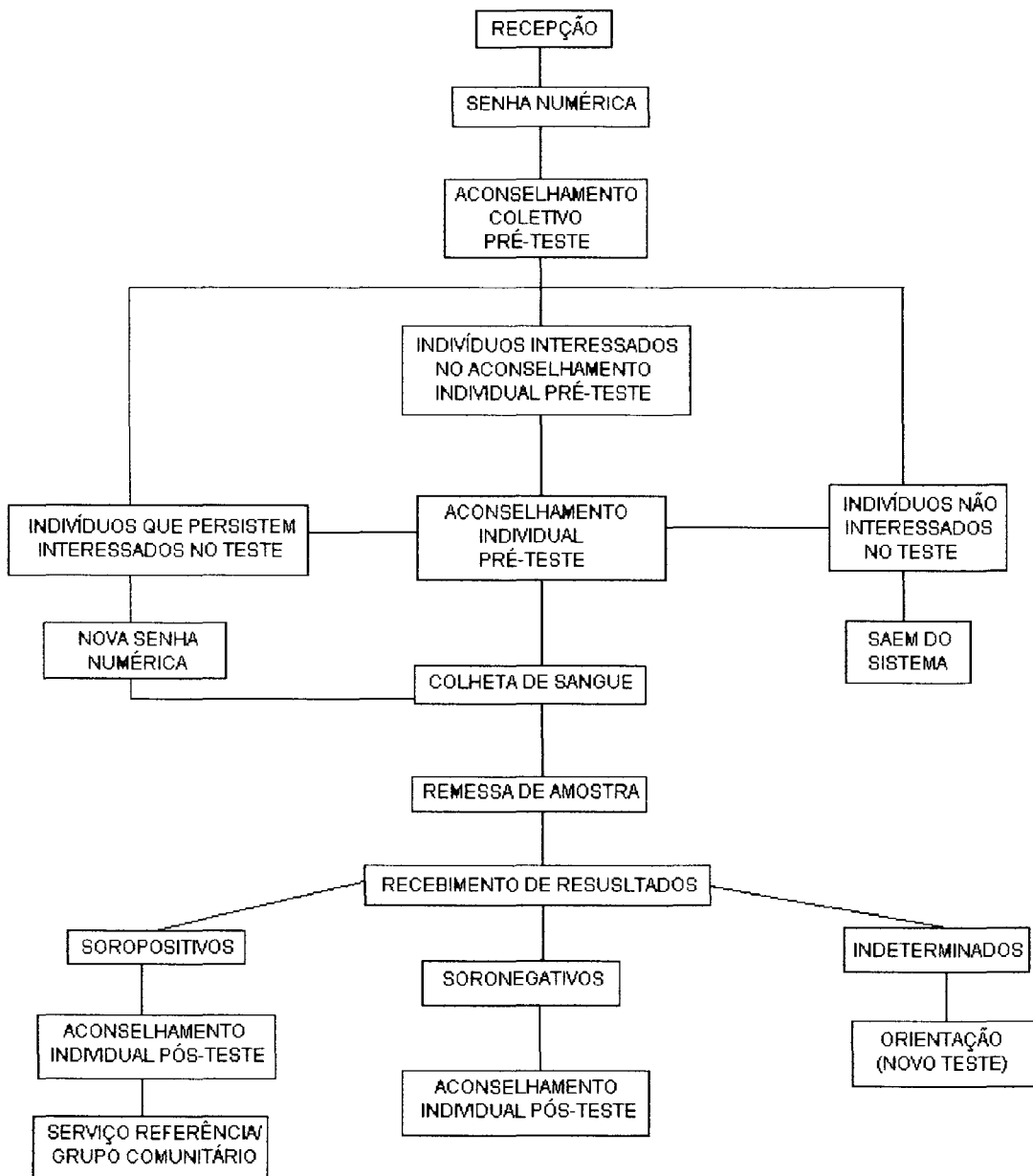
Essas unidades atuam como centros de prevenção e orientação sobre aspectos da infecção pelo HIV, através de aconselhamento coletivo, pré-teste, e orientação individual, pré e pós-teste, com distribuição de material educativo e preservativos. O fornecimento de preservativos é utilizado também como estratégia educativa.

O 1º CTA foi inaugurado em 1991, no Hospital Escola São Francisco de Assis, HESFA, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Ele executa um projeto formulado cooperativamente entre o próprio hospital e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Em junho de 1992, o COAS Rocha Maia iniciou as suas atividades. No ano de 1996, foi instalado o Centro de Testagem de Madureira. Assim, o Rio de Janeiro, contava, à época de coleta de dados da presente pesquisa, com três serviços de testagem anônima.

Quanto aos recursos humanos, a equipe mínima é composta por médico, assistente social e profissional de saúde mental. Esses profissionais desenvolvem um trabalho de aconselhamento coletivo e individual, pré-teste e aconselhamento individual pós-teste. Os agentes de saúde ou técnicos de laboratório realizam o serviço de coleta de material para exames. O serviço conta ainda com recepcionistas, que fazem parte do quadro administrativo e pessoal da limpeza.

As informações colhidas pelo profissional de nível superior são registradas no prontuário do usuário, que é identificado por uma senha única e individual. Apresenta-se, a seguir, o fluxograma de atendimento do CTA/COAS.

**Figura 3**  
**Fluxograma de pacientes no COAS**



Fonte: Ministério da Saúde - Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico.

As normas relativas ao aconselhamento coletivo e individual do CTA/COAS são coerentes com as indicações do Manual do P DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro. O que distingue o trabalho dos CMS e Unidades de Testagem Anônima é que nessas o serviço é anônimo, oferece testagem sorológica para o HIV e atribui ênfase à prevenção, enquanto o primeiro realiza acompanhamento ambulatorial.

Cabe esclarecer que as normas de organização e funcionamento dos CTA/COAS são derivadas das diretrizes do Programa Nacional e adaptadas, pelos Programas Municipais, a cada realidade. A orientação também dispõe acerca das normas técnicas para colheita, preparação e remessa de amostras para testes laboratoriais, normas de biossegurança e limpeza, desinfecção e esterilização do local e de materiais utilizados.

#### **5.1.4 - Treinamento de Recursos Humanos**

A política de treinamentos para capacitação e reciclagem dos profissionais que desenvolvem atividades junto aos programas da Coordenação de Doenças Transmissíveis está vinculada ao Programa de Educação Continuada. Conforme o Boletim da Gerência de DST/AIDS de fevereiro de 1997, esse programa vem tendo prioridade de execução e apresenta resultados significativos, no que tange à qualificação dos trabalhadores que prestam assistência direta.

O treinamento tem sido realizado em parceria com a Fundação João Goulart, para médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem. Os tipos de treinamentos, distribuídos pelas diversas áreas programáti-

cas (APs) do município, são: clínico básico, farmácia, pediatria, gineco-obstetrícia, vigilância epidemiológica, novos antiretrovirais e oficinas para pré-natal.

Com o propósito de identificar os entraves da implantação apropriada do programa e orientar as supervisões, são utilizadas as informações de frequência e participação em treinamentos.

Os objetivos principais dos treinamentos são: oferecer capacitação inicial, para o pessoal que vai prestar assistência aos portadores de HIV/AIDS, atualização dos profissionais, nos aspectos relacionados a tratamento e novas drogas anti-retrovirais.

## **5.2 - Metodologia da Pesquisa**

### **5.2.1 - A Pesquisa Qualitativa**

Considerando o objeto de estudo, optou-se por privilegiar, para a realização da presente investigação, a abordagem qualitativa na coleta e no tratamento dos dados. Abordar a questão da AIDS, com a intenção de retratar pontos de vista de segmentos diferenciados, demanda um estudo crítico e que contemple as suas peculiaridades e especificidades.

Thiollent (1982) observa que a investigação qualitativa permite o relacionamento entre os dois pólos concretos envolvidos na pesquisa - investigador e investigado. O autor acrescenta que ambos são condicionados socialmente, na medida em que estão inseridos em um sistema de representação teórico-ideológico não - neutro, que, por sua vez, se insere num espaço sócio-político. De acordo com Minayo (1994), a pesquisa



qualitativa possibilita contemplar o universo de significações, atitudes, motivos, pressupostos, aspirações, crenças e valores.

Assim, considerando a complexidade da temática em destaque, buscou-se privilegiar uma abordagem que melhor contemplasse o seu objeto e possibilitasse adotar instrumentos de investigação que permitissem assumir a complexidade do objeto e o caráter parcial e provisório do conhecimento produzido (Da Matta, 1981). Além disso, menos do que supor um esgotamento da compreensão sobre o objeto, buscou-se todo o rigor teórico-metodológico, objetivando uma aproximação e aprofundamento da compreensão do fenômeno. De acordo com Minayo (1993):

*Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política social ou de uma representação. (p. 102)*

Privilegiou-se a pesquisa descritiva e analítica, abordando as opiniões e expectativas de administradores de unidades ambulatoriais e de testagem, profissionais de saúde e usuários do Programa DST/AIDS, uma vez que se almejou compreender o que pensam e esperam dos serviços de atendimento de HIV/AIDS.

Para a busca de uma fundamentação teórico-metodológica que embasasse o presente trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre assuntos relativos ao objeto da investigação. Nesse sentido, foi feito um levantamento em livros, revistas e jornais especializados, relatórios técnicos, periódicos, teses, dissertações e outras produções acadêmicas existentes sobre a questão da AIDS e que também possibilitaram o estabelecimento do estado da arte.

A pesquisa valeu-se de documentos produzidos e utilizados sobre o objeto do estudo, tais como: atas, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, comunicações

informais ou materiais similares, que serviram para organizar um painel de propostas que expressa as diretrizes do Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro. Recorreu-se ainda ao Manual de Normas e Rotinas do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Procurando uma aproximação mais sistemática e profunda com o objeto, a partir das orientações da abordagem qualitativa, desenvolveu-se pesquisa de campo, com a coleta de dados primários nos locais de trabalho, onde estavam os profissionais supramencionados.

### **5.2.2 - O Campo: caracterização das unidades pesquisadas**

Face à abrangência do universo dos serviços de saúde que desenvolvem ações do Programa de DST/AIDS, tomou-se necessário delimitar os locais onde foram resgatadas as avaliações dos sujeitos da pesquisa, tendo-se o cuidado de não perder de vista os mais diferentes aspectos do tema e os diferentes segmentos envolvidos nos processos em estudo. Assim, a pesquisa foi conduzida em uma Unidade de Atendimento Ambulatorial e uma Unidade de Testagem Anônima, respectivamente, Centro Municipal de Saúde, da IX Região Administrativa Maria Augusta Estrela (CMS Maria Augusta Estrela ou CMS IX RA) e o Centro de Testagem Anônima, do Hospital Municipal Rocha Maia (CTA Rocha Maia).

Objetivando captar as múltiplas dimensões contidas na questão da AIDS, a partir do ponto de vista de atores sociais envolvidos com a questão da AIDS, o critério para

a seleção das instituições baseou-se no tipo de serviço prestado, população beneficiária, entre outras características.

#### **5.2.2.1 - O Centro de Testagem Anônima de AIDS Rocha Maia - CTA Rocha Maia**

O CTA se caracteriza como uma unidade de procura voluntária, que oferece o diagnóstico sorológico de HIV gratuito, confidencial e anônimo e utiliza, como estratégia para modificação dos comportamentos de risco, o aconselhamento e a educação para a saúde.

O **CTA Rocha Maia** funciona como centro de referência nacional, para treinamento de recursos humanos, para desenvolvimento de atividades em centros de testagem anônima para AIDS.

Fundado no ano de 1992, atende a uma média mensal de 200 usuários, entre adolescentes e adultos, de ambos os sexos, com faixa etária compreendida entre 12 até 75 anos. Por estar localizado no bairro de Botafogo, na zona sul do Rio de Janeiro, área privilegiada e nobre, possui uma clientela com renda familiar média superior a quatro salários mínimos, segundo dados estatísticos do serviço. Estando num ponto circundado por universidades, atende um número significativo de estudantes de nível superior. Abarca também uma demanda de comerciários, por estar rodeado de empresas; também atende uma grande parcela de trabalhadores de casas noturnas.

Sua equipe profissional contava com uma médica clínica, duas enfermeiras, uma assistente social e um psiquiatra. O horário de funcionamento era de 2ª a 6ª feira, das

8:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00 h. Na parte da manhã, funciona para atendimento coletivo e individual pré-teste e, à tarde, ocorre a entrega de resultados.

#### **5.2.2.2 - O Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela - O CMS IX RA**

Em relação aos Centros Municipais de Saúde, os recursos oferecidos incorporam outra gama de ações, que compreende: testagem (com teste identificado), atendimento ambulatorial (at), acompanhamento social (as), acompanhamento psicológico (ap) e medicamentos (m) para o soropositivo.

O **CMS IX RA** está situado em Vila Isabel, bairro de classe média e classe média alta, na zona norte do Rio de Janeiro, que também tem, ao seu redor, uma extensão de comunidades faveladas. Assim, ao mesmo tempo que concentra uma clientela que possui plano de saúde e acesso aos serviços hospitalares; só recorrendo a este serviço para obter medicamentos, atende a uma demanda de usuários paupérrimos e necessitados de todo tipo de ajuda. Quanto à faixa etária e gênero da clientela, são variados, pois presta assistência desde crianças até idosos, de ambos os sexos.

A equipe de trabalho era constituída por uma enfermeira, três médicos, duas psicólogas e duas assistentes sociais.

Esta unidade desenvolve um trabalho de prevenção à AIDS nas escolas da área, um total de 14 instituições de ensino básico. Tendo em vista a amplitude da demanda em relação ao quantitativo de profissionais de que dispõe, somente consegue atingir uma escola por ano.

A partir de setembro de 1996, iniciou-se um trabalho de sensibilização quanto à prevenção e utilização do preservativo masculino, com o programa de cadastro, que contava com trinta participantes.

### **5.2.3 - Os Sujeitos da Pesquisa**

Nas unidades mencionadas, os interlocutores privilegiados foram todos os profissionais de nível superior, que prestavam assistência direta ao portador do vírus HIV e os Coordenadores das unidades e usuários dos serviços.

A médica que faz parte da equipe verbalizou que só concederia entrevista se a pesquisa tivesse caráter oficial. Com a resposta positiva, alegou ter pouco tempo disponível e que teria que ser marcado um horário de atendimento dos pacientes na mesma agenda. A presente pesquisadora avaliou que não tornava procedente a realização da referida entrevista, pois se a pesquisa tinha caráter oficial, não consistia na obrigatoriedade da participação dos sujeitos no processo. Ainda, considerando que a demanda para atendimento médico é elevada, estaria a entrevista ocupando um horário de utilidade para os usuários daquele serviço. Ressalta-se ainda que a intenção de desenvolvimento da pesquisa jamais buscou contemplar os seus objetivos em detrimento da dinâmica do serviço e do acesso dos usuários.

A profissional de serviço social lotada no CMS também não participou da pesquisa, pois avaliou que por não fazer parte, oficialmente, do programa de AIDS e atender esporadicamente os usuários do programa que recorrem a este setor, não seria relevante a sua contribuição.

Ocorreu, então, que no CMS Vila Isabel somente concedeu entrevista a enfermeira que atua no Programa.

Fizeram parte, como informantes da pesquisa, dez usuários. O critério para a delimitação numérica é aleatório, já que não foi motivo de preocupação, para efeito deste estudo, a delimitação numérica dos sujeitos envolvidos, pois “o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação” (Minayo, 1994, p. 103). A esse respeito, concorda-se com Vellozo (1994) que argumenta que: “os usuários conformam um conjunto heterogêneo - múltiplo em suas demandas e diverso na sua composição social” ( p. 27).

São diversas as formas de encaminhamento do problema aqui colocado, porém, neste trabalho, procurou levar-se em consideração de Allport (In: Rodrigues, 1995), quando afirma que : “Se desejamos saber como as pessoas sentem, qual sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e seus motivos, quais as razões para agir, como o fazem - por que não perguntar a elas?” (p. 131).

#### **5.2.4 - O Trabalho de Campo e o Instrumento da Pesquisa**

A entrada no campo iniciou-se em novembro/1996 com um contato com a Diretora do CMS IX RA e a Coordenadora do COAS Rocha Maia. A primeira encaminhou esta pesquisadora para a Enfermeira do setor, que é a referência no desenvolvimento do Programa de Tuberculose/AIDS. Embora, a mesma não ocupe cargo de chefia, pois a Coordenadora acumula a responsabilidade por todos os programas do posto e a res-

ponsabilidade do Programa acima fica com a profissional de enfermagem que atua no programa.

Nessa primeira aproximação, foi apresentado e discutido o objeto de estudo e interesse de desenvolvimento da pesquisa nas respectivas unidades. Levando em consideração a receptividade encontrada, realizou-se preliminar coleta de dados acerca das unidades, no sentido de desenhar a sua caracterização que iria auxiliar no delineamento da metodologia do projeto.

Houve um intervalo de ausência do campo, para complementar a elaboração de projeto. Após, retomou-se o contato, já com a apresentação e discussão do projeto de pesquisa. Neste momento, foi elaborada uma Carta de Apresentação da pesquisadora, com a intenção de estabelecer a entrada formal no campo.

As coordenações dos serviços colocaram-se à disposição para quaisquer informações, assim como permitiram o acesso a todos os dados sistematizados: prontuários, movimento estatístico e documentação oficial do Programa Nacional e Municipal de DST e AIDS.

Priorizou-se a entrevista aberta, como forma de abordagem técnica do trabalho de campo, por permitir a coleta de dados qualitativos, e facilitar a relação entre sujeitos num compartilhar de conhecimentos e questionamentos. Assim, argumenta Otávio Neto (In: Minayo, 1994):

*Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. (p. 57)*

Com a utilização desta técnica, pretendeu-se resgatar os pensamentos e expectativas dos participantes, entendendo-os como seres históricos, vinculados a um contexto social e que constróem um universo de representações e sentidos.

Tendo em mente a obtenção de informações de cunho objetivo, mas também resgatar os dados subjetivos presentes nas atitudes, opiniões e vivências dos atores sociais e dada a profundidade que se buscou neste estudo, tentou-se enfrentar o desafio de entrevistar “dentro de um clima de informalidade, como uma conversa com finalidade” (Minayo, 1986, p. 30).

Quando chegou o momento de desencadear o processo de entrevistas, promoveu-se uma reunião com toda a equipe do COAS Rocha Maia, oportunidade em que a Coordenação do Serviço explicou sobre o propósito de aplicação do instrumento aos profissionais e usuários. Todos os profissionais concordaram com a proposta.

Avaliou-se que o melhor momento para a sensibilização e entrevista com os usuários seria no momento do aconselhamento pré-teste. Ficou combinado que o profissional que iria realizar o trabalho de grupo informaria sobre a realização da pesquisa e seus objetivos.

Quando terminava a dinâmica de grupo e os usuários aguardavam a consulta individual pré-teste, perguntava-se quem estava interessado em participar. Quando houve mais de um interessado e a entrevista durava mais que meia hora, ocorreram algumas desistências, pois as pessoas alegavam compromisso de trabalho.

Comentando sobre a argumentação de Haguette (1990), Vellozo (1994) esclarece que:

*A entrevista é um processo de interação envolvendo quatro componentes: o entrevistador, o entrevistado, a situação de entrevista e o instrumento de captação de informações. Assume especial relevo para nós, a assimetria na rela-*



*ção entrevistador/entrevistado enquanto fator interveniente no depoimento do informante. (p.33)*

Assim, no início da entrevista, ocorria a apresentação da pesquisadora para os participantes (usuários e profissionais), reforçando os objetivos, a forma de captação e condução da entrevista, sobre o uso do gravador e roteiro da entrevista.

### **5.2.5 - Sobre a Análise dos Dados**

O conteúdo obtido no campo foi analisado à luz do método hermenêutico-dialético, que não determina técnicas de tratamento de dados, mas busca a sua auto-compreensão. Nesse método, conforme Minayo (1992) a preocupação se inicia no interior, “colocar a fala em seu contexto, para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (p. 222 ).

A partir do método hermenêutico-dialético, buscou-se a explicação e interpretação dos textos, das falas; ou seja, a análise dos significados sociais. A análise dialética esteve presente, pelo seu princípio de especificidade histórica e de totalidade, o que possibilitou apreender e analisar o cotidiano das relações institucionais, bem como os sujeitos envolvidos, como um processo, como parte de um todo. Permitiu que se trabalhasse as contradições existentes entre o Programa de DST/AIDS e as percepções e expectativas dos grupos-alvo; observando os critérios de complexidade e de diferenciação.

Partiu-se do pressuposto de que os fatores condicionantes que envolvem a questão da AIDS não podem ser apreendidos se não forem situados no contexto histórico

que ela se desenvolve, na totalidade das relações que se estabelecem na dinâmica da epidemia. Tentou-se inserir o objeto sob o ângulo da subjetividade, das representações dos dados concretos de realidade, das possibilidades, da necessidade, da contingência, da quantidade e qualidade do fenômeno em estudo.

Em relação ao método dialético, Zajdsznajder (1992) observa que:

*A sua perspectiva é de considerar os processos de mudança como contraditórios. A sua orientação é perceber, em qualquer situação, pares de opostos em luta, cuja consequência dará ocasião a nova realidade. A visão básica do método, segundo um processo contraditório. Mas os processos contraditórios não se encontram isolados. Formam uma totalidade geral, onde cada parte dá a sua contribuição e tem, no seu movimento, um lugar no todo. (p.21)*

Para o tratamento dos dados, nos apoiamos na proposta de interpretação qualitativa de Minayo (1992), que sugere os seguintes procedimentos: ordenação e classificação dos dados e análise final.

A reflexão inicial sobre a experiência vivenciada já se concretizava no decorrer do desenvolvimento das entrevistas. Algumas vezes, entrevistador e entrevistado faziam avaliação geral do conteúdo da entrevista, tendo como critério, os objetivos expostos. Frequentemente, emergia a satisfação de ambas as partes, ao verificar que se havia conseguido tantas informações importantes para o estudo. Alguns verbalizavam até mesmo os destaques que deveriam ser dados na análise do material.

Como os atores selecionados se diferenciavam, no que se refere à sua forma de inserção no programa: usuários dos serviços, profissionais de saúde que prestam atendimento e os coordenadores dos serviços, que estão gerenciando e implementando o programa, foram elaborados três diferentes roteiros de entrevista.

O roteiro de entrevista para o usuário dos serviços, contemplou as seguintes questões:

↳ O que é viver com AIDS, no Município do Rio de Janeiro?

↳ Quais as percepções, expectativas e sugestões sobre o atendimento prestado aos usuários que recorrem aos serviços, para testagem e assistência ao portador do vírus HIV?

Para os profissionais de saúde, perguntamos:

↳ Como o município do Rio de Janeiro responde às demandas colocadas pela epidemia de HIV/AIDS para a população?

↳ Qual a sua avaliação sobre o treinamento dos profissionais que vão atuar nos serviços de atenção ao HIV/AIDS e os que já atuam na área?

As indagações para os coordenadores das unidades foram:

↳ Como são operacionalizadas as normas e rotinas do P DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro?

↳ Quais as possibilidades e limites detectados?

↳ Qual a sua avaliação sobre o Programa e qualidade do atendimento dos profissionais à população?

No decorrer de toda a entrevista, esclareceu-se que o objetivo não era a testagem e análise do conhecimento formal dos participantes sobre o assunto, mas conhecer o que pensavam, esperavam e como avaliavam o Programa.

Antes de iniciar o processo análise dos dados, realizou-se a transcrição das entrevistas, quando se transcreveu na íntegra, as falas dos atores sociais.

Para a etapa final da classificação dos dados, buscou-se a construção das categorias específicas considerando o “conjunto das informações presentes na comunicação”, através do cotejamento da análise dos discursos das representações, emanadas pelos sujeitos nas entrevistas.

ção”, através do cotejamento da análise dos discursos das representações, emanadas pelos sujeitos nas entrevistas.

O fato de se ter sido seguido fielmente o roteiro em todas as entrevistas, facilitou o ordenamento e análise dos dados. Eles foram organizados, tendo em mente a análise dos conteúdos do discurso de cada público-alvo, selecionado para participar da pesquisa. Trabalhou-se, conjuntamente, a fala dos interlocutores. Após a primeira leitura e releitura dos conteúdos, foram construídas as categorias, a partir das contribuições e significações derivadas das falas dos atores e ainda dos dados obtidos mediante a observação do cotidiano, principalmente, daqueles adquiridos na interação com os sujeitos. Ficou claro que o envolvimento com as vivências e interpretações do mundo do outro, que também fazem parte do nosso mundo, permite construir uma experiência e uma nova leitura da realidade. Em se tratando da questão da saúde pública e a epidemia de AIDS, o que se percebe é que ninguém pode ficar (e nem fica) isento, alheio, consciente, ou inconscientemente. Por envolver questões vinculadas a valores e a preconceitos, todas as pessoas são de alguma forma atingidas pela discussão. Além disso, no plano da busca de encaminhamento de soluções para o problema epidemiológico, sabe-se que as responsabilidades são muito abrangentes, pois essas questões só terão respostas eficazes em nível coletivo.

A análise final se processou através do diálogo constante com o conteúdo estabelecido entre o pesquisador e sujeitos da pesquisa, ou seja, o que os interlocutores expressaram, com a tentativa de apreender o fenômeno na sua totalidade, no contexto concreto das contradições e unidade dialética, buscando, assim atingir os objetivos da pesquisa.

### **5.3 - Apresentação e Discussão dos Resultados**

Neste capítulo, pretende-se apresentar e analisar os resultados da pesquisa. Com esse propósito, considerou-se oportuno organizar o capítulo de forma a preceder a análise de uma breve caracterização dos sujeitos. Em seqüência, são referidos e interpretados os achados, por meio de alguns núcleos temáticos, estruturados a partir das falas dos participantes da pesquisa. Os núcleos temáticos são os seguintes: Confidencialidade e Anonimato, Dinâmica do Serviço, Treinamento dos Profissionais, Metodologia do Aconselhamento para a Prevenção, Trabalho Extra-Muros e a Parceria com as ONGs, Ações para Grupos Específicos, Trabalho em Equipe e a Prática Interdisciplinar, Suporte Psicológico e Disponibilidade de Recursos.

#### **5.3.1 - Sobre a Apresentação**

Na apresentação das entrevistas e discussão dos resultados, priorizou-se uma identificação geral e não particularizada dos entrevistados. Há dois motivos principais para justificar essa decisão: como a pesquisa também se desenvolveu em um centro de testagem anônima onde os usuários não são identificados pelas referências individuais e, sim pelas características gerais, procurou-se manter certa coerência e uniformidade na exposição dos dados obtidos junto aos mesmos. Por outro lado, considerando que nesta pesquisa procurou-se realizar construção coletiva de conhecimentos, não cabe fragmentar as representações dos atores envolvidos e sim, situá-las na totalidade do contexto em que emergiu.

Cumprе ainda esclarecer que a caracterização dos sujeitos foi desenvolvida para os dois grupos específicos - profissionais de saúde e usuários dos serviços. As citações referentes a suas opiniões, representações e sugestões não serão referidas especificamente à pessoa que as enunciou, mas ao grupo de que fazia parte: usuários - assinaladas pela letra **u**, entre parênteses, **(u)** - ou profissionais - assinaladas pela letra **p**, entre parênteses, **(p)**.

Conforme explicação anterior, só será resgatada a fala da Coordenadora do CTA - Rocha Maia, pois no CMS Vila Isabel só existe uma Coordenadora Geral, responsável por todos os programas do serviço. A mesma ocupa apenas formalmente o cargo; porém o acompanhamento do cotidiano do Programa Tuberculose e AIDS fica a cargo da enfermeira desse Programa.

Tal circunstância fica clara, considerando-se que, quando da primeira aproximação desta pesquisadora com o campo, a diretora do CMS indicou que fizesse contato com a mencionada enfermeira, que estaria apta a prestar todas as informações necessárias. Num esforço de síntese, pode-se dizer que, na prática, a enfermeira desenvolve o trabalho de organização de todo o serviço, mas, no plano formal, sua função é de assistência e não de coordenação. Como a profissional responsável pela coordenação do CTA Rocha Maia também atua na assistência, desenvolvendo as mesmas atividades dos outros profissionais, julgou-se procedente identificá-la, juntamente com as dos demais colegas.

### **5.3.2 - Características Gerais dos Entrevistados**

Os profissionais envolvidos na pesquisa de campo eram todos do sexo feminino, com graduação em Serviço Social, Enfermagem ou Medicina. Quanto ao tempo de formação profissional variou entre 14 e 7 anos, sendo que a maioria trabalhava com a questão da AIDS há mais de 7 anos, e atuava nas unidades desde o início do programa. Somente uma entrevistada mencionou que estava inserida no trabalho há menos de um mês. Todos se vincularam ao programa, por opção, ou seja, poderiam ter sido lotados em outras unidades e, espontaneamente, decidiram atuar com a questão do HIV/AIDS, mas não tinham nenhuma especialização na área. Todos manifestaram satisfação com o trabalho que desenvolviam e expressaram desejo de permanecer no serviço.

Dos usuários entrevistados, a metade era do sexo feminino e metade do sexo masculino, com idade variando entre 21 e 55 anos. Quanto à situação conjugal, o grupo era composto de divorciados, viúvos, casados e solteiros; o grau de instrução também variava entre pessoas que haviam cursado o 1º, 2º e 3º grau. A maioria não tinha plano de saúde e utilizava o serviço público para todos os tipos de atendimento de que necessitava. Os usuários do CMS, na sua maioria, estavam em tratamento há mais de 6 meses, sendo que uma usuária estava retomando, após abandono de 6 meses, para acompanhar o seu companheiro que faleceu em maio/97 de insuficiência respiratória, com AIDS.

Já no CTA, pela própria característica do serviço, a maioria havia comparecido para submeter-se ao teste pela primeira vez, espontaneamente. Somente um entrevistado estava retornando, para receber o resultado do teste.

### **5.3.3 - A Fala dos Atores Sociais**

Na seqüência do capítulo procura-se analisar os dados mais especificamente vinculados aos objetivos do estudo, obtidos por meio das entrevistas e observações de campo. Tendo em mente este propósito, derivaram das falas dos atores sociais participantes da pesquisa os núcleos temáticos mencionados anteriormente. Eles serão apresentados e discutidos nas seções seguintes do presente trabalho.

#### **Confidenciabilidade e Anonimato**

Como seria de esperar, a relevância do anonimato dos pacientes foi um aspecto apresentado reiteradamente nos diferentes momentos da coleta de dados. Como se demonstrará a seguir, com freqüência, o requisito foi associado a valores sociais tradicionais, aos estigmas e preconceitos que acompanham a AIDS e, portanto, o usuário acometido pela doença.

Nessa linha de pensamento, as manifestações dos sujeitos da pesquisa enfatizam que a garantia do anonimato e do sigilo das informações do diagnóstico são condições quase que indispensáveis para que o cidadão decida procurar um serviço para testagem. Acredita que, dessa forma, evite constituir-se alvo de maior preconceito e



discriminação, pela simples procura do serviço. As falas transcritas a seguir são ilustrativas dessa inferência:

*O sigilo, o anonimato é uma garantia. É uma proteção. É uma proteção para esse usuário, que chega, sem saber o que ele vai encontrar e que, quando sai de casa, já é alvo de preconceito. (p)*

*O anonimato preserva a pessoa e lhe dá o direito de não ter sua privacidade invadida. (p)*

Os resultados sugerem que, na visão dos usuários, o anonimato é uma estratégia importante para se vencer o preconceito e discriminação social no que tange à busca de assistência ou de diagnóstico, quando se trata de AIDS. Isso porque a identidade do cidadão é preservada, oferecendo certa segurança e proteção. Observa-se em alguns depoimentos que o anonimato é condição importante e estímulo à ida do cidadão ao serviço para a realização do teste, sem que se sinta tão exposto e alvo de preconceito e discriminação.

*Infelizmente, o anonimato tem que ser preservado, para que não haja tanta discriminação... Mas, não é o que eu acho certo... (u)*

*Eu acho que o anonimato, para certas pessoas dá uma certa segurança, sabe? É uma barreira muito grande chegar até um serviço. Por causa da desinformação, existe muito preconceito. (u)*

*Importante, porque preserva a pessoa. Porque, só de falar que vai fazer o exame, já dizem que a pessoa tem AIDS. E o anonimato já guarda mais a gente. (u)*

*Eu acho que tem que ter o anonimato. É um direito da pessoa de usar e optar por um serviço. (u)*

*Eu acho que é importante, porque eu acho que deve dar a possibilidade, o direito de quem quer e quem não quer se identificar. Quem não quer se identificar, preserva a sua integridade. O anonimato é opção. E tem que dar essa opção para o indivíduo. (u)*

Parker (1994) argumenta que o preconceito e a discriminação estão associados ao tratamento inicial à questão da epidemia no Brasil, assim como em todos os lugares. Acrescenta que, apesar das tentativas de alteração desses valores e comportamentos tradicionais, mediante melhoria do nível informativo, com relativa responsabilidade, ainda não se conseguiu uma formação de atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV e à AIDS na população, de forma a minimizar a discriminação existente.

De acordo com as Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, a proposta de implantação dos COAS se pauta na procura voluntária, onde o anonimato das pessoas atendidas e o caráter confidencial e ético do atendimento são assegurados. Objetiva, também, dentre outros ampliar a acessibilidade da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV. São requisitos essenciais a confiabilidade e o anonimato nos locais onde os testes são realizados e os resultados identificados por senha. Procura-se, assim assegurar o sigilo, condição essencial para que se estabeleça a confiança necessária entre cliente e profissional/educador.

### **Dinâmica do Serviço**

Outro ponto emergente foi a valorização e reconhecimento, pelos profissionais, da importância da dinâmica de pré-teste, que abrange aconselhamento coletivo e individual aos usuários. Entre outras justificativas, a ênfase recaiu, na possibilidade de coletivização das questões e da maior participação dos usuários na análise dos problemas e na busca de solução dos mesmos. Outra vantagem mencionada reiteradamente foi a

da “troca”, da interação e da solidariedade, que fortalece. Para ilustrar, transcreve-se a seguinte manifestação:

*Muitos chegam cercados de perguntas e acham que o grupo vai inibi-los. Então, quando eles percebem que a informação em grupo é importantíssima, para que eles tenham informação sobre a transmissão e a prevenção, o uso correto do preservativo. E o mais importante é que ele pode trocar. Não é uma palestra, aquela coisa estática, em que você despeja informações. Há uma troca muito grande e a gente faz parte dessa troca. Então, o que está do lado ouve a experiência do outro ou a ansiedade do outro. A informação que ele quer ter e ele não sabe. Que, às vezes é tão simples para um terceiro, mas não é para um quarto, ou para ele que está perguntando. Então, há uma troca muito grande. Esta troca reforça o grupo. Eles saem reforçados e, quando vão para a entrevista individual, eles estão abertos. Acho que nenhum profissional aqui teve dificuldade de coletar dados nesse momento. (p)*

É interessante salientar que esse ponto de vista é compartilhado com Vasconcelos (1994), ao afirmar que: “Nesse processo, o usuário será chamado a questionar, avaliar, correlacionar, analisar, interpretar, investigar seu cotidiano, no espaço coletivo” (p. 11). Essa é uma perspectiva valiosa de trabalho, visto que abre espaço para que o usuário perceba que a sua problemática não é exclusiva, pois faz parte de uma realidade mais ampla.

Foi consensual a avaliação positiva da dinâmica do serviço do CTA. Como demonstram algumas falas apresentadas na seqüência da seção, eles valorizaram muito, entre outros aspectos, o aconselhamento coletivo, que possibilita uma troca de informações.

*Eu gostei muito da dinâmica daqui. O grupo nos faz pensar coletivamente e o atendimento individual é um momento nosso. (u)*

*Eu gostei muito do grupo, porque serve pra gente entender melhor os riscos da doença. Eu achei o serviço perfeito. (u)*

*Achei ótimo o atendimento. Gostei muito do grupo. (u)*

*É muito interessante a palestra, muito construtivo. Muito interessante, porque permite a participação das pessoas, tira dúvidas, responde as diversas perguntas que surgem. Eu acho que há muita troca diferente... há uma troca muito grande aqui dentro. (u)*

*Aqui é melhor que nos outros serviços, porque prepara o pessoal nas palestras. A gente fica mais informado. Esclarece as nossas dúvidas. O material educativo é importante, porque a gente fica mais informado. (u)*

*É bom, porque é feita uma palestra pra conscientizar as pessoas. É super válido. (u)*

A importância da aceitação do trabalho parece estar relacionada com a “troca” que é estabelecida como parte da dinâmica do serviço. Pereira (1993) expõe que a ligação histórica do serviço de saúde e todos os profissionais que ali atuam com as questões da vida da pessoa, torna-os referência para a necessidade de relação que todo ser humano traz dentro de si. Esse processo fica mais evidente, em se tratando das questões de HIV e AIDS, pois o profissional precisa tomar conhecimento de particularidades muito íntimas da vida do usuário, quando busca as informações necessárias para compor a sua história epidemiológica.

Ainda segundo a argumentação de Pereira (1993), “no mundo moderno, quando o individualismo afasta as pessoas de tal maneira que não há mais espaço para conversas” (p. 31), para a “troca”; e com a questão da AIDS fica agravada pelo preconceito e discriminação. O serviço de saúde que possibilita esse espaço de discussão, passa a ser o ombro e o ouvido.

*Talvez possamos dizer, diante disto, que o que o paciente procura e o que o profissional de saúde pode oferecer é, na melhor das hipóteses, uma **relação** (grifo do autor), e esta vai se dar, necessariamente, dentro do quadro técnico-científico prevalecente num determinado local e numa determinada época. (Pereira, 1993, p. 31)*

No CMS, os usuários aprovaram igualmente a dinâmica e fizeram referência ao trabalho desenvolvido pelos profissionais, pela médica e pela enfermeira do programa.

*Aqui, o pessoal é legal. Gosto muito da C.. Eu abandonei o tratamento e ela me ligou, diversas vezes pra eu voltar aqui. Ela é muito atenciosa e carinhosa e a dra. S. também. (u)*

E, numa visão consciente e responsável, a entrevistada assinala o compromisso e envolvimento dos profissionais, como elemento imprescindível para alcançar os resultados esperados:

*Mas, se cada um fizesse o seu papel e realmente botasse a boca no mundo e dissesse, que esclarecesse, que houvesse um incentivo do poder público nessa questão, né? Na melhoria da saúde, na melhoria da informação, da melhoria da qualidade de vida, do povo em geral, não só da AIDS, do povo em geral. O povo está completamente abandonado, está soropositivo, sem ser. (p)*

É interessante assinalar que os usuários enfatizam, entre outros aspectos a atenção e a postura não discriminatória ou preconceituosa dos profissionais. Essa avaliação ocorre, conforme destaca Guimarães (1994): “a partir do reconhecimento desse espaço como uma referência para trocas e interações pessoais, sem medo de serem discriminados ou abordados de forma preconceituosa” (p. 4). Esses aspectos ficam claros na verbalização dos entrevistados:

*Eu acho muito bom o atendimento daqui. Porque, infelizmente, ainda tem a discriminação e a pessoa, o profissional não sabe quem tem ou não. Então, o profissional trata todo mundo bem, quem possa vir a ter ou não a doença. Isso é muito bom: não discriminar. (u)*

*Muito bom o atendimento. (u)*

*O atendimento é muito bom. Me tratam muito bem e funciona tudo. (u)*

*Aqui, eles nos tratam com muito carinho. A dra. S. e a C. são excelentes. Depois que eu conversei com elas, eu tive muita força e vontade de viver. Elas nos passam muita coisa, muita informação e com carinho. (u)*

*Estou aqui há 4 meses e, olha, até agora eu não tive nada contra. A dra. me trata bem. Toda vez que ela marca, ela tá aqui e me dá muita atenção. Ela conversa muito. (u)*

*Eu acho que, quando o profissional mostra sentimento, esse é um preparo. O apoio é mais de uma amizade, de um lado de companheirismo, uma questão de solidariedade. (u)*

*O atendimento é excelente. Não somos discriminados ou maltratados. É assim que a gente deve ser tratado no serviço público e em qualquer lugar. (u)*

*Não tenho o que reclamar, o atendimento é ótimo. Sempre fui bem atendido. (u)*

*São ótimos. A dra. G. não é uma doutora, é uma santa. Sempre me escuta. (u)*

*Aqui o pessoal é muito legal. Tratam a gente muito bem. (u)*

Percebe-se, também, nas falas acima, que a acolhida é fundamental nesse trabalho. O vínculo que se estabelece entre profissional e usuários favorece o trabalho de sensibilização, com vistas ao desenvolvimento da consciência crítica do cidadão em torno da epidemia. Essa acolhida deve ser pensada como parte integrante da metodologia de intervenção do trabalho educativo.

Além do exposto, os profissionais citaram a flexibilidade da agenda como um dos pontos de destaque do trabalho que desenvolvem, como fica claro na transcrição a seguir:

*A dinâmica funciona. A gente gerencia a agenda. Fica aqui com a gente. São dez atendimentos para cada médico no programa da AIDS por dia, ou seja, 3a,*

*5a, e 6a, amanhã. Mas, vira e mexe, a G.. até que é mais flexível, vira e mexe, ela atende 11 e até mais. A S.. é mais instável. (p)*

A flexibilidade na dinâmica e na agenda do atendimento, também foi assinalada pelos usuários como ponto positivo. As seguintes falas são eloqüentes a esse respeito:

*Não estava marcado. Eu vim hoje e consegui o atendimento. (u)*

*É rápido. Hoje, eu ainda estou aqui, porque cheguei atrasada e já passou a minha hora. Mas, mesmo, assim ela vai me atender. Mas, se não fosse isso, eu já teria ido embora. (u)*

Diante das dificuldades e da premência em prestar o serviço, os profissionais precisam ser criativos e encontrar mecanismos, que, se pudessem evitariam. Paralelamente, apresentam sugestões acerca de como imaginam que deveria ser o serviço:

*A gente tenta burlar... Vai por fora... Marca consulta por fora, com dermatologista, o paciente fica esperando. Marca por fora com a ginecologista. Deveria se o fluxo normal... Você deveria chegar pro paciente e falar: você vai, marca ginecologia lá na frente. Deveria ter uma agenda maior pra atender... O próprio programa da mulher não consegue atender todas as mulheres, mais essas mulheres daqui do programa. Então, o acesso a determinados exames, a determinadas referências, oftalmologia, o neuro, quando o paciente cronifica, leitos hospitalares, tudo isso é muito difícil... (p)*

Comentam Parker et alii (1994) que: “Não bastam métodos, técnicas e elementos supereficazes isoladamente considerados. Para prevenir ou curar esta enfermidade, é necessário que seja assegurado a toda a população o acesso mais eqüitativo aos serviços de saúde” (p. 275). Esse é um grande desafio para a luta contra essa epidemia.

A qualidade do serviço é bastante valorizada pela agilidade e flexibilidade proporcionada pelos profissionais, o que resulta na maior facilidade de acesso dos indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde. A esse respeito, comentam Acurcio e

Guimarães (1996) que a epidemia de HIV/AIDS tem produzido reflexões no cotidiano da prática das instituições e dos profissionais de saúde, além de trazer à tona as iniquidades na distribuição das ações e serviços de saúde. Essa problemática requer séria reflexão sobre as implicações dos diversos obstáculos de acesso aos serviços, "... considerando-se os custos sociais e humanos da infecção pelo HIV, as necessidades e demandas dos indivíduos infectados e as consequências que do não atendimento pode ter para estes indivíduos" (p.241).

A socialização das informações foi reiterada sucessivas vezes, pelos usuários. Inclusive, sugeriu-se a ampliação dos dias de atendimento para o sábado, com vistas a possibilitar o acesso das pessoas que trabalham fora e encontram dificuldades de liberação para a realização do exame, no horário de início da jornada diária de trabalho.

*Mas a única coisa que eu acho é que a pessoa perde muito tempo aqui. E as pessoas trabalham. Se eles abrissem isso aqui nos finais de semana, mais gente poderia ter acesso ao serviço. (u)*

Outro achado digno de grande atenção refere-se à lacuna no tocante à referência e contra-referência, dada a falta de recursos e descontinuidade do programa, na articulação dos centros de testagem e serviços ambulatoriais. A agenda de atendimento dos CMS, muitas vezes, não suporta a demanda oriunda dos centros de testagem e não se faz a contra-referência, ficando os centros de testagem, sem informação acerca do encaminhamento.

*Na parte do aconselhamento, o soropositivo é encaminhado aos postos de saúde. Só que nesse encaminhamento é que começa a ansiedade do profissional. Como é que ele vai chegar? Como é que ele vai ser recebido? Então a gente tenta fazer contato com esse programa: Qual o médico? Qual equipe a-*



*tua? Para saber quem está recebendo bem, como é que é que é mais fácil para a gente encaminhar direto àquele profissional que atende... Quando a pessoa sai do Centro de Testagem Anônima, ela já sai com uma carga emocional muito grande... Porque ela vai procurar por um Programa onde ela não é entendida ou tem dificuldade para ser atendida... A gente perde esse usuário... Não sabemos se ele vai se tratar, qual o suporte de seus familiares... A gente trabalha com prevenção e fica um pouco distanciada, mas tem que saber o que está acontecendo... (p)*

*A contra-referência. Você manda para o posto, o posto? E aí, ele vai para onde? São coisas que têm que ser melhor amarradas porque a contra-referência está meio solta. (p)*

A abordagem da questão da referência e contra-referência, como parte da dinâmica de encaminhamento dos serviços não pode estar disassociada da discussão sobre o acesso aos serviços de saúde e sistema de informações nessa área. Parker e Galvão (1994) argumentam que a dificuldade na assistência global ao paciente por infecção por HIV/AIDS é determinada pela precariedade da rede assistencial. E, no trato da referência e contra-referência persiste como crítica a falta de um sistema de informação e articulação entre os serviços e equipe profissional.

Enquanto instrumento de trabalho, o encaminhamento deve ser valorizado, não só como documento escrito, mas também acompanhado de contato anterior com o serviço a ser referenciado, para garantir a vaga de acesso. E ainda, cabe a atualização permanente do cadastro de recursos.

É preocupante assinalar que a maioria dos entrevistados relatou desconhecer o Programa DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro, suas normas ou recursos e serviços existentes. Ao mesmo tempo em que estão sendo atendidos na unidade, sequer têm conhecimento que tal serviço faz parte do Programa municipal. Percebe-se total

falta de informação sobre aspectos relevantes, como: os direitos do portador e doente de AIDS, informações epidemiológicas, etc.

*Não conheço o programa, nunca ouvi falar. Eu não tenho acesso ao programa do município. Só conheço esse serviço aqui e não sabia que fazia parte do município. O serviço público, eu acho que ele atende; pode atender toda a população. Mas, muita gente não tem acesso, não sabe, não procura o serviço público, achando que ele não vai funcionar, entendeu? Tipo assim: uma testagem gratuita como a que a gente tem aqui, com palestra, muita gente desconhece. Eu acho isso mal, porque muita gente deixa de fazer o teste, porque os laboratórios particulares cobram caro e elas não têm informação a respeito da testagem gratuita. (u)*

*Não conheço nada dos direitos que nós temos. Ninguém nunca falou pra gente. (u)*

*Sou uma pessoa que me informo bem. Mas, a base do programa eu não conheço. (u)*

*Eu, pelo menos, não tenho conhecimento. (u)*

*Só conheço a existência destes postos e que nos postos de atendimentos nos bairros, há a distribuição de medicação. O programa em si ninguém comenta. (u)*

*Só conheço esse posto aqui. Deve ser do programa, não é? (u)*

*Não conhecia o programa. A princípio eu procurei o HEMO-RIO e lá que me indicou esse serviço aqui. (u)*

*Só conheço esse aqui. (u)*

Sobre a legislação que versa sobre os direitos do portador, verbalizaram não ter qualquer informação.

*Isso não é muito divulgado. (u)*

*Eu conheço muito pouco a legislação. Muito pouco. De vez em quando, se vê falar sobre isso na mídia. De vez em quando... (u)*

*Não conheço nada da legislação. (u)*

*Apesar, assim, de eu ser formada em Direito, eu não tenho acesso à legislação. O Estado deveria divulgar mais os nossos direitos. (u)*

Os depoimentos acima suscitam a inferência de que, ao mesmo tempo em que a dinâmica é valorizada positivamente pelos usuários, no âmbito da democratização de informações, ocorre uma lacuna no que tange à socialização dos dados sobre o Programa como um todo e ainda no que se refere à legislação específica de DST/AIDS, contemplando os direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS. A esse respeito, Mann et alii (1993) argumentam que embora a disseminação da informação por si só não seja considerada como chave para a mudança de comportamento; ela é instrumento fundamental para aumentar a conscientização. Persiste, então, a importância da informação acerca dos direitos que amparam o usuário como forma de instrumentalizá-lo, para ampliar, consolidar e exercitar a sua cidadania.

A maioria dos entrevistados foi coerente com o que manifestaram os profissionais, a respeito de que há falta de material educativo para distribuição nos serviços. Também fizeram referência à escassez das propagandas nos meios de comunicação:

*Eu acho que tem que ter mais material educativo aqui no CTA e mais propaganda na TV, em rádio, jornal, que atenda mais à população, no sentido de informá-la. Porque eu acho que a propaganda que tem ainda é muito pouca. (p)*

*Na minha avaliação, faltam materiais educativos, como tantos outros recursos. (p)*

*Acho que deveria ter mais propagandas, informando isso. Informando os acessos ao serviço público. Em relação à distribuição gratuita do preservativo, eu não sei aonde eu poderia ter acesso. Eu acho que compra na farmácia. Eu acredito que as pessoas não conhecem sobre seus direitos de portador. Ninguém dá essas informações. Lá nos EUA, eu tive há pouco tempo lá, eles dão*

*o maior em orientar a população para os seus direitos. Aqui não. Ficamos feito bonecos, na mão dos donos do poder e saber. (u)*

*Eu acho que precisa de mais informação, de divulgar. Principalmente os lugares que têm esse serviço. (u)*

As expectativas e sugestões giram em torno dos seus sentimentos e vivências do cotidiano. A grande esperança não circula em torno do Programa, especificamente mas, dentro de uma visão mais ampla e global. A todo momento, no decorrer dos depoimentos, foi ressaltada a questão da prevenção e enfatizada a urgência do debate acerca das campanhas educativas, além da expectativa em relação às descobertas da ciência com relação à AIDS.

*E a gente também tem esperança, de que isso tudo não passe de um pesadelo e que seja uma tuberculose do século XXI. E que, daqui há algum tempo, a gente descubra a cura e que essa questão do incremento dos medicamentos, da pesquisa, no sentido de melhorar a sobrevida do paciente seja cada vez mais eficaz, para que a gente tenha os medicamentos acessíveis para quem é soropositivo e quem tem AIDS... (p)*

A esperança da cura se situa no plano das expectativas de todos os usuários, tanto os portadores do vírus ou doentes, quanto os soronegativos.

*Eu espero a cura. Eu espero que um dia venha a cura da AIDS e eu fique boa. Enquanto isso, tem que prevenir. (u)*

*Eu sonho com a cura. Mas sei que a gente tem que se cuidar. (u)*

*Tem que se cuidar. Sou um portador... Sou triste... Só espero a cura... (u)*

*Eu espero que aconteça a cura. Hoje eu digo pra que as pessoas se previnam. (u)*

*O presente é o que está: é usar camisinha. E o futuro é a cura. (u)*

Parece haver consenso entre os sujeitos da pesquisa de que, considerando que a AIDS é uma doença incurável, letal e mistificada, investir na prevenção é o melhor remédio e trajeto de luta e combate à epidemia. Ressalta-se que a prevenção, ao mesmo tempo em que democratiza a informação, pode instrumentalizar a população para enfrentar, individual e coletivamente, essa pandemia. Esse ponto de vista é coerente com o que preconiza Vasconcelos (1994):

*É nesse sentido que a socialização da informação no trabalho social é condicionante numa prática que priorize as demandas da população usuária. Pois, como pensar em uma sociedade democrática sem pensar em cidadania, em direitos sociais? E como pensar em cidadão, sem informação...? (p. 5)*

As sugestões dos clientes do serviço destacaram as práticas preventivas, além da divulgação mais sistemática e convincente de informações, pelos meios de comunicação, visando a instrumentalizar a população para o uso de seus direitos e do desenvolvimento de ações de autocuidado. Também chamaram atenção para o fato de que é através das informações que poderá ser vencido o preconceito e a discriminação.

Estudiosos como Parker (1994) e Mann (1993) avaliam que a fase atual de resposta ao HIV e AIDS chegou a um nível de mobilização global, com o desenvolvimento de estratégias mundiais contra a doença. Porém, a pandemia está se intensificando e existe uma "... lacuna entre o ritmo da pandemia" (Mann, 1993, p. 110).

Numa outra perspectiva, foram referidas expectativas quanto à efetividade dos resultados das campanhas educativas e de seus efeitos no comportamento da população, como se menciona a seguir:

*Para quem não tem, que as campanhas educativas cheguem à população e que a população incorpore como comportamento, o uso do preservativo. Que é uma coisa que vai levar muito tempo, algum tempo... Porque teve até uma*

*pesquisa lá fora, nos EUA, eles observaram que as pessoas durante algum tempo usaram o preservativo, durante algum tempo e estão vendo que as pessoas encheram o saco e não estão usando mais... Então, quer dizer que a questão do comportamento é uma questão complicada, que vai levar tempo para a gente frear a questão da AIDS... (p)*

Mann et alii (1993) quando discorrem sobre a prevenção, fazem alusão à eficácia das campanhas educativas, que, muitas vezes, mostram no seu conteúdo mensagens obscuras e ambíguas, episódicas e pouco eficazes, apresentando lacuna entre o nível de instrução do público e o texto dos folhetos ou panfletos.

O desenvolvimento das campanhas educativas deve ocorrer de forma contínua, com mensagens claras e adequadas, como "... parte essencial do componente informativo/educativo do processo de prevenção do HIV " (Man et alii, 1993, p. 168).

### **Treinamento dos Profissionais**

No início do Programa, não havia treinamento sistemático, programado institucionalmente para os profissionais. A iniciativa ficava a cargo de quem sentia a necessidade de preparo específico para atuação com HIV/AIDS e dispunha de condições para providenciar pessoalmente esse acesso. Com o desenvolvimento do trabalho, a questão da atualização profissional passou a ser objeto da preocupação e do planejamento institucional, sendo incorporada formalmente no Programa, em nível federal e municipal. Esse dado também esteve presente no relato dos profissionais.

*No primeiro ano de trabalho, eu não recebi treinamento. Busquei por mim mesma, através de leituras sobre a doença. No segundo ano, já fiz dois cursos: no Fundão e na Secretaria Municipal de Saúde. (p)*

*Eu vim sem treinamento. Hoje eu tenho treinamento. Eu iniciei sem treinamento nenhum; nem Tuberculose, nem AIDS. Aí, no decorrer do tempo, conforme os treinamentos foram surgindo, eu me dispus a ser treinada. Foi muito interessante passar por esse treinamento. Sempre acrescenta muito. Acrescenta conhecimento, acrescenta dicas. (p)*

*Nós fomos treinados pelo chefe que abriu o serviço. Não teve aquele treinamento que tem agora, do Ministério. Foi tudo improvisado... A gente teve umas aulinhas, ele passou para a gente o que que era. Como era a prevenção, fazer algum material, treinamos aqui mesmo, um dando aula para o outro. Fizemos um treinamento aqui mesmo, antes de iniciar o serviço, entre nós mesmos. Fomos à UERJ, assistir também lá a palestra e pronto, aí começamos. (p)*

Conforme as informações obtidas, os profissionais com menor tempo de inserção no programa, passam por treinamento específico, logo que iniciam as atividades.

*O treinamento foi com profissional daqui, que passou todas as informações. Assisti palestras com pessoas. O aconselhamento individual é que me forneceu vários materiais, para ir me orientando no que realmente estudar e como o serviço funciona. Eu achei que, para mim, foi muito importante porque, realmente, a respeito de AIDS eu desconhecia e me abriu assim a veia de conhecimento. (p)*

*Eu estou chegando agora e estou sendo treinada, diariamente. Isso consta do programa do município. (p)*

A questão da formação e qualificação dos recursos humanos em saúde é um dos problemas e desafios existentes nesta área e demanda uma Política de Recursos Humanos para o SUS, que contemple prioridades e diretrizes para a educação continuada/permanente dos profissionais que prestam assistência à saúde e particularmente ao HIV/AIDS. Essa conscientização pareceu muito clara entre os participantes da pesquisa, como demonstra a fala transcrita a seguir:

*Quando a gente percebe que tem alguém com alguma dificuldade, a gente procura discutir com outros profissionais. Acompanhamos todo material didático que sai de novo. Por sermos referência para treinamento, temos que procu-*

*rar melhorar sempre. Melhorar cada vez mais, procurar novos conhecimentos; até porque temos o entendimento que a questão as AIDS não está esgotada. A cada dia temos uma nova informação. Procuramos trocar com outros profissionais, outras instituições, em outros países. (p)*

Mejia (in Davini ,1994) conceitua a educação continuada como o conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que “permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades” (p. 40). Sob esta ótica, a atualização permanente e sistemática de conhecimentos é uma condição, sem dúvida, para a transformação das práticas institucionais. Porém, deve-se levar em conta a dimensão do sentido ou razão do que se pretende alcançar,”...em todas e cada uma das etapas e processos ali desenvolvidos, um mesmo fim, uma mesma missão: um cuidado adequado às necessidades dos usuários” (Quintana e Ribeiro, 1994, p. 41).

O P N DST/AIDS, em 1987, reconhecendo a importância e imprescindibilidade da atualização permanente dos profissionais que atuam com HIV/AIDS, formulou uma série de recomendações para capacitação de recursos humanos nos centros de referência, reforçando a necessidade crescente de profissionais de saúde qualificados para atender a indivíduos com a infecção pelo HIV. O objetivo é oferecer treinamento especializado para profissionais de saúde que apresentem o perfil multiplicador e que atuem nas áreas de interesse do Controle HIV/AIDS.

Em lugar de restringir-se a uma atividade mecânica e burocrática, a atualização dos profissionais ganha amplitude, no sentido de abarcar todas as questões que envolvem o cotidiano dos que lidam com HIV/AIDS. Nesse sentido, têm lugar de destaque as questões que envolvem a sexualidade. Esse aspecto foi referido algumas vezes no



decorrer da coleta de dados. Para ilustrar, apresenta-se a visão de um dos participantes do estudo.

*Agora, o profissional tem que estar capacitado também para falar sobre sexo. Se ele não tem essa abertura, se ele tem preconceito, ele não consegue. Tem que falar sobre sexo com a maior naturalidade. Tem que perguntar se ele tem relações sexuais com homem, se a mulher tem com mulher. Então, ele vai abrindo a história de vida dele. Para isso, o profissional tem que estar preparado.(p)*

A AIDS traz em seu bojo, aspectos muito íntimos da vida individual como o prazer e as opções no âmbito das práticas sexuais. Na análise de Loyola et alii (1994) a forma como cada um se conduz sexualmente, com quem tem relações sexuais, de que maneira, com que frequência e finalidade “...são temas que passam a ser objeto de um debate público, intermediado pelos discursos médico, psicanalítico, pedagógico, sociológico ... entre outros” (p. 119). Essa circunstância demanda, também, para o profissional de saúde um certo preparo para o trato com a questão da AIDS e suas questões, como o inquietante debate sobre a sexualidade.

### **Metodologia do Aconselhamento para a Prevenção**

Um questionamento sempre presente entre os profissionais que prestam assistência na área da saúde refere-se à metodologia da prática educativa, para torná-la adequada e eficaz, tendo em mente a prevenção e autocuidado da população, esteja ela enferma ou não. Se o profissional está realizando um trabalho de prevenção e a população não se previne, deve se repensar essa metodologia, para que atinja o seu alvo e objetivo.

Sobre a prática educativa, Lair Guerra teceu os seguintes comentários, em reportagem do Jornal O Estado de São Paulo, do dia 22 de julho de 1996: “Um programa só tem impacto, quando as pessoas não se infectam. É a forma de saber se sua ação preventiva funcionou”. O mesmo ponto de vista foi expresso por um dos participantes do estudo. Mas também ressaltou os desafios e as questões pendentes, ao dizer:

*Eu acho que esse trabalho educativo é uma questão pra se pensar melhor. Como lidar com a prevenção e como se tentar uma sensibilização maior? Qual seria a metodologia, por exemplo, para a sensibilização da pessoa e que realmente o conseguisse atingir? Só a informação não é certo e não dá resultado... Na prática, é muito difícil. A gente lida com muita angústia, muita pressão. Será que meu trabalho está conseguindo sensibilizar? Será que estão usando a camisinha? Espero um engajamento cada vez maior dos profissionais, para encontrarmos a melhor forma de atingirmos a população que não está se prevenindo. (p)*

Ao lado das dificuldades e necessidades com que se deparam os profissionais comprometidos com Educação em saúde, tendo em vista a prevenção, foram apresentadas algumas propostas para aprimorar a prática educativa. Entre outras, destaca-se a ênfase à formação de multiplicadores de informações, junto à própria população, como referiu o seguinte participante da investigação:

*Eu acredito que os profissionais devem sensibilizar a população para ser um socializador, que cada um seja o multiplicador das informações. Se a responsabilidade de conter essa epidemia é de todos, então temos que pensar como envolver, efetivamente, a população usuária nesse trabalho. (p)*

Outro entrevistado abordou a forma de trabalho dos profissionais, no que se refere à prática educativa. Ressaltou, também, que a veiculação das informações, por si só, não dá conta de desenvolver a consciência dos cidadãos. Na sua opinião, como se demonstra a seguir, é preciso sensibilizar a população:

*Eu acho que os profissionais conseguem informar. Mas, o que precisa é sensibilizar as pessoas; tocar nas pessoas, chamar a sua atenção. (u)*

A metodologia do aconselhamento, com vistas à prevenção, deve contemplar o entendimento de que a função de educadores reside na capacidade de estimular a possibilidade de reconhecer, sentir e experimentar. Nesses espaços, as pessoas expressam suas dificuldades afetivas e emocionais, que se constituem, muitas vezes, em entraves para percepção do que é o impacto do HIV e AIDS em suas vidas pessoais.

No trabalho de aconselhamento, deve-se utilizar informação precisa e discussões acerca dos estereótipos e preconceitos em questão. Como pode ser observado nas campanhas de prevenção do HIV, a informação pura não constitui solução eficaz; é preciso discutir estes dados com o usuário, privilegiando as informações que ele traz. As ansiedades em relação à AIDS decorrem, geralmente, do desconhecimento. Na medida em que se fornecem mais dados para a compreensão da epidemia de HIV, pode-se enriquecer a informação inicial, abrindo possibilidades para o questionamento. Rompe-se, assim, com o “doente passivo” estimulando o cidadão participante.

Na mesma linha de pensamento, Valle (1994, p. 2) salienta que as práticas alternativas comprometidas com o desejo de mudanças individuais e coletivas devem acolher as ansiedades dos participantes, veicular informações e estimular a discussão, num diálogo permanente, sendo esta última, talvez, a tarefa essencial. É através dela que as outras tarefas se realizam, permitindo que todos participem ativamente do processo. Deste modo, a informação e o acolhimento podem ser funções compartilhadas.

## Trabalho Extra-Muros e a Parceria com as ONGs

Outra sugestão orientou-se para um trabalho mais direto, junto a instituições localizadas no bairro e adjacências da unidade, como se pode verificar através da fala seguinte:

*Se tivesse um enfermeiro pra fazer só essa parte de prevenção, né? Só nisso. Aí, ele ia trabalhar com escolas, com comunidades, com AIDS, com empresas daqui da área, com supermercados daqui da área. Aí ia fazer um trabalho grande mesmo. Aí poderia haver essa articulação com as ONGs e tudo mais, entendeu? (p)*

Nessa linha de pensamento, também os usuários sugeriram que se desenvolvesse um trabalho extra-muros, fora do âmbito institucional, de forma que a informação vá ao encontro da população.

*As campanhas deveriam ser mais fortes, mais direcionadas para a população. Devem existir mais propagandas, mas com informações claras e objetivas. Porque, foi por causa das informações erradas, divulgadas inicialmente em torno dos grupos de risco e das formas de contaminação, que surgiu tanto preconceito e discriminação. Acho também que o programa tem que sair e ir para as escolas, empresas, onde o povo está. (u)*

*Treinamento para agentes comunitários, para eles poderem distribuir preservativos. Mas, isso aí fica só na viagem, né? Quando pinta alguma ONG, eles fazem treinamento pra distribuir camisinha. Tem até umas pessoas treinadas do Morro do Macaco. Mas eu acho que o trabalho não teve continuidade. (p)*

*Tem que ter palestras nos colégios, empresas, boites, saunas. Ir até onde as pessoas estão se contaminando. Onde acontecem os contatos. (u)*

*Tem que ir para as ruas. (u)*

*Tem que ter bastante informação. O programa tem que se preocupar com isso: bastante informação, para manter as pessoas mais informadas, mais conscientes das coisas. (u)*

*Se o serviço é bom, porque que não divulgam mais? Deviam passar essa informação para mais pessoas, que nem sabem que existe. (u)*

*Devia ser mais divulgado e fazer o que é feito aqui na palestra. Deviam ir para as feiras, colégios, praças. É muito importante... Vai divulgando mais o que foi passado aqui pra gente: sobre janela imunológica e outras coisas mais. (u)*

*Eu acho que deveria divulgar mais. Procurar divulgar o máximo. (u)*

Observa-se que a parceria é fundamental para que o trabalho não tenha lacunas e haja uma continuidade nas ações. Nesse sentido, foi também destacada a articulação com as ONGs:

*Você vai trabalhando, vai sentindo a necessidade de se articular. Não pode ficar estático... Você começa a se articular, a fazer a sua “mala-direta”. As ONGs são grandes parceiras no desenvolvimento do Programa, pelo suporte assistencial, político. Solidariedade é importantíssima. Não só dos profissionais e usuários, mas como de outros profissionais e instituições. (p)*

*Eu até gostaria e acho que é fundamental essa articulação com ONGs, mas não tenho pernas pra isso. São dois Programas para encaminhar: tuberculose e AIDS e eu fico sobrecarregada... (p)*

Ao analisar essas propostas, cumpre lembrar o posicionamento de Altman (1994), quando salienta que a AIDS deverá ser lembrada como a epidemia que mais mobilizou organizações civis, para responder aos seus desafios. A mobilização coletiva marcou o aparecimento da epidemia de forma ímpar. Tal reação social resultou na manifestação das chamadas, organizações comunitárias, ou organizações não-governamentais, ou organizações de base comunitárias.

Terto Junior, (in Parker e Galvão, 1995) comenta que as ONGs surgem como resposta ao imobilismo do Estado e da saúde pública, para tratar de algumas questões que permeiam o universo da epidemia. São igualmente relevantes, para enfrentar a difi-

culdade da comunidade em gerenciar os riscos, a dúvida quanto às formas de transmissão e prevenção, para quebrar silêncios e desmistificar novos e velhos mitos e preconceitos revelados pela epidemia. Assim, as ONGs possuem grande importância no contexto mundial com relação à difusão de informações referentes à prevenção da doença, formas de contágio, do relacionamento com portadores do vírus HIV. Exercem papel relevante também no plano das ações concretas de prestação de serviços e ainda dão suporte aos serviços e profissionais de saúde no desenvolvimento das ações de HIV/AIDS. (ANAIS do Seminário: Políticas Públicas de Saúde Relacionadas à AIDS)

Parker (1994) salienta a atuação das ONGs e, em especial, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, ABIA:

*... partindo de sua base no Rio de Janeiro, a ABIA tem participado ativamente do desenvolvimento de um conjunto de materiais específicos para promoção da saúde dirigidos a vários grupos da sociedade brasileira, fornecendo esses materiais a organizações que trabalham com a AIDS em todo o país. (p. 107)*

### **Ações para Grupos Específicos**

Ações educativas dirigidas para a prevenção de grupos específicos também foram apontadas como necessidades a serem supridas pela unidade. A esse respeito, encontraram-se observações como a seguinte:

*A gente deveria ter muito mais profissionais trabalhando com a prevenção, para os adolescentes que estão iniciando a vida sexual. (p)*

Parker et alii (1994), destacam que Herbert de Souza resgata a importância do desenvolvimento de ações para grupos específicos, a fim de atender a necessidades

peculiares. Pensando em educação, argumenta que, também não se pode esquecer as parcelas específicas da sociedade que são grupos mais expostos à contaminação, pelo uso de drogas endovenosas, sangue e hemoderivados, adolescentes em período de iniciação sexual, e/ou pessoas pelas múltiplas relações sexuais de caráter homo ou heterossexual, sem uso de preservativo. Esse ponto de vista já havia sido apresentado por Mann et alii (1993), quando afirmaram que:

*“As mensagens são mais eficazes quando podem ser dirigidas a uma população específica. A linguagem e a abordagem precisam ser moldadas a fim de refletir as necessidades e soluções específicas próprias de cada comunidade”.  
(P. 165)*

Acentua-se a necessidade de chamar a atenção especial desses segmentos, para atitudes e comportamentos de risco e não o reforço aos chamados “grupos de risco”, já que se sabe que o risco está na atitude não-preventiva e não nas pessoas, ou grupos.

### **Trabalho em Equipe e a Prática Interdisciplinar**

Conforme se referiu anteriormente, no CTA Rocha Maia, a coordenadora também atua na assistência, realizando todas as atividades dos demais profissionais da assistência. Pode-se pressupor, nesse aspecto, uma sobrecarga e acúmulo de trabalho, visto que as atividades, igualmente relevantes para o êxito do trabalho, são de natureza diferente e muito abrangentes. Esse ponto foi expresso no decorrer da coleta de dados. Mas é pertinente salientar que, também se mencionou que o comprometimento e a integração com a equipe fazem com que essa carga seja “mais leve”. Como se po-

de verificar na manifestação transcrita a seguir, o trabalho em equipe foi bastante valorizado:

*O peso existe. Não sou só coordenadora. Eu também trabalho e adoro trabalhar com prevenção. É o meu trabalho que vai diluindo esse peso; e esse peso é diluído com a equipe. A gente é uma equipe. A gente é uma equipe, mesmo. Somos bastante democráticos e procuramos diluir ao máximo esse peso; mas existe... Só coordenar, você começa a ter toda a responsabilidade. Quando você se envolve com o trabalho, você divide esse trabalho e ele fica mais leve. (p)*

Mais uma vez os resultados obtidos através das entrevistas ratificam a importância do trabalho em equipe e a prática multidisciplinar. As manifestações apresentadas a seguir expressam com clareza tal ponto de vista:

*O trabalho em equipe nos fortalece e é fundamental para atuar com a questão da AIDS e a prevenção. Tem o peso do dia-a-dia do trabalho que é dividido com a equipe. E a importância da troca entre profissionais de categorias diferentes. Isso possibilita uma abordagem de totalidade e complementaridade ao trabalho. Ganha a equipe, ganham os usuários. (p)*

*É muito importante, a composição e trabalho de uma equipe multidisciplinar. O dia-a-dia flui melhor, porque dividimos tudo. Até mesmo nossas cargas. É uma troca constante. (p)*

Japiassu (1976) discorre sobre a interdisciplinaridade e observa que esta abordagem possibilita melhor interação entre os profissionais, pois “.. é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente, a ser assumida frente ao problema do conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano” (p. 57).



A questão da interdisciplinaridade adquire maior importância no contexto das práticas de saúde e, em específico, na assistência ao portador do HIV/AIDS, quando se desenvolve um tipo de troca de informação que venha superar a concentração de saber das disciplinas, com a finalidade de compreender melhor o fenômeno, seus determinantes e formas de prevenção e terapêutica.

Para Minayo (1989) “... a comunicação interdisciplinar tem que ser construída sobre as bases de uma coerência de linguagem entre teorias distintas que possam ser tratadas como fragmentos teóricos na visão de um objeto particular” (p. 5). Nas ações de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS, a interdisciplinaridade servirá de base para a abordagem e entendimento de todas as questões envolvidas na luta contra as DST/AIDS, pela imensa complexidade social e científica do problema.

Ao longo das entrevistas, o vínculo entre profissionais que dominam conhecimentos em áreas diferentes também foi assinalado como importante. Apesar disso, a falta de pessoal, como se analisará em sequência, é obstáculo da maior importância para esse grupo de profissionais:

*Na prevenção, a gente também tem uma pediatra e uma psicóloga, que fazem um trabalho de prevenção em escolas. Como a gente tem mais de 10 escolas, eu não sei direito o quantitativo... Eu ainda cutuquei a coordenadora. Pedi a ela, quando tivesse reunião de área, com a coordenadora daqui, que falasse que a gente precisa de mais gente, pra sair um pouco daqui. Mas também eu não posso sair muito daqui, porque tem a tuberculose, tem o controle dos faltosos. Então são dois programas, que ficam sobrecarregados. (p)*

Entretanto, dentro do possível, as atividades educativas ocorrem na própria unidade, como referiu uma das participantes do estudo. Suas observações indicaram que:

*A gente até tenta fazer um trabalho de prevenção. Hoje, eu já fiz uma sala de espera na pediatria, pra falar de camisinha, porque depois as mulheres vão embora... Tem o “pegue camisinha”, um cadastro que a gente faz aqui pro fornecimento de preservativo. Esse cadastro é vinculado a uma atividade educativa, onde eu falo sobre as DST, sobre a AIDS, passo um vídeo. Trabalho com a questão da prevenção. É um trabalho pequeno. Só tem eu pra isso... (p)*

No que tange ao pessoal, como em outras unidades de assistência da rede pública brasileira, verifica-se escassez de trabalhadores. Observa-se que a equipe é integrada e eficaz, porém ocorre a falta de pessoal para viabilizar os tantos projetos e melhor absorver as demandas. Os participantes da pesquisa foram unânimes ao afirmar que é insuficiente o número de profissionais para atender às demandas em termos de assistência e de atividades educativas. Para agravar as carências e as dificuldades, não há, no quadro de pessoal, funcionário administrativo. Por paradoxal que possa parecer, é o segurança da unidade que auxilia nesse serviço. Para dar conta de todas as atividades, uma só profissional exerce a função de coordenadora, atua na assistência e desenvolve os serviços administrativos. Durante as entrevistas e também ao longo das observações de campo, esses aspectos chegaram a manifestar-se de forma dramática. Para ilustrar, transcrevem-se a seguir algumas manifestações a respeito:

*Recursos humanos faltam. Somos cinco pessoas, sendo que uma está de licença. Não temos administrativo. (p)*

*O que deixa a desejar é a falta realmente de uma pessoa administrativa. Acho que isso é realmente difícil. Se não fosse o V., que exerce essa função, nós não teríamos condições de atendermos bem e passar para o papel. O V. é guarda. Só que, às vezes, exerce função administrativa. (p)*

*Como eu falei, algumas coisas são precárias, é... Por exemplo, existem as precariedades, por exemplo, psicóloga existe uma só, que atende, e ela também tem uma saúde débil, tá de licença. Assistente Social é uma para o posto todo. Então, a qualidade fica fragilizada por aí, entendeu? Antigamente, tinha uma psicóloga só para o programa. Agora o programa cresceu e essa psicóloga saiu. Aqui, só tem uma para todo o posto. (p)*

*Falta mais profissionais. (u)*

*Se tivessem mais profissionais pra dividir o serviço, isso aqui ia ser muito melhor do que já é. (u)*

*Eles trabalham demais, porque são poucos. (u)*

A insuficiência de pessoal na área da saúde deve ser analisada no conjunto das questões que permeiam o sistema de saúde no Brasil: condições de trabalho, deficiência de recursos, defasagem salarial, fazem parte do cenário que compõe a saúde pública no Brasil.

Um usuário destacou a necessidade de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, partindo do pressuposto de que isso repercutirá na assistência junto à população:

*Se eles tiverem condições de trabalho, vão nos atender melhor ainda. (u)*

A esse respeito, Paim (1994) observa que, na medida em que as políticas para o setor saúde impõem a contenção dos gastos, o emprego em saúde sofre as consequências negativas, sobretudo, pela piora das condições de trabalho e de remuneração. Uma das faces do sucateamento da rede de assistência aponta para um quadro de sistemática perda de pessoal, por aposentadoria, licenças sem substituição e até mesmo deslocamento para o setor privado, em busca de melhores salários e condições mínimas de trabalho.

As discussões mais atuais sobre recursos humanos em saúde chamam atenção para o fato de que os profissionais de saúde passaram por uma série de mudanças. O rebaixamento salarial propiciou o multi-emprego das diversas categorias e a força de

trabalho alocada no setor cresceu desordenadamente. As alterações verificadas, no que tange à estrutura e ao dimensionamento da organização e da atenção à saúde no Brasil, colocam de imediato um problema: Como suprir o sistema de saúde com quantidade e qualidade de profissionais adequados à estrutura desejada? A resposta pode estar no planejamento dos Recursos Humanos para o setor, que tem início na formação, abrange a atuação em serviço e também o acompanhamento das ações por um serviço de saúde para o trabalhador (Medici, 1987, p. 7).

### **Suporte Psicológico**

A todo momento, nas entrevistas e demais interações que envolveram o trabalho de campo, emergiram a carga psíquica e cognitiva: as angústias, as ansiedades de lidar com o binômio vida/morte, o acúmulo de trabalho, a dramaticidade e abrangência da problemática a enfrentar, o volume de informações que se tem que dispor, o trabalho de sensibilização com vistas à prevenção e a espera da resposta do usuário, a demanda do usuário de apoio emocional. Nesse quadro, cabe ainda ressaltar o desafio de ter que “trabalhar” a ansiedade da população, no momento dramático da espera do resultado dos exames, o aconselhamento na entrega do resultado, nem sempre favorável, os riscos de acidentes de trabalho, a luta contra o preconceito, a discriminação, a falta de solidariedade, que somente parecem mais pesados, se acrescidos da falta de recursos para que o profissional possa desenvolver seu trabalho e para responder às demandas dos usuários. Em face de tantos desafios, onde o acúmulo de trabalho, as carências da população usuária e o sentimento de impotência do profissional diante da realidade são apenas uma parte. O stress é admitido a todo momento. Vejamos como algumas en-

trevistadas manifestaram-se a respeito de algumas dessas dificuldades e de suas consequências:

*É, quando a gente trabalha aqui a gente acaba achando, achando não; é, você vive muito o sofrimento do outro. Vem aqui, não tem medicamento... não saiu o nome na listagem... a farmácia está fechada... está na hora de ir para o trabalho... tem que ir colher o sangue em tal lugar... não sei o quê... Tem 500 mil problemas... Esse sofrimento já é da população em geral, em relação aos serviços de saúde. Ainda mais uma pessoa com HIV/AIDS, que é uma pessoa que procura ter uma esperança... (p)*

*Tem momentos aqui que eu estou stressada. Eu saio soltando gatos e lagartos pra todo mundo. Tento controlar isso até com os pacientes. Mas, principalmente, o pessoal da tuberculose, que abandona a consulta, falta ao tratamento, então. E tem outros problemas: tem o perfil diferente da AIDS. São alcoólatras... Nível sócio-econômico precário...Então, têm mil e um problemas que os fazem abandonar o tratamento. Nós não podemos fazer visitas domiciliares, então enviamos aerograma para aqueles que não comparecem. A gente tem 3 prontuários guardados ali que mandamos aerograma e os usuários não voltaram, nem o aerograma retornou... Isso significa que eles receberam o aerograma, mas, por qualquer motivo não voltaram. E não pode fazer visita... A gente fica totalmente impotente. É muito peso na nossa cabeça. (p)*

Como parece evidente, a rotina e a natureza do trabalho são fatores de desgaste físico e emocional do profissional, como foram descritos sucessivas vezes e também na manifestação apresentada a seguir:

*Olha essa rotina , eu acho que é uma rotina assim realmente estressante, é uma coisa que se vê não só no paciente aidético , mas em qualquer paciente em estado terminal. Traz muito a questão da importância da vida e da morte e suscita realmente na gente muitas angústias... Porque você lida com a questão da morte, que é um tema angustiante para qualquer um de nós . Então, eu acho que é muito importante para o profissional que mexe com o paciente aidético ou qualquer outro paciente terminal, é que tenha essas questões muito bem resolvidas porque esse tipo de paciente é aquele que não é só através do que fala... Mas, para ele é muito importante realmente a sua posição diante da vida do que você sente como realmente nos expressamos, se a vida realmente vale a pena ser vivida e é isso que ele espera da gente... É uma coisa muito subjetiva não tanto a palavra, mas a sua subjetividade... (p)*

Realmente, são compreensíveis os desgastes, determinados pela carga mental e psíquica, no desenvolvimento das atividades desses profissionais, pois elas envolvem, entre outras necessidades, a percepção de informações, subjacentes ao que os clientes manifestam verbalmente, a empatia, os componentes afetivos desencadeados, onde a questão da morte e a impotência do profissional são inevitáveis.

Refletindo sobre as manifestações relativas às dificuldades com que se deparam os profissionais, pode-se inferir que qualquer uma delas seria, provavelmente, considerada como potencial causador de stress e, por isso de necessidade de todas as formas de apoio aos profissionais, cujo cotidiano é desgastante e atribulado. Entretanto, como se procurou descrever brevemente, esses profissionais lutam com um conjunto de fatores altamente desafiadores, o que torna óbvia a necessidade de suporte emocional, como estratégia de sobrevivência minimamente saudável. A despeito disso, não se dispõe desse tipo de serviço na unidade. Alguns profissionais apresentaram sugestões a respeito, como se demonstra a seguir:

*Nós não temos suporte psicológico, mas seria muito importante para dar suporte mental para nós profissionais. Os usuários precisam e nós antes deles. Nós estamos trabalhando com o comportamento do outro, com o risco do outro. É penetrar no mundo do outro. E isso é muito difícil, pois só ele pode mudar o comportamento dele... Causa muita ansiedade informar um resultado de uma doença que não tem cura e ao mesmo tempo tentar valorizar a vida... Esse trabalho de aconselhamento tenta orientar as pessoas. Nós vamos orientar e dar algumas alternativas. E as pessoas vão pegar o rumo, o caminho, ou não. O aconselhamento dá apoio emocional, social, ele deve dar alternativas para a assistência e, muitas vezes não existe alternativa, e aí... O resultado demora a chegar e o usuário fica stressado. Nós também... Porque temos que dar respostas e não a temos... Existe o preconceito. O profissional tem que estar preparado para não misturar seus valores com os valores do outro. O nosso preconceito, se existe, deve acabar. E antigamente, existia também com os profissionais que atuavam com HIV/AIDS, também. E aí nós temos que estar preparados psicologicamente e do ponto de vista da qualificação para o trabalho... A doença assusta muito, justamente, porque ela não tem cura. A própria*

*família acaba segregando, ou o usuário que tem um resultado positivo tem medo de chegar primeiro à família. O profissional de saúde, nesse momento, é o apoio. A gente ainda vê isso. Nós somos o apoio pra essa família, pra esse usuário. Para que ele possa contar, às vezes, ele traz a família, traz o parceiro... Não é fácil chegar e dar um diagnóstico soropositivo. É uma carga enorme para o profissional. (p)*

*Olha, eu acho muito importante o suporte psicológico. Eu acho muito importante, porque mexe com várias questões, não só em relação de vida e morte, mas mexe muito com a questão da sexualidade, porque você lida com a sexualidade o tempo inteiro. Então, mexe muito com essa questão e mexe muito com a questão de todos os seus valores. Porque, além de morte, além de sexualidade, mexe muito com a sua questão da sua relação interpessoal com a questão da sexualidade, com a questão também da afetividade. Tem também o resultado: porque eu acho que é muito difícil do profissional dar um resultado positivo e passar para essa pessoa não uma falsa esperança. Mas, passar para essa pessoa a importância de que essa pessoa deve ter para continuar lutando pela vida. Otimismo, para a pessoa realmente não entrar em depressão, como também acho que seria aí a importância do soropositivo ser acompanhado ... é fundamental. (p)*

*Acho que teria que ter uma base psicológica, pra nós e para o paciente. (p)*

*Acho que até que tem essa proposta de fazer um trabalho profissional de reuniões, dinâmica, que desse suporte psicológico. Mas, o que a gente vê na prática, fica difícil até de acontecer esse tipo de atividade, devido até a um horário mesmo. Tem que atender telefone, usuário e é difícil fazer um trabalho desse. Ou teria que fechar um serviço um dia. Seria excelente, bom para equipe, porque você, não tendo esse apoio, pode gerar até conflito, né? Na equipe mesmo, ficar estressada, explode com você, porque você botou a caneta aqui e não ali. Uma sobrecarga, estresse. (p)*

É internacionalmente reconhecido que o controle da pandemia de HIV/AIDS extrapola os limites da intervenção médica ou da saúde pública, em sua concepção mais estreita. O complexo sorológico HIV/AIDS assume características de um problema social e multifacetado, seja pelas associações de doença, sexualidade e morte, seja pelo estigma a ele atribuído, ou mesmo pelas consequências sócio-econômicas que o mesmo acarreta ao infectado/doente. Fazer aconselhamento sobre o HIV significa trabalhar com pessoas que estão, ou poderiam estar, enfrentando uma doença incurável, infec-

ciosa e freqüentemente estigmatizada. Isto pode constituir um desafio, e muitas vezes, uma tarefa emocionalmente desgastante. Dejours (1992) discorre sobre a psicopatologia do trabalho, que deve merecer um esforço de investigação e interpretação, "... no sentido de revelar um sofrimento não-reconhecido, provocado pela organização do trabalho". Continua ressaltando que é imprescindível o acompanhamento e avaliação junto aos trabalhadores, pois "A questão é saber se a exploração do sofrimento pode ter repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, do mesmo modo que podemos observar com a exploração da força física" (p.119).

### **Disponibilidade de Recursos**

A responsabilidade pelos exames laboratoriais é da esfera estadual, ficando a cargo do Laboratório Central Noel Nutels - LACEN. A demora na entrega dos resultados, que é prevista para, no máximo 30 dias e tem ultrapassado até 50 dias, tem provocado uma certa avaliação negativa, e insatisfação. Cumpre salientar que o que discutem os profissionais não é a qualidade do serviço, que é ressaltada, mas é deplo- rada a demora no retorno dos resultados para o diagnóstico e a falta recursos materiais, como Kits para exame. Esses aspectos estão presentes nas manifestações seguintes:

*A qualidade do serviço dos profissionais é inegável. São profissionais experientes, sérios, comprometidos. Agora, existe um atraso enorme, que causa a ansiedade dos usuários. E, se agente não tivesse já uma postura, um reconhecimento do público. Digo reconhecimento, porque eles tendem a entender nossa posição. A demora do LACEN influencia muito na parte emocional. Tem pessoa que se prepara, por exemplo, para pegar o resultado. Pessoas que têm risco altíssimo e que vêm por conta própria e a gente tem que dar apoio. A gente tem que dizer com clareza porque esse exame não*



*veio e apoiar essa pessoa até que o exame chegue. Nosso serviço não caiu em descrédito por causa da nossa postura. (p)*

*Eu acho que em termos de qualidade o LACEN é ótimo, sim. Acho que em termos do resultado do teste, a demora que se tem aqui era muito grande, a nível do LACEN. A gente luta aqui com uma grande ansiedade e os usuários reclamam com toda razão, que a gente entrega o resultado com três meses de atraso. (p)*

*A sorologia é feita no LACEN. A própria sorologia demora... Andou tendo um problema de falta de kit, entendeu? Agora, o município tentou até descentralizar sorologia, que agora fica no PAM Henrique Valadares. CD4... Eu acho que continua no LACEN - uma instituição do Estado, sobrecarregada, mais sobrecarregada que nós, do município, um caos. (p)*

*Quando a pessoa retorna para pegar esse resultado e há a demora do laboratório, isso desestimula. O teste vai ser feito aqui, a partir da semana que vem... Acho que vai melhorar muito. (p)*

No CTA, os usuários sugeriram a entrega do resultado, em menor prazo, pois referiram ser angustiante a espera por mais de um mês.

*É muito difícil essa demora. Eu acho que tinha que ser rapidinho. Em uma semana, se possível. (u)*

*Aqui tá tudo excelente. Uma coisa que podia ser melhorada é entregar o resultado em menos tempo. Já está diminuindo para quinze dias. Mas, era bom melhorar mais. Existem pessoas aqui que nem vêm pegar o exame, pelo tempo que é. (u)*

Essas carências têm reflexos muito sérios para as condições de saúde da população, particularmente dos grupos mais vulneráveis. Em alguns casos, os agravos podem tornar-se irreversíveis. Além disso, aumentam a carga de sofrimento de clientes e profissionais cuja rotina já é bastante atribulada, como se discutiu ao longo do capítulo. Na busca de alternativas para essa questão, o município iniciou, no CTA Rocha Maia, a realização do exame sorológico no próprio serviço, com prazo de entrega de 15 dias.

*E esse problema de demora de entrega de resultado pelo LACEN, graças a Deus, hoje foi sanado e já está sendo realizado aqui. Então isso, já foi um passo muito importante nesse sentido. (p)*

Para a aquisição de medicamentos foi realizado um convênio entre governo federal, estadual e municipal. As informações fornecidas pelos profissionais e pela mídia indicam que o município está cumprindo a sua parte. Esse aspecto fica claro na manifestação apresentada a seguir:

*Em relação aos medicamentos, o município comprou a parte dele que seria de mais ou menos 30%, os outros 30% seria por conta do Estado e o restante o governo federal. O Estado não comprou nada, o município já comprou e o restante da parte, o Ministério da Saúde até comprou e está regularizando. O Estado não comprou a parte que lhe cabia, para poder melhorar a parte de medicamentos. (p)*

Há uma precariedade no que tange aos recursos materiais, o que interfere também no acesso da população às informações, desenvolvimento de estudos e pesquisas. Essa escassez está articulada à crise mais geral do setor saúde.

Na verdade, a falta de recursos, que nada mais é do que um indicador da ausência de uma política de saúde, que se reflete no cotidiano, obstruindo o alcance de metas indispensáveis à eficiência e efetividade dos serviços. Veja-se o que manifestaram participantes da pesquisa:

*Em relação ao programa, acho que fica, assim, falho o material. A gente não tem material educativo, entendeu. O programa, ele não fornece isso. Então a gente sente muita falta aqui. As pessoas procuram, vêm aqui, porque aqui fica como uma referência. Vêm várias pessoas aqui: eu queria saber sobre isso aqui, você não tem material?...Uma leitura simples, fácil. Então isso tudo dificulta. (p)*

*Falta também a questão de uma informatização. Nós não temos realmente condições de pesquisar, um banco de dados. Chegam para gente informações de que, por exemplo, a população feminina está aumentando assustadoramente. Para fazer essa estatística manual, fica meio complicado. (p)*

*Os recursos materiais são poucos, não temos nada informatizado, não temos máquina de escrever, sequer. Agora, depois de muita luta, parece que nós vamos conseguir esses materiais, através de um projeto antigo nosso. (p)*

No CMS, a situação não é diferente; porém se amplia a precariedade, dado o nível de cobertura da assistência, que abarca toda a estrutura ambulatorial: realização de exames complementares, medicamentos, consultas médicas. Esse dado de realidade parece agravar o volume e a intensidade dos problemas, sob o ponto de vista das condições de trabalho e disponibilidade de recursos de toda ordem. São particularmente esclarecedoras a esse respeito as seguintes manifestações:

*A gente tem que pensar em termos gerais. Em termos gerais, quer dizer, é precário. É precário você marcar 3 CD4 por dia, só. Quando temos, eu ainda não fiz o levantamento, mas metade de nossos pacientes não têm plano de saúde. A gente tem 100 pacientes em tratamento. Metade desses pacientes em tratamento, não têm plano de saúde. Então, é claro que não são todos dessa metade que precisam de CD4, mas isso ajuda muito. Pra você avaliar até onde está andando a doença... Até onde está progredindo, até onde ele está soropositivo, até onde ele está virando aidético. Isso frustra muito... (p)*

Os usuários do CMS em acompanhamento ambulatorial temem a falta de remédios, embora observem que, até o momento, não faltou medicamento. Justificam seu receio da falta do medicamento, no fato de que o convênio para a compra é estabelecido entre governo federal, estadual e municipal e que o Estado ainda não havia honrado a sua parte:

*O governo tem que investir mais, porque senão vai faltar medicamento. São muito caros e a gente sabe que o governo não dá as verbas. (u)*

*Por enquanto, tem o AZT aí. (u)*

*Tem muita falta de medicamentos. Eu acho que isso deveria ser olhado com mais carinho, porque os remédios são muito caros. (u)*

*A minha preocupação é com relação à medicação. Espero não precisar nunca entrar em espera. Eu faço meus exames pelo plano de saúde que eu tenho. Eu me inscrevi aqui, por causa dos medicamentos. (u)*

Um usuário faz uma avaliação do programa em nível geral, a partir da experiência de seus amigos portadores do vírus HIV. Esse ponto de vista reflete uma percepção bastante negativa do atendimento ao doente de AIDS.

*Olha, pelo conhecimento que tive com amigos portadores do vírus, estes sofreram muito porque não tiveram o suporte necessário. Digo suporte porque tiveram atendimento médico e não tiveram hospital, remédios e uma série de outros recursos. Isso dificultou muito. Eu soube, também, por imprensa e comentários, que está havendo desvio de dinheiro nesta área, remédios. Estas coisas todas passam pra gente um descaso, como se a AIDS fosse uma coisa secundária. A saúde em nível geral. Eu acho que há uma inversão de valores, uma vez que a vida é uma só e não tem preço. (u)*

*Eu tenho plano de saúde, mas o exame é relativamente caro e o plano não cobre esse exame de carga viral, que custa 400 reais. Esse exame eles ficaram de fornecer. Até agora, nada. Só o LACEN vai passar a fazer a partir do dia 17. Eu estou contactando e até agora nada. Não sei se vai ter realmente. É um exame que não dá pra fazer, num país com esse salário mínimo. Eu que ganho mais um pouquinho, não deu pra fazer. Imagina a grande maioria da população, que ganha um salário mínimo. Não tem acesso. (u)*

Como se sabe, em termos de prevenção, o uso do preservativo é o meio mais eficaz. Daí a importância de seu acesso a toda a população que dele necessita. É animador informar que nenhum profissional entrevistado indicou falta de preservativo para distribuir aos usuários na unidade em que trabalhava. Informaram inclusive que desen-

volviam um trabalho complementar com os CMS, na distribuição dos preservativos.

Essas informações estão igualmente presentes nas falas que se transcreve a seguir:

*Tem preservativo! Sempre teve e ainda tem a sobra que fica das escolas que a gente faz as palestras extras. Quando somos convidados para ir às instituições, escolas, sempre levamos uma caixa para poder oferecer e sensibilizar as pessoas para o uso de preservativo, que ainda é bastante rechaçado. No CTA, nós oferecemos preservativos como incentivo ao uso. Não oferecemos por mês, pois são os postos de saúde que estão fazendo isso. (p)*

*Eu acho que têm preservativos nos postos de saúde, hospitais e etc. É só se cadastrar e pegar. A minha dúvida e pergunta é se o número de preservativos distribuídos realmente seria suficiente para o que a população quer. Alguém perguntou a ela? (p)*

*A distribuição de preservativo mesmo. A gente distribui, no momento da palestra e no momento do resultado, mas é uma cota x, determinada. Não sei se é o que o usuário quer. Pois, muitas vezes, ele pede mais e não dá para dar. (p)*

Quanto aos preservativos, os resultados sugerem que o acesso é fácil. Apesar de destacar que não há divulgação para a população em geral, assinalam que, quando chegam aos serviços, este recurso é disponível, tanto no CTA, quanto no CMS. Essas falas ilustram o que se acabou de expressar:

*O preservativo é fácil. É só chegar aqui e pegar com a Claudía. Ela dá, sempre que eu venho aqui. (u)*

*Eles dão sempre preservativos. Como eu não estou usando, eu dou para os amigos. (u)*

*O pessoal tem distribuído legal. Ontem, eu peguei. (u)*

Um usuário observa que, embora o preservativo esteja disponível para a população, os mesmos não sabem onde encontrar. Salienta, por isso, que deveria haver maior divulgação dos postos de distribuição. Essa sugestão recai na questão já analisada e que versa sobre a socialização das informações como instrumento de acesso e possível encaminhamento:

*A população tem acesso fácil , mas não tem divulgação dos postos que dão gratuitamente. Tem que divulgar mais os postos. (u)*

Subjacentes às falas acerca da problemática com que se deparam pode-se observar, a todo momento, uma avaliação mais geral da falta de investimentos e de políticas públicas também no setor saúde. Nesse contexto, foi apontado enfaticamente o caos do sistema de saúde, a escassez de recursos de toda ordem, o que se reflete em todas as áreas da assistência, desde a prevenção até a educação em saúde e os diferentes tratamentos, com vistas à recuperação. Esse encaminhamento parece pertinente, pois avaliar o sistema local de saúde, ou a assistência prestada por determinada unidade demanda também o exame e a reflexão mais geral da política de saúde a ser prestada pelo sistema público.

A dramática manifestação de uma entrevistada é elucidativa a esse respeito:

*É isso mesmo, falta tudo. O governo não investe na saúde pública, em nível geral. E a questão da AIDS está dentro desse bojo, de um sistema de saúde falido, com rumos à privatização. Faltam recursos materiais, o salário dos profissionais está defasado, os hospitais não comportam a demanda. São pessoas morrendo nas filas, sem atendimento. Isso quando conseguem chegar até um serviço de saúde. (p)*

Outro aspecto a salientar é que, quando abordaram a questão da saúde, esta foi pensada na amplitude da sua concepção. Ficou evidente a superação de uma visão linear de saúde-doença, substituída por uma leitura abrangente. Nessa linha de pensamento, emerge a análise da sociedade tradicional e excludente, que se estabelece em torno de deveres e não de direitos. Explica-se desta forma por que a população encontra-se sem condições mínimas de acesso aos serviços, os motivos da deterioração da assistência e da usurpação dos direitos de cidadania, com o aumento dos problemas, em termos de qualidade da assistência, agora mais restrita, com o aparecimento da AIDS.

Paralelamente, foram mencionadas as distorções quanto ao emprego do dinheiro público, desviado de suas funções prioritárias, para garantir interesses de segmentos da classe dominante, como se pode verificar nas seguintes manifestações:

*A responsabilidade da saúde é com o governo, sem dúvida. Eu acho que o governo tem que se responsabilizar por saúde, educação e moradia. Não tem nem o que questionar. Esse negócio de plano de saúde, não tinha nem que ter plano de saúde, nada disso. Realmente, teria que haver um compromisso maior do governo com relação à saúde, educação, moradia e etc. (p)*

*O Estado, o poder público deveria se preocupar com a saúde em nível geral; e não só com a AIDS. Deveria se preocupar com a saúde do povo e não injetar milhões de dólares para salvar banqueiros. A gente vai engolir isso até a morte. (p)*

O conceito de saúde e a consciência a respeito de seus determinantes ficam evidentes, quando se reflete a respeito da seguinte manifestação:

*E, quando a gente fala em saúde, a gente fala em emprego, salário, acesso às informações, educação, tudo isso. Então, isso passa pela AIDS, como passa pela hipertensão, como passa pela hanseníase, como passa pela tuberculose. O cidadão não tem grana, o cidadão que está doente... (p)*

Nessa linha de raciocínio, situa-se o drama das restrições do direito à realização pessoal, à concretização dos sonhos, ao direito ao lazer e ao prazer. Por isso, a AIDS é definida como uma forma complementar de restrição, que vem atingir a uma dimensão pessoal, com alto valor simbólico, como se pode inferir dessa manifestação:

*Aí vem a AIDS e ainda mexe com o mínimo que ele pode viver, que é o sexo... O cara não tem dinheiro para ir ao cinema, ainda tem que comprar camisinha, pra ter prazer... Então, quer dizer, tiram tudo dele... Ele não tem direito a nada... Ainda estão tirando esse direito dele, entre aspas, ter prazer. Eles dizem: a única coisa que eu posso fazer, se posso, é ir à praia, jogar meu futebol e ter minha vida sexual. E aí ela agora está complicada, por causa desse negócio da AIDS. Então, quer dizer, os direitos, a liberdade está cada vez menor. Eu não posso fazer nada: não posso ir ao cinema, não posso comprar o que eu quero, entendeu? Eu não estudei, eu não consegui emprego... Pô, eu ainda tenho que me cuidar... Então, tudo isso é muito complicado, para se trabalhar com a AIDS... Então, a pessoa cada vez mais tem menos direitos. E é como se ela não tivesse direito, entre aspas, de ter a vida sexual livre. Livre, sem barreira. Que, de repente, ela está encarando que o preservativo é mais uma coisa que ela é obrigada a fazer. (p)*

Com a propagação da doença para além dos considerados “grupos de risco”, a AIDS supera a dimensão específica e estende-se à população inteira, superando a esfera individual e passa a ser colocada como uma questão de saúde pública. Como se referiu anteriormente, considerando os números devastadores de sua disseminação, a AIDS se coloca com características de uma pandemia mundial dinâmica e em evolução, com perspectivas inesperadas. Afirma-se hoje, tratar-se de uma epidemia global.

Para fazer frente a essa epidemia, as respostas não podem situar-se no âmbito das práticas individuais. Fazem-se necessárias ações coletivas, balizadas pela intervenção do Estado, com programas estatais nos níveis local, regional e nacional. A esse respeito, Sears (1930) afirma que pensar o combate à AIDS envolve a superação do



caráter individual, para a esfera do público; ou seja, tem a consequência política de construir a categoria “outros” como uma ameaça à saúde, “a saúde” do “público”.

Para situar a realidade que se coloca em termos da saúde pública e a AIDS no contexto brasileiro, torna-se procedente problematizar, ou situar como a sociedade brasileira tem reagido à epidemia. A fim de entender tal problema, faz-se necessário analisar o contexto sócio-cultural em que se configura a AIDS no Brasil. Em outras palavras, entender as grandes diversidades e contradições, que caracterizam a vida brasileira pode auxiliar na análise e configuração do formato da epidemia de HIV/AIDS no Brasil.

Segundo Parker (1994), a emergência da AIDS no Brasil se caracteriza num contexto de final de ditadura militar de, aproximadamente, vinte anos; sob o direcionamento de um modelo econômico, baseado na dívida externa e na dependência, que produziu, entre outras consequências, uma série de crises econômicas. Nesse âmbito, destaca-se uma política que arrochou os salários, confiscou a economia popular, aumentou o nível de desemprego, como jamais visto e aprofundou a recessão.

Sendo o Brasil um Estado de grandes dimensões territoriais e de marcantes contradições sociais, é também de extrema complexidade o processo social, a distribuição de rendas, as condições sanitárias, as diferenças regionais; em síntese, as desigualdades sociais. Em momentos de retração de investimentos, de diminuição do ritmo de oferta de empregos, são compreensíveis o crescimento da pobreza e o agravamento das dificuldades da população quanto à qualidade de vida.

Minayo (1995) analisa que, no setor saúde, nas últimas décadas, várias mudanças ocorreram no quadro sanitário do país: entre outras, assinala a epidemia de AIDS, que alterou também o quadro de incidência das doenças infecciosas, sobretudo em relação à tuberculose, enquanto infecção oportunista, às endemias inclusive de fome, dos

bolsões miséria, sem desconsiderar as taxas de mortalidade infantil e materna. Obviamente, que tais problemas têm vínculos com as desigualdades sociais e com as disparidades regionais, assim como o privilégio que ainda constitui o acesso ao saneamento, à infra-estrutura e serviços básicos, como à escolarização e à assistência de saúde com qualidade.

No âmbito das políticas públicas de saúde, o setor é deficitário e caótico. O SUS, Sistema Único de Saúde, não consegue sair do papel e efetivar os seus princípios básicos que são: a universalização, hierarquização, descentralização e municipalização. Falta esforço político e administração eficiente das verbas do setor, para a sua efetivação.

Parker et alii (1994) argumentam que não basta a injeção de verbas para se efetivar uma política, haja visto que:

*Embora o Brasil invista 5% do PNB no setor de saúde pública e privada, vários indicadores mostram que a morbidade e a mortalidade são mais altas aqui do que em países mais pobres, que gastam menos recursos em saúde. As políticas públicas e o gasto público devem, no setor saúde, facilitar, estimular e complementar o gasto privado para assegurar que se satisfaçam as necessidades do desenvolvimento humano. É importante ter presente que uma inadequada distribuição dos recursos obedece geralmente a uma causa política...”*  
(p. 337)

As práticas que permeiam as ações de saúde ainda centram a sua ênfase no indivíduo e na doença; estimulando a medicina curativa, em detrimento de investimentos em prevenção. A realidade é que os custos finais são altos e ineficazes, já que não se percebem mudanças positivas no quadro da saúde do brasileiro. O que se vê é que os contrastes regionais no Brasil se intensificam quando o tema é saúde. Nas áreas mais pobres e de população mais jovem, espalham-se as mortes por doenças infecciosas,

típicas de países pobres, ao passo que no Sul e Sudeste, preponderam óbitos por infarto, característica de países desenvolvidos. Em entrevista à Folha de São Paulo, de 12/05/97 o presidente da Fundação Nacional de Saúde, Edmundo Juarez reforça que “O Brasil é o país das contradições. No Primeiro Mundo, doença infecciosa e transmissível praticamente não existe”.

A partir deste quadro instaurou-se a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, com uma característica marcante de doença basicamente de homossexuais. Nas últimas décadas, esse formato se modificou com a disseminação sobre uma ampla camada da população. “Ao mesmo tempo, o perfil social e econômico da epidemia mudou rapidamente, afetando cada vez mais os setores mais pobres da sociedade brasileira - nitidamente, a maior população do país” (Parker, 1994, p. 89).

No quadro de configuração da AIDS no Brasil e das respostas fornecidas pelo Estado no combate e prevenção da doença, encontra-se um cenário, onde é visível o total sucateamento da rede dos serviços de saúde, a precariedade de salários, condições de trabalho e recursos de toda ordem, restringindo a ação estatal. Entre outras consequências, verifica-se a transferência do tratamento de doentes acometidos por AIDS para o setor privado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pretende-se, neste capítulo, tecer algumas considerações implicações e sugestões derivadas dos resultados do estudo. Com esse propósito, serão focalizados aspectos relevantes como a dinâmica do serviço, o trabalho em equipe, as condições de trabalho e a qualidade do serviço prestado à população.

A preocupação central do trabalho objetivou situar as representações sociais dos profissionais e usuários sobre o programa de assistência às pessoas com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. Os achados confirmam que tais representações não são formuladas ao acaso, mas condicionadas por aspectos de ordem política, ideológica, cultural, econômica, religiosa e social, que delineiam a sua configuração.

Em termos gerais, os resultados da pesquisa, longe de esgotar a análise do objeto de estudo, têm como aspecto particularmente relevante a contribuição a partir dos relatos dos sujeitos que compõem parte da história sobre a epidemia de AIDS e fazem história, com a sua história de vida e profissional. Eles vivem essa realidade, seus dramas, dilemas e desafios, de uma forma ou de outra, no cotidiano profissional ou de suas vivências. E, pelas observações, falas e sugestões, pode-se considerar que estão do mesmo lado, profissionais de saúde e usuários. Os primeiros verbalizam que *“Estamos soropositivos sem ser”*. E os últimos reivindicam *“melhores condições de trabalho, para eles trabalharem melhor pra gente também”*. São cidadãos que experimentam, de uma forma ou de outra, o cotidiano da implementação da política de combate à

AIDS, que se inserem na realidade concreta dos serviços de assistência à saúde e, especificamente, ao HIV/AIDS.

Em que pesem as dificuldades da convivência com a AIDS, a imagem do Programa é positiva e tem o referendo da população. Neste sentido, foi avaliada como muito importante a atenção e o respeito que os profissionais dedicam aos usuários. Também foram ressaltados como indicadores de qualidade do serviço a acolhida e vínculo estabelecido entre os profissionais e população.

Quanto ao aprimoramento dos serviços prestados, parece recomendável a integração das esferas públicas: governo federal, estadual e municipal, com fundamento no diagnóstico das necessidades e expectativas da população. Cabe lembrar que as ações não se esgotam no nível municipal. Então, não se pode pensar as práticas de forma fragmentada ou isolada.

Quanto a esse aspecto, acredita-se relevante incorporar e socializar o debate sobre a questão da saúde pública, os desafios e distorções a superar e os mecanismos e estratégias a serem implantados a curto, médio e longo prazo. Cumpre ainda ter em consideração que assistência à saúde é direito, que precisa ser tratado como tal.

Também é significativo assinalar que a concepção de saúde expressa pelos profissionais revela a incorporação de uma visão bastante abrangente dos determinantes e elementos de origem sócio-política e cultural que interferem na prevenção, preservação, manutenção e recuperação da saúde. Em se tratando de AIDS, é mais do que necessária essa visão crítica do problema e de suas possíveis alternativas de prevenção e tratamento.

Nessa perspectiva, merece destaque o trabalho educativo com HIV/AIDS. Em relação a esse aspecto observa-se que existe uma convergência na fala dos atores e

que demarcam o lugar que as práticas educativas têm ocupado na área da saúde. Em se tratando desta pandemia, a grande demanda se situa em torno da socialização das informações com vistas à prevenção. Também emergiu fortemente a proposta de que as mensagens educativas/preventivas para a AIDS sejam realizadas com o envolvimento da população alvo e indo ao encontro desse público.

Um dos enfoques possíveis, a partir dos resultados do presente estudo é de que a realidade parece sugerir que as diversas categorias profissionais da área da saúde estão sendo chamadas a repensar a sua onipotência e unir suas potencialidades para o trato da questão. O trabalho deve ser valorizado, dentro de uma abordagem multidisciplinar que privilegie a unidade do saber, a partir das especificidades. Abordar riscos, incertezas, vida/morte, sexualidade, comportamento, preconceitos demanda flexibilidade, qualificação permanente e a busca incessante de uma metodologia que contemple a realidade social em seu movimento contínuo. E isso demanda atualização, qualificação e troca incessante entre profissionais, usuários, gerentes e população em geral.

A questão da equipe não está dissociada da política de recursos humanos na área da saúde e, especificamente da organização do trabalho, o que envolve considerações e decisões concretas acerca das condições de trabalho, da carga física, psíquica e cognitiva presente no cotidiano do trabalhador da área da saúde em geral e, em particular daquele que atua com HIV/AIDS.

Quanto aos usuários, as suas representações demonstram o desenvolvimento de consciência crítica e parecem situar-se como sujeitos da sua história, com potencial para interferir nesse processo, no sentido de explicitação das suas demandas e da formulação de propostas que contribuam para maior eficácia dos serviços.

Tomar como tarefa registrar as percepções, expectativas e sugestões desses atores sociais, significou para esta pesquisadora, a possibilidade de reconhecê-los enquanto sujeitos que fazem e constroem história e também cooperar com o debate voltado para alcançar eficácia e efetividade das políticas e programas sociais. Uma forma de direcionar o trabalho é contemplar as avaliações e demandas da sua população-alvo - usuários e profissionais.

Finalizando o trabalho, cabe o registro de uma frase que acompanhou e orientou a pesquisadora, durante toda a investigação: **“Se desejamos saber como as pessoas sentem, qual a sua experiência interior, o que lembram, como são suas emoções e seus motivos, quais as razões para agir, como o fazem - por que não perguntar a elas?”** Allport (In: Rodrigues, 1995).

As considerações apresentadas neste capítulo devem ser entendidas como pequena parte do que se poderia explorar do material empírico reunido durante o estudo. Sua riqueza permitiria, evidentemente, explorá-lo sob inúmeras óticas e perspectivas analíticas.

Contudo, não se teve a intenção de esgotar o assunto... Acredita-se que as informações trazidas da incursão empírica, permitem questionamentos e reflexões acerca do objeto, inclusive com sugestões de futuras pesquisas que abordem, por exemplo, a especificidade da metodologia de prática educativa e preventiva no trabalho com HIV/AIDS, as cargas específicas presentes no processo de trabalho do profissional que atua com HIV/AIDS, as implicações na sua saúde, as condições de trabalho do profissional que atua com HIV/AIDS, o suporte psicológico para o profissional e para os usuários, bem como outros problemas de pesquisa que foram sugeridos, quando se procurou sistematizar a análise dos dados.



Além disso, cumpre destacar que da convivência com usuários e profissionais emergiu um elenco significativo de sugestões relevantes para o aprimoramento da assistência, da ação multidisciplinar, das práticas preventivas e da educação em saúde, como apresentado no capítulo anterior. Considera-se que tais propostas sejam de interesse de instituições situadas nas diferentes instâncias da operacionalização da política de saúde. Concluindo, reforça-se que o propósito norteador dessa dissertação foi saber o que eles - profissionais e usuários - pensavam e eles disseram claramente. Agora, cabe refletir sobre essas demandas e dar-lhes a resposta pertinente e a que têm direito...

## BIBLIOGRAFIA

- ACURCIO, Francisco de Assis e GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 12(2):233-242, abr/jun, 1996.
- ALTMAN, Dennis. *Power and community*. London, Routledge, 1994.
- BARBOSA, Regina Helena Simões. *AIDS e Gênero: as mulheres de uma comunidade favelada*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ,
- BARBOSA, Regina Maria, VILLELA, Wilza Vieira, UZIEL, Anna Paula. *Revista de Saúde Coletiva*. Vol.5, n° 1, 1995.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. *Desenvolvimento de recursos humanos : uma estratégia de desenvolvimento organizacional*. São Paulo, Atlas, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - AIDS*. Ano IX, n° 04, 1996.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS. Normas Técnicas para Prevenção da Transmissão do HIV nos Serviços de Saúde, 1989.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Manual de Aconselhamento: AIDS. 1989.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Programa Nacional de Controle DST/AIDS. INAMPS. Brasília, abr. 1987
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. 1994.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, 1989
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. *As Ciências da AIDS & A AIDS das Ciências*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA, IMS-UERJ, 1994.

- CASTILHO, E. A. et alii. Riscos da Ruralização da AIDS no Brasil. *Ver. Soc. Bras. Med. Trop.* 27, Sup. 2. 1994.
- CASTRO, B.G., et al. *Human Immunodeficiency Virus Infection in Brazil*. Journal of the American Medical Association. 1987.
- Centers for Disease Control. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *MMWR* 1990.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.
- CZERESNIA, Dina, SANTOS, Elizabeth Moreira dos, BARBOSA, Regina Helena Simões et alii. *AIDS - ética, medicina e biotecnologia*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1995.
- DA MATTA, R. *Relativizando*. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1981.
- DANIEL, H. *AIDS: alvos equivocados*. Políticas Governamentais. jan/fev. 1991.
- DEMO, Pedro. *Introdução à metodologia da ciência*. São Paulo, Atlas, 1994.
- DAVINI, M. C. *Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje*. In Educacion Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA, 1994.
- DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Traduzido por Ana Isabel Paraguay e Lúcio Leal Ferreira. 5ª ed., São Paulo: Cortez, 1992.
- ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. 12 ed., São Paulo, Perspectiva, 1995.
- FOLHA DE SÃO PAULO. 28 de abr. 1996.
- \_\_\_\_\_. 21 de dez. 1996.
- \_\_\_\_\_. 21 de abr. 1997.
- \_\_\_\_\_. 12 de mai. 1997.
- FONSECA, Angélica Ferreira. *Avaliação da qualidade da atenção a pessoas com HIV/AIDS em Centros Municipais de Saúde - Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994.
- FREIRE, Paulo & FAUNDEZ, Antonio. *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.

- GUIMARÃES, Kátia. Boletim Internacional sobre Prevenção e Controle da AIDS. *Oficinas: aconselhamento coletivo*. Rio de Janeiro: ABIA, mar/maio 1994.
- JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LOYOLA, Maria Andréa, (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Dumará/UERJ, 1994.
- MANCHETE. *O Homem que está Derrotando a AIDS*. Rio de Janeiro, 11 de jan. 1997: 24-34.
- MANN, Jonathan, TARANTOLA, Daniel J.M., NETTER, Thomas W. (Orgs). *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA, IMS, UERJ, 1993.
- MARX, Karl. *El capital. Crítica de la Economía Política*. 2 ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1975, 3 t.
- MÉDICI, A.B.; et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil*. FIOCRUZ/ENSP, 1992.
- \_\_\_\_\_, (Org). *Recursos humanos em saúde: Textos de apoio, Planejamento I*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1987.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed., São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- \_\_\_\_\_, (Org.), DESLANDES, Suely F., CRUZ NETO, Otávio, GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 3 ed., Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Os Homens de Ferro: estudo sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira*, Rio de Janeiro, Dois Pontos, 1986.
- \_\_\_\_\_, (Org.). *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*, São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Interdisciplinaridade na compreensão da violência e saúde*. Texto apresentado no I Encontro Internacional de Estudos Sobre Violência e Saúde. Rio de Janeiro, 1989.
- MISZTEL B., MOSS, D. *Action on AIDS: national policies in comparative perspective*, pp. 51-77. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1990.
- MONTAGNIER, Luc. *Vírus e Homens- AIDS: seus mecanismos e tratamentos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1995.
- MOTT, Luiz. Folha de São Paulo, 01 de dez. 1996.

O DIA, 05 de dez. 1996.

O GLOBO. Brasil carece de política anti-AIDS. Rio de Janeiro, 21 de jun. 1988.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro, 17 de jul. 1996.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro, 21 de out. 1996.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro, 29 de nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro, 20 de dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro, 29 de abr. 1997.

O ESTADO DE SÃO PAULO, 08 de dez. 1996.

\_\_\_\_\_. 22 de jun. 1996.

\_\_\_\_\_. 22 de abr. 1997.

PAIM, Jairnilson S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdades de Saúde Pública/USP, 1994.

PARKER, Richard, BASTOS, Cristiana, GALVÃO, Jane, PEDROSA, José Stalin (Orgs). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA, IMS, UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1994.

\_\_\_\_\_. *AIDS, um problema econômico*. Boletim ABIA. Rio de Janeiro, dez. 1994.

\_\_\_\_\_. Revista de Saúde Coletiva, vol.5, n.º 1, 1995.

\_\_\_\_\_ e GALVÃO, Jane. *A epidemiologia social da Aids*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1994.

PEREIRA, G. S. *O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática*. In: Tese de Mestrado AUTONOMIA, IDENTIDADE E INTERESES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE: Uma reflexão sobre o modelo assistencial. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1993.

QUINTANA, P. B., ROSCHKE, M. A C., RIBEIRO, E. C. *Educacion permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud*. In Education Permanente de Personal de Salud. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organizacion Panamericana de Salud. EUA, 1994.

- RODRIGUES, Marcus V. C. *A organização dos anos 90 e o processo de mudanças. Recursos humanos: Foco na modernidade: Textos selecionados*/Editor ABRH/Rio. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise o nível gerencial*. 2 ed., Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.
- SEARS, Alan. Revista de Saúde Coletiva, vol.3, n.º 1, 1993.
- SILVA, L, VILLAS BOAS, R. *Infecção ocupacional por HIV entre profissionais de saúde: uma visão atual*. Rev. Bras. Med. ago. 1993.
- RIO DE JANEIRO. SMS, Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Programa de DST/AIDS. *Manual de Normas e Rotinas do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS*, 1995.
- SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio. *Práticas educativas em saúde*. Uma discussão
- THIOLLANT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. 6 ed., São Paulo, Cortez, 1994.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas, 1987.
- VALLE, Alexandre. Boletim Internacional sobre Prevenção e Controle da AIDS. *Aconselhamento e cidadania*. Rio de Janeiro, ABIA, mar/maio 1994.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. *Serviço social e prática reflexiva*. Rio de Janeiro, 1994.
- VEJA. *A multiplicação do mal: A AIDS se espalha*, São Paulo, 14 de ago. 1989: 56-59.
- \_\_\_\_\_. *Militares Encaram a AIDS*. São Paulo, 11 de dez. 1996: 38.
- VELLOZO, Vitoria Regia Ozório. *Direito: da concessão ao imaginário*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994.
- VENTURA DA SILVA, M. *Legislação sobre DST & AIDS no Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS, nov. 1995.
- VERGARA, Sylvia Constant. *Tipos de pesquisa em administração*. Cadernos EBAP/FGV. Rio de Janeiro, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Sugestão para estruturação de um projeto de pesquisa*. Série Cadernos de pesquisa. Rio de Janeiro, EBAP/DOC, n. 2, 1991.

VERONESI, R, FOCCACIA, R. *AIDS entre profissionais de saúde: risco e prevenção*. Rev. Bras. Clin. Terap. 1989.

VIEIRA, Monica. *O Médico Infectologista e a AIDS: novas dimensões da prática*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1996.

ZAJDSZNAJDER, Luciano. *Métodos do pensamento ou gerência do pensamento*. Cadernos EBAP, n. 58. Rio de Janeiro, EBAP/FGV, 1992.