

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Pós-Graduação em Serviço Social
Mestrado em Serviço Social**

DÉBORA CALAIS OLIVEIRA CORRÊA

**GESTÃO LOCAL: RESPOSTAS AOS DESAFIOS DA AIDS NO BRASIL
ANÁLISE DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE JUIZ DE FORA-
MG**

JUIZ DE FORA
2010

Débora Calais Oliveira Correa

**GESTÃO LOCAL: RESPOSTAS AOS DESAFIOS DA AIDS NO BRASIL
ANÁLISE DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE JUIZ DE FORA-
MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Edina Evelyn Casali M. de Souza

Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2010

Correa, Débora Calais Oliveira.

Gestão local: respostas aos desafios da AIDS no Brasil análise do Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora - MG / Débora Calais Oliveira Correa. – 2010.
110 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida. 2. Saúde pública – Juiz de Fora (MG). I. Título.

CDU 616.9

Débora Calais Oliveira Correa

**GESTÃO LOCAL: RESPOSTAS AOS DESAFIOS DA AIDS NO BRASIL
ANÁLISE DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE JUIZ DE FORA-
MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 15 de março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Edina Evelyn Casali Meireles de Souza (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª. Girlene Alves da Silva (Co-orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Drª. Maria Helena Costa Couto
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dedico esse trabalho a todos que estão envolvidos, de alguma forma, na luta contra a Aids.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela vida e pelo sopro divino que me leva a melhorar a cada dia;

Aos meus pais pelo amor incondicional;

Aos meus irmãos sempre presentes;

Ao Fernando, companheiro de todas as horas, pelo carinho, apoio e força que me impulsiona nos momentos difíceis;

À minha orientadora Edina Evellin, por aceitar este desafio;

À Girlene, pela disponibilidade;

Aos professores e colegas do Mestrado de Serviço Social, pelo convívio e aprendizagem adquirida e partilhada durante o percurso, em especial a Heloisa pela amizade e gentileza em compartilhar seu conhecimento.

Aos amigos do Hospital Universitário pela torcida;

Aos entrevistados que dedicaram um pouco de seu tempo para contribuírem com este estudo;

As pessoas que vivem HIV/ Aids, obrigada pela confiança.

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi analisar como os saberes e práticas dos gestores dos serviços que atendem as pessoas que vivem com HIV/Aids se organizam no município de Juiz de Fora/MG.

Desta forma, tomou-se, como eixo balizador, o que esta preconizado na lei 8080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e pelo documento elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde que versa sobre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Dst/Aids.

Para construção da reflexão da temática tratada, foi realizada uma pesquisa documental com vistas ao resgate histórico do surgimento da Aids, a discussão sobre a construção do Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais e o Programa Municipal de Dst/Aids. No plano empírico, foi realizada uma pesquisa cujo instrumento de verificação dos dados foi a entrevista semi-estruturada.

Considerando o objeto de estudo, foi feita a opção pela avaliação qualitativa como método mais apropriado para a investigação do tema. Para interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo por possibilitar a construção das respostas da pesquisa proposta.

Os resultados apresentam os limites e possibilidades da atenção as pessoas vivendo com HIV/Aids no município de Juiz de Fora. Também descreve a visão dos sujeitos do estudo (gestores) sobre a perspectiva diante dos desafios apontados frente à política de Dst/HIV/Aids e o SUS.

Palavras-Chave : HIV/Aids. Gestão em Saúde. Juiz de Fora

ABSTRACT

The objective of this study was to examine how knowledge and practices of managers of facilities that serve people living with HIV / Aids are organized in the city of Juiz de Fora / MG.

Then it became, as a central marker, which is recommended by law 8080/90 which provides for the Health System and the document prepared by the Secretariat of Health Policies of the National Aids Program of the Ministry of Health deals with the principles and guidelines of the National Dst/Aids.

For construction of the reflection of themes treated, a survey was conducted in order to rescue documentary history of the emergence of Aids, the discussion about the construction of the National Dst/ Aids Program and the Municipal Dst/ Aids. Empirically, we conducted a survey whose instrument for examining the data was the semi-structured interview.

Where as the object of study, was the choice of qualitative assessment as the most suitable method for investigating the content. For interpretation of the data was used to analyze the content by allowing the construction of the responses of the proposed research.

The results show the limits and possibilities of care to people living with HIV / Aids in the municipality of Juiz de Fora. It also describes the vision of the study subjects (managers) about the prospect of facing challenges set out before a policy for Dst/HIV/ Aids and the SUS.

Key-Words: HIV/Aids. Health Management. Juiz de Fora.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS 1 a 4 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS COM PELO MENOS UM CASO DE AIDS REGISTRADO ENTRE 1980-2006	54
FIGURA 5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS EM JUIZ DE FORA.....	65

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1	DADOS ESTIMADOS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO MUNDO, 1990 – 2007	21
GRÁFICO 2	DADOS ESTIMADOS DE ADULTOS E CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV EM 2007 NO MUNDO / POR REGIÃO.....	22
GRÁFICO 3	RAZÃO DE SEXO (M:F) DOS CASOS DE AIDS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1983-2007	28
GRÁFICO 4	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100.000 HAB.), SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1994-2007	30
GRÁFICO 5	PERCENTUAL DE CASOS DE AIDS, SEGUNDO ESCOLARIDADE EM ANOS DE ESTUDO POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1983-2007	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	PERCENTUAL DE CASOS NOTIFICADOS DE AIDS, SEGUNDO OS 15 MUNICÍPIOS EM MINAS GERAIS COM MAIOR NÚMERO DE CASOS RESIDENTES E SEXO, 2006.....	55
TABELA 2	DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA QUE ATENDEM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDS I	Primeiro acordo de empréstimo entre do BIRD ao PN DST e AIDS
AIDS II	Segundo acordo de empréstimo entre do BIRD ao PN DST e AIDS
AIDS III	Terceiro acordo de empréstimo entre do BIRD ao PN DST e AIDS
AIS	Ações Integradas de Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CDC	Controle e Prevenção de Doenças
CEP/UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora
CN/DST/AIDS	Coordenação Nacional de DST/AIDS
CNAIDS	Comissão de Assessoramento em AIDS, atualmente Comissão Nacional de AIDS
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CT – DST	Centros de Treinamento em DST
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DIP	Doenças Infecto-Parasitária
DSSDA	Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
GT-DST	Grupo Técnico de DST
HD	Hospital Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
OIT	Organização Internacional do Trabalho
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
UBS	Unidades Básicas de Saúde

UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV e AIDS
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo de População das nações Unidas
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Programa das Nações Unidas contra Drogas e Crimes
UNWF	Programa das Nações Unidas para Alimentação
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 A EMERGÊNCIA DA AIDS NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS PARA SEU ENFRENTAMENTO: O DEPARTAMENTO NACIONAL DE DST, HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS	18
2.1 O panorama da Aids no Brasil: uma reflexão necessária	18
2.2 O Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais: a resposta brasileira.....	33
3 DO MACRO AO MICRO: O PAPEL DO MUNICÍPIO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RESPONSABILIDADE PARA COM O PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS – CARACTERIZANDO JUIZ DE FORA	44
3.1 Descentralização: o município como gestor da saúde.....	44
3.2 A Situação da Aids em Juiz de Fora e seu impacto nos serviços de saúde do município	52
4 CAMINHO METODOLÓGICO	67
4.1 Tipo de pesquisa	67
4.2 Cenário do estudo	68
4.3 Sujeitos do estudo	69
4.4 Estratégia de coleta de dados	70
4.5 Estratégia de análise dos dados.....	71
5 ANÁLISE DOS DADOS	73
5.1 Caracterização Institucional.....	73
5.2 Caracterização do Gestor e suas atribuições	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	102
ANEXOS	108

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se configura como dissertação, para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social¹.

O conteúdo deste trabalho está fundamentado na Monografia do curso de Pós-Graduação Política e Pesquisa em Saúde Coletiva ligado ao Programa de Residência em Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

A escolha do tema, que embasou a monografia, ocorreu através da experiência no Programa de Residência em Serviço Social desenvolvido no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A Residência se configura como uma das faces da Educação Continuada na formação de recursos humanos para a área da Saúde, fortalecendo, desta forma o trabalho em saúde e, habilitando o Assistente Social a trabalhar neste setor, com a perspectiva ampliada de saúde.

Naquele espaço sócio-ocupacional foi possível atuar, na condição de Residente de Primeiro Ano num inspirador Projeto de Extensão ligado à Pró-Reitoria de Extensão/PROEXC-UFJF intitulado: *Dst/Aids – Na Mira da Prevenção*. Já na condição de Residente de Segundo Ano, no Hospital Dia e no Ambulatório das doenças Infecto-Parasitárias/DIP.

O Projeto Dst/Aids: Na Mira da Prevenção, tem por objetivo promover a discussão do conhecimento sobre as DST, garantindo o acesso à informação qualificada acerca das formas de contágio, tratamento e prevenção tanto das DST quanto da própria Aids.

No que diz respeito ao Hospital Dia (HD), este atende a usuários que precisam de acompanhamento médico ininterrupto e podem permanecer em casa e se deslocar diariamente até o hospital. O objetivo é buscar a melhoria da qualidade de vida desses usuários oferecendo uma alternativa à hospitalização tradicional pessoas vivendo com HIV/Aids.

No HD o doente de Aids é acompanhado por uma equipe de especialistas composta por médico, enfermeiros, psicólogo e assistente social. Tanto neste

¹ Defendida em março de 2008, intitulada - O PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE HIV/AIDS NO BRASIL: Um Estudo Acerca da Gestão do Programa Nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora/MG.

setor quanto no ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), tem-se a oportunidade de trabalhar diretamente com este público, configurando um momento ímpar para apreensão de suas principais demandas.

Essas demandas, entretanto, quando necessitam ser amparadas por ações e serviços da seguridade social em Juiz de Fora, esbarram em diversas dificuldades e limitações como a escassez de políticas públicas, rede de atendimento saturada, demanda reprimida, deficiente capacitação profissional, visão preconceituosa quanto à situação de portador, dentre outras.

O principal motivo para dar continuidade a essa pesquisa no Mestrado em Serviço Social é o de assumir como prioridade o compromisso pessoal para com a temática investigada, na intenção de contribuir na melhoria do atendimento.

Para construção da reflexão da temática tratada, foi realizada uma pesquisa documental com vistas ao resgate histórico do surgimento da Aids, a discussão sobre a construção do Sistema Único de Saúde, sobre o Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais e o Programa Municipal de Juiz Dst/Aids.

No plano empírico, foi realizada uma pesquisa cujo instrumento de verificação dos dados foi a entrevista semi-estruturada, contendo vinte e uma perguntas, aplicada aos gestores das instituições públicas e organizações não-governamentais da rede de assistência as pessoas vivendo com HIV/Aids em Juiz de Fora.

As dimensões abordadas na entrevista foram: a descrição da Instituição – surgimento, serviços ofertados, recursos humanos e físicos, público atendido (sexo, raça, faixa etária, gênero); e, perfil do gestor, suas atribuições, perspectivas quanto ao serviço prestado, principais desafios e expectativas de mudança.

O trabalho apresenta no Capítulo I a contextualização da epidemia em âmbito nacional e as principais estratégias empreendidas ao longo desses vinte e nove anos de Aids no Brasil. O Capítulo II trata do perfil epidemiológico da epidemia e a origem do Programa Municipal de Dst/Aids em Juiz de Fora. O Capítulo III aborda a metodologia para o desenvolvimento da pesquisa em lócus e no Capítulo VI trás a análise dos dados na qual foi possível apreender os limites e possibilidades enfrentados pelo município na atenção as pessoas vivendo com HIVAids e um panorama do Programa Municipal, na visão dos sujeitos do estudo.

Desta forma foi possível analisar como os saberes e práticas dos gestores dos serviços que atendem aos usuários portadores de HIV/Aids se organizam tomando como eixo balizador o que esta preconizado na Lei 8080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e pelo documento elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde da Coordenação Nacional de Dst e Aids do Ministério da Saúde que versa sobre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Dst/ Aids.

2. A AIDS NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS PARA SEU ENFRENTAMENTO: O DEPARTAMENTO NACIONAL DST, HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Neste capítulo busca-se, para melhor compreender como tem sido enfrentada a epidemia de HIV/Aids, o desenvolvimento da doença, o contexto histórico e político pelo qual o Brasil vinha passando, para assim identificar a construção da política de controle desta epidemia e as principais características do Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais.

Contudo, percorrer a história da política da Aids, apresenta diversos caminhos, na medida em que as narrativas continuam sendo construídas, e, portanto encontram-se fragmentadas, permitindo delinear algumas tendências presentes no quadro atual.

2.1. O panorama da Aids no Brasil: uma reflexão necessária

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) vem construindo a sua história e deixando marcas desde 1981 nos Estados Unidos da America, quando foi notificada através do Relatório Semanal de Morbidez e Mortalidade do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) pela primeira vez. Apesar de inúmeros estudos apontarem os primeiros casos a partir de 1980, segundo Cunha (2006) já em 1959 na África Central conheciam-se dados de sua existência. A análise da amostra de sangue de um homem banto² morto no Congo de doença não identificada, fez dele o primeiro caso confirmado de infecção pelo vírus HIV. Porém, foi a partir da década de 1970 do século XX que esta começou a se propagar pelo mundo desenvolvido e no continente Africano vindo.

Em 1983, Luc Montaigner, um francês especialista em câncer, juntamente com outros cientistas do Instituto Pasteur em Paris, isolaram o que parecia ser um novo retrovírus humano de uma glândula linfática. Simultaneamente cientistas norte-americanos liderados por Robert Gallo, trabalhando no Instituto Nacional do Câncer em Bethesda (Maryland) e o grupo liderado pelo virologista norte

²Os bantos habitantes da África Meridional, estão representados por povos que falam entre 700 e duas mil línguas e dialetos aparentados, estendendo-se para o sul, logo abaixo dos limites sudaneses, até o cabo da Boa Esperança, compreendendo as terras que vão do Atlântico ao Índico (<www.suapesquisa.com/afric/bantos.htm> acessado em 17/07/2008)

americano Jay Levy de San Francisco isolaram o retro vírus de pessoas com a suposta doença e também daquelas que tinham contato com estes portadores. Os três grupos de cientistas isolaram o que hoje se conhece como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o vírus que causa a Aids (Cunha, 2006).

A Aids, causada pelo vírus HIV, compromete o sistema imunológico ocasionando a sua deficiência atacando, também, o sistema nervoso de seus portadores. Conforme Rachid e Schechter (2004:03),

O HIV é um vírus RNA³ que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode, então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais. Ocorre, então, a montagem do vírus e, posteriormente, a gemulação. As principais células infectadas são aquelas que apresentam a molécula CD4 (linfócitos T4 ou T - helper) e macrófagos.

Os linfócitos CD4 são fundamentais na resposta imunológica e são as células principalmente infectadas pelo vírus, o que, explica-se a deficiência imunológica causada por ele. Com o enfraquecimento do organismo, a pessoa fica sujeita a doenças graves, as chamadas doenças oportunistas que têm esse nome exatamente porque se aproveitam desse enfraquecimento.

Sabe-se que as principais vias de transmissão do vírus HIV se dão através do contato com sangue, sêmen, secreções vaginais, e o parto sem acompanhamento e aleitamento materno. Pode ocorrer, também, por transmissão ocupacional, através do acidente de trabalho quando, população, trabalhadores em geral e profissionais da área de saúde se acidentam com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados pelo vírus HIV⁴.

Os primeiros indícios da Aids no mundo foram descobertos com a ocorrência de alguns casos de pneumocistose⁵ e Sarcoma de Kaposi⁶, incidindo

³ Acido Ribonucleico. O RNA é uma molécula intermediária na síntese de proteínas, ela faz a intermediação entre o DNA e as proteínas.

(< <http://www.icb.ufmg.br/prodabi/prodabi3/grupos/grupo1/rna.htm>> acessado em 24/08/2009)

⁴ Apesar de o vírus ser encontrado em fluidos corporais como saliva, urina e lágrimas, o risco de infecções só se dá através das formas supracitadas.

⁵ Pneumocistose é uma das infecções oportunistas mais freqüentes nas pessoas infectadas com o HIV. É causada por um fungo, antigamente chamado *Pneumocystis carinii*, mas os cientistas rebaptizaram como *Pneumocystis jirovecii*, causa dificuldade em respirar, febre e tosse seca (<<http://www.instituto-camoes.pt/glossario/Textos/Medicina/HTM/pneumocistose.html>> acessado em 08/04/2010).

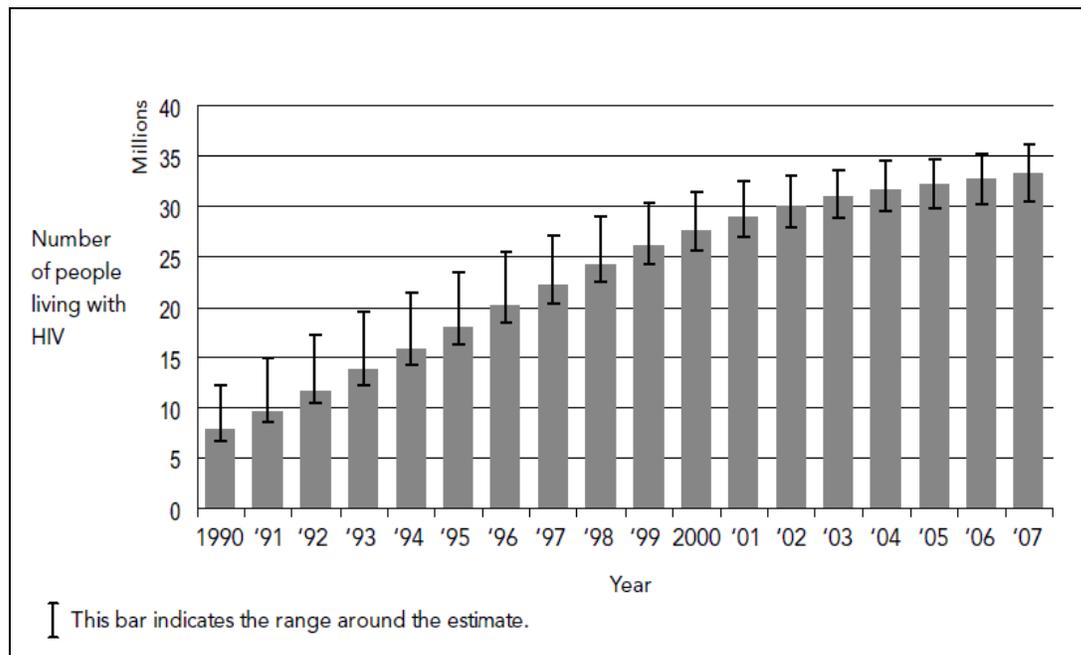
⁶ É um tipo de câncer que atinge as paredes dos vasos linfáticos e pode simultaneamente se desenvolver em diferentes regiões do corpo. Costuma aparecer na pele, mas outros órgãos

sobre pessoas jovens e previamente saudáveis, ou seja, fora do padrão habitualmente esperado para as duas doenças que comumente acometiam pessoas idosas. Como a doença manifestava-se em homossexuais masculinos, a repercussão na imprensa mundial era de que um “câncer gay” se alastrava. Posteriormente, também foi detectada em politransfundidos – mais diretamente os hemofílicos – e usuários de drogas injetáveis. Contudo, inicialmente, poucas atitudes foram tomadas em relação à nova descoberta no que tange a uma atenção especial ao problema, uma vez que, o mesmo restringia-se a grupos minoritários (Cunha, 2006).

De acordo com o conjunto das Agências dos Sistemas das Nações Unidas no Brasil (2008), a epidemia de Aids constitui um desafio sem precedentes para a saúde global. O HIV já causou cerca de 25 milhões de mortes e provocou profundas mudanças demográficas, econômicas e sociais na maioria dos países mais afetados. A cada dia, estima-se que cerca de 6.800 pessoas são infectadas pelo HIV e 5.700 morrem em decorrência da Aids em todo o mundo, a maioria devido a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, poucos serviços para tratamento, inexistência de recursos humanos treinados, insuficiência de recursos financeiros, informação insuficiente. Estima-se que 33 milhões de pessoas vivam com HIV em todo o mundo.

internos, como nódulos linfáticos, pulmões e sistema digestivo também apresentam o sarcoma de Kaposi. Sua causa ainda não é bem conhecida, porém estudos mostram que este sarcoma está associado a fatores genéticos, viróticos, imunológicos, entre outros. É o câncer mais relacionado à Aids. No entanto, o fato de ser um paciente portador do vírus HIV não significa que irá desenvolver o Sarcoma de Kaposi.
(<<http://oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=39&id=319&menu=2> >acessado em 08/04/2010)

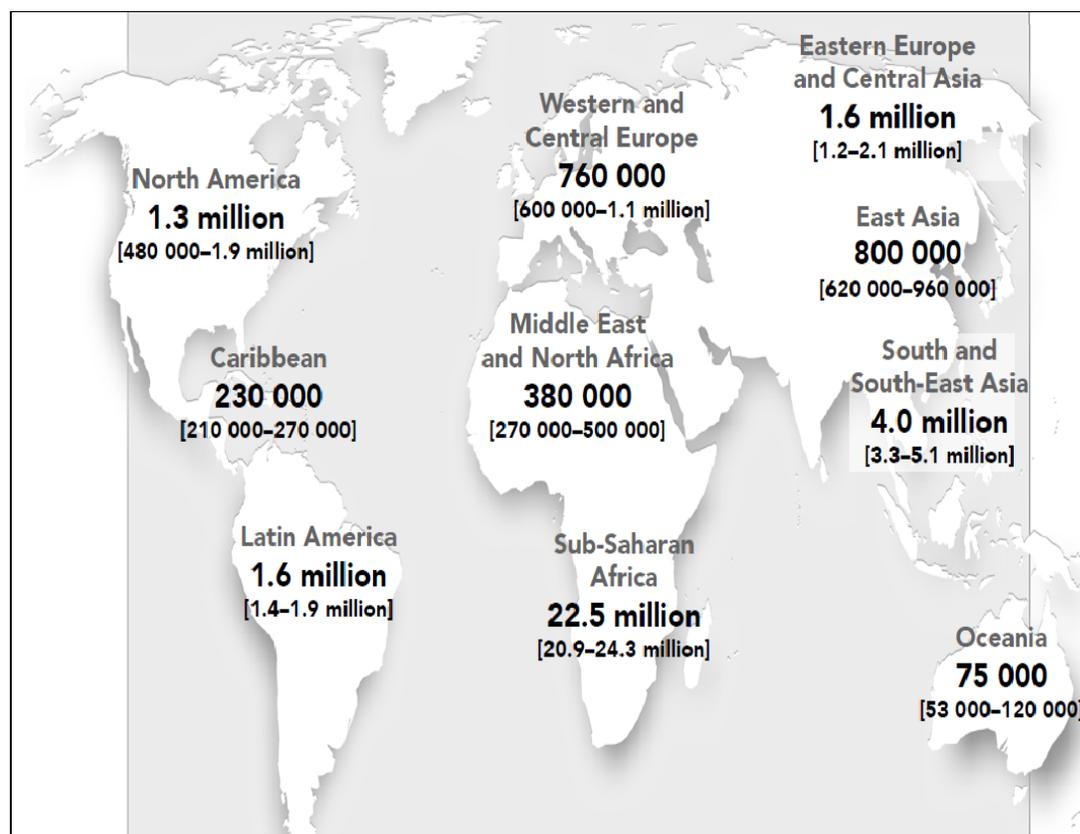
GRÁFICO 1 – DADOS ESTIMADOS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV NO MUNDO, 1990 – 2007.



FONTE: UNAIDS, 2009

Em alguns países da Ásia, América Latina e África Sub-Saariana, o número anual de novas infecções por HIV e de mortes por Aids está diminuindo, em parte como resultado da expansão do acesso a terapias antirretrovirais. Infelizmente, essas tendências favoráveis não são percebidas de igual maneira em todos países e/ou regiões. A África ao Sul do Saara segue sendo a região do mundo mais afetada pela epidemia de Aids: 35% das infecções pelo HIV e 38% de mortes por Aids, em 2007, ocorreram nesta região. No total, 67% de todas as pessoas que vivem com HIV residem na África Sub-saariana.

GRÁFICO 2 – DADOS ESTIMADOS DE ADULTOS E CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV EM 2007 / NO MUNDO POR REGIÃO



Total: 33.2 (30.6–36.1) MILHÕES

FONTE: UNAIDS, 2009

As mulheres já representam metade das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, com números crescentes em muitos países. Os jovens (15-24 anos) representam 45% das novas infecções em todo o mundo. Em âmbito global, o número de jovens vivendo com HIV aumentou de 1,6 milhões em 2001 para 2 milhões em 2007. Estima-se que 370 mil crianças (menores de 15 anos) se infectaram pelo HIV em 2007.

Situando o caso brasileiro especificamente, foi durante a década de 80 do século XX que o país, assim como o mundo, presenciou a pandemia da Aids. Neste mesmo período, o Brasil passava por uma transformação política, com o processo de democratização, com a emergência dos movimentos sociais diversos, contribuindo para o aumento da participação popular – dentre os quais pela ampliação e conquista de direitos – e a estruturação das organizações não-

governamentais/ONGs. No tocante a epidemia, segundo Bastos (et al, 1993:91), as ONG's voltaram-se para

a difusão de informações sobre a prevenção, para a ajuda às pessoas portadoras do HIV e para a fiscalização e crítica às alternativas governamentais, tanto no âmbito da assistência aos pacientes como na elaboração de estratégias de prevenção e ações no campo da educação para saúde.

As ONG's tornaram-se importantes instrumentos representativos da sociedade civil na luta contra a epidemia e no enfrentamento ao Estado, que, além de não promover uma política mais efetiva de controle da doença, produzia campanhas de prevenção carregadas de preconceitos. O governo iniciou a luta pelo combate à Aids de forma tímida, pois justificava a letargia de suas ações para implementar programas de prevenção afirmando que existiam poucos casos para pesquisas caras e que as vítimas da Aids possuíam condições para custear o próprio tratamento.

À medida que o Estado foi assumindo a responsabilidade com a epidemia de AIDS no país, numa interlocução com a sociedade civil organizada em torno da questão, com ações concretas de controle da doença, seja a partir da promulgação de leis no sentido de viabilizar o enfrentamento da epidemia seja com o investimento de altos recursos financeiros num programa nacional de controle da doença, as ONGs, sem abandonar a posição crítica em relação às políticas governamentais de controle da AIDS, também mudaram a estratégia, substituindo o confronto com o Estado por uma ação propositiva e co-responsável com o Ministério da Saúde. (BASTOS et al., 1993:93)

A luta contra a Aids no Brasil passou a um novo patamar à medida que, em 1985 no Governo Sarney, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº. 236, do dia 2 de maio, estabeleceu as diretrizes para o programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids, sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.

Para maior reforço à luta, em 1986, foi criado o Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais. Coincidentemente, neste mesmo ano, as idéias do Movimento de Reforma Sanitária foram consagradas e tornando-se parte, em 1988, da nova Constituição Federal, marco da redemocratização no país.

O Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais está calcado nos princípios e diretrizes propostos pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pela lei 8080/90 (LOS). Desta forma, os princípios gerais que orientam o

Programa são: descentralização, integralidade das ações, universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde e o controle social. E, a estes, acrescentam-se as diretrizes que o norteiam: garantia da cidadania e direitos humanos das pessoas com HIV/Aids; garantia de acesso aos insumos de prevenção e assistência para toda a população; direito de acesso ao diagnóstico para o HIV/Aids; direito ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença.

Visando um cuidado mais abrangente, ainda nos anos de 1980, o Ministério da Saúde via Coordenação Nacional de Dst/Aids (CN/DST/AIDS) iniciou um processo de apoio aos sistemas locais de saúde através da elaboração de normas para o tratamento e prevenção da doença, instituindo centros de referência para capacitação dos profissionais de saúde, implantação de laboratórios de referência, elaborando normas de vigilância epidemiológica e notificação de casos. E, em 1991, na administração de Fernando Collor de Melo, houve o começo da distribuição dos medicamentos disponíveis no mercado internacional, inicialmente apenas com a Zidovudina (AZT) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2.000a), e sendo esta a primeira medicação eficaz contra a progressão da Aids.

Em 1994, no Governo de Itamar Franco, o Brasil assinou o primeiro acordo com o Banco Mundial para financiar projetos na área da saúde. Permitindo o desenvolvimento do Programa Nacional. Também neste ano a Coordenação Nacional de Dst/Aids, procurando estabelecer um padrão de qualidade mínima para a assistência, definiu normas para o credenciamento de Serviços Ambulatoriais Especializados em assistência aos portadores de HIV e Aids (SAE), os quais seriam implantados em unidades do SUS pré-existentes, sob a responsabilidade dos programas locais de Dst/Aids. Essas normas estabeleciam padrões mínimos para funcionamento dos serviços, relacionados às dimensões de estrutura do cuidado - equipe mínima, disponibilidade de recursos materiais, entre outras (BRASIL. Ministério da Saúde, 2.000b).

Em 1996 a sociedade brasileira alcança uma importante vitória na luta contra a doença. O tratamento apenas com uma droga mostrava pouco impacto sobre a evolução da doença, sendo assim, foi neste ano que surgiu um novo grupo de drogas – os inibidores de protease que, se administrados isoladamente induziam uma resistência viral, já associados às outras tinha um efeito eficaz, daí

o chamado “coquetel”. Desta forma, o surgimento destes novos fármacos caracterizou um grande avanço no tratamento da Aids, pois, acarretou a melhora do sistema imunológico, a diminuição dos casos de doenças oportunistas e também da mortalidade.

Entretanto, as medicações inicialmente pareciam inacessíveis porque o seu custo era altíssimo, então o tratamento se restringiria às classes abastadas. Mas, o governo brasileiro, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, naquele mesmo ano, atendendo ao forte apelo social, promulgou a Lei Federal nº. 9.313 de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita e universal de medicamentos aos portadores de HIV e Aids pelo sistema público de saúde, incluindo, também, as inovações terapêuticas em documento nacional de normatização do tratamento. Sendo a Aids ainda uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso com a terapia anti-retroviral conferiram significativos benefícios no aumento da expectativa de vida dos portadores de HIV/ Aids, passando a se configurar como doença crônica.

No ano seguinte, além da distribuição dos medicamentos, foi percebido a necessidade de monitoramento da eficácia das medicações. Este monitoramento se daria através de dois exames gratuitos - a contagem de linfócitos T auxiliares (CD4) e o teste de carga viral, que identifica a quantidade de vírus circulando no organismo. Para isto, o governo estimulou a implantação destas técnicas em laboratórios ligados ao SUS em todo o país e criou a Rede Nacional de Laboratórios para Realização de Exames de Carga Viral e Contagem de CD4+/CD8+.

O aparecimento de variantes virais resistentes selecionadas durante o tratamento dos pacientes, porém foi um dos principais fatores que ameaçaram a viabilidade desse programa em longo prazo. Essas variantes, além de não responderem adequadamente à terapêutica anti-retroviral utilizada, poderiam ser transmitidas, representando um potencial problema de Saúde Pública. Desta forma, em 1999, adotou-se a metodologia conhecida como genotipagem do HIV-1 que quando combinado com um histórico detalhado e o esforço do paciente em aderir ao uso do medicamento, maximiza os benefícios da terapia. Este método tornou-se uma ferramenta essencial para o tratamento anti-retroviral dos pacientes HIV positivos. Neste contexto, o Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais decidiu implantar, a partir de dezembro de 2001 - segundo

mandato de Fernando Henrique Cardoso -, uma rede nacional de laboratórios aptos a executar o exame de genotipagem (RENAGENO), para detectar a ocorrência de resistência genotípica.

Ainda em 2001, o país reforçou sua luta ao tratamento defendendo vitoriosamente sua proposta de que “as necessidades emergenciais de uma população se sobrepõem aos direitos de patente” (CHEQUER, 2005:01), esta proposta deu respaldo político e legal ao país nas suas negociações frente à redução dos custos das medicações, ainda que sem a efetiva quebra das patentes, com a produção de medicamentos genéricos, conseguindo produzir oito das quinze drogas atualmente produzidas para o tratamento.

Esta luta foi avigorada com a Declaração de Doha aprovada em novembro de 2001, pelos 142 países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC), em Doha-Catar. Os países aprovaram a Declaração sobre o Acordo de TRIPS⁷ (Trade Related Intellectual Property Rights, na sigla em inglês) e Saúde Pública, em que se ratificou o direito dos países em proteger a saúde e promover o acesso universal e eqüitativo aos medicamentos essenciais. Essa Declaração reconheceu a supremacia do direito à saúde pública sobre qualquer interesse comercial sobre os medicamentos.

A política adotada pelo Ministério da Saúde, ao longo do tempo, tem causado um grande impacto na epidemia de HIV/ Aids reduzindo a morbidade e a mortalidade, mas muitos são os desafios que persistem.

O início do novo século consolida o reconhecimento do programa brasileiro de controle do HIV e AIDS, transformado em exemplo internacional. Suas características mais marcantes, a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras, são por um lado reflexo dos princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde, mas também reflexo da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia. (CHEQUER, 2005:01).

Da época dos primeiros casos envolvendo o HIV/ Aids em território brasileiro, até o momento atual, muitos foram os êxitos alcançados. Contudo, todas essas conquistas não impediram o surgimento de novos desafios. Concomitante ao avanço do Programa brasileiro de controle ao HIV e Aids,

⁷ Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio é parte integrante do anexo 1C do acordo de Marraqueche, um dos documentos da Ata Final que incorpora os resultados da Rodada Uruguai do GATT, assinada pelo Brasil nesta cidade, em 12 de abril de 1994, entrando em vigor em 01 de janeiro de 1995.

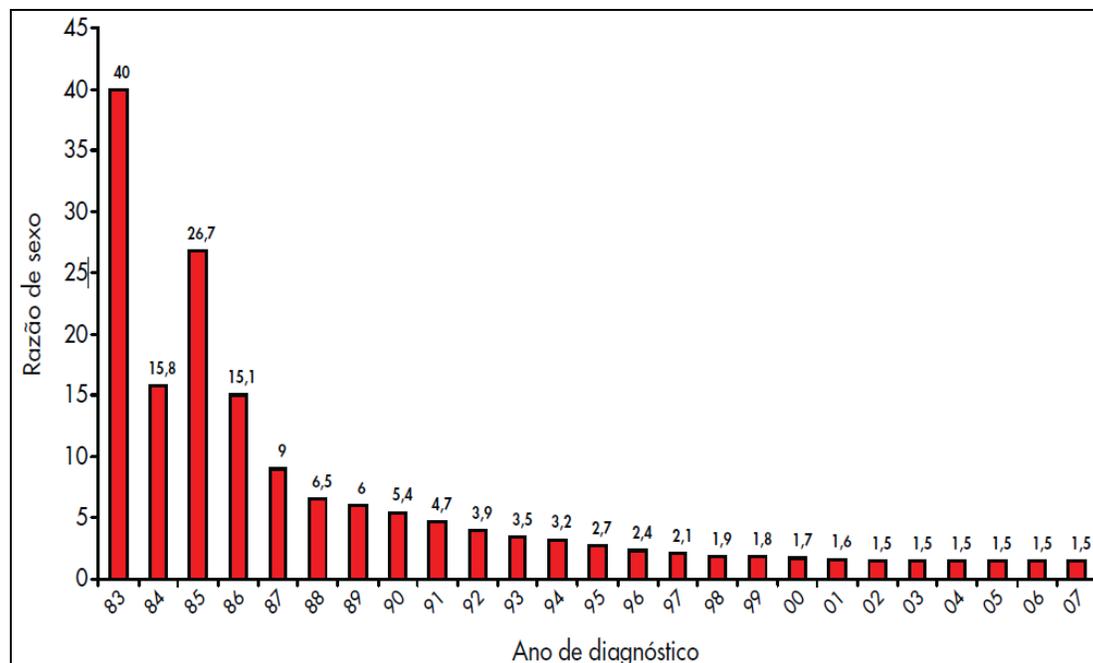
mudanças substanciais puderam ser percebidas no perfil dos indivíduos contaminados em relação aos primórdios da epidemia.

Seu início foi marcado pela elevada incidência da doença nos grandes centros, em homens que faziam sexo com homens, em pessoas de alto nível de escolaridade e usuários de drogas injetáveis. A partir dos anos 1990, houve mudança neste perfil epidemiológico e, atualmente, há evidente propagação do HIV entre os heterossexuais – com especial avanço entre as mulheres –, em cidades de menor porte e entre indivíduos de menor escolaridade, indicando *feminização, interiorização e pauperização* da epidemia evidenciando para além do fator “comportamento de risco” a categoria de vulnerabilidade social.

O crescente número de mulheres infectadas pelo HIV constitui o que se chama de *feminização* da pandemia. O aumento de casos por via heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatado na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição.

No Brasil, do total de casos notificados até junho de 2006, 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. entre homens e 16,1 por 100.000 hab. entre mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005. (Brasil. Ministério da Saúde, 2007:10).

GRÁFICO 3 – RAZÃO DE SEXO (M:F) DOS CASOS DE AIDS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1983 A 2007*



*Casos notificados no SINAN, registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2008 e no SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS - ANO V Nº 1 – DADOS REFERENTES DE JULHO A DEZEMBRO DE 2007/JANEIRO A JUNHO DE 2008; 2009.

Sabe-se que há distinções entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres na sociedade em relação ao emprego, à renda, à educação, à moradia e também no tocante ao exercício de sua sexualidade. A supremacia do homem sobre a mulher amplia a vulnerabilidade feminina em relação à sua saúde sexual no momento em que a preeminência deles se impõe através da violência física e sexual contra elas.

O “*machismo*” na sociedade brasileira apreende o homem como controlador, aquele que inicia sua vida sexual mais cedo, possui várias parceiras, desempenha o papel de dominador do relacionamento, inibe suas parceiras ao uso do preservativo, alegando sentir mais prazer nas práticas sexuais sem o uso do mesmo. Este perfil constitui o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/ Aids, na medida em que se

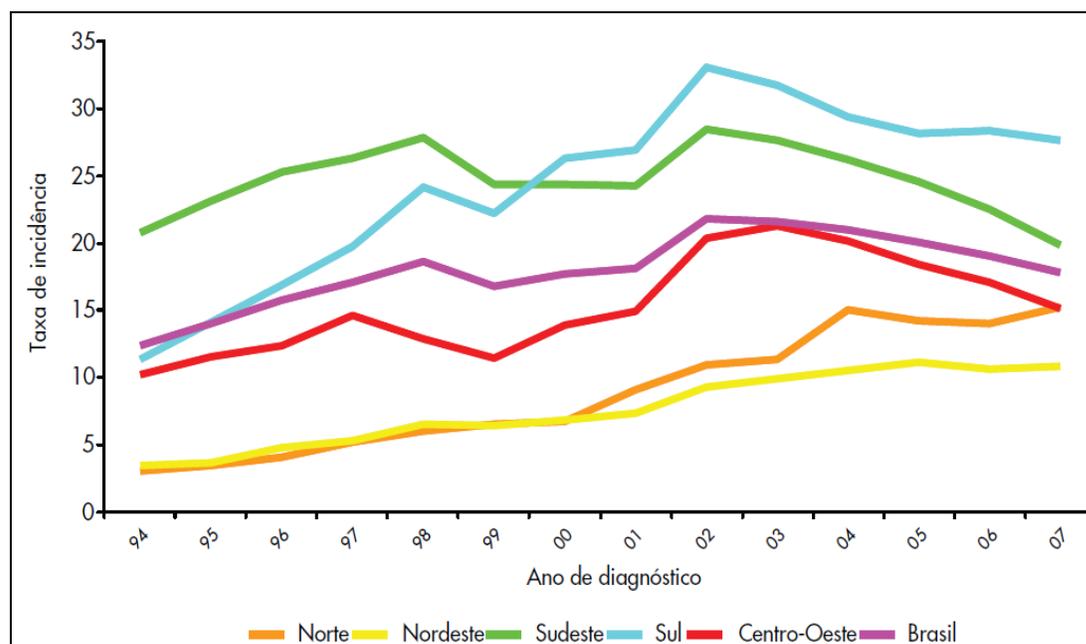
sentem coagidas a não negociarem as práticas de sexo mais seguro com seus parceiros.

Por sua vez, a mulher também sofre a discriminação e o preconceito relacionados à raça, etnia e gênero e possuem uma falta de percepção do risco de se infectarem pelo HIV. Caracterizando o processo de feminização/heterossexualidade da Aids. Esta envolve, além de uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros.

Homens e mulheres têm diferentes espaços de negociação em relação às questões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, direito, prazer e autoconhecimento sobre o corpo. Observam-se ainda valores e sentimentos diferenciados em relação à parceria, noções de fidelidade e espaços sociais para múltiplas parcerias. Desta forma, faz-se necessário o seu enfrentamento exigindo “que os esforços se concentrem na redução dos fatores de ordem social, individual e programática que implicam a limitação de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento”. (Brasil. Ministério da Saúde, 2007:01).

Outra face da Aids atualmente é a *interiorização*, ao extrapolar os limites dos grandes centros urbanos, provocando uma evidente mudança no eixo geográfico da pandemia. Inicialmente as grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro eram as responsáveis pelo maior número de casos e agora se tem registro de casos em todos os Estados. A epidemia da Aids, porém, não se distribui de forma homogênea, ocorrendo uma maior concentração nas regiões Sudeste e Sul, como ilustra o gráfico:

GRÁFICO 4 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100.000 HAB.), SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1994-2007*



*Casos notificados no SINAN, registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2008 e no SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS - ANO V Nº 1 – DADOS REFERENTES DE JULHO A DEZEMBRO DE 2007/JANEIRO A JUNHO DE 2008; 2009.

Hoje, o que denominamos de epidemia de Aids no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente, devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais e de transporte, aos deslocamentos de mão-de-obra, ao turismo, ou seja, de maneira mais geral, à mobilidade da população. (Szwarcwald et al., 1997 apud Dhalia et al. 2000:14).

Atento a essa interiorização, o governo brasileiro vem promovendo a descentralização da assistência e das ações de prevenção relacionadas ao HIV/ Aids. Em consequência disto, o Ministério da Saúde passou a habilitar um número maior de municípios para o recebimento do incentivo Fundo a Fundo⁸ para terem maior autonomia em suas ações.

⁸A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores de forma, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Estados e Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde. (<http://www.fns.saude.gov.br/Consultafundoafundo.asp>) acessado em: 15-09-2007

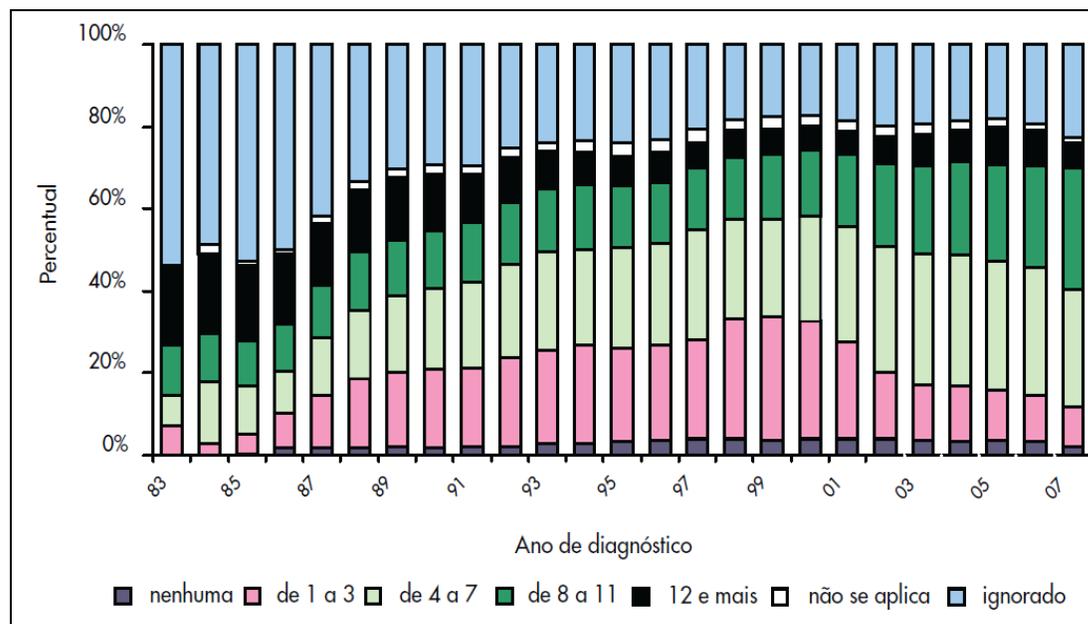
Outro fenômeno ocasionado pela epidemia é o da *pauperização*, já que atualmente pode-se perceber que são os pobres as pessoas mais vulneráveis ao HIV. A pobreza não está relacionada simplesmente a renda familiar, mas “é entendida freqüentemente como consequência da precariedade de acesso a bens e serviços e pela ausência de canais efetivos de interlocução entre as esferas de poder e as demandas da população” (Fundação Getúlio Vargas, 1999:01).

De acordo com Blackman (2005) a população pobre é mais vulnerável ao HIV porque tem menos opções quanto a estilo e meio de vida, se submetendo a qualquer situação para atender suas necessidades imediatas; são menos capazes de se proteger contra o HIV, por encontrarem dificuldades ao acesso de informação sobre prevenção; podem ter menos direitos ou não ter conhecimento pleno dos seus direitos de cidadão; a maioria das pessoas pobres do mundo são mulheres e a desigualdade entre os sexos está ligada a altos índices de infecção.

No instrumento de coleta de dados adotado pelo Sistema de Informações do Ministério da Saúde não existem variáveis que mensurem o nível socioeconômico dos portadores de HIV/ Aids, os indicadores de estrato social é o grau de escolaridade, raça/cor e ocupação. Sabe-se que são indicadores insuficientes e que esta constatação necessita de outros dados, mas, também é sabido que, em geral, no país, quanto mais baixa a escolaridade, menor a renda.

A escolaridade tem sido utilizada como variável de situação socioeconômica, e o fenômeno de pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de Aids com baixa escolaridade. Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos. Em 1985, o percentual de casos com nível superior ou médio era de 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou tinham cursado até os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos subseqüentes, houve uma tendência progressiva de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade, observando-se em 2000, entre os casos com escolaridade informada, que 74% eram analfabetos ou tinham cursado o ensino fundamental, e apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (Brito, 2006:01).

GRÁFICO 5 - PERCENTUAL DE CASOS DE AIDS, SEGUNDO ESCOLARIDADE EM ANOS DE ESTUDO POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1983-2007*



* Casos notificados no SINAN até 30/06/2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS - ANO V Nº 1 – DADOS REFERENTES DE JULHO A DEZEMBRO DE 2007/JANEIRO A JUNHO DE 2008; 2009.

Desde seu descobrimento, acreditava-se que a falta de prevenção estava relacionada à falta de conhecimento da população sobre a doença e suas formas de transmissão. Entretanto, hoje se percebe que a Aids vai além deste dogma, envolvendo questões pessoais, emocionais e sociais, não podendo sua prevenção ser considerada uma responsabilidade individual.

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde (2009) estima-se que cerca de 600mil pessoas vivem com HIV ou Aids no Brasil. Porém, percebe-se uma estabilização no aumento destes portadores, o que certamente está associada às mudanças de comportamentos, práticas e atitudes da população brasileira frente às questões relacionadas à transmissão do HIV. Todavia, estima-se que, pelo menos, 255 mil brasileiros estejam infectados pelo HIV e ainda não tenham se testado.

Esse cenário mostra a necessidade de incentivar ainda mais as pessoas a conhecerem sua condição sorológica – estratégia fundamental para o controle da epidemia de Aids. A mudança de atitude envolve não somente o conhecimento,

mas o acesso aos métodos de prevenção e a existência de um ambiente favorável ao seu uso. Para que haja uma mudança de atitude efetiva deve-se propiciar uma mudança do contexto social, com respostas concretas no que tange aos serviços de saúde disponíveis.

2.2. O Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais: a resposta brasileira

O início da visibilidade da epidemia do HIV/ Aids no Brasil, como dito anteriormente, coincidiu com um momento histórico peculiar na trajetória do país, no qual se articulava a chamada redemocratização. Neste período havia uma ampla movimentação política, em particular no setor saúde, que buscava um redesenho de sua estrutura. Desta forma, a articulação dos diversos movimentos sociais e o movimento de Reforma Sanitária propiciou a elaboração da Constituição Federal de 1988 que continha, em seus artigos, a proposta de estruturação de um Sistema Único de Saúde – o SUS.

O SUS tem por base os princípios de universalização, garantindo o atendimento à saúde a todos; a hierarquização, entendida como uma rede de serviços básicos, articulada a uma rede de serviços de maior e crescente complexidade e integralidade, pressupondo articulação entre as ações de âmbito federal, estadual e municipal; e, ainda, o cumprimento do princípio básico de saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

De acordo com Marques (2003), embora a implantação do SUS em sua íntegra ainda esteja em consolidação, sendo um desafio constante para a saúde pública brasileira, é nesse contexto político de discussão que o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais se consolidou no Brasil e sua implantação, certamente, foi influenciada por estes preceitos.

Para Cunha (2006), as vitórias acumuladas no enfrentamento da epidemia e a notável melhora na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/ Aids são vitórias do SUS, que só foram possíveis pela militância ativa das Organizações Não Governamentais e Movimentos de Luta contra a Aids. Estas parcerias, na avaliação do referido autor, fizeram e fazem do Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais e dos programas estaduais e municipais exemplos para o mundo.

Desta forma, devido sua visibilidade, vale apontar a forma como está organizado e as diretrizes que norteiam as ações do Departamento Nacional Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais, uma vez que, ao longo dos últimos anos, o mesmo vem sendo considerado uma iniciativa de excelência no campo de ações a que se propõe. De acordo com o documento Política Nacional de Dst/Aids princípios e diretrizes (1999:01), elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde da Coordenação Nacional de Dst e Aids do Ministério da Saúde, três grandes objetivos norteiam essas ações: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/ Aids e por outras Dst; ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/Aids; fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das Dst e da Aids.

Destes, se desdobram os objetivos específicos: a) promover a adoção de práticas seguras em relação as Dst; b) promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/ Aids; c) aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das Dst e do HIV/ Aids; d) promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de Dst à assistência de qualidade; e) reduzir a morbi-mortalidade decorrente das Dst e da infecção pelo HIV; f) assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das Dst e da infecção pelo HIV; g) promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV; h) promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de Dst/ Aids e de prevenção do uso indevido de drogas

Esses objetivos norteiam as diretrizes e estratégias dos três componentes que constituem o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais. Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; Componente 2 - Diagnóstico e Assistência; e Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão – que se articulam entre si para poderem responder aos objetivos supracitados e à epidemia do HIV/ Aids no país.

O **Componente 1** refere-se à "Promoção à Saúde, Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/ Aids e Prevenção da Transmissão das Dst, do HIV/ Aids e do Uso Indevido de Drogas" e compreende as áreas de Prevenção, Articulação com ONG, Drogas e Aids, Comunicação Social, Direitos Humanos e Saúde Mental em HIV/Aids. Esse componente profere suas diretrizes,

estratégias e ações, tendo em vista a redução da incidência da infecção pelo HIV/ Aids e por outras Dst.

No tocante à prevenção, têm-se a proposta do estabelecimento de políticas preventivas em âmbito nacional, contemplando a população em geral e, grupos de maior vulnerabilidade para as Dst/Aids. Assim, prevê-se a articulação com outras esferas dos poderes público e privado, e da sociedade civil, buscando promover maior integração das ações de promoção à saúde e prevenção das Dst/Aids. Para além dessa iniciativa, investe-se em ações de intervenção comportamental, por meio de apoio a programas e projetos.

Referente à articulação com Organizações Não Governamentais busca-se o fortalecimento destas nas ações de prevenção às Dst/Aids, por meio da promoção de articulação política, técnica e financeira, preservando as características de colaboradores críticos da política pública de saúde, que se estabelece por meio de permanente interlocução.

Em relação à formulação e promoção de políticas, estratégias e diretrizes para a área de drogas e Aids, propõe-se ações de prevenção às Dst/Aids e, ao uso indevido de drogas para populações vulneráveis a esse tipo de consumo, com especial ênfase aos usuários de drogas injetáveis.

Concernente à comunicação social, esta é responsável pela editoração de materiais de informação, educação e comunicação e pelos contatos com a imprensa para divulgação das ações da Coordenação Nacional de Dst/Aids. É a área que define as estratégias de marketing, que elabora e acompanha o processo de produção e difusão de campanhas, a organização de eventos e a promoção de intervenções específicas em parceria com outras instituições governamentais e/ou não-governamentais. A comunicação eficiente de políticas públicas de informação, educação e comunicação em Dst/Aids deve ter como prioridade o respeito à audiência, e a identificação, com precisão, do seu público-alvo, da mensagem que se quer transmitir, e da forma e meio mais adequados para a sua transmissão.

Enfim, outra área que este componente compreende diz respeito aos direitos humanos e promoção da saúde mental no contexto da epidemia de Aids. O direito à prevenção e ao tratamento é reconhecido como um direito fundamental, havendo, dentro do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), itens específicos para garantir e proteger o exercício desse direito.

Imbuída dessa concepção, a Rede de Direitos Humanos e Saúde Mental (RDH) em HIV/ Aids é uma Assessoria da Coordenação Nacional, criada para garantir a vinculação direta das políticas públicas em Dst/Aids, com respeito aos direitos humanos, assessorando e fomentando as instâncias governamentais e não-governamentais locais quanto às iniciativas para garantia dos direitos e combatendo as condutas sociopolíticas recorrentes de preconceito e discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Esse componente - "Promoção à Saúde, Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/Aids e Prevenção da Transmissão das Dst/HIV/Aids e do Uso Indevido de Drogas" - tem a função de definir as estratégias e linhas de ação para o enfrentamento da epidemia de Dst/Aids, articulando-se externamente com outras instâncias de governo e da sociedade civil, levando em conta os avanços científicos, a noção do processo saúde e doença e considerando determinantes sociais, culturais, econômicas, comportamentais, epidemiológicas, demográficos e biológicos. Ele enfatiza a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania.

Para tanto, opera por meio de Grupos Temáticos, Grupos Matriciais e Comitês Assessores. Os Grupos Temáticos são constituídos por representantes da Coordenação Nacional de Dst/Aids, de outras esferas governamentais e da sociedade civil e, têm o objetivo de discutir técnica e cientificamente problemas considerados relevantes para a definição de estratégias e ações no campo da promoção. Os Grupos Matriciais operam no sentido de garantir a transversalidade e a interface dos temas, das populações-alvo dos projetos e outras áreas técnicas afins. Os Comitês Assessores têm o objetivo de assessorar técnica e politicamente as decisões no campo da formulação de políticas.

Visando a melhoria da qualidade da atenção oferecida as pessoas vivendo com HIV/Aids foi que, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde intensificou suas ações por meio da diversificação das modalidades assistenciais oferecidas, treinamento/capacitação técnica, organização de sistemas de referência e contra-referência, envolvendo todos os níveis de serviços da rede de assistência, nos moldes preconizados pelo SUS. Entre essas ações, destacam-se a regulamentação de uma política de assistência farmacêutica que busca garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais para os indivíduos

HIV+, bem como aos exames laboratoriais necessários para a monitorização do tratamento, resultando na redução significativa da morbidade e mortalidade da doença e propiciando uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto, o **Componente 2** – “Diagnóstico e Assistência da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde” - têm como função principal definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de Aids e/ou outras Dst, tenham acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde.

Todas as ações de diagnóstico e assistência das Dst/HIV/Aids deverão ser feitas de forma a seguir os princípios básicos do SUS, com ênfase na regionalização (descentralização), integralização e sustentabilidade das mesmas. Para isso, é fundamental o estabelecimento de um processo de parceria com as instituições governamentais e não-governamentais envolvidas na atenção aos pacientes portadores de HIV e outras Dst, particularmente com as Coordenações Estaduais e Municipais de Dst/Aids, para a viabilização efetiva das diretrizes, estratégias e linhas de ações estabelecidas no nível central. Nesse sentido, encontram-se definidos diversos procedimentos e normalizações de condutas e atividades específicas.

No que se refere ao diagnóstico e tratamento das Dst, a assistência deverá ser feita de forma integrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas pelas Coordenações Estaduais e Municipais, com a implementação de unidades de referência, regionalizadas, que tenham maior complexidade e resolutividade.

Nos serviços selecionados, deverá ser implantado o sistema de Vigilância Aprimorada das Dst, que, por meio de dados produzidos pelo atendimento de casos, especialmente aqueles referentes à identificação de agentes etiológicos, poderá gerar informações sobre a frequência relativa e as tendências das principais Dst naquela área e naquela população específica. Para os demais serviços que atendem a casos de Dst não-selecionados para esta modalidade de vigilância, está disponível no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) uma lista codificada das Dst, por etiologia e também por síndromes. Dessa maneira, os gestores de saúde locais poderão gerar dados e realizar análises importantes para o planejamento estratégico das ações de controle das Dst.

Referente à capacitação dos profissionais de saúde, fica a cargo dos Centros de Treinamento em Dst (CT-DST) capacitá-los, dando prioridade aos médicos e enfermeiros para o diagnóstico, tratamento, aconselhamento, prevenção, vigilância epidemiológica das Dst, bem como sensibilizá-los para atuação em equipes multidisciplinares em seus locais de origem. Cabe às Coordenações Estaduais e Municipais assegurarem, aos profissionais treinados, as condições de trabalho em suas unidades de origem, ou seja, equipamentos, insumos, materiais, medicamentos específicos e preservativos. Atividades de acompanhamento, supervisão e avaliação dos treinados deverão ser realizadas por essas coordenações, no intuito de dar subsídios para a adequação dos treinamentos e melhoria na qualidade da assistência as Dst.

Para garantir a consistência destas ações, foi estruturado, em nível federal, um grupo técnico (GT) de Dst formado por técnicos da Coordenação Nacional de Dst/Aids, de outros programas do Ministério da Saúde e de órgãos e instituições do Governo Federal que têm interface com as atividades relacionadas ao controle das Dst. Este grupo tem por objetivo: propor e discutir estratégias; articular e coordenar ações; padronizar procedimentos e conceitos; otimizar recursos; racionalizar custos; fortalecer as estratégias de prevenção, assistência e vigilância nos diversos níveis de execução. Sua existência favorecerá os princípios de integração e interação das ações de controle das Dst e, conseqüentemente, da disseminação do HIV. O modelo de estruturação GT- Dst/HIV/Aids no nível federal deverá, necessariamente, ser adotado por estados e municípios.

Sobre o diagnóstico laboratorial e monitoramento da infecção pelo HIV, sabe-se que o principal instrumento para a caracterização da infecção pelo HIV é o diagnóstico laboratorial, que pode ser realizado por meio de diferentes metodologias. O Ministério da Saúde tem como conduta recomendar a implantação de novas metodologias que possam contribuir para o aprimoramento do diagnóstico laboratorial em situações de emergência, tais como exposição ocupacional de risco para HIV e/ou durante o atendimento às gestantes em trabalho de parto, ou prestes a entrar em trabalho de parto e que não tenham sido testadas para a infecção pelo HIV.

Com o objetivo de monitorar as ações e garantir a qualidade do diagnóstico laboratorial, deu-se início, em 1996, a um Sistema de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para Dst/Aids que, atualmente, compreende um Programa

de Avaliação Externa da Qualidade dos testes de diagnóstico da infecção pelo HIV, da sífilis, das hepatites virais, da quantificação da carga viral do HIV e da contagem de linfócitos TCD4+/CD8+. Esse programa tem por objetivo permitir aos laboratórios participantes a compreensão de seu desempenho na rotina e a adoção de medidas corretivas, para identificar e solucionar problemas, melhorando seu desempenho. Além disso, fornece informações sobre os padrões nacionais de desempenho e sobre as metodologias utilizadas, tendo função educativa, informativa e corretiva, sem qualquer propósito punitivo ou ação de vigilância sanitária.

A padronização de procedimentos e metodologias, assim como o treinamento e reciclagem de recursos humanos da rede de laboratórios, vem sendo realizada por meio do Sistema de Treinamento a Distância para Profissionais de Laboratórios de Saúde Pública e de Unidades Hemoterapias - TELELAB. A participação nesse programa de treinamento dá-se por adesão espontânea

Com a disseminação da epidemia de HIV/Aids, tornou-se fundamental o estabelecimento de procedimentos normativos, buscando-se a ampliação e a capacitação dos serviços de atendimento em HIV/Aids, tanto nas modalidades convencionais como utilizando modelos alternativos de assistência e inserção de atividades preliminares de diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento conjunto do paciente HIV+ com outros profissionais.

O processo para a implantação de serviços de alternativas assistenciais é iniciado com o preenchimento dos formulários para os Projetos de Serviço de Atenção Especializada, Hospital Dia e Atendimento Domiciliar Terapêutico, que devem incluir dados referentes ao quadro epidemiológico, população-alvo a ser beneficiada, objetivos gerais e específicos do projeto, cronograma físico e orçamento detalhado. Os projetos são submetidos à Coordenação Nacional de Dst/Aids ou à Coordenação Estadual de DST/Aids, para análise e seleção. Uma vez selecionados, são financiados, e o serviço é implantado ou implementado. Disponibilidade de estrutura física e equipe de saúde multidisciplinar são requisitos básicos e parte integrante da contrapartida local.

A capacitação multidisciplinar de profissionais para o gerenciamento dos serviços de saúde da rede pública e manuseio clínico-laboratorial dos pacientes portadores do HIV/Aids é realizada por meio de parcerias com as Coordenações

Estaduais e Municipais de Dst/Aids, universidades, Centros de Treinamento e outras instituições ligadas à formação de recursos humanos.

Relativo aos medicamentos, por indicação do Grupo de Trabalho para Implantação da Política Nacional de Medicamentos e, por decisão da Comissão Tripartite, os medicamentos para Dst passam a ser responsabilidade de estados e municípios. Esses medicamentos deverão ser distribuídos regularmente para as unidades de saúde selecionadas para o atendimento de casos de Dst, conforme planilha de cálculo específica.

Todos os medicamentos antirretrovirais colocados à disposição pelo Ministério da Saúde e as orientações para seu uso são definidos, tecnicamente, pela Coordenação Nacional de Dst/Aids, conforme as Recomendações do Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV e do Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Crianças Infectadas pelo HIV, após aprovação das mesmas pelo Ministro da Saúde. Os comitês avaliam a utilização de novos antirretrovirais somente após o registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Esses Comitês, que têm caráter consultivo, se reúnem periodicamente e, as recomendações, são revistas e atualizadas à medida que novos conhecimentos técnico-científicos sobre a doença vão sendo adquiridos e consolidados em caráter consensual por seus membros.

A decisão de fornecer antirretrovirais na rede pública foi tomada pelo Ministério da Saúde. Monteiro (2006) informa que as medicações inicialmente, pareciam inacessíveis, porque o seu custo era altíssimo e o tratamento se restringia às classes mais privilegiadas. Sendo a Aids ainda uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso com a terapia antirretroviral conferiram significativos benefícios no aumento da expectativa de vida dos portadores de HIV/ Aids, passando a se configurar como doença crônica.

Para garantir um fluxo continuado de distribuição desses medicamentos aos pacientes HIV+, foi implementado um Sistema Logístico de Medicamentos de Aids, que constitui uma das principais ações da Unidade de Assistência da Coordenação Nacional de Dst e Aids. E, para racionalizar os custos e facilitar ainda mais esse controle logístico, foi desenvolvido um sistema computadorizado para manejo dos medicamentos, conhecido como SICLOM – Sistema

Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos. Atualmente, esse sistema encontra-se em fase de implantação, e os principais resultados esperados com a informatização do sistema, incluem: controle mais efetivo do estoque e do fornecimento aos pacientes, melhoria do sistema de abastecimento, maior garantia do fornecimento contínuo dos medicamentos e agilização das atividades de gerenciamento.

Para receber os medicamentos, os pacientes devem se cadastrar no sistema e apresentar o Formulário de Solicitação de Medicamentos Antirretrovirais, devidamente preenchido pelo médico, e a indicação do tratamento deve estar de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. A quantidade fornecida deve ser suficiente para atender à necessidade de um mês de tratamento, sendo autorizado o fornecimento para dois meses, mediante justificativa, e limitado a duas vezes por ano.

Por fim, esse Componente 2 aborda, também, sobre a prevenção e controle da sífilis congênita e redução da transmissão vertical do HIV. A presença da sífilis congênita é vista como evento marcador da qualidade de qualquer sistema de saúde devido ao fato de ser uma doença previsível e de tratamento simples e barato. Sua eliminação como problema de saúde pública, portanto, é factível, desde que toda gestante tenha acesso à assistência de qualidade nos serviços de pré-natal que permita a realização de exames para a triagem da sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre, a fim de que a mesma seja detectada e o tratamento adequado possa ser instituído precocemente. A reinfeção poderá ser evitada com o devido aconselhamento e com o tratamento concomitante do parceiro. Deve-se ainda diagnosticar e tratar adequadamente a sífilis em mulheres (e parceiro) que busquem o serviço de saúde por DST, planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino, ou qualquer outro motivo, nos serviços de atenção à saúde da mulher.

Em relação à transmissão vertical do HIV, a mesma insere-se na proposta da eliminação da sífilis congênita, atingindo gestantes e recém-natos em uma esfera maior de atenção, com o sentido de integralidade das ações do Sistema Único de Saúde. Em ambos os casos, a capacitação é atividade fundamental para o alcance desse objetivo, sensibilizando o profissional para os dois problemas e agregando as atividades específicas de cada uma à rotina dos serviços.

Finalizando as ações do Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais apresenta-se o **Componente 3** - “Desenvolvimento Institucional e Gestão”, que contribui para o alcance do objetivo geral, qual seja, fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pela prevenção e controle das Dst e Aids que, por sua vez, fornecem condições para o cumprimento dos objetivos de impacto: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/ Aids e de outras Dst; e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em Dst/HIV/Aids, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia.

Este Componente possui uma função estratégica, subsidiando o processo de tomada de decisões dos gestores de instituições governamentais e não-governamentais na formulação, execução e aprimoramento das políticas de prevenção e de controle das Dst e Aids, uma vez que: viabiliza a produção e a disponibilidade de informações sobre as tendências e o comportamento da epidemia na população; desenvolve estratégias para o fortalecimento do processo de gestão de programas e projetos, incluindo o aprimoramento das etapas de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações implementadas; possibilita a capacitação de recursos humanos, proporcionando uma melhor prática profissional no âmbito das instituições que atuam na área; disciplina os processos administrativos e financeiros; e promove a cooperação técnica horizontal com os países da América Latina, Caribe e da África de língua portuguesa e com organismos internacionais.

O Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão implementa suas ações, tendo como referência maior às diretrizes do Sistema Único de Saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias e ações que garantam as condições objetivas para a descentralização do programa em âmbito estadual e municipal, a efetiva participação comunitária e privada e o exercício do controle social da sociedade civil, o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das Dst e Aids e a atenção à saúde, particularmente junto às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras Dst, tendo como pano de fundo os princípios de equidade e integralidade das ações. Mais ainda, as diretrizes e estratégias deste Componente fundamentam-se na estreita interface e interação com aquelas desenvolvidas nos dois primeiros componentes.

As ações, dos três componentes apresentados, servem de base para as ações de prevenção, de assistência, de garantia dos direitos humanos, de comunicação social e de desenvolvimento institucional que estejam no contexto da tomada de decisões de políticas públicas e que estabeleçam modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, considerados seus aspectos culturais e sociais. Elas se dão de forma descentralizadas, visando à continuidade e a sustentabilidade do programa que é fundamental para o fortalecimento dos gestores municipais e estaduais e para a implementação de uma política de capacitação de recursos humanos destinada às ações de controle de Dst/ Aids no Brasil.

Em síntese, o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais respalda-se nestes princípios e diretrizes. “Los gobiernos nacionales tienen la misión de dirigir las políticas, proporcionar recursos y ofrecer liderazgo en la medida necesaria para contener la epidemia de VIH e invertir su curso (ONUSIDA, 2006:05)”. A efetivação dessas diretrizes está expressa nas gestões estaduais e municipais do Programa, traduzida na busca constante de aprimoramento dos seus processos de trabalho e no fortalecimento da integridade das ações.

3. DO MACRO AO MICRO: O PAPEL DO MUNICÍPIO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RESPONSABILIDADE PARA COM O PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS - CARACTERIZANDO JUIZ DE FORA

O Brasil avançou no combate à Aids desde o seu aparecimento no início dos anos 1980, e é reconhecido mundialmente por isso, mas, para reforçar esta conquista é importante que os Municípios estejam em consonância com esta meta. Destarte, é importante compreender o novo contexto da Aids, o que requer uma leitura da realidade a partir de diferentes ângulos. Daí a importância de contemplar, além da perspectiva macro enquanto problemática mundial e brasileira, as nuances micro, situando a epidemia em seu recorte local.

Faz-se importante também, discutir a proposta de descentralização das ações de saúde, tendo em vista que é uma proposta recorrente em vários períodos da história da política de saúde e que responsabiliza o município pelo desenvolvimento de alternativas de superação dos problemas trazidos ao longo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste capítulo aponta-se o perfil epidemiológico da doença em esfera estadual e municipal, contextualizando o surgimento do Programa Municipal de Dst/ Aids. Para tanto, traçaremos a caracterização da rede de assistência ao portador do HIV e aos doentes de Aids, uma vez que, a realidade aponta obstáculos a um atendimento integrado e articulado, e ainda, o processo de municipalização, pois, o mesmo implicará na realidade das ações de combate à Aids no município.

3.1. Descentralização: o município como gestor da saúde

Há mais de duas décadas o Brasil vem redefinindo o perfil do sistema de saúde. Nos anos de 1990, reformularam-se os papéis e as funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. Defende-se cada vez mais a descentralização “entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo” (Brasil. Leis, 1990: s/p).

Quando a Constituição da República Federativa do Brasil incluiu o Sistema Único de Saúde como parte da Seguridade Social, e instituiu como princípios

fundamentais a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade e a participação da sociedade, ampliou o campo do direito à saúde e, a responsabilidade do Estado em relação à proteção social, exigindo a convergência de políticas que garantissem o cuidado à coletividade e às pessoas individualmente.

A Constituição instituiu o SUS como política de Estado e reafirmou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde como diretriz organizativa para garantir a equidade e a universalidade do acesso.

A Lei Federal nº. 8.080/90 em seu artigo 7º, inciso 9, definiu como princípio do Sistema Único de Saúde:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, Leis. 1990: s/p).

A referida Lei em seus artigos 16 e 17, enfatiza a importância da descentralização:

Art. 16 - A direção Nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde. (Brasil, Leis. 1990: s/p).

A Lei nº. 8080/90 definiu competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), ficando o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços de saúde. A pluralidade de contextos vivenciados pelos municípios exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade.

De acordo com esta legislação, ao SUS compete prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades

preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Lei nº. 8080, Capítulo I). A execução dessas ações e serviços, antes realizada por força de convênio, passa a constituir dever de cada esfera de governo.

À direção municipal do SUS, exercida pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, compete: a) formular a política municipal de saúde, em consonância com a política estadual e nacional; b) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, por meio do gerenciamento e execução dos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde, dos laboratórios de saúde pública e dos hemocentros, da gestão da rede contratada de produtores privados (contratando, controlando e avaliando seus serviços), da execução dos serviços de vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, de ações de alimentação e nutrição, de saneamento básico, e de saúde do trabalhador; c) executar a política de insumos e equipamentos para a saúde; d) fiscalizar a execução da política de meio ambiente; e) planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do sistema, em articulação com a direção estadual do SUS; f) normatizar complementarmente as ações e serviços de saúde no seu âmbito de atuação.

Referente às competências estaduais do SUS, exercida pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, compete: a) formular a política estadual de saúde em consonância com a política nacional de saúde, bem como participar na formulação das políticas de saneamento, meio ambiente (incluído o do trabalho) e produção de insumos e equipamentos, a cargo da direção nacional; b) coordenar, em caráter complementar, as ações desenvolvidas pelos municípios; c) executar ações e serviços de alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e sanitária; d) coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e de hemocentros; e) gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; f) acompanhar, controlar e avaliar a regionalização e hierarquização do SUS no estado; g) acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de saúde no âmbito da unidade federada; h) normatizar, suplementarmente à normatização nacional, procedimentos de controle de qualidade; i) promover a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios; j) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios.

No tocante à direção nacional do SUS, exercida pelo Ministério da Saúde, compete: a) formular, normatizar, avaliar e acompanhar a política nacional de saúde, e as políticas de nutrição e alimentação, meio ambiente (incluído o do trabalho) e saneamento; b) formular e executar a política nacional de produção de insumos e equipamentos de interesse para a saúde; c) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária, de sangue, componentes e hemoderivados; d) regular a formação e o exercício profissional na área da saúde; e) regular as relações entre o SUS e os produtores privados contratados de assistência à saúde; f) estabelecer normas para o controle da qualidade de produtos e serviços do sistema e estabelecer padrões técnicos de assistência à saúde; g) promover a descentralização das ações e serviços de saúde; prestar cooperação técnica e financeira a estados e municípios; h) executar, em circunstâncias especiais que representem risco nacional, ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Após a promulgação da Constituição, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para a criação de condições de viabilização plena do direito à saúde, no que se refere à proposta de descentralização⁹.

Apesar de a descentralização permear vários capítulos da Constituição Federal de 1988, e ter definido seus instrumentos de regulação, não deve ser entendida apenas como um produto da Assembléia Nacional Constituinte e da abertura política que permitiu sua instalação. Como afirma Tobar (1991), a descentralização está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, aparecendo na consolidação dos regimes democráticos e desaparecendo durante as ditaduras, e mais que isto, é um dos resultados (ou uma das conseqüências) das mudanças que vêm se operando neste último quartil de século, principalmente nos países centrais, as quais vêm repercutindo, às vezes até de forma traumática, nos demais países dependentes, entre os quais o Brasil. A emergência de uma economia pós-industrial, a crise do emprego, o aumento do desemprego e da demanda por serviços públicos, a redução do crescimento do PIB, as mudanças do perfil demográfico, a globalização, entre outros fatores

⁹Além das Leis Orgânicas da Saúde, como instrumentos norteadores que vêm orientando o este processo têm-se as Normas Operacionais.

fizeram com que fosse revisto o papel de um Estado Nacional forte, protetor e centralizado (Abrucio e Costa, 1998).

Na lógica neoliberal com o princípio de Estado Mínimo, a descentralização apareceu como possibilidade de conferir maior eficácia e eficiência ao aparato estatal, porém, pode estar associada, também, à democratização, à centralização, e as tipologias de descentralização. Assim, o conceito de descentralização não deve ser único ou fechado, uma vez que ele estará sendo construído a partir de determinadas concepções, do contexto em que está sendo utilizado e também das posições político-ideológicas de quem o está definindo e utilizando.

A relação acerca da descentralização relacionada à democracia significa mais um instrumento de democracia, a transferência de poder para os municípios permite a constituição de instituições e incorporação de princípios democráticos, para Borja,

La izquierda se enfrenta en Europa con la reforma de sus propios Estados nacionales, cri sentido teóricamente democratizador: la descentralización. (...) La única forma de superar las tendencias a la sectorialización, al burocratismo del Estado, a la distancia con los actores sociales, etc. consiste en crear instituciones que tengan una capacidad de actuación global, que sean representativas, pero que correspondan a sujetos sociales, a ciudadanos que de alguna forma se sientan identificados entre ellos, que tengan una identidad comunitaria. (...) La democracia territorial que históricamente corresponde a nuestra época desarrollar, sólo puede construirse sobre bases locales. En resumen la democracia se expandirá únicamente si se desarrollan las instituciones políticas locales. (1988:9-10)

O ideal trazido pela descentralização é de que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disso, fortaleceriam e consolidariam a democracia, seriam mais eficientes, viabilizariam a concretização da equidade, justiça social, redução do clientelismo e aumento do controle social sobre o Estado.

Contudo, somente a descentralização não é instrumento único para conduzir aos princípios democráticos, embora tenha grande importância no processo de implementação da democracia. A este processo deve-se incorporar a criação de instituições representativas (Conselhos, Conferências) e o exercício e educação da prática democrática, através da participação.

Referente à centralização Bobbio et al (1993) afirmam que ambas, descentralização e centralização, não podem existir em forma pura, mas sempre entrelaçadas e em relação dinâmica.

(...) centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. (Tem-se)... ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades (1993:131) .

Pensando no caso da Saúde, esta interdependência e descentralização se explicam, tendo em vista a constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população do município. Mas, ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, deveriam ser elementos e elos dinâmicos com os Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional. Neste sentido, a descentralização – e a centralização – tem que coexistir de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não, a atomização dos Sistemas Locais (Roncalli, 2002).

No que se refere às tipologias classificatórias da descentralização temos, de acordo com Rondinelli et al:

A desconcentração consiste em delegar responsabilidades a níveis hierarquicamente inferiores sem, contudo, delegar poder. Pode ser considerada como descentralização administrativa. Tem a vantagem de manter a integridade vertical, mas, ao não transferir poder, dificulta a responsabilização local e, em consequência, a intersetorialidade e a participação (...).

A devolução, que pode ser também chamada de descentralização política, é feita pela transferência de poder decisório, e, portanto, político de uma instituição governamental para outra de menor nível hierárquico. Contrariamente à anterior, dificulta a integração vertical, mas aumenta a responsabilidade e a participação (...).

Na delegação, é estabelecida uma relação entre estado e sociedade civil e, neste caso a transferência de responsabilidade se dá entre o estado e organização não-governamentais que continuam com regulação e financiamento estatais. É o que se chama atualmente de publicização, ou seja, uma entidade não-estatal de caráter público exercendo funções antes restritas ao estado. Trata-se de uma desestatização, mas não propriamente uma privatização (...).

Finalmente, a privatização consiste na transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras do mercado. Trata-se literalmente da venda de patrimônio público. (Rondinelli et. alii. apud Mendes, 1998; apud Roncalli, 2002:14)

No Brasil ocorrem todos estes tipos de descentralização, e a forma mais comum é a descentralização política nas experiências de municipalização da

saúde. Viana (1998) considerou a municipalização como marca mais significativa da política de saúde, ao transferir para o executivo municipal, na figura do prefeito e do secretário municipal de saúde, as principais decisões sobre essa política. A descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Desta forma, a estratégia fundamental deste processo é a municipalização da assistência à saúde.

A idéia, portanto, da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo no sentido de que, o Município, pode assumir e atuar como base da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. O que não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucionais e das Legislações Complementares.

Muitas das políticas hoje assumidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, decorreram de iniciativas locais, que foram progressivamente se multiplicando, ao ponto de criarem referência para a construção de uma política nacional. Portanto, vale ressaltar, que os avanços obtidos na descentralização do SUS é resultado de uma somatória de esforços e de um processo decisório que soube construir pactuações entre as três instâncias de governo.

Em Juiz de Fora, de acordo com a Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (2008), o ano de 1983 marcou o início da trajetória que culminou com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no município, com a assinatura do Convênio de Intenções estabelecido entre a União, estado e Município e do Termo de Adesão.

Posteriormente, em setembro de 1987, ocorreu a assinatura do convênio entre União e o Estado, que previa a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado de Minas Gerais. Criou-se assim, a oportunidade para efetivação, no nível local, da perspectiva da descentralização político - administrativa do setor saúde, e em decorrência, a municipalização desta.

O Plano Municipal de Saúde, elaborado em maio de 1989, levou em consideração as diretrizes discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde,

propondo a divisão da cidade em regiões sanitárias, com a perspectiva da distritalização.

Outra conquista importante ocorreu em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica Municipal de Saúde. Neste ano e em 1991, foi demarcado o processo de implantação da municipalização da saúde em Juiz de Fora, com a assinatura do convênio de descentralização administrativa entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Município. A Secretaria Municipal de Saúde passou, a partir de então, a gerenciar uma rede de Serviços de Atenção secundária (PAM's – Postos de Atendimento Médicos e Policlínicas) além das Unidades Básicas de Saúde – UBS's.

A I Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora foi realizada em setembro de 1991, configurando o processo de participação da sociedade nos destinos do setor saúde e teve como tema central "Municipalização é o Caminho". O Relatório Final desta Conferência traduziu-se na proposta de criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, contudo, este relatório não foi referendado pela Câmara, que apresentou um substitutivo, contrariando a proposta original. Este substitutivo foi aprovado, tornando-se a Lei 8076, de maio de 1992, responsável pela criação do Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância máxima no planejamento, gerenciamento, avaliação e controle da política municipal de saúde.

Em março de 1995, aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde, considerada um grande salto no processo de Reforma Sanitária de Juiz de Fora, que teve como tema central "Os Desafios da Gestão Semi-Plena". A participação maciça da sociedade civil, governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários durante o evento, garantiu um elevado grau de coesão à idéia de se aprofundar a municipalização da saúde.

A proposta partiu através da solicitação à Comissão Bipartite, do enquadramento do município à modalidade de Gestão Semi-Plena, assumindo como responsabilidades, a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares), exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual.

Nestes termos, o município assumiu a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador do seu território.

Em 1997, foi elaborado o II Plano Municipal de Saúde, que contou com a participação do Conselho Municipal. No ano seguinte, o município de Juiz de Fora assumiu a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme descrito na Norma Operacional Básica 01 de 1996.

Atualmente, Juiz de Fora tem autonomia para administrar suas ações no campo da saúde, conseqüentemente, no campo das Dst/ Aids, visto que é um Programa que está inserido dentro de um contexto maior que é a Política de Saúde. Portanto, ele pode atuar e intervir em diversos problemas apresentados e, na tentativa de superá-los oferecer uma melhor qualidade de vida aos usuários deste serviço, melhorando no que se refere ao acesso, atenção, cuidado, continuidade das ações, humanização, acolhimento.

Na análise de Roncalli (2002), o processo de descentralização/municipalização no setor saúde não é um fim em si mesmo, apesar de apresentar diversas vantagens nos âmbitos administrativos, políticos e econômicos. Contudo, não se tem a garantia de que todas as gestões descentralizadas irão assegurar o que se propõem, pelo contrário, muitas podem desempenhar um papel centralizador de cunho político conservador. No entanto, é evidente que um sistema descentralizado de saúde pode produzir maiores possibilidades de impactos positivos na gestão e na atenção à saúde.

3.2. A Situação da AIDS em Juiz de Fora e seu impacto nos serviços de saúde do município

A determinação política e o reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia da Aids impõem desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço maior no envolvimento dos diversos setores governamentais e não-governamentais. Os principais desafios são a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e Aids; a priorização das ações voltadas para as Dst no país; e a redução da incidência da Aids nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade.

A noção de vulnerabilidade retira a prevenção do nível apenas individual e a remete à complexidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra.

Através de informações trazidas do âmbito nacional, local e individual, permitiria não só a avaliação da exposição das pessoas de um país ou região à doença, mas também a intervenção nos itens considerados mais problemáticos. Desta forma, possibilitaria uma menor culpabilização das pessoas, levando-se a ações mais críticas e, ao mesmo tempo, políticas que melhorem as condições de vulnerabilidade macro, para que sejam refletidas no micro onde todos atuam.

Por isso, faz-se importante conhecer as ações locais, a forma como são apreendidas por seus gestores, se vão de encontro ou ao encontro do que preconiza o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais. Portanto, à medida que os gestores estaduais e municipais transformam a problemática da AIDS de uma questão da área de saúde em uma questão social relevante, torna-se ponto fundamental para o enfrentamento da epidemia no país. E para isto, é necessário o fortalecimento institucional, a sustentabilidade e a consolidação do controle social.

O Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais propõe o desenvolvimento de três componentes que já foram apresentados no capítulo anterior, quais sejam: **Componente 1** - Promoção, Proteção e Prevenção; **Componente 2** - Diagnóstico e Assistência; e **Componente 3** - Desenvolvimento Institucional e Gestão.

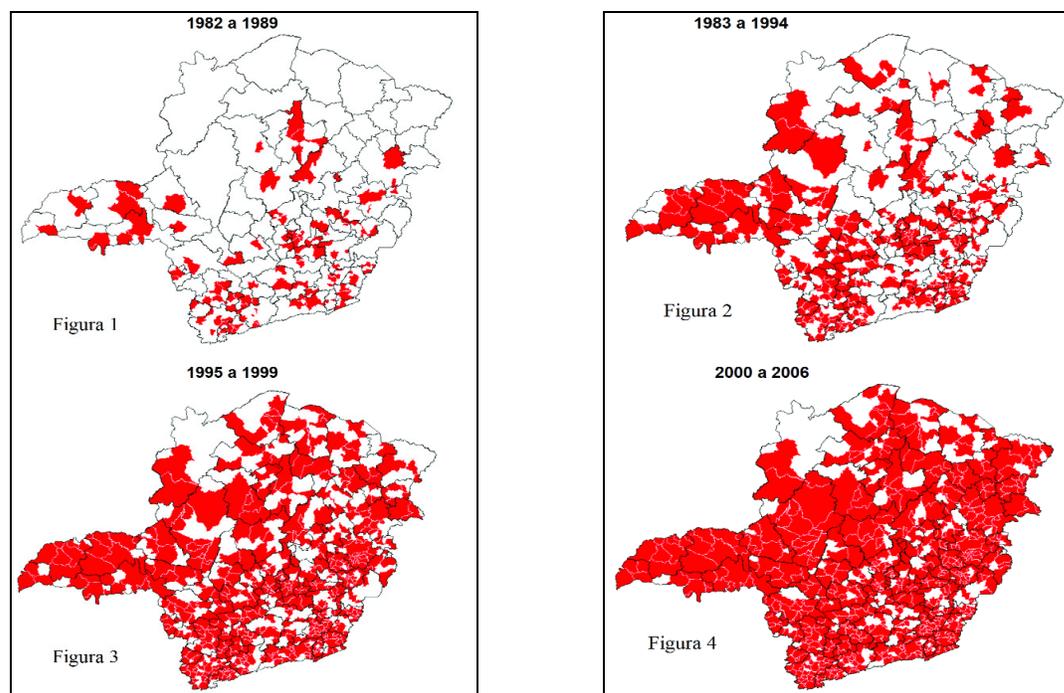
Mesmo que com algumas variações, ao longo destes últimos anos, o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais vem tentando alcançar os seguintes objetivos: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/ Aids e por outras Dst; ampliar o acesso ao diagnóstico ao tratamento e à assistência; promover o respeito aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/ Aids e fortalecer as instituições responsáveis pelo controle da epidemia no país. A proposta do Programa Estadual e Municipal é que se siga o modelo Nacional sendo este o ideal para a prevenção e combate à Aids.

De acordo com o primeiro boletim epidemiológico de DST/ Aids em Minas Gerais (2007), em 1982 foi comunicado o primeiro caso de Aids em Minas, desde então foram notificados 25.685. As recentes tendências da epidemia de Aids no Estado de Minas Gerais vêm acompanhando as tendências nacionais e internacionais, sendo as mais significativas o crescimento dos casos entre mulheres, o número cada vez maior de pequenos municípios com casos

notificados e o vírus é levado a populações de poder aquisitivo menor, em comparação com a primeira década da epidemia.

Esses aspectos da epidemia, por si só, ressaltam a necessidade de um trabalho contínuo, não só nos grandes centros, com maior número de casos, como nas pequenas cidades do interior, envolvendo técnicos e profissionais de saúde da atenção básica, para aumentarmos as notificações com qualidade, e aperfeiçoarmos o trabalho de monitoramento da evolução do HIV/ Aids no Estado de Minas Gerais. Este estudo dará enfoque ao município de Juiz de Fora, tendo em vista a experiência da autora, a problemática da *interiorização*, como ilustram as figuras a seguir, e por ser uma cidade com um número alto de casos.

FIGURAS 1 A 4 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UM CASO DE AIDS REGISTRADO. MINAS GERAIS, 1980-2006.



FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS DE MINAS GERAIS - 2007

Segundo o IBGE/Centro de Pesquisas Sociais – Anuário 2004 o Município de Juiz de Fora, apresenta uma população residente de 513.619¹⁰. De acordo com o Boletim Epidemiológico de Minas Gerais datado do ano de 2007, Juiz de

¹⁰Dado estimado para 2005.

Fora houve em 2006 a ocorrência de 2015 casos de Aids entre homens e mulheres no referido Município. A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais anunciou, neste mesmo ano, que Juiz de Fora já ocupava o 2º lugar entre os municípios mineiros com maior número de casos notificados.

TABELA 1 - PERCENTUAL DE CASOS NOTIFICADOS DE AIDS, SEGUNDO OS 15 MUNICÍPIOS COM MAIOR NÚMERO DE CASOS RESIDENTES E SEXO, ESTADO DE MINAS GERAIS, 2006*.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	HOMEM	%	MULHER	%	TOTAL	%
BELO HORIZONTE	5.279	31,1	1.865	23,8	7.144	28,8
JUIZ DE FORA	1411	8,3	604	7,7	2.015	8,1
UBERLÂNDIA	922	5,4	459	5,9	1.381	5,6
CONTAGEM	838	4,9	342	4,4	1.180	4,8
UBERABA	740	4,4	357	4,6	1.097	4,4
BETIM	424	2,5	237	3	661	2,7
RIBEIRÃO DAS NEVES	318	1,9	194	2,5	512	2,1
GOVERNADOR VALADARES	280	1,6	163	2,1	443	1,8
ARAGUARI	222	1,3	128	1,6	350	1,4
POÇOS DE CALDAS	241	1,4	81	1	322	1,3
SANTA LUZIA	197	1,2	124	1,6	321	1,3
IPATINGA	213	1,3	98	1,3	311	1,3
ITAJUBÁ	163	1	70	0,9	233	0,9
ITUIUTABA	131	0,8	96	1,2	227	0,9
DIVINÓPOLIS	161	0,9	57	0,7	218	0,9
SUBTOTAL	11.540	67,9	4.875	62,2	16.415	66,1
TOTAL (ESTADO)	16997	100	7832	100	24829	100

*Casos notificados ao SINAN até 2006, sujeitos a revisão.

FONTE: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS DE MINAS GERAIS - 2007

Ainda que se tenha delineado este total de casos em Juiz de Fora, é constante a preocupação quanto a subnotificação dos casos, na medida em que apenas são notificados aqueles que fazem uso de anti-retrovirais. Tendo em vista a possibilidade de defasagem dos dados, epidemiológicos, faz-se importante estudar estratégias para otimizar o registro junto às fontes notificadoras.

Em se tratando de situar Juiz de Fora na discussão empreendida no primeiro capítulo desse trabalho, pode-se dizer que o quadro epidemiológico do município reflete as demais tendências encontradas - *interiorização, pauperização e feminização* - nas grandes capitais brasileiras e no cenário nacional.

O primeiro caso de Aids surgiu em Juiz de Fora em 1986 (SSSDA, 2007) sendo que, até 1990 a doença predominou entre homossexuais. Contudo, a partir deste ano, começaram a aparecer registros de mulheres e crianças infectadas.

Até os dias atuais, em Juiz de Fora, a epidemia apresentou uma dinâmica semelhante à nacional em sua evolução, segundo o sexo. Encontra-se certa tendência de desaceleração de casos em homens enquanto a proporção de casos notificados em mulheres dobrou ao longo da epidemia no município.

Em curto prazo, as demais tendências esperadas de evolução da Aids no Brasil, como a pauperização e a rápida difusão dos casos em áreas urbanas e rurais das cidades, tomaram feições atuais e cotidianas também no município de Juiz de Fora. Portanto, é de fundamental importância a ação política municipal e a ação comunitária, dos movimentos sociais organizados, os quais, como a própria história da epidemia vem demonstrando, são agentes privilegiados das mudanças estruturais necessárias para que os recursos disponíveis para o controle da infecção e da doença sejam justos e efetivamente explorados.

Ante a intensidade da epidemia do HIV/ Aids no Brasil, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Dst e Aids, implantou, a partir de 1994, diversas modalidades de atendimento, tanto na área de prevenção quanto de diagnóstico e tratamento. Assim, foram estabelecidas diretrizes e ações de intervenção, definindo as responsabilidades dos diversos níveis da esfera governamental junto à rede pública visando à obtenção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e racionalização de recursos humanos e financeiros.

No âmbito do Município têm-se o Programa Municipal de Dst/ Aids que é vinculado ao Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (DSSDA) criado após avaliação do Ministério da Saúde, em 1994. O DSSDA tem como finalidade assistir de forma qualificada as pessoas vivendo com Dst e Aids na cidade, mediante a elaboração de um projeto descrito por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. A implantação oficial do Programa Dst/ Aids ocorreu em 21/12/1995.

O Programa Municipal é desenvolvido em três eixos: um setor de Centro de Aconselhamento visando à orientação para DSTs e testagem anti-HIV - COAS/CTA; dois Laboratórios sendo um de diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais e outro, de monitoramento de pessoas portadoras do HIV; e um Serviço de

Assistência Especializada aos portadores do HIV, doentes de Aids e seus familiares - SAE.

Para ações de diagnóstico, inicialmente foi implantado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) sendo inaugurado em 1º de dezembro de 1995, Dia Mundial de Luta contra AIDS. Em 2001, a Coordenação Nacional Dst e Aids propôs a mudança de nome dos COAS existentes no Brasil para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), considerado mais consoante com as atividades desempenhadas.

O CTA trabalha com uma equipe de cinco aconselhadores, entre psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, cujo trabalho de aconselhamento é realizado em três etapas: aconselhamento coletivo; aconselhamento individual pré-teste; aconselhamento individual pós-teste. Ele atende, também, a demanda espontânea, para orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e Aids e, oferece o diagnóstico sorológico de HIV e sífilis, hepatites virais, além de oferecer preservativos para todos os usuários do serviço que passam pelas palestras coletivas.

Os objetivos do CTA são: a) proporcionar uma ampla cobertura de diagnóstico de HIV; b) desenvolver trabalho educativo de prevenção nos mutirões da saúde, em empresas, escolas e outras instituições; c) oferecer capacitações na área das Dst e Aids, para profissionais de saúde, agentes comunitários e lideranças comunitárias (conselheiros e ONGs); d) inserir o Programa Dst/ Aids no organograma da DSSDA; e) produzir materiais educativos (vídeos, cartilhas, folders, cartazes), com textos atualizados; f) manter o estoque de preservativo sempre em quantidade suficiente para atender demanda.

Em 28/09/1996, foi inaugurado o Serviço de Assistência Especializada - SAE, com a finalidade de prestar assistência às pessoas HIV positiva e seus familiares. O serviço tem como princípios organizacionais a acessibilidade, gratuidade, agilidade, resolutividade, confidencialidade e anonimato. O SAE funciona como um ambulatório que presta assistência às pessoas portadoras do vírus HIV e pacientes com AIDS, através de uma equipe multiprofissional mínima com médico infectologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social.

O SAE tem como objetivos prioritários: oferecer assistência humanizada e de qualidade; reduzir a demanda por internação hospitalar e a permanência nos

leitos hospitalares, diminuindo gastos, e, sobretudo, garantindo mais e melhor qualidade de vida aos pacientes.

Considerando os desdobramentos da terapia anti-retroviral, a obtenção de resultados e avaliações qualitativas de SAEs, aos conhecimentos gerenciais adquiridos nesse processo e ao novo enfoque de monitoramento e avaliação na condução da política de controle e prevenção das Dst e Aids no país, fez-se necessária a definição de novas práticas nos SAEs.

Neste sentido, novas diretrizes foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para serem gradativamente incorporadas pelos Serviços, a saber: instituir práticas para adesão à terapia anti-retroviral; priorizar a atenção a co-infecção HIV/Tuberculose, exercitando práticas para controle da co-infecção e aumento da adesão do paciente às terapias; constituir-se, oficialmente, em unidades dispensadoras de medicamentos utilizando o Sistema Logístico de Medicamentos (SICLOM); desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços a serem aplicados em rotina pré-estabelecida, objetivando estabelecer transparência sobre a produtividade e obter subsídios para legitimar o desempenho do serviço no contexto de saúde pública local.

Além do CTA e do SAE, atualmente, o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais realiza a sorologia anti-HIV e VDRL (sífilis) e hepatites virais, através do Laboratório Central do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. Realiza também a contagem de CD4/CD8 e carga viral dos pacientes soropositivos. O Laboratório de Monitoramento de pacientes em tratamento - Aids realiza 470 testes CD4/mês e 470 testes carga viral /mês. O laboratório atende 06 regionais, contemplando a Zona da Mata e Sul de Minas, contemplando cerca de 300 municípios assistidos pelo serviço.

Em se tratando do Programa Municipal Dst e Aids em Juiz de Fora, as diretrizes do Sistema Único de Saúde são preconizadas e não são poucas as dificuldades encontradas na execução de suas metas. O Programa busca seguir o que recomenda a proposta Nacional, desenvolvendo os serviços de modo que os mesmos representem os anseios da população e a própria população. Sendo assim, o governo e a sociedade civil devem enfrentar juntos os desafios do SUS e suas particularidades para se promover uma assistência integrada, de forma a alcançar uma melhor qualidade de vida aos portadores do HIV/doentes de Aids, bem como ultrapassar preconceitos. E, conta para isso com fortes aliados,

representantes diretos da população que vive e convive com a pessoa soropositiva para HIV.

A assistência hospitalar no município é assegurada através das seguintes instituições:

Hospital Dr. João Penido – é pioneiro na assistência em Aids no município, presta este serviço desde 1986, oferecendo cerca de dez leitos reservados as pessoas com Aids. Atualmente o serviço vem oportunizando assistência domiciliar terapêutica, quando referenciada;

Hospital Universitário através do Departamento de Doenças Infeciosas e Parasitárias (DIP), desde 1992 presta atendimentos ambulatoriais e internações, sendo ofertados três leitos para homens e três para mulheres.

Operam ainda no município, através de ações complementares e apoio a rede assistencial, as Organizações Não Governamentais e as Instituições Filantrópicas, quais sejam:

Centro de Apoio e Solidariad'Aids - Grupo CASA é uma entidade civil e filantrópica, sem fins lucrativos de apoio a pessoas que vivem e convivem com HIV/ Aids. Fundada em março de 1996, atualmente, realiza 60 atendimentos por dia;

Grupo Espírita de Assistência a Enfermos – GEDAE - (ONG), desde 1999, vêm prestando assistência a portadores do HIV/ Aids através de um modelo de assistência intermediária entre serviço ambulatorial e hospitalar, em regime de internação temporária;

Associação CASA VIVA – (ONG) desenvolve desde janeiro de 2000 o Projeto Redução de Danos e a partir de março de 2001 começou a desenvolver o Projeto “Profissionais do Sexo - Cidadania e Saúde”;

Movimento Gay de Minas – MGM (ONG) este grupo surgiu em setembro de 2001. Realiza encontros semanais nos quais são abordados temas como direitos humanos e cidadania. Disponibiliza, também, apoio jurídico, psicológico, entre outros;

Associação de Atendimento aos Portadores de HIV e Doentes de AIDS
- **Convivendo e Aprendendo** (ONG) - presta assistência psicossocial a crianças, jovens e adultos que vivem e convivem com a Aids iniciando suas ações em novembro de 2002;

Centro de Acolhimento à Infância e Adolescência – CAIA (ONG) - oferece às crianças, adolescentes e suas respectivas famílias um atendimento clínico especializado - funciona desde maio de 2001;

Centro de Convivência Entre Nós - trabalha com dependentes químicos.

O Programa Municipal DST/ Aids, além das parcerias com instituições específicas de atendimento ao portador do HIV estabelece, também, outras parcerias com serviços do SUS, entre eles, os Serviços de Atenção à Saúde do Adolescente (SASAD), Departamento da Mulher e o Instituto das Clínicas Especializadas. Nestes serviços, assim como nas Unidades Básicas de Saúde os portadores de HIV e doentes de Aids são atendidos e em seguida referenciados ao SAE ou ao Hospital Universitário. Reconhece-se a importância das parcerias, elas são vistas como uma junção de conhecimentos e recursos, no intuito de ampliar as possibilidades de atuação, o que se faz necessário para a saúde de indivíduos/populações em atuais tempos de Aids.

Em síntese, a organização dos serviços prestados as pessoas vivendo com HIV/Aids é estruturada da seguinte forma:

TABELA 2 - DADOS REFERENTES A CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

NATUREZA JURÍDICA	INSTITUIÇÃO	CARACTERÍSTICA GERAL DA INSTITUIÇÃO	OBJETIVO DO SERVIÇO PRESTADO	CONTATO
FEDERAL	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONVENIADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AO DEPARTAMENTO NACIONAL DST, HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM INFECTOLOGIA AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	4009-5353
ESTADUAL	HOSPITAL DOUTOR JOÃO PENIDO – FHEMIG (FUNDAÇÃO HOSPITALR DO ESTADO DE MINAS GERAIS).	SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL, INSTITUIÇÃO PIONEIRA NA ASSISTÊNCIA EM AIDS NO MUNICÍPIO.	PRESTAR ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AOS PORTADORES DO HIV E DOENTES DE AIDS. E VEM OPURTUNIZANDO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÉUTICA QUANDO REFERENCIADA	3224-7233
MUNICIPAL	COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE DST/AIDS	FORNECIMENTO DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS DST'S E AIDS PARA O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA E MACRO REGIÃO (103 CIDADES)	PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS.	3690-7054
	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO			3690-7484
	SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA			3690-7527
	LABORATÓRIO DE MONITORAMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO – AIDS			3215-7764 3215-1319

<p>TERCEIRO SETOR</p>	<p>CENTRO DE APOIO E SOLIDARIED' AIDS - GRUPO CASA</p>	<p>O GRUPO CASA É UMA CASA-DIA QUE OFERECE DIARIAMENTE ASSISTÊNCIA MATERIAL - REFEIÇÕES (UM ALMOÇO E DOIS LANCHES), CESTAS BÁSICAS, PRESERVATIVOS, ENTRE OUTROS; ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA - ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO, FONOAUDIOLÓGICO, PSICOLÓGICO E TERAPIAS HOLÍSTICAS (REIKI); ALÉM DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E CIDADANIA, OFICINAS DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA, VISITAS INSITUCIONAIS, GRUPO DE ORAÇÃO, ATENDIMENTO JURÍDICO, PALESTRAS EDUCATIVAS E INFORMATIVAS EXTERNAS, ACOMPANHAMENTO DAS GESTANTES HIV POSITIVO E DOS BEBÊS ATÉ DOIS ANOS DE IDADE VIABILIZANDO, ENTRE OUTROS CUIDADOS, O LEITE; E UM TRABALHO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, VOLTADO PARA OS ADOLESCENTES E PRÉ-ADOLESCENTES, QUE VIVEM E CONVIVEM COM HIV E AIDS - PROJETO EDUCAR.</p>	<p>A) DESENVOLVER TRABALHO DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO, SISTEMÁTICO, REDUZINDO A INCIDÊNCIA DA INFECÇÃO POR HIV E OUTRAS DST'S EM PARCERIA COM O PROGRAMA MUNICIPAL DST/ AIDS E INSTITUIÇÕES AFINS; B) PROMOVER JUNTO AOS USUÁRIOS O ACESSO A RECURSOS SOCIAIS, PSICOLÓGICOS, ECONÔMICOS, MATERIAIS E JURÍDICOS; C) GARANTIR O ACESSO A UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL, BEM COMO A SUA IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO SER HUMANO COMBATENDO A FOME E A DESNUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA INSTITUIÇÃO; D) REALIZAR ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO JUNTO AOS USUÁRIOS CADASTRADOS NA INSTITUIÇÃO TRABALHANDO A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO COMO FORMA DE MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA; E) DESENVOLVER ATIVIDADES DE APOIO E PROMOÇÃO À REINserÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E AO MERCADO DE TRABALHO; F) ENVIAR ESFORÇOS PELA ELABORAÇÃO DE LEIS E CUMPRIMENTO DAS MESMAS, VISANDO O APOIO GOVERNAMENTAL AOS PORTADORES, NO COMBATE AO PRECONCEITO E A DISCRIMINAÇÃO.</p>	<p>3217-5208</p>
-----------------------	--	---	---	------------------

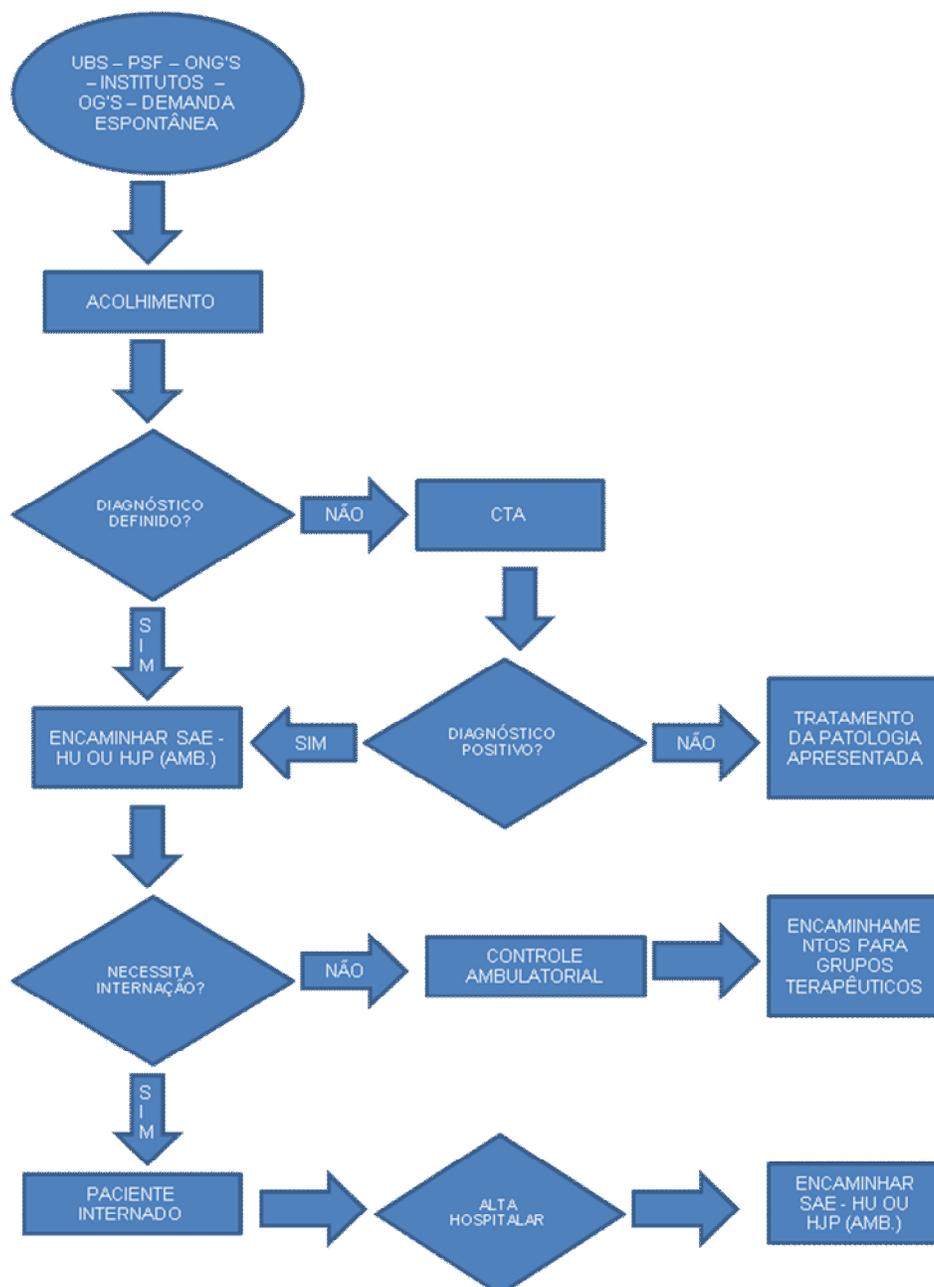
TERCEIRO SETOR	GRUPO ESPÍRITA DE ASSISTÊNCIA AOS ENFERMOS – GEDAE	O GEDAE POSSUI TODA SUA ESTRUTURA VOLTADA PARA O ATENDIMENTO DE ENFERMOS CARENTES, COM PRIORIDADE PARA OS PORTADORES DO VÍRUS HIV, AMPLIOU SEU RAIO DE ATUAÇÃO AO DESENVOLVER PROJETOS VOLTADOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE CONVIVEM COM O HIV ALÉM DE PROJETOS DE ASSESSORIA JURÍDICA DESTINADO AO SEU PÚBLICO ALVO.	DESENVOLVER ATIVIDADES QUE FACILITEM AOS SEUS USUÁRIOS UMA MELHOR COMPREENSÃO DA VIDA E DOS SOFRIMENTOS A ELA INERENTES. BUSCAM OFERECER A TODOS UM TRATAMENTO BASEADO NA VISÃO HOLÍSTICA DO SER	3235-1039
	MOVIMENTO GAY DE MINAS – MGM	ORGANIZAÇÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DE GAYS, LÉSBICAS, BISSEXUAIS E TRANSGENERO (GLBT); PREVENÇÃO ÀS DST-AIDS; PROMOÇÃO DA CIDADANIA GLBT.	COMBATE À HOMOFOBIA E AO PRECONCEITO	3218-7496
	ASSOCIAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HIV E DOENTES DE AIDS - CONVIVENDO E APRENDENDO	ASSOCIAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HIV E DOENTES DE AIDS - CONVIVENDO E APRENDENDO PRESTA ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL A CRIANÇAS, JOVENS E ADULTOS QUE VIVEM E CONVIVEM COM A AIDS.	ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL A CRIANÇAS, JOVENS E ADULTOS QUE VIVEM E CONVIVEM COM A AIDS ATRAVÉS DE GRUPOS TERAPÊUTICOS E EDUCATIVOS SOBRE TEMAS: EDUCAÇÃO SEXUAL; PROMOÇÃO DA SAÚDE PREVENTIVA; CONSCIENTIZAÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DOS PORTADORES; PROMOÇÃO DA ÉTICA, DA PAZ, DA CIDADANIA; PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL.	3215-6976

TERCEIRO SETOR	CENTRO DE ACOLHIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - CAIA	OFERECER ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS RESPECTIVAS FAMÍLIAS UM ATENDIMENTO CLÍNICO ESPECIALIZADO E TRANSDICIPLINAR (PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, OFICINAS TERAPÊUTICAS, OFICINAS ARTÍSTICAS, OFICINAS DE TRABALHO COM ORIENTAÇÕES, AVALIAÇÕES E APOIO). UM FAZER CLÍNICO QUE POSSIBILITE, POR INTERMÉDIO DE SEU EXERCÍCIO, UM IMPACTO EM CADA USUÁRIO, E/OU QUE FAMILIAR, EM SUAS COMUNIDADES	ASSISTIR A CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE CARECEM DE RECURSOS PARA MANTER OS ATENDIMENTOS QUE NECESSITAM, ADEQUANDO ESFORÇOS PARA ENVOLVER DE FORMA DIRETA E SIGNIFICATIVA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS, E OUTROS PROFISSIONAIS E INSTITUIÇÕES, NO TRATAMENTO DOS MESMOS, NO INTUITO DE FOMENTAR O NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NOS PROCESSOS SOCIAIS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS DA ENTIDADE.	3216-3500
	ASSOCIAÇÃO CASA VIVA	A ASSOCIAÇÃO É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL QUE SE DESTACA POR SUA ATUAÇÃO NO CAMPO DA REDUÇÃO DE DANOS	ATUAR NO CAMPO DO PROGRAMA REDUÇÃO DE DANOS QUE INCLUI, ALÉM DA TROCA DE EQUIPAMENTOS USADOS POR NOVOS (PARA CONSUMO DE DROGAS), ORIENTAÇÃO E ACONSELHAMENTO SOBRE OS RISCOS DO USO ABUSIVO DE DROGAS E DE TRANSMISSÃO DO HIV; PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ATRAVÉS DA DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS; ESTÍMULO DO USO INDIVIDUAL DOS EQUIPAMENTOS PARA CONSUMO DE DROGAS E ENCAMINHAMENTOS DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ASSISTÊNCIA.	3215-0188
	CENTRO DE CONVIVÊNCIA ENTRE NÓS	O CENTRO DE CONVIVÊNCIA É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL QUE SURTIU A PARTIR DE UM PROJETO FOMENTADO PELA ASSOCIAÇÃO CASA VIVA	ESTABELECEER UMA REDE DE INTERAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS À SOCIEDADE COMO UM TODO, ATRAVÉS DA PRESERVAÇÃO DA SAÚDE, DO RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS E DA PROMOÇÃO DA CIDADANIA	3215-0188

FONTE: Dados, referentes ao ano de 2007, organizados pela autora a partir da pesquisa realizada

Além de conhecer a rede de assistência oferecida ao portador do HIV/doentes de Aids e suas parcerias, é importante saber o percurso seguido pelo usuário desde a descoberta do diagnóstico até o início definitivo do tratamento:

FIGURA 5: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS EM JUIZ DE FORA



FONTE: Dados organizados pela autora, referenciados em funcionograma do NESCON/F/UFJG – fevereiro/março – 2000.

Após iniciar o tratamento num ambulatório de referência (SAE – HU – HJP) o usuário pode ser encaminhado às instituições parceiras no intuito de participações em grupos, atendimentos assistenciais (cestas básicas, roupas, leite, alimentação), atividades educativas, atividades terapêuticas, dentre outras. Bem como, encaminhado a outras especializações ambulatoriais médicas, psicológicas e/ou sociais. Os direcionamentos são feitos na intenção de atender os usuários em sua integralidade.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Para ilustrar o caminho percorrido para realização desta pesquisa, neste capítulo descreveremos os procedimentos metodológicos. Para alcançar os resultados do estudo, destacaremos o tipo de pesquisa, o cenário, os sujeitos do estudo e a estratégia de coleta e análise dos dados.

4.1. Tipo de pesquisa

Para a realização desta pesquisa foi definido que o método qualitativo seria o mais adequado para captar os aspectos que envolvem o processo de análise de uma política pública, neste caso a de Dst/HIV/Aids, interpretada através das falas de seus gestores. Minayo (2007) destaca que a pesquisa qualitativa, no campo da saúde, traz especificidades da dinâmica econômica, política e ideológica, que estão vinculadas ao processo de saúde e doença, a institucionalização, a organização dos serviços do Sistema Único de Saúde, vista em uma perspectiva de totalidade.

Conforme Chizzotti (2000:79):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Portanto, a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela permite apreender a aparência e a essência dos significados à medida que o pesquisador possua sensibilidade para interpretar e captar as inferências. Segundo Minayo (2007) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas como a pesquisa quantitativa. Porém, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, complementam-se, já

que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2007).

Devido aos desafios impostos a esse tipo de atenção especializada, o contato direto com os pacientes soropositivos e suas principais demandas suscitou nesta pesquisadora, alguns questionamentos a respeito da gestão do sistema que atende a este público:

- A forma como o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais é organizado;
- Como se dá a execução do Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais;
- Como se estrutura o Programa Municipal de DST/ Aids em Juiz de Fora;
- Qual a rede disponibilizada ao paciente HIV;
- Que ações são desenvolvidas em Juiz de Fora para as pessoas que vivem com HIV/Aids.

4.2. Cenário do estudo

Vislumbrando as ponderações elencadas e objetivando ilustrar o contexto da AIDS no âmbito municipal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Com o objetivo de problematizar o processo de cuidado em saúde as pessoas que vivem com HIV/Aids, a partir dos saberes e praticas aos gestores do Programa Municipal de Dst/HIV/Aids em Juiz de Fora.

Fizeram parte do cenário do estudo a rede assistencial e de saúde que atende as pessoas que vivem com HIV/Aids no município de Juiz de Fora. A rede é composta pelas seguintes instituições: Hospital Universitário; Hospital Dr. João Penido; Programa Municipal de DST/ Aids que abarca: Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Serviço de Atenção Especializada – SAE e Laboratório de Monitoramento de pacientes em tratamento da Aids; Centro de Apoio e Solidaried'Aids - Grupo CASA; Grupo Espírita de Assistência a Enfermos – GEDAE; Associação CASA VIVA; Movimento Gay de Minas – MGM; Associação de Atendimento aos Portadores de HIV e Doentes de Aids - Convivendo e Aprendendo; Centro de Acolhimento à Infância e Adolescência – CAIA; Centro de Convivência Entre Nós, totalizando dez instituições.

Assim, foram escolhidos atores-chave do processo de cuidado ao portador de HIV/doente de Aids em Juiz de Fora, permitindo que todos os segmentos envolvidos estivessem representados – Estado (através dos três entes federados) e sociedade civil (pelas ONGs e instituições filantrópicas).

4.3. Sujeitos do estudo

De acordo com Chizzotti (2000), todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Além disso, na condição de sujeitos da pesquisa, identificam os seus problemas, discriminam as necessidades prioritárias e propõem as ações mais eficazes.

Nestes termos, foi que consideramos como sujeitos estratégicos, ou seja, aqueles capazes de responder pela organização do serviço, identificação de demandas e dificuldades enfrentadas, os gestores das instituições anteriormente apresentadas.

Das *dez* instituições descritas entrevistamos *doze* gestores, uma vez que o Hospital Universitário e o Hospital Dr. João Penido possuíam, além do diretor do Hospital, a chefia do Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias - DIP.

Das *doze* entrevistas, foram computadas *oito*, uma vez que no decorrer do processo investigativo *quatro* informantes referentes aos gestores de *três* instituições (uma pública e duas do terceiro setor) não retornaram o questionário após sucessivas tentativas de abordagem.

Apesar disso, importa dizer que não houve prejuízo para a análise e o conteúdo da pesquisa, considerando que os segmentos investigados – esfera pública (Federal e Municipal) e Organizações Não Governamentais – foram contemplados.

Os gestores entrevistados apresentam-se da seguinte forma, no tocante sexo, escolaridade e formação acadêmica: 3 do sexo masculino, 5 do sexo feminino, 1 com ensino médio, sete com curso superior, sendo que dois são doutores, 1 especialista e 4 com curso superior sem outras capacitações. Dois tem formação em medicina, dois em psicologia, um em serviço social, um em jornalismo e um em direito.

Desta forma, reconhecendo a capacidade de produção de conhecimento a partir dos sujeitos, procedeu-se a análise em profundidade das falas dos nossos atores-chaves, que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

4.4. Estratégia de coleta de dados

Utilizamos como estratégia de coleta de dados a entrevista semi-estruturada (APENDICE A) que foram realizadas entre os meses de novembro de 2007 a janeiro de 2008:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 2007:146).

O projeto, antes de ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), foi apresentado aos *doze* gestores pré-determinados, a fim de solicitação da autorização para realização da pesquisa. Na ocasião, solicitamos a declaração de infra-estrutura do Hospital Universitário, sendo este a principal Unidade envolvida, uma vez que como residente e estudante do serviço na época da pesquisa, este seria o espaço físico utilizado para a análise dos dados coletados.

De posse de todas as autorizações, demos entrada no CEP/UFJF. Sendo o projeto aprovado, através do Parecer nº 232/2007 (ANEXO I). Posteriormente, demos início às coletas de dados. Entramos em contato telefônico com os sujeitos da pesquisa para a marcação do dia, horário e local de cada entrevista. Nesse momento, foi explicado a cada sujeito o objetivo do estudo. Contudo, apesar de concordarem em responder a entrevista, a maioria alegou não dispor de tempo para que as mesmas acontecessem pessoalmente, tendo em vista o final do ano, o encerramento das atividades e a chegada das festividades natalinas. Diante do fato, a pesquisadora juntamente com sua orientadora reuniu-se no intuito de solucionar esta problemática. Após analisarmos a necessidade da entrevista decidimos que as encaminharíamos aos sujeitos da pesquisa para que as mesmas fossem respondidas por escrito.

Depois desta análise, entramos em contato novamente com os gestores e colocamos a importância da pesquisa e perguntamos se os mesmos concordavam em respondê-las por escrito, após a aceitação elas foram entregues pessoalmente ao gestor responsável pela instituição, anexada a uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que garantia o sigilo e o anonimato dos sujeitos participantes. Na hora da entrega pedimos que as mesmas fossem respondidas num prazo de quinze dias e após entraríamos em contato novamente para buscarmos, alguns solicitaram um prazo maior, estendemos para vinte dias uma vez que precisávamos de um tempo significativo para análise das respostas.

Podemos apontar que, de uma maneira geral, os entrevistados não tiveram dificuldade ao responderem às perguntas e que o tema foi bem aceito, sendo de grande interesse, posteriormente, o resultado desta análise.

4.5. Estratégia de análise dos dados

Como material para análise dos dados foram utilizadas as entrevistas semi-estruturadas respondidas pelos gestores, *as quais foram submetidas ao método da Análise de Conteúdo Temático*. Para Triviños (2007), este método estuda a comunicação entre os homens, enfatizando o conteúdo das mensagens e através destas podemos analisar a inferência.

Triviños (2007) destaca que há três etapas no processo de uso de análise de conteúdo: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A pré-análise diz respeito à organização do material e consiste na escolha dos documentos a serem analisados como também, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa.

Esta etapa pode ser ilustrada pela cuidadosa leitura e interpretação das entrevistas permitindo um contato intenso com o material coletado, pois, foi possível refletir sobre os objetivos do estudo e explorar o conteúdo apresentado pelos sujeitos.

Na segunda etapa do método, ou seja, a descrição analítica refere-se à exploração do material, é o momento em que ocorre uma operação classificatória que visa encontrar categorias (expressões ou palavras) significativas que organizam o conteúdo das falas. Para tanto, o conteúdo das falas foram

organizados em duas categorias: 1) **Caracterização institucional** - traz informações sobre características gerais das instituições; caracterização da equipe – formação e qualificação; público atendido; estruturação dos serviços oferecidos; fontes de recursos e 2) **Caracterização do Gestor e suas atribuições** – categoria que o gestor aponta as suas principais atribuições; a situação atual por ele enfrentada e suas perspectivas quanto ao Programa e ao SUS.

Finalmente, temos a terceira etapa do processo de análise do conteúdo, ou seja, a interpretação inferencial. Para Triviños (1987), a fase de interpretação inferencial conta com a reflexão e intuição do pesquisador. Este deve estar atento para os conteúdos manifestos e latentes. Nesse sentido, em nossa análise dos dados seguimos o pensamento do autor, ou seja, os dados foram interpretados com reflexão e sensibilidade para captar com profundidade as respostas redigidas pelos sujeitos entrevistados.

Nessa etapa, foi possível organizar a ordem das categorias, relacionando-as e buscando responder ao objetivo da pesquisa. Os dados interpretados foram embasados nos autores e documentos estudados na revisão bibliográfica. A partir da análise dos dados e da articulação entre a teoria exposta na bibliografia e nos documentos analisados foi possível uma aproximação com as respostas às questões da pesquisa.

Dessa forma foi possível que o estudo tomasse consistência e que a teoria estudada pudesse ser aplicada a dados da realidade enfrentada pelas instituições, condensando, assim, as informações, reflexões e análises em produção de conhecimento, pois, “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2000:98).

5. ANÁLISE DOS DADOS

O trajeto da investigação realizada – conforme mencionado no trato metodológico desta dissertação – ofereceu os dados a seguir apresentados pelos gestores das instituições que integram o Programa Municipal de DST/ Aids, públicas e do terceiro setor.

5.1. Caracterização Institucional

Juiz de Fora se localiza na Zona da Mata Mineira, no Sudeste de Minas Gerais. Situada em um dos lados do triângulo Belo Horizonte – São Paulo – Rio de Janeiro, a cidade se insere numa rede de rodovias de elevada densidade, garantindo o acesso, com alternativas, a todos os núcleos economicamente relevantes do país. Por essa situação geográfica, exerce uma forte atração sobre os migrantes do Estado de Minas Gerais e de áreas próximas do Estado do Rio de Janeiro, em especial. Esta migração pode ser justificada por possuir um forte comércio e um setor de serviços abrangentes – hospitais públicos e privados; clínicas especializadas; universidades públicas e privadas; ampla rede escolar de ensino fundamental e médio entre outros.

Por sua localização, possui um fluxo intenso de pessoas, também dos municípios vizinhos, que utilizam a cidade para fazerem tratamentos de saúde diversos, inclusive o de HIV/ Aids. Confirmada pela fala dos gestores sobre outras localidades que buscam atendimento na Instituição de sua responsabilidade:

“Macrorregião sudeste” (GESTOR 1)

“Cidades da zona da mata” (GESTOR 2)

“(…) é pólo macrorregional de atendimento em AIDS (…)” (GESTOR 3)

“Considerando ser a instituição uma referência em MG, recebemos pacientes de várias localidades – Belo Horizonte, Muriaé, Lima Duarte, Além Paraíba, Passos, Cássia, Timóteo etc.” (GESTOR 4)

“Cidades vizinhas” (GESTOR 5)

“Da região – Mirai, Ubá, Tabuleiro, Santos Dumont, Matias Barbosa, Simão Pereira, Lima Duarte, Belmiro Braga, Viçosa, Muriaé, Cataguases, Leopoldina, Mar de Espanha, Bicas dentre outros.” (GESTOR 6)

“No momento, todos os nossos participantes são de Juiz de Fora.” (GESTOR 7)

“De municípios próximos como Toledo, Humaitá, Chácara” (GESTOR 8)

Dados coletados no ano de 2007, referente a **Aids** em Juiz de Fora, apresentados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação, o município atende cerca de 1224 casos em pessoas do sexo masculino; 540 entre pessoas do sexo feminino e, 51 notificados em menores de 13 anos.

O Departamento de Aids Brasileiro - apesar de seu reconhecimento mundial como “o SUS que deu certo” - deve ser apreendido levando-se em conta a atual conjuntura que o país se encontra. A falta de investimento do Estado nos setores públicos, em especial o da saúde, faz com que o Serviço oferecido aos usuários se dê de forma precária e não compreendendo o indivíduo em sua integralidade.

A Integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. (VASCONCELOS, PASCHE 2006:535)

Devido ao sucateamento do Estado para com as políticas públicas, uma outra esfera se destaca na prestação de serviços identificada como terceiro setor. Em diversos casos, a sociedade civil toma para si responsabilidades que deveriam ser da esfera pública abrindo caminho para a desresponsabilização do Estado. Neste quadro, o que se pode verificar é a presença cada vez mais freqüente de práticas assistenciais oferecidas pelo terceiro setor interferindo no preceito legal de direito à saúde a todos. Quando se coloca uma política pública enquanto direito, está se referindo à sua oferta de forma sistemática, contínua e com qualidade, independente de contrapartida monetária, cor, credo, status social, visando à promoção, prevenção, recuperação e cura, e, acima de tudo, garantindo a saúde enquanto qualidade de vida.

Se o terceiro setor é uma realidade na arena brasileira, suas ações deveriam ter um caráter complementar às ações federais, estaduais e municipais. Entretanto, como ilustrado pela pesquisa de campo nas entrevistas, esta complementaridade não é a realidade que se vivencia, pois, os serviços públicos oferecidos pelo SUS em HIV/Aids, ainda limitam-se a atendimentos em infectologia, em HIV/ Aids priorizando o diagnóstico, a prevenção e a assistência

no âmbito do tratamento. Isto pode ser apreendido nas falas dos gestores ao serem questionados sobre o serviço oferecido às pessoas que vivem com HIV/Aids: “consultas, exames, dispensa de medicamentos” (GESTOR 1) e “fornecimento de diagnóstico, prevenção e assistência às DSTs e Aids (...)” (GESTOR 3), não abordando outros aspectos tão importantes quanto – o social, o familiar, o psicológico, o comunitário, dentre outros.

É justamente na lacuna deixada pelo setor público no que se refere a um atendimento integral, que o terceiro setor ganha espaço. Este ponto pode ser observado pelos dados apontados pela pesquisa realizada nas instituições abordadas. Das dez instituições compreendidas na pesquisa sete delas correspondem ao terceiro setor.

No Município, a pesquisa apontou que, no geral, estas ONGs e Associações Filantrópicas oferecem assistência através de doações de cestas-básicas, roupas, brinquedos, dentre outros benefícios. Além, de disponibilizar atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, terapias psicológicas, oficinas educativas, oficinas culturais e esportivas, focadas principalmente em crianças e adolescentes e, num plano secundário, em suas famílias:

“A Instituição (...) oferece diariamente **assistência material** – refeições (um almoço e dois lanches), cestas básicas, preservativos, entre outros; **assistência especializada** - atendimento fisioterápico, fonoaudiológico, psicológico e terapias holísticas (reiki); além das **atividades de promoção e cidadania**, oficinas de geração de trabalho e renda, visitas institucionais, grupo de oração, atendimento jurídico, palestras educativas e informativas externas, acompanhamento das gestantes HIV Positivo e dos bebês até dois anos de idade viabilizando, entre outros cuidados, o leite; e um trabalho de prevenção das DST e AIDS e promoção da saúde, (...), voltado para os adolescentes e pré-adolescentes, que vivem e convivem com HIV e AIDS (...)” (GESTOR 6)

“Oficinas educativas semanais com duração de 60 minutos para todos os segmentos (crianças, jovens e adultos); grupos terapêuticos semanais para todos os participantes; atendimento psicológico individual quando necessário” (GESTOR 7)

Ainda que sejam ações importantes, que trazem benefícios para o público atendido, não se pode afirmar que a população-alvo vivencie plenamente seu direito à saúde e um atendimento integral, já que as ações são realizadas visando um seguimento específico dentre os que demandam pelo serviço, ou seja, crianças e adolescentes e, secundariamente a família. A focalização da

assistência neste grupo é evidente, pois, segundo os gestores entrevistados, é perceptível a fragilidade de ações voltadas para os adultos e, nenhuma para idosos portadores de HIV/ Aids. Este último dado faz-se importante destacar, pois, na população idosa o número de casos tem crescido significativamente:

Ao tratar dessa taxa por faixa etária, ela aumenta consideravelmente entre pessoas com 50 anos ou mais. Passa de 18,2 casos por 100 mil habitantes para 29,8 entre homens de 50 aos 59 anos. Para as mulheres, a taxa mais que dobra, subindo de 6 para 17,3. A mesma tendência aparece entre os maiores de 60 anos. Três fatores são apontados: A mudança no comportamento sexual dos idosos, com a adoção de remédios para disfunção erétil, a resistência dos que têm mais de 50 anos em usar o preservativo e o fato de que parte dessas pessoas pode ter se infectado há dez anos. (MEDICINA GERIÁTRICA, 2006:01)

Não privilegiar com ações os diversos segmentos, significa um problema na qualidade de alcance das atividades realizadas por estas instituições, já que com a caracterização não mais de “grupo de risco”, mas, de “comportamento de risco” e a questão da vulnerabilidade social espelhada pela feminização, pauperização e interiorização, todos - crianças, jovens, adultos, idosos - são públicos suscetíveis a transmitir e a contrair o vírus, tornando-se pessoas vulneráveis.

No que se refere às atividades de educação em saúde, estas entidades apontam o constante trabalho de educação e promoção da cidadania, talvez sem conceber o que realmente significam estes termos. A Educação em Saúde é uma estratégia dialógica, problematizadora que chama o indivíduo a pensar o seu processo saúde/doença/cuidado através do diálogo tornando-se sujeito e não objeto da ação. A partir do momento em que o indivíduo é sabedor de seu estado de saúde, compreende a importância da adesão ao tratamento, tem o apoio de uma rede social e familiar, pode fazer escolhas concretas que farão sentido e serão importantes para si porque terá sido uma decisão pessoal e não porque o outro impôs. Como aponta Paulo Freire (2002:05)

A prática educativa é um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos, não somente transmitindo conhecimentos, mas redescobrimo, construindo e ressignificando estes conhecimentos, além de transcenderem e participarem de suas realidades históricas, pessoais, sociais e existenciais.

Levando-se em conta este pressuposto, muitas das instituições abordadas atuam de forma paternalista, assistencialista e coercitiva, alimentando a comodidade e a dependência do indivíduo. Em quase todas há distribuição de cestas básicas, roupas, brinquedos, sem nenhum trabalho de reflexão e politização e, um fator ainda mais agravante, o recebimento destes benefícios está condicionado à obrigatoriedade da participação dos mesmos em todas as atividades oferecidas, independente da vontade do beneficiário.

Esta condição para freqüentar a instituição, pode não aparecer de forma explícita nas respostas colhidas, mas, fica clara após uma observação sistemática do processo de trabalho nestes espaços. Uma justificativa para este condicionamento pode estar relacionada ao desejo de manter os usuários freqüentes, tentando evitar o abandono ao tratamento. Entretanto, educar em saúde através da coerção não é o caminho adequado para a vivência da cidadania, mas ao contrário, pode ser um ingrediente que pode propiciar a alienação do cidadão. Candeias afirma que se deve entender a educação como

(...) quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes (...). Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. (CANDEIAS, 1997:210)

Promover o indivíduo está relacionado à combinação de educação à realização de um trabalho desprovido de valores pessoais, compreendendo a realidade de cada um, respeitando suas individualidades, visto que, cada um possui vivências, valores e compreensões de mundo distintas umas das outras. Para tanto, deve-se considerar as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, psicológicas e físicas vivenciadas pelo portador de HIV/ Aids e trabalhar de forma a vislumbrar sua liberdade, autonomia e emancipação.

Este trabalho, frequentemente pulverizado, focalizado e descontínuo, traz em seu bojo uma dificuldade presente tanto em instituições públicas quanto filantrópicas: a falta de recursos materiais e humanos. As fontes de recursos para efetivação do atendimento advêm:

“Sistema Único de Saúde” (GESTOR 1)

“Ministério da Educação, Ministério da Saúde, recursos do PN DST/AIDS” (GESTOR 2)

“(...) Custeio PJF -. SUS Municipal, (...) custeio Federal, (...) através do M.S.” (GESTOR 3)

“Doações da comunidade; recursos da pactuação de casas de apoio; recursos oriundos de projetos firmados junto à SES/MG e PNDSTHIV/AIDS; recursos oriundos de produção de broas de fubá e promoções (bazar, almoço, lanches etc)” (GESTOR 4)

“Convênios com órgãos públicos federais” (GESTOR 5)

“(...) convênio com a Prefeitura de Juiz de Fora através da Secretaria de Políticas Sociais (...), da Secretaria Municipal de Saúde (...) e AMAC (...); convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais estão sendo executados dois projetos (...); termo de cooperação com o Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e o Crime – UNODC (...) – Projeto Educação, cultura e Arte – ECA; (...) Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (...) – Projeto Educar (...); doações em espécie (pessoa física); eventos promocionais beneficentes e campanhas.” (GESTOR 6)

“Convênio com a Secretaria de Estado da Saúde; Convênio com o Ministério da Saúde; Doações em espécie de pessoas físicas e jurídicas; Doações de Cesta básica de pessoas físicas e jurídicas.” (GESTOR 7)

“Secretaria de Políticas Sociais da Prefeitura de Juiz de Fora; Secretaria do Estado de Saúde; com CMAS (através do prêmio CRESCER) “ (GESTOR 8)

Estas Instituições contam com atuação de profissionais de diversas áreas, alguns na condição de voluntários, mesmo as de caráter público. Àqueles remunerados, muitas vezes estão condicionados a doações ou aprovações de projetos em Editais propostos pelo Programa Nacional, Estadual e/ou Municipal de Dst/ Aids, principalmente os de instituições do terceiro setor. Na concepção de Montaño (2002:255-256)

(...) a transferência para o “terceiro setor” das respostas às seqüelas da “questão social” (mal denominada pelo ex-ministro Bresser Pereira de ‘publicização’) repercutem negativamente no aumento tendencial do nível de desemprego profissional, na precarização das condições de trabalho, nas condições de emprego. (...) procede-se tanto a uma precarização do atendimento estatal às demandas sociais, como a uma auto-responsabilização pelas respostas às próprias necessidades localizadas.

Como aponta o autor, o profissional voluntário envolto numa atividade precária, acaba por desempenhar uma jornada dupla, dividindo-se entre o trabalho voluntário instigado por um espírito de solidariedade/caridade e um vínculo que lhe permita sobreviver, diminuindo o tempo livre para capacitação continuada. Mesmo aquele que possui remuneração, depara-se com a incerteza

da continuidade do recebimento, já que o salário depende de aprovação de projetos.

“Em face da multiplicidade de pessoas que colaboram com o funcionamento, temos, enquanto regime de trabalho: empregados (CLT), profissionais autônomos e voluntários, todos dedicando tempo parcial às suas atividades” (GESTOR 4)

“Algumas atividades são realizadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais e pessoas da comunidade voluntários, podendo haver mudanças de dias e horários, bem como incremento de ações, a partir de avaliação de demanda/adesão dos (as) usuários (as) às ações e atividades disponíveis”. (GESTOR 6)

“fonoaudióloga trabalha na instituição em tempo integral, assim como a secretária executiva e recepcionista, demais profissionais em tempo parcial e com os voluntários é feito um acordo possível para eles de horas no serviço” (GESTOR 8)

A ampliação das ações realizadas, muitas vezes, está nos planos das instituições filantrópicas. Porém, nem sempre é possível devido à escassez de recursos que, assim como a questão da remuneração de seu quadro de trabalhadores, também depende de doações ou de aprovação em projetos que, não raro, possuem prazo para início e término. Esse movimento exige, portanto, que as ações sempre se reiniciem, sendo necessário escrever novas propostas para aprovação de recursos.

Estes percalços enfrentados pelas instituições do terceiro setor refletem também, na capacitação profissional. A precarização do trabalho impossibilita dispensar carga horária para especializações *strictu sensu* ou *latu sensu* em relação à Aids restringindo-se apenas a participações em Congressos, Fóruns, Seminários que abordam o tema, quando possível:

“Capacitação em cursos e seminários de pequena duração” (GESTOR 5)

“Conforme a formação da área de atuação e com relação ao HIV e AIDS, a instituição fornece material educativo, conversas informais (...)” (GESTOR 6)

Para Ceccim (2005:162),

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à

investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colocasse em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Como se pode constatar, existem críticas concretas referentes ao terceiro setor, que são alimentadas pela negligência do Estado, o qual se abnega de cumprir seu compromisso com a sociedade. Entretanto, as ONGs devem e podem ser vislumbradas como espaço de reforço à cidadania quando se dedicam a resguardar os direitos dos usuários. Ainda que, em alguns casos, possam tutelar a participação, não há como negar que seja uma opção de serviço disponível à população fragilizada devido ao sucateamento dos serviços públicos.

As ONGs podem funcionar como espaços de luta e reforço dos direitos sociais, historicamente conquistados, a serviço de associações comunitárias e movimentos sociais, articulando num circuito externo ao governo, iniciativas originadas nos vários planos da sociedade civil - saúde, habitação, meio-ambiente etc. -, transformando-se em veículo de pressão para que o setor público cumpra suas obrigações com eficácia e eficiência.

Neste universo, realizando um paralelo entre terceiro setor e setor público, vislumbra-se que os limites e possibilidades não são exclusivos de um ou de outro já que, devido à minimização do sistema público de saúde, seus serviços passam pelas mesmas dificuldades.

Em se tratando de HIV, o serviço ofertado pela rede pública aloca-se no nível hospitalar e ambulatorial que presta assistência às pessoas portadoras do HIV e pacientes com Aids, através de uma equipe multiprofissional formada por médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, oftalmologistas e farmacêuticos.

Muito se avançou no modelo de atenção a partir da década de 1980 em que se entendia saúde como ausência de doença e que prevalecia o hospitalocentrismo e o modelo médico-curativo, deixando de lado os demais aspectos do cuidado em saúde. De um conceito restrito, a saúde passou a ser apreendida de forma ampliada, enquanto qualidade de vida.

Os hospitais vêm prestando serviços de internação, e, cada vez mais, estão buscando um atendimento mais voltado para educação e prevenção em saúde, porém, sem muito êxito em mudar seu perfil médico-centrado.

Ao contrário, o atendimento ambulatorial atua na perspectiva de transformação, propondo-se reduzir a demanda por internação hospitalar e investindo na melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos. Para tanto, desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção das doenças oportunistas, além de doenças sexualmente transmissíveis, utilizando como estratégia os grupos de Educação em Saúde. Esses Grupos se propõem garantir aos usuários o acesso a informações de saúde, tornando-os capazes tanto de contribuir como sujeitos em seu processo de saúde-doença, quanto multiplicadores de informações, e os grupos de Adesão.

A adesão ao tratamento anti-retroviral é a principal ferramenta para o controle da doença e sua disseminação, bem como, para melhorar a qualidade e o tempo de vida dos pacientes.

Contudo, alguns pacientes têm problemas em administrar o medicamento por questões de caráter social e/ou psicológico, mostrando a relevância de uma atuação mais qualificada e o entendimento de que cada usuário possui sua subjetividade, preconizando um olhar individualizado à sua demanda particular:

Estudos multicêntricos realizados no Brasil demonstram que entre os determinantes para o impacto do TARV (tratamento antirretroviral), devem ser considerados fatores tais como a precocidade do diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, situação socioeconômica do usuário e o grau de organização dos serviços. Portanto, apenas o acesso universal ao tratamento não garante sua mais ampla efetividade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006:08).

Outras atividades, que foram possíveis apreender com o resultado da investigação que não foram trazidas como informação na entrevista semi-estruturada, talvez porque não são reconhecidas pelos gestores públicos, como sendo fundamentais à adesão e redução do preconceito, foram as salas-de-espera e a busca ativa. A sala de espera de uma unidade ambulatorial é o espaço para repasse de informações e retirada de dúvidas, a partir de uma conversa realizada entre os profissionais, pacientes e acompanhantes. A atividade contribui para que os participantes ampliem sua compreensão sobre o tratamento e processo de saúde-doença, favorecendo a um posicionamento crítico com relação ao contexto social e à qualidade de vida.

A busca ativa consiste em “buscar” o paciente para retornar ao tratamento, podendo ocorrer no contato, via telefone, ou através de visitas domiciliares. O

contato é estabelecido e, desde então, começa um acompanhamento mais sistemático deste paciente.

A maior problemática que recai sobre estas estratégias de atuação ambulatorial é que são feitas geralmente por um psicólogo, ou um assistente social, ou um enfermeiro e nunca pela equipe como um todo, não envolvendo as demais especialidades. Pode-se identificar uma grande dificuldade por parte dos profissionais de desenvolverem uma atuação conjunta, de forma interdisciplinar caracterizada “pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto” (VILELA e MENDES 2003:04), visando o bem-estar do paciente e o desenvolvimento de ações não apenas curativo-biológicas, mas também, preventivas e de forma integral.

Os dados coletados a partir do processo de investigação permitiram constatar que os usuários são vistos de forma fragmentada, sendo encaminhados para várias especialidades sem nenhuma comunicação entre os profissionais. Segundo Silva (2005) a existência de diálogo entre os profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes com HIV possibilita o compartilhamento dos diversos saberes permitindo um melhor atendimento ao usuário, o estabelecimento de vínculo e uma melhor adesão à terapêutica indicada.

Uma mudança substancial do modelo de atenção à saúde ocorre não apenas priorizando a atenção primária ou secundária, retirando do centro do modelo o papel do hospital, mas, principalmente, concentrando-se no usuário como cidadão, como um ser humano integral e abandonando a fragmentação do cuidado:

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação. Em suma, é preciso estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre profissionais, em que a definição de objetivos da assistência sempre privilegie o cliente. (ARAÚJO, 2003:147)

Para uma prática mais qualificada é importante que os profissionais busquem a sua capacitação. Os profissionais da rede pública conseguem fazer especializações *strictu sensu* ou *latu sensu* em relação à Aids e têm a oportunidade de participarem de cursos ministrados pela Secretaria de Saúde, pelo Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais e pelo Ministério da Saúde, além de Congressos, Seminários, Encontros.

De acordo com os dados descritos anteriormente, extraídos das oito entrevistas semi-estruturadas, foi possível construir a tabela seguinte que traz uma síntese do número de profissionais, a qualificação e regime de trabalho da equipe das instituições abordadas:

TABELA 3: DADOS REFERENTES A CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PORTADORES DE HIV/ DOENTES DE AIDS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

INSTITUIÇÃO	EQUIPE		QUALIFICAÇÃO	REGIME DE TRABALHO
	QTD	PROFISSÃO		
1	10	MEDICOS, TECNICOS DE FARMACIA, ASSISTENTE SOCIAL, SECRETÁRIA.	POSSUEM AS QUALIFICAÇÕES INERENTES A AREA DE FORMAÇÃO	TEMPO INTEGRAL, TEMPO PARCIAL. E VOLUNTÁRIOS
2	5	PROFESSOR ASSISTENTE, PROFESSOR ADJUNTO E MEDICOS	DOUTORADO, MESTRADO, RESIDENCIA MEDICA E ESPECIALIZAÇÃO.	TEMPO INTEGRAL, TEMPO PARCIAL. E VOLUNTÁRIOS
3	36	TECNICOS (AUXILIAR TECNICO, ENFERMAGEM, BIOQUIMICA, FARMACIA, PSICOLOGIA, MEDICINA) E ADMINISTRATIVO	ESPECIALIZAÇÕES E CURSOS	TEMPO INTEGRAL E PARCIAL
4	61	MEDICINA, PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, PSCICOTERAPIA, NUTRIÇÃO, DIREITO, FONODIAUDIOLOGIA E VOLUNTARIOS SEM FORMAÇÃO. ESTAGIARIOS – NUTRIÇÃO E PSICOLOGIA	A QUALIFICAÇÃO DEPENDE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CURSOS	VOLUNTARIOS E TEMPO PARCIAL
5	---	VOLUNTARIOS	CAPACITAÇÕES EM CURSOS E SEMINARIOS DE PEQUENA DURAÇÃO	VOLUNTARIOS
6	44	ARTESÃOS, AUXILIAR DE COZINHA, MONITORES, CONTRAMESTRE DE CAPOEIRA, SERVIÇOS GERAIS, PROFESSOR DE INGLES, SERVIÇO SOCIAL, PEDAGOGIA, DIREITO, ADMINISTRAÇÃO, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA,	CONFORME A FORMAÇÃO DA AREA DE ATUAÇÃO E COM RELAÇÃO AO HIV E AIDS	TEMPO INTEGRAL
7	4	PEDAGOGO E PSICOLOGOS	FORMAÇÃO SUPERIOR, ESPECIALIZAÇÃO, CONGRESSOS, SEMINARIOS, ENCONTROS E REUNIÕES.	TEMPO PARCIAL
8	31	PSICOLOGOS, MUSICOTERAPEUTA, ARTISTA PLASTICO, DANÇARINO, PSIQUIATRA, FONOAUDIOLOGO, PSICOPEDAGOGO, ESTAGIARIOS DE PSICOLOGIA, ESTAGIARIOS DE FONOAUDIOLOGIA, ESTAGIARIO DE SERVIÇO SOCIAL, SECRETARIO ADMINISTRATIVO, RECEPCIONISTA, VOLUNTARIOS, SUPERVISOR, COORDENADOR DE PROJETOS, ASSISTENTE SOCIAL.	FORMAÇÃO SUPERIOR EM AREA ESPECIFICA E CAPACITAÇÕES EM ESTUDOS SOBRE SAUDE INDIVIDUAL E COLETIVA	TEMPO INTEGRAL, TEMPO PARCIAL E VOLUNTARIOS.

FONTE: Dados organizados pela autora a partir da pesquisa realizada no ano de 2007.

É de relevante importância a busca pela capacitação à medida que caracteriza a competência como atributo individual vinculado ao domínio de conhecimento e habilidades para a qual, sem dúvida, as ações de educação continuada podem contribuir de forma valorosa. Bem como, estabelecer uma equipe estável e com regime de trabalho digno das atividades que lhes são atribuídas.

5.2. O Gestor e suas atribuições

O conceito de gestão é bastante amplo, não há como definir uma ideia única a este respeito. Porém, existe algum consenso de que este deva incluir, obrigatoriamente, um conjunto de tarefas que procurem garantir a utilização eficaz de todos os recursos disponibilizados pela organização, afim de serem atingidos os objetivos pré-determinados. Ou seja, cabe à gestão a otimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante e, por essa via, contribuir para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses de todos os seus colaboradores e proprietários e para a satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de um grupo em particular.

Desta forma, sendo o gestor alguém pertencente à organização e a quem compete a execução das tarefas confiadas à gestão, pode-se defini-lo como àquele responsável pela operacionalização das ações e objetivos propostos pela Instituição. Para Carvalho (1998) é alguém que concebe as estruturas e estabelece as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos desenvolvimento dos planos e, por fim, implementa e coordena a execução dos mesmos, através de sua liderança.

Através da pesquisa verificou-se que os gestores tanto das instituições públicas quanto privadas, vêem como uma de suas principais atribuições, os serviços burocráticos e administrativos. Declaram-se responsáveis pelo planejamento, coordenação e execução das atividades que serão desenvolvidas na Instituição. São eles que representam a instituição em reuniões, estabelecem parcerias, lideram a equipe de funcionários e captam recursos. Declaram que o papel fundamental do gestor é buscar a qualidade de vida do público atendido e planejar como garantir este objetivo.

“Garantir o atendimento ao usuário do SUS; qualidade e burocratização no atendimento.” (GESTOR 1)

“Coordenação das atividades assistenciais, curriculares e burocráticas do serviço” (GESTOR 2)

“Trabalhar para que a equipe desenvolva o PAM (Plano de Ações e Metas) aprovado pelo MS anualmente; otimizar os recursos para que seja distribuído igualmente aos setores; equacionar os problemas político-administrativos para que a equipe possa desenvolver o objetivo” (GESTOR 3)

“(…) cabe-me a tarefa de representar a organização em sentido “lato” e coordenar todas as ações aqui desenvolvidas, bem como presidir todas as reuniões sejam elas técnicas ou não” (GESTOR 4)

“Coordenar todos os trabalhos (…).” (GESTOR 5)

“Saber lidar com equipes; estabelecer parcerias, porque ninguém faz nada sozinho; levantar e analisar as demandas; captar recursos (editais, convênios/termo de cooperação, campanhas, eventos); formação continuada, entre outros.” (GESTOR 6)

“Coordenar e executar todas as atividades da Instituição; avaliar todo o programa desenvolvido.” (GESTOR 7)

“Contribuir para a melhoria do estado psicológico e subjetivo do sujeito; resgatar a auto-estima; auxiliar no processo de aceitação da doença e sua relação com o cotidiano; ajudar a melhorar a relação do público-alvo com os tratamentos medicamentosos e cuidados especiais de alimentação e hábito; conscientização para prevenção da transmissão do vírus para o público-alvo e equipe de trabalho” (GESTOR 8)

Os gestores, ainda que apresentem a mesma visão no que se refere à competência, também elencaram alguns obstáculos que devem ser transpostos para que se alcancem os objetivos propostos pela Instituição e para que se efetivem suas ações. O principal entrave apontado foi o de **recursos financeiros insuficientes:**

“Falta de apoio por parte do SUS (...); Demora no repasse de recursos” (GESTOR 1)

“O maior obstáculo é quanto aos recursos limitados que temos que trabalhar” (GESTOR 6)

“Recursos financeiros para manter os profissionais trabalhando” (GESTOR 7)

Desde os anos de 1990, o governo federal vem delegando aos estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas de saúde,

habitação, saneamento básico e assistência social, conseqüentemente promovendo, também, a descentralização dos recursos financeiros. Desta forma, os municípios passaram a ter maior volume de encargos, tanto no que concerne às políticas sociais como também em outras esferas de dinamização das atividades econômicas.

O objetivo dessa iniciativa administrativa é garantir que a prestação de serviços públicos se tornassem mais democráticas e que, além disso, fortalecessem e consolidassem a democracia, fossem mais eficientes, viabilizassem a concretização da eqüidade, justiça social, redução do clientelismo e aumento do controle social sobre o Estado. Para Jordi Borda (1988: 9-10):

la descentralización. (...) La única forma de superar las tendencias a la sectorialización, al burocratismo del Estado, a la distancia con los actores sociales, etc. consiste en crear instituciones que tengan una capacidad de actuación global, que sean representativas, pero que correspondan a sujetos sociales, a ciudadanos que de alguna forma se sientan identificados entre ellos, que tengan una identidad comunitaria. (...) La democracia territorial que históricamente corresponde a nuestra época desarrollar, sólo puede construirse sobre bases locales. En resumen la democracia se expandirá únicamente si se desarrollan las instituciones políticas locales.

Entretanto, os municípios receberam também, os problemas enfrentados nacionalmente. A falta de recursos financeiros é um deles, devido ao “permanente contingenciamento dos orçamentos públicos para atender aos ditames do superávit primário estabelecido pela área econômica” (FÓRUM, 2006:07) e o fato de os recursos destinados à área da Saúde serem alocados em outras despesas de programas governamentais distintos.

Este impasse ocorre em função da não regulamentação da Emenda Constitucional nº29 e, os problemas refletem no município, que não consegue desenvolver suas propostas e projetos de governo por falta de recursos financeiros e, ao mesmo tempo, repassar verbas para os serviços públicos e para o terceiro setor.

Outro obstáculo apontado pelos gestores foi a **resistência pessoal e individual dos usuários em relação ao tratamento**. As dificuldades para que o portador de HIV/doente de Aids consiga aderir à terapêutica pode estar relacionado a diversos fatores como: o impacto do diagnóstico; negação do diagnóstico; história de relacionamento anterior com o HIV/ Aids; revelação

diagnóstica; baixa auto-estima; alteração da auto-imagem; nível sócio econômico; crenças e religião; aspectos psíquicos; estilo de vida; preconceito e discriminação; isolamento social; grau de compreensão e de participação na condução do tratamento; grau de escolaridade; concretização da doença; complexidade do esquema; efeitos colaterais; relacionados à organização do serviço no qual o paciente é atendido:

“(...) Falta de compromisso dos usuários com relação ao tratamento (...).” (GESTOR 1)

“Resistência pessoal e individual de usuários ao falar de questões que envolvem a sexualidade e prevenção” (GESTOR 2)

A identificação da barreira para a adesão é fator chave para a correção de seu rumo sendo necessário corrigi-lo para que não haja maiores prejuízos ao tratamento. Para tanto, é preciso proceder a uma avaliação criteriosa das barreiras que dificultam a adesão, pois quanto melhor forem discriminadas, mais específicas podem ser as soluções propostas e, conseqüentemente, melhores serão os resultados.

Diante dessas questões, os gestores da rede pública e do terceiro setor comungam das mesmas opiniões em relação às dificuldades que os mesmos vivenciam para a execução de seu trabalho no intuito de alcançar um atendimento universal, integral e de qualidade. Universal de forma a assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação aos serviços ofertados pelo SUS, devendo atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público. Garantir o atendimento integral compreendendo o indivíduo em sua totalidade. Para que sejam ações qualificadas, faz-se preciso se desvencilhar das amarras de um modelo tradicional, adotando o conceito de necessidades humanas, investindo numa visão mais ampla de saúde: saúde enquanto qualidade de vida.

Os gestores compreendem estas premissas como algumas de suas principais atribuições para desempenharem seus papéis na condução do Programa de Aids. Os gestores coadunam da idéia de que se deva estabelecer uma comunicação do setor Saúde com as demais áreas igualmente

comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania. Para tanto, os governos locais devem criar instâncias intersetoriais de políticas, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de ações:

“Necessita criar mecanismos que melhorem o atendimento integral ao paciente HIV +: referência e contra-referência, garantir o cuidado integral.” (GESTOR 1)

“Programa unificado e integrado” (GESTOR 2)

“Ênfase nas ações de prevenção nas escolas (...)” (GESTOR 6)

Em relação ao que se deve melhorar no Sistema Único de Saúde como um todo, na perspectiva dos gestores, as opiniões se aproximam, pois, permeiam a questão dos recursos financeiros:

“Seguir os princípios norteadores; integração técnica e administrativa entre as redes de atenção” (GESTOR 1)

“Logística de material e pessoas; ética; transparência nas aplicações dos recursos financeiros” (GESTOR 2)

“(…) melhor otimização dos recursos públicos” (GESTOR 4)

“Boa vontade dos gestores” (GESTOR 6)

“(…) financiamento à altura do que está sendo proposto.”(GESTOR 7)

Muitas são as competências dos gestores, entretanto, declaram a sua inatividade diante das limitações postas pela falta de recursos financeiros, mas, almejam a melhoria dos investimentos.

As reflexões apresentadas pelos gestores encontram apoio no pensamento de Chequer (2004) quando diz que com um perfil propositivo de ações, o País é reconhecido mundialmente por suas políticas de prevenção e assistência implantadas e desenvolvidas. Porém, ainda há muitos limites a serem transpostos, tais como:

“busca de alternativas que reduzam a iniquidade em termos de cobertura das ações de prevenção e a tecnologias de diagnóstico e assistência. Nestas cabe mencionar necessidade de aumentar a produção de insumos para diagnóstico. Atualmente, apenas oito (AZT, DDI, 3TC, D4T, NVP, RTV, AZT+3TC) dos quinze

medicamentos que fazem parte do consenso terapêutico são produzidos pelo Brasil; produção de informações especializadas sobre aspectos culturais, demográficos e econômicos das populações vulneráveis; implementação maciça de estratégias para outras doenças sexualmente transmissíveis; ampliação de atividades de promoção à saúde e educação sexual e o fortalecimento das redes sociais no seu exercício do controle social do Estado". (CHEQUER, 2004:01)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo analisar o processo de construção de uma política pública municipal de enfrentamento ao HIV/Aids, tendo como sujeito os gestores das instituições que atendem pessoas vivendo com HIV/Aids em Juiz de Fora.

Na tentativa de construir uma base teórica acerca da temática, foi impreterível traçar a história da Aids no País. A homogeneidade encontrada nas narrativas que descrevem tal trajetória evidencia que a participação da sociedade civil no enfrentamento da doença teve um impacto inegável nas articulações que culminaram com a criação do Programa e com a implementação das ações preventivas e de assistência.

O reconhecimento e a aliança das prioridades do governo e da sociedade civil conseguiram com que o Brasil implantasse e mantivesse a sua política de assistência aos doentes, por meio da distribuição universal e gratuita de medicamentos, apesar de toda a pressão exercida pelos organismos de financiamento e do posicionamento contrário dos países desenvolvidos.

A dinâmica das relações entre os diversos atores envolvidos na construção de uma política voltada para pessoas vivendo com HIV/Aids resultou no Programa Nacional, que possibilitou ao Brasil assumir uma posição de liderança em relação aos demais países no trato da Aids.

Ainda há percalços a serem enfrentados, pois, trata-se de uma política em construção. Constantemente há falta de materiais para execução do exame de carga viral, um exame fundamental no acompanhamento do tratamento de HIV. Sabemos da evolução sofrida com a quebra das patentes dos anti-retrovirais, mas se precisa evoluir bastante, pois, os medicamentos mais caros ainda não são feitos no Brasil.

Outra problemática referente ao futuro do Programa é o pouco investimento na prevenção, podendo ser ilustrado pelas campanhas desenvolvidas pelo Governo, estas apenas acontecem em datas específicas – carnaval e o dia 1º de dezembro (dia Mundial da Luta Contra a AIDS), como se a AIDS não existisse durante todo o ano. É importante se pensar em novos projetos de promoção e prevenção, fazer que as informações alcancem toda a

população, atinja a toda rede social – escolas, centro comunitários, associações etc. - a todo o momento.

Através da contextualização apresentada por este trabalho, pode-se concluir que o Departamento Nacional de Dst, HIV/Aids e Hepatites Virais apresenta-se como uma experiência isolada no tocante ao SUS pelo seu êxito. Portanto, é imprescindível conhecer os nós críticos que cada município enfrenta, no caso desta pesquisa, apreender determinadas lacunas a serem preenchidas no Programa Municipal de Aids de Juiz de Fora que conseqüentemente se refletem em âmbito nacional. Quais sejam:

Falta de recursos humanos suficientes e deficiência de área física, não comportando toda a demanda apresentada este fator remete-se à carência de recursos financeiros para tal investimento e também, à presença marcante do voluntariado suprimindo a necessidade de contratação de novos profissionais.

Processo de trabalho mal organizado, ações descontinuas, fragmentadas e repetidas, fazendo com que o usuário não tenha uma única referência e, portanto, tenha atendimentos reproduzidos o que dificulta no tratamento. Fato justificado pela falta de integração entre os diversos serviços deixando em descoberto algumas demandas importantes e pela não interação das diversas categorias profissionais impossibilitando um atendimento do usuário em sua integralidade

O medo e o preconceito ainda persistem. O problema da Aids é que esse fenômeno, até agora incurável, repõe a questão da morte e do sofrimento. Mesmo prevenindo-se o profissional corre o risco de se acidentar, por isto muitos demonstram receio ao atender um portador de HIV. E, o preconceito já nasceu (e permanece) das primeiras tentativas de explicação da epidemia, de início conhecida como peste gay. Alastrou-se pela imposição da noção de grupos de risco, cujo contato deveria ser evitado, este estigma ainda persiste.

Assim, estes apontamentos abarcam o Programa como um todo, seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal. São dificuldades concretas e que devem ser repensadas juntamente com as questões sofridas pelo município. Somente através de uma leitura crítica da realidade torna-se possível interferir nos problemas que se expressam na totalidade e na particularidade do Programa, permitindo elaborar diagnósticos efetivos, necessários para o processo de gestão das políticas públicas.

Enfim, o propósito deste trabalho foi o de abrir um leque de investigações futuras que possam abranger outros aspectos que não o contemplado nessa dissertação e que a sua realização venha a acrescentar novos elementos à compreensão do processo de formulação e gestão de políticas públicas relacionadas à problemática aqui tratada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. & COSTA, V. M. F. **Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo, Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1998.

ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARAÚJO. C.L.F. **A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

AYRES, J.R.C.M. e colaboradores. **Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.7,n.12,p.123-138,2003.

BASTOS, F. I.; BOSCHI-PINTO, C.; TELLES, P. R. & LIMA, E. **The Hidden Face of AIDS in Brazil**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (1): 90-96, jan/mar, 1993. Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/10.pdf>> acessado em 14-07-2007

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BLACKMAN, R. **HIV e AIDS – Começando a agir. A pobreza e o HIV e a Aids**, 2005.Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.tearfund.org>> 2.005 acessado em: 10-07-2007

BOBBIO, N; MATTEUCCI N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, Edunb, 1993.

BORJA, Jordi. **Democracia local: descentralización del estado, políticas económico sociales en la ciudad y participación popular**. Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona, 1988.

BORON, Atílio. **A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal**. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de janeiro: Paz e terra, 1995.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

_____.Leis, etc. **Lei 8.142** de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. Leis, etc. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outra providência. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica. INAMPS nº. 1/91. Resolução nº273/91.** Diário Oficial da União de 18 de Julho de 1991. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS nº. 2/92, Portaria nº. 234/92.** Diário Oficial da União. Brasília, 1992

_____. Ministério da Saúde. **A Municipalização é o Caminho.** In: IX Conferência Nacional da Saúde. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS nº. 1/93.** Diário Oficial da União, Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS nº. 1/96.** Diário Oficial da União, Brasília. 1996.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde - **NOAS-SUS 01/2001,** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS : princípios, diretrizes e estratégias / Coordenação Nacional de DST e Aids.** _ 1. ed. _ Brasília, 1999. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf> 1999 acessado em: 12-07-2007

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Logístico de Medicamentos em AIDS.** Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.Aids.gov.br/assistencia/sistemalog.html>>. 2000a. acessado em: 20-06-2007

_____. Ministério da Saúde. **Alternativas Assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada. Anexo II – O perfil dos SAE** – Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <http://www.Aids.gov.br/assistencia/Aids1/relativ_anexo2.html>. 2000b acessado em: 20-06-2007

_____. Ministério da Saúde. DHALIA Carmem et al. **A AIDS NO BRASIL: situação atual e tendências.** In: Boletim Epidemiológico ANO XIII Nº 01 - Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 - Dezembro de 1999 a Junho de 2000, Brasília, 2000. Disponibilizado no endereço eletrônico in:

<http://www.Aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/Aids_brasil.htm> 2000c
acessado em: 20-06-2007

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST: Ano V - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 & Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008.** Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <http://www.Aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf> acessado em: 16-07-2009

_____. Ministério da Saúde. **Aumentam casos de AIDS entre idosos. Gazeta do Povo (PR) - 1/5/2005.** Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://sistemas.Aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=63987>> 2005
acessado em:29-02-2008

_____. Ministério da Saúde. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).** Integrando Prevenção e Assistência, 2006

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST.** Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://www.Aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DAF1EC6PTBRIE.htm>>. 2007
acessado em 12-07-2007

BRAVO. Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro, 2001.

BRAVO. M.I.S., MENEZES, J.S.B. **Política de Saúde no Governo Lula.** In: BRAVO. M.I.S. (org.) **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2. ed. 2008.

BRESSER PEREIRA e SPINK (orgs) (1998). **Reforma do estado e as críticas ao modelo de gestão gerencialista.** Rio de Janeiro :FGV, 1998.

BRITO, Ana Maria de. **A evolução e distribuição social da doença no Brasil.** Revista eletrônica de jornalismo científico nº76. Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in:< <http://www.comciencia.br/comciencia> > acessado em: 12-07-2007

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Ver. Saúde Pública, 31 (2): 209-13, 1997.

CARVALHO. A.I., GOULART, F.A.A (orgs). **Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 3 v.,v.1. 1998.

CECCIM, Ricardo B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CHEQUER, Pedro. **AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro.** Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.Aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>> 2.005 acessado em: 11-06-2007

_____. Pedro. **Discurso de posse.** Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.Aids.gov.br/imprensa/noticias>> 2004 acessado em: 29-01-2008.

_____. Pedro. **Entrevista concedida ao Boletim Em Questão, n. 11,** em 03/12/2004. Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <<http://www.brasil.gov.br/emquestao/ent11.htm#>>. acessado em: 29-01-2008.

_____. Pedro. **Entrevista concedida à Revista BIDAMERCA.** Disponibilizado na internet no endereço eletrônico in: <www.iadb.org/idbamerica>. acessado em: 29-01-2008.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Notas sobre Cidadania e Modernidade.** Revista Praia Vermelha. Rio de Janeiro.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia.** In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 47-60.

CUNHA, Rodrigo. **Os caminhos e descaminhos de uma epidemia global. 25 anos da AIDS.** Revista Eletrônica de Jornalismo Científico Com Ciência, No. 76. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?>> 2006 acessado em: 20-06-07

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 N° 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do “Welfare State”.** Lua Nova, São Paulo, n. 24, p. 85-116, 1991.

Fundação Getúlio Vargas, **Práticas Públicas e Pobreza,** São Paulo, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa.** São Paulo. Paz e Terra, 2002.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**. 10.ed. São Paulo : Atlas, 1990.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HAGUETTE, T. M. F.H. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

JÚNIOR J. Cretella. **Comentários à Constituição – 1988**. v. VIII. 1ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1993.

KINZO, Maria D'alva G. **A democratização brasileira – um balanço do processo político desde a transição**. São Paulo Perspec. vol.15 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2001

LAURELL, Asa Cristina. **Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo**. In: _____ (org). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.

MANDEL, E. **A crise do capital**. Campus. UNICAMP/Ensaio, 1990.

MARQUES, M.C.C. **A história de uma epidemia moderna: A emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos, RiMa, 2003.

MARX, Karl e ENGELS, Frederich. **Manifesto do Partido Comunista**. In: MARX, Karl e ENGELS, Frederich. Cartas Filosóficas e outros escritos. São Paulo.

Medicina Geriátrica, **AIDS entre os idosos Brasileiros**. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <
<http://www.medicinageriatria.com.br/2006/11/04/saude-geriatria/situacao-da-Aids-entre-os-idosos-brasileiros/>> 2006. Acessado em: 29-02-2008

MEIRELES, Cecília. **Reparei que a Poeira se Misturava às Nuvens**. Antologia Poética, Editora Record: Rio de Janeiro, 1963.

MENDES. E. V. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local**. In: MENDES, E.V., (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1998. p.17-55.

MINAS GERAIS. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS de Minas Gerais**, 2007. Belo Horizonte.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MONTEIRO, A.L.O. **A relação Estado e Sociedade Civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas: Análise do Programa de DST e AIDS (1980 – 2006)**. Universidade de Brasília, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NETTO, J.P e BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006, caps 4 e7.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, Débora Calais. **O processo de cuidado em saúde ao portador de HIV/AIDS no Brasil: um estudo acerca da gestão do programa nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora-MG**. Hospital Universitário/UFJF, 2007.

ONU-BRASIL, **A ONU e a Resposta à Aids no Brasil**. Disponibilizado no endereço eletrônico in: < <http://www.onu-brasil.org.br/doc/LivretoUNAIDSCompleto.pdf>> 2008 Acessado em: 16-07-2009

ONUSIDA. **Intensificación de la prevención del VIH: documento de posición de política del ONUSIDA**,2006.

ONUSIDA. **Viver em um mundo com VIH y SIDA: información para El personal de las Naciones Unidas y SUS familias**, 2004.

PAULA. Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PRADI, Reginaldo. **Música de fé, música de vida: A música sacra do candomblé e seu transbordamento na cultura popular brasileira**. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://www.ffch.usp.br/sociologia/prandi/musicafe.rtf+bantos>> acessado em: 22-10-07

RACHID, Márcia & SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. 8ª Edição Revista e Ampliada. Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2004.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, Antônio Carlos. Saúde Bucal Coletiva. Editora Medsi, 2002.

SILVA, Girlene Alves da. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Editora UFJF, 2004, Juiz de Fora.

SILVA, Heloisa Helena. **Na mira da prevenção – DST/AIDS: uma experiência de educação em saúde no contexto do HU/UFJF**. Hospital Universitário/UFJF, 2005.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SZWARCWALD C. L.; BASTOS, L.I.; ESTEVES, M.A.P; ANDRADE, C.L.T. **A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial**. Cad. Saúde Pública vol.16 suppl.1 Rio de Janeiro 2000. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://www.Aids.gov.br/data/documents/storedDocuments> > acessado em: 19-07-2007

TEIXEIRA, P.R. **Políticas Públicas em AIDS**. In: PARKER, R. (org). Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil, Rio de Janeiro, ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

TOBAR, F. **O conceito de descentralização: usos e abusos**. Plan. Pol. Públicas, (5):31-51, 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

UNAIDS, **AIDS epidemic update: December 2007**. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://data.unAids.org/pub/EPISlides/2007/2007epiupdateen.pdf>> 2007 acessado em: 16-07-2009

VALÉRIO, Marco Aurélio Gumieri. **A propriedade intelectual como fator precipitante do desenvolvimento industrial e o Acordo TRIPS**. Disponibilizado no endereço eletrônico in: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2611>> acessado em: 18-12-07

VIANA, Ana Luiza. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. Revista em Administração Pública, Rio de Janeiro, v2, n.30, p.5-43, mar./abr. 1996

VILELA, E.M. & MENDES, I.J. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rer. Latino- Am. Enfermagem. Vol 11, nº4. Ribeirão Preto, 2003

VILELLA, W.V.; VELOSO, J.C. **Participação da sociedade civil no seguimento das ações frente à AIDS no Brasil**. Rev. Saúde Pública, Abril 2006, vol. 40 suppl. 0, São Paulo.

VILELLA, W.V. **Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil**. In: PARKER, R; GALVÃO, J; BESSA, M.S (orgs) Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo, Editora 34, 1999.

WEBER, Max. **Os tipos de dominação**. In: WEBER, Max. Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. 4ª edição. Brasília: Ed. Unb; São Paulo: Imprensa Oficial, 2004. Vol 1.

WOOD, E.M. **O que é a agenda “pós-moderna”?** In: WOOD,E.M & FOSTER,J.B (orgs). Em defesa da História – marxismo e pós-modernismo. RJ: Zahar,1999.

APENDICES

APENDICE A – MODELO DA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Prezado (a) Entrevistado (a)

Este questionário compõe uma das etapas da pesquisa: O Processo de Cuidado em Saúde ao Portador do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Acerca da Gestão do Programa Nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora - MG.

Esta investigação está devidamente aprovada pelos Órgãos competentes da Universidade Federal de Juiz de Fora e é orientada pela Profa. Dra. Ana Maria Costa Amoroso Lima da Faculdade de Serviço Social da UFJF e Co-orientado pela Especialista em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva Heloisa Helena da Silva.

Através deste estudo pretendo investigar o processo de Gestão do Departamento Nacional de DST/AIDS no Município de Juiz de Fora, tomando como referência as seguintes variáveis:

- A problemática da AIDS e suas implicações na Política de Saúde local.
- A rede assistencial de cuidado ao portador de HIV/AIDS.
- Os limites e possibilidades da atenção ao portador de HIV/AIDS.

A motivação para estudar o tema surgiu de meu contato direto, decorrente de minha atividade profissional como Residente em Serviço Social no HU/CAS, com pacientes HIV positivos/doentes de AIDS e suas decorrentes demandas e necessidades.

Problematizar tais questões torna-se preponderante, pois a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida –AIDS- vem construindo a sua lamentável história e deixando marcas desde 1981, época em que foi diagnosticada nos EUA.

A compreensão acerca do novo contexto da AIDS requer uma leitura da realidade a partir de diferentes ângulos. Daí a minha opção de contemplar, neste estudo, a perspectiva macro referente à problemática mundial e brasileira, e as nuances micro, referentes à epidemia em seu recorte local.

Ao responder este questionário, Você contribuirá para uma possível melhora na qualidade do atendimento ao portador do HIV/ doente de AIDS.

Atenciosamente,

Débora Calais de Oliveira

Assistente Social CRESS 8111.

Residente em Serviço Social - HU/ CAS/UFJF

Contato: (32)3213-4333 ou (32)9946-4182

INSTITUIÇÃO _____

Endereço: _____

Ano Fundação: _____ Natureza Jurídica: _____

Gestor Principal: _____ Formação: _____

Gestor Entrevistado: _____ Formação: _____

A. ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

1. Característica Geral da Instituição
2. Objetivo do Serviço Prestado
3. Como o serviço é estruturado? (organograma e rotinas de funcionamento)
4. Quais e quantos são os profissionais que integram a equipe de trabalho?
5. Qual é o regime de trabalho dos membros da equipe? (Tempo integral? Tempo parcial? Voluntário?)
6. Que tipo de qualificação estes profissionais tiveram ou têm para a realização de suas atividades?
7. Quais são as fontes de recursos para a efetivação do atendimento?

B - USUARIO

8. Qual é o perfil pessoal e social das pessoas que procuram este serviço? (gênero, faixa etária, etnia, estado civil, emprego, renda, referência familiar).
9. Pessoas de outras localidades buscam atendimento nesta Instituição? Se positivo, de onde elas provêm?
10. Descreva o trabalho que é oferecido por este serviço às pessoas portadoras do HIV/doentes de AIDS.
11. Que tipo de suporte (auxílio) é dado pelo programa aos seus usuários?
12. Existe um atendimento diferenciado a estes cidadãos em relação aos demais pelo fato de serem portadores do HIV/AIDS?
13. As pessoas que se utilizam deste Serviço seguem as programações determinadas? Caso positivo ou negativo, explique.

C – GESTOR

14. Quais são as suas principais atribuições como Gestor?
15. Você recebeu ou recebe algum treinamento específico sobre HIV/AIDS?
16. A equipe que você coordena já recebeu ou recebe algum treinamento específico sobre HIV/AIDS?
17. Qual é a mais importante atividade que um Gestor desempenha na condução de Programa desta natureza?
18. Quais os principais obstáculos que você encontra para realizar seu trabalho?
19. Em sua opinião como está a situação da AIDS em Juiz de Fora?
20. Qual seria, a seu ver, um modelo ideal de prevenção e combate à AIDS em Juiz de Fora?
21. O que falta ao Sistema Único de Saúde para ele funcionar bem e dar certo?

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFJF-CAS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: DÉBORA CALAIS OLIVEIRA

ENDEREÇO: AVENIDA EUGÊNIO DO NASCIMENTO S/N , DOM ORIONE

CEP: 36.038-330. – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 4009-5364/4009-5345

E-MAIL: DEBORACALAIS@YAHOO.COM.BR

Dados do entrevistado

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Identidade: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE HIV/AIDS NO BRASIL: UM ESTUDO ACERCA DA GESTÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS EM JUIZ DE FORA”. Neste estudo pretendemos: *investigar de que forma acontece a gestão do Programa Nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora; elaborar um estudo acerca da AIDS e suas implicações na Política de Saúde; problematizar o Programa Nacional DST/AIDS; identificar a rede de cuidado ao portador de HIV/AIDS em Juiz de Fora; investigar se a rede de assistência local está em consonância com os preceitos idealizados pelo Programa Nacional de DST/AIDS; pesquisar os limites e possibilidades da atenção ao portador de HIV/AIDS em Juiz de Fora*

O motivo que nos leva a estudar é que o contato direto com os pacientes soropositivos e suas principais demandas suscitou alguns questionamentos a respeito da gestão do sistema que atende a este público: *a forma como o Programa Nacional de DST/AIDS é gerido; como se dá a execução do Programa Nacional de DST/AIDS; como se estrutura o Programa Municipal de DST/AIDS em Juiz de Fora; qual a rede disponibilizada ao paciente HIV; que ações são desenvolvidas em Juiz de Fora para o público HIV.*

Problematizar estas questões torna-se preponderante, pois a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem construindo a sua história e deixando marcas desde 1981 nos EUA e a compreensão acerca do novo contexto da AIDS requer uma leitura da realidade a partir de diferentes ângulos. Daí a opção de contemplar, neste estudo, a perspectiva macro enquanto problemática mundial e brasileira, bem como as nuances micro, situando a epidemia em seu recorte local.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa bibliográfica; pesquisa de campo com vista a conhecer e apreender a realidade local, desvendando seus limites e possibilidades de atuação frente à AIDS. A pesquisa in loco será realizada com os

gestores responsáveis pela rede de atendimento em DST/AIDS do Município de Juiz de Fora. O instrumento de coleta de dados versará de questionário estruturado. O produto das entrevistas será analisado de forma qualitativa à luz do referencial teórico.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O (A) Sr (a), de acordo com a Resolução CNS196/96, sofrerá risco mínimo uma vez que a pesquisa apresenta é um estudo que emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, entre os quais se consideram: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifique nem seja invasivo à intimidade do indivíduo. Contudo, caso o (a) Sr (a) esteja diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa será ressarcido de despesas e receberá indenização.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "O PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE AO PORTADOR DE HIV/AIDS NO BRASIL: UM ESTUDO ACERCA DA GESTÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS EM JUIZ DE FORA", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2007.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 3229 3788

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFJF
36036900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 232/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1148.194.2007 **FR:** 145396 **CAAE:** 0162.0.180.000-07

Projeto de Pesquisa: "O processo de cuidado em saúde ao portador de HIV/AIDS no Brasil: um estudo acerca da gestão do programa nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora"

Versão do Protocolo e Data: 18/06/2007

Área Temática e Fase de Desenvolvimento: Grupo III

Pesquisador Responsável: Débora Calais Oliveira

TCLE: versão 01 - 18/06/2007

Pesquisadores Participantes: Ana Maria Costa Amoroso Lima e Heloisa Helena da Silva

Instituição: Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde/UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

- O protocolo é justificado pelos autores considerando-se a necessidade de problematizar o processo de cuidado em saúde ao portador de AIDS, a partir da gestão do Programa Nacional de DST/AIDS no município de Juiz de Fora.
- Objetivos: geral - investigar de que forma acontece a gestão do Programa Nacional de DST/AIDS em Juiz de Fora; específicos - elaborar um estudo acerca da AIDS e suas implicações na Política de Saúde, problematizar o Programa Nacional DST/AIDS; identificar a rede de cuidado ao portador de HIV/AIDS em Juiz de Fora; investigar se a rede de assistência local está em consonância com os preceitos idealizados pelo Programa Nacional de DST/AIDS e pesquisar os limites e possibilidades da atenção ao portador de HIV/AIDS em Juiz de Fora.
- Metodologia: a pesquisa *in loco* será realizada com os gestores responsáveis pela rede de atendimento em DST/AIDS do Município de Juiz de Fora que consentiram em participar do estudo: O Centro de Testagem e Aconselhamento em DST e HIV - (CTA); O Serviço de Assistência Especializada - (SAE); O Laboratório de Monitoramento de pacientes em tratamento - AIDS; Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (SASAD); Departamento da Mulher, Hospital Universitário (DMU); Hospital Dr. João Penido; Grupo CASA; Grupo Espírita de Apoio aos Enfermos (GEDAE); O Movimento Cay de Minas - MGM (ONG); Centro de Convivência Entre Nós; Associação de Atendimento aos Portadores de HIV e Doentes de AIDS - CONVIVENDO E APRENDENDO; Centro de Acompanhamento à Infância e Adolescência (CAIA).
- O embasamento teórico apresentado sustenta o objetivo do estudo.
- Características da população a estudar: gestores responsáveis pela rede de atendimento em DST/AIDS do Município de Juiz de Fora.
- A coleta de dados será realizada através de aplicação de questionário estruturado.
- Um orçamento detalhado foi apresentado e declaração de responsabilidade pelo custeio foi apresentada pelos pesquisadores.
- O Cronograma foi apresentado com a coleta de dados prevista para período de outubro e novembro de 2007.
- Foi apresentada declaração de concordância com a realização do estudo pelas Instituições envolvidas.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresenta linguagem clara e adequada para compreensão dos participantes, apresenta descrição dos procedimentos, explicita riscos e desconfortos esperados, e esclarece sobre o ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- Qualificação do pesquisador responsável é compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 18 de outubro de 2007


Prof. Dra. Luciana Maria Salvo
Coordenadora - CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 20 / 11 / 2007
ASS: 