

## O PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS E SUA GESTÃO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG: LIMITES E POSSIBILIDADES\*

Débora Calais Oliveira Corrêa\*

Ana Maria Costa Amoroso Lima\*\*

Heloisa Helena da Silva\*\*\*

### RESUMO

A emergência da AIDS despertou na humanidade a necessidade do enfrentamento de uma série de questões que dizem respeito não só à política de saúde, mas também à ética, à moralidade, mas principalmente a novas possibilidades de exercício de cidadania. Este trabalho propôs pesquisar os limites e possibilidades da atenção ao portador de HIV/AIDS em Juiz de Fora tendo como objeto o Programa Municipal de DST/AIDS. Para tanto, foram realizadas uma pesquisa documental e bibliográfica e uma entrevista aplicada aos gestores das instituições Públicas e ONGs da rede de assistência aos portadores de HIV/AIDS em Juiz de Fora. Os objetivos foram alcançados, contudo, percorrer a história da política da AIDS apresenta algumas limitações, na medida em que as narrativas ainda estão sendo construídas, sendo sempre fragmentado e inacessível por completo o seu conteúdo.

**Palavras-Chave** :HIV/AIDS, Gestão; Cuidado.

### INTRODUÇÃO

A partir de 1980 passou-se a conviver com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS. A complexidade das dimensões envolvidas nesta doença a tornou um símbolo da atualidade. Ela é uma pandemia, espalhada por todos os continentes em um curto espaço de tempo que permitiu expor nosso país ainda mais às fraturas sociais - a desigualdade econômica, a limitada capacidade do sistema de saúde brasileiro e sua permanente crise evidenciando, também, os marginalizados de toda a ordem (homossexuais usuários de drogas, profissionais do sexo, entre outros). As respostas a este caos pareceram, a princípio, inviáveis.

\* Mestranda em Serviço Social/UFJF – MG.

\*\* Professora Associada da Faculdade de Serviço Social da UFJF/MG.

\*\*\* Mestranda em Serviço Social/UFJF – MG.

Responder a este desafio implicou numa reorganização do Estado e da sociedade civil, a fim de encontrarem respostas para um dos mais graves problemas de saúde pública deste final de século. Desta forma, a epidemia apontou a necessidade de uma transformação maior de toda a sociedade, desnudando a dimensão política das práticas sanitárias.

A escolha pelo presente estudo ocorreu devido à oportunidade que a autora teve de atuar com portadores de HIV/doentes de AIDS, na Enfermaria de Homens (MH), no Hospital Dia e no Ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias/DIP, durante dois anos, na condição de Assistente Social Residente do Programa de Residência em Serviço Social desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/HU-UFJF. Devido aos desafios impostos ao tipo de atenção especializada oferecida a este público, o contato direto com os pacientes soropositivos e suas principais demandas suscitou, nesta autora, alguns questionamentos a respeito da gestão do sistema que atende a este público.

Sendo assim, para melhor compreender como tem sido enfrentada esta epidemia, é importante percorrer o desenvolvimento da doença e a forma como está sendo a construção de uma política de controle da AIDS, identificando as principais características desta. Portanto, para este trabalho buscou-se contextualizar a doença em âmbito nacional e municipal e apreender as principais estratégias empreendidas ao longo desses vinte e sete anos de AIDS no Brasil, abarcando nesta explanação um pouco acerca do Programa Nacional de DST/AIDS e também, o surgimento do Programa Municipal de DST/AIDS em Juiz de Fora. O objetivo principal da pesquisa foi saber como se dá a gestão do Programa Municipal. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando como instrumento de coleta de dados, uma entrevista contendo vinte e uma questões, sendo aplicada aos gestores das instituições públicas e terceiro setor que atendem a este público em Juiz de Fora.

As questões levantadas abordaram três eixos: Organização Institucional em que foi possível caracterizar o serviço prestado, como ele é estruturado, os recursos humanos, a capacitação da equipe e a fonte de recursos; outro eixo refere-se ao usuário possibilitando traçar o perfil pessoal e social dos que buscam o serviço, o serviço e o suporte oferecidos, se há preconceito ou diferenciação no tipo de atendimento e se os usuário do serviço seguem o as programações determinadas para o tratamento; e por fim, o eixo sobre os Gestores, suas atribuições, capacitação, informações sobre a equipe, os obstáculos por ele enfrentados.

Deste modo, foi possível apontar o perfil epidemiológico da doença em esfera nacional e municipal, caracterizar a rede de assistência ao portador do HIV e aos doentes de AIDS, e apontar os limites a serem transpostos por esta política.

### **GESTÃO LOCAL: DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA AIDS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

A AIDS vem construindo a sua história e deixando marcas desde 1981 nos EUA, quando foi notificada através do Relatório Semanal de Morbidez e Mortalidade do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) pela primeira vez. A doença é causada pelo vírus HIV, compromete o sistema imunológico ocasionando a sua deficiência atacando, também, o sistema nervoso de seus portadores. 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.

Os primeiros indícios da AIDS no mundo foram descobertos com a ocorrência de alguns casos de pneumocistose – pneumonia por *Pneumocystis carinii* – e Sarcoma de Kaposi (tipo de câncer), incidindo 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.

Neste contexto surge a expressão "grupos de risco", que incluía os homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Esta denominação teve um reflexo negativo, pois, ao relacionar a doença com um grupo específico negligenciou-se a possibilidade de outras pessoas, fora destes grupos, se contaminarem. Assim, por um lado estas se sentiam seguras em relação a AIDS, e por outro lado, reforçava-se o preconceito.

Com o passar do tempo, a expressão cunhada de “grupo de risco” sofreu transformações. Atualmente a expressão utilizada é a de “comportamento de risco”, que

procura associar a doença e sua manifestação não a pessoas de determinados grupos, mas a condutas adotadas por elas, como o uso de drogas, a prática de sexo com vários parceiros, a prática do sexo anal, etc. Contudo, esse estigma de "grupos de risco" repercute ainda hoje na luta contra a epidemia.

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.

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 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 Programa Nacional de DST e AIDS. Concomitante a este fato, as idéias do Movimento de Reforma Sanitária foram consagradas tornando-se parte, em 1988, da nova Constituição Federal, marco da redemocratização no país.

O Programa Brasileiro de AIDS 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.

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.

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, 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.

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, 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, 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.

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, parcerias que fizeram e fazem do Programa Nacional de DST e AIDS e dos programas estaduais e municipais exemplos para o mundo. “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)”.

O Brasil avançou no combate à AIDS desde o seu aparecimento, no início dos anos 1980, e é reconhecido mundialmente por isso. 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.

Segundo IBGE/Centro de Pesquisas Sociais – Anuário 2004 o Município de Juiz de Fora, apresenta uma população residente de 513.619 (dado estimado para 2005).

De acordo com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação -datado em 05/06/2007 - do Departamento de Vigilância Epidemiológica ligado à Secretaria de Saúde (SSSDA), Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora houve em 2007 a ocorrência de 1815 casos de AIDS entre adultos e crianças 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. Ainda que se tenha delineado um total de casos em Juiz de Fora, é constante a preocupação quanto à 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 se pode dizer que o quadro epidemiológico do município reflete as demais tendências encontradas (interiorização, pauperização e feminização) nas grandes capitais brasileiras e no cenário nacional. Portanto, são 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.

Tem-se então, para combater a AIDS, no âmbito do Município 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. 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 - CTA; dois Laboratórios 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. E, conta com fortes aliados, representantes diretos da população que vive e convive com a pessoa soropositiva para HIV.

No que se refere a assistência hospitalar, esta é assegurada através das seguintes instituições: Hospital Dr. João Penido e Hospital Universitário. 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 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 e o Centro de Convivência Entre Nós.

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.

Uma das principais características que se observa no Programa Brasileiro de AIDS é a contínua incorporação de segmentos sociais tradicionalmente externos ao papel do Estado. Estes setores passaram a fazer parte estratégica da resposta nacional e se fizeram representar na estrutura organizativa do Programa. Não é difícil constatar uma grande participação, também no âmbito municipal, dos diversos atores oriundos da sociedade civil, tais como: integrantes de movimentos sociais, membros de ONG, militantes da causa da AIDS e pessoas vivendo com HIV/AIDS, o que pode ser visto como uma das estratégias de gestão criadas para a resposta nacional e que também constitui peculiaridade da experiência municipal.

É possível perceber que Juiz de Fora em muito avançou no que se refere às ações de diagnóstico, assistência, promoção, proteção e prevenção. Porém, apresenta ainda percalços que devem ser trabalhados no intuito de qualificar a assistência aos usuários dos diversos serviços prestados.

O Programa Municipal DST/AIDS em Juiz de Fora apresenta setores fragilizados com excesso de demandas em contraponto à escassez de mão-de-obra; há uma deficiência ou mesmo falta de integração entre os diversos atores envolvidos nesta questão o que acarreta ações repetidas, pontuais e fragmentadas; desconhecimento, por parte dos profissionais, às propostas do Programa Nacional; tem-se arraigado, nos profissionais, questões políticas individuais o que constrói uma barreira inviabilizando a integração dos mesmos; há uma deficiência no sistema de referência e contra-referência entre os serviços assistenciais especializados, a rede básica e as Secretarias de Saúde das cidades vizinhas atendidas por Juiz de Fora, facilitando a não-adesão do paciente ao tratamento. Além do quê, a verba prevista para todos os atendimentos não é suficiente para suprir toda a demanda da região abrangida pelo Município, o que é agravada pela não sistematização de trabalho conjunto por parte dos gestores das cidades da região e a Secretaria de Saúde.

Num sentido mais amplo, existem outros problemas que as políticas setoriais, como a do controle do HIV/AIDS, não conseguem contornar com eficiência. Trata-se da interação de fatores estruturais do país com as diversas faces que a epidemia denota no Brasil, quais sejam: as limitações no campo da educação, na saúde, na distribuição de renda, no emprego, na justiça dentre outros. São elementos relacionados diretamente com o perfil que assume a epidemia e com o tipo de resposta que pode ser dada. Estas ponderações apresentadas mostram que tanto a atuação do Programa Nacional quanto a do Municipal de AIDS precisam vislumbrar as complexas feições sociais, políticas, econômicas e culturais que caracterizam o país e o município, que são essencialmente heterogêneos.

O Programa 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.

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 organizada 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, esta complementaridade não é a realidade que se vivencia, pois, os serviços públicos oferecidos pelo SUS no tocante a problemática da AIDS, ainda limitam-se a atendimentos pontuais em infectologia, em HIV/AIDS, priorizando o diagnóstico, a prevenção e a assistência no âmbito do tratamento, 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 em âmbito nacional e, não obstante, no município de Juiz de Fora.

Estas instituições, 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.

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 a 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; quando se sabe que o envolvimento familiar é um dos alicerces para o sucesso da adesão ao tratamento. A focalização da assistência neste grupo é evidente, pois, não é possível perceber ações voltadas para a população idosa, visto que nesta população o número de casos tem crescido significativamente.

Não privilegiar com ações os diversos segmentos significa um nó 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)

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. (FREIRE, 2002:05).

Levando-se em conta este pressuposto, foi possível observar que muitas das instituições 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 do querer. 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 o condicionamento pode estar relacionada ao desejo de manter os usuários freqüentes, impedindo ou, pelo menos tentando, o abandono ao tratamento. Entretanto, educar em saúde através da coerção não é o caminho mais curto para a vivência da cidadania, mas é um ingrediente poderoso para a alienação do cidadão.

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 particularidades, 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, muitas vezes pulverizado, focalizado, descontínuo traz em seu bojo uma dificuldade presente tanto em instituições públicas quanto filantrópicas: a falta de recursos materiais e humanos. Estas Instituições contam com atuação de profissionais de diversas áreas, em sua maioria na condição de voluntários. Àqueles remunerados, muitas vezes estão condicionados a doações ou aprovações de projetos em editais propostos pelo Programa Nacional, Estadual e/ou Municipal de DTS/AIDS.

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.

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, voltando-se à estaca zero, 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. Para Davini (1994:06), a capacitação profissional, a educação continuada entendida como “o conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades”.

Como se pôde observar existem críticas concretas referentes ao terceiro setor, que são alimentadas pela negligência do Estado que 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 sejam 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 a 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 a 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, 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 do atendimento ambulatorial que, na perspectiva de transformação, propõe reduzir a demanda por internação hospitalar e melhorar a perspectiva e a qualidade de vida dos pacientes atendidos. Para tanto, desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção das doenças oportunistas, além de doenças sexualmente transmitidas utilizando como estratégia os grupos de Educação em Saúde, grupos de adesão, salas-de-espera e a busca ativa.

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.

Pelas inúmeras possibilidades que a pesquisa de campo proporciona e, pela experiência profissional da autora, foi possível perceber que os usuários são vistos de forma fragmentada, sendo encaminhados para várias especialidades sem nenhuma comunicação entre os profissionais. No momento em que existe o diálogo entre os profissionais envolvidos

e há discussão das ações entre eles, torna-se possível o compartilhamento dos diversos saberes permitindo um melhor atendimento ao usuário, o estabelecimento de vínculo e uma melhor adesão à terapêutica destinada.

Para que se consiga uma mudança substancial do modelo de atenção à saúde não basta apenas priorizar a atenção primária ou secundária e retirar do centro do modelo o papel do hospital, mas, principalmente, concentrar-se no usuário como cidadão, como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado.

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 Programa Nacional de AIDS e pelo Ministério da Saúde, além de Congressos, Seminários, Encontros. 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.

Trazendo agora a visão dos gestores referindo-se à sua atuação enquanto tal, através da pesquisa percebeu-se que estes, no geral (instância pública e privada), vêem como de sua competência os serviços ditos 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. Em sua maioria declaram que o papel fundamental do gestor é buscar a qualidade de vida do público atendido e planejar como garantir este objetivo.

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.

Desde os anos 1990, o governo federal vem delegando a 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.

Outro obstáculo apontado pelos gestores foi à resistência pessoal e individual de 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: 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.

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, e este deve 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 meios para fins idênticos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 grande participação da sociedade civil no enfrentamento da doença teve um impacto inegável nas articulações que culminaram com a criação do Programa. É nítido que a gênese do Programa de AIDS se deu dentro do contexto do neoliberalismo, que defende o Estado-mínimo e sua intervenção apenas quando estritamente necessário, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias atividades concernentes ao setor social. Contudo, há que se ressaltar que o papel da sociedade civil não é de substituir a função do Estado, mas o de torná-lo competente e obrigá-lo a funcionar de maneira a atender aos anseios e necessidades de sua população ainda que na prática se observe uma presença marcante desta, devido ao sucateamento do Serviço Público.

O Programa Nacional de DST/AIDS representou um avanço importante para as demandas apresentadas pela sociedade. 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. Foi através do Programa Nacional, que o Brasil assumiu uma posição de liderança em relação aos demais países no trato da AIDS. 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.

Constantemente há falta de materiais para execução dos exames para acompanhamento da evolução da doença; ainda há percalços para informar o perfil da

população vulnerável à contaminação pelo vírus da AIDS; sistema de notificação limitado a informar os número de doentes de AIDS e não é capaz de dimensionar o de portadores do HIV; 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).

Através da contextualização apresentada por este trabalho, pode-se concluir que o Programa Nacional de AIDS 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.

Podendo ser ilustrado pela 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.

Outro fator seria o processo de trabalho mal organizado, ações descontínuas, 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

E, por fim, o medo e o preconceito ainda persistem talvez de modo mais sutil ou velado que antigamente, mas ainda são observados, na esfera da intervenção dos profissionais de saúde. 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 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.

No transcurso da história dos homens, e em meio a tantas contradições, não se pode negar avanços e retrocessos. Dos retrocessos fica o pesar de nossa inabilidade frente aos desafios de melhorar a realidade que vivenciamos. Dos avanços fica a esperança de que a responsabilidade pelo futuro está nas mãos desses mesmos homens que devem sobrepor os interesses coletivos e emancipadores à mesquinhez dos interesses individuais e privativos.

### **THE MUNICIPAL STD/AIDS PROGRAM AND ITS MANAGEMENT IN THE MUNICIPALITY OF JUIZ DE FORA/MG: LIMITS AND POSSIBILITIES**

#### ABSTRACT

---

The emergence of AIDS awakened in humanity the need to face a series of questions that concern not only health policy, but also ethics, morality, and especially new opportunities to exercise citizenship. This work suggested researching the limits and possibilities of attention to the bearer of HIV / AIDS in Juiz de Fora with the object of the Program Municipal STD / AIDS. For this purpose, documentary and bibliographic research was conducted and an interview was given to managers of public institutions and NGOs from the network of assistance to people with HIV / AIDS in Juiz de Fora. The objectives were achieved, however, examining the history of the AIDS policy presents some limitations, to the extent that the narratives are still being constructed, and are always fragmented and inaccessible in their entirety.

**Key words:** HIV / AIDS; Management; Care

#### *Notas:*

\* O conteúdo deste artigo esta 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 – defendida em março de 2008, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Maria Costa Amoroso Lima, da FSS/UFJF.

## BIBLIOGRAFIA

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.

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

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

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

BRASIL, 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](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.html)>. 2.000 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](http://www.aids.gov.br/udtv/boletim_dez99_jun00/aids_brasil.htm)> 2.000  
acessado em: 20-06-2007

\_\_\_\_\_. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf)> 1.999  
acessado em: 12-07-2007

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.  
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

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. Practicas 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***

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

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*, 2006.

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

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

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

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*. Universidade federal de Juiz de Fora: 2008

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

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