

**RAQUEL CASSOL**

**O MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES/PR E O MAIOR ÍNDICE DE HIV/AIDS  
DIAGNOSTICADOS NA ABRANGÊNCIA DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO.**

**TOLEDO  
2007**

**RAQUEL CASSOL**

**O MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES/PR E O MAIOR ÍNDICE DE HIV/AIDS  
DIAGNOSTICADOS NA ABRANGÊNCIA DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social,  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná,  
como requisito parcial à obtenção do grau  
de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Profa. Ms. Vera Lúcia Martins.**

**TOLEDO  
2007**

**RAQUEL CASSOL**

**O MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES/PR E O MAIOR ÍNDICE DE HIV/AIDS  
DIAGNOSTICADOS NA ABRANGÊNCIA DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social,  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná,  
como requisito parcial à obtenção do grau  
de Bacharel em Serviço Social.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Ms. Vera Lúcia Martins  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Profa. India Nara Smaha  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Prof. Dr. Alfredo Aparecido Batista  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**Toledo, 12 de novembro de 2007.**

Aos meus pais Bernardino  
e Maria Luiza.

## AGRADECIMENTOS

De início agradeço a Deus, princípio e fim de tudo que sei e acredito. Como diz a música “O Meu Deus é o Deus do impossível...”.

Aos meus pais, Bernardino e Maria Luiza, pela força, por acreditarem, por confiarem em mim...sempre. Porque me sustentarem (não só economicamente), mas com palavras, com gestos; porque apesar desse tempo longe sempre pude contar com eles, porque a distância me ensinou a amá-los mais e mais. Amo vocês. Obrigada mãe e pai por tudo! Eu posso dizer que NÃO EXISTEM PAIS MELHORES. De verdade.

Agradezco a mis hermanas Mônica y Geodriane, por las buenas recuerdaciones, por las sonrisas, por la extrañeza que se queda de los tiempos que no vuelven más. Como crecieron... como cambiaran...A mi sobrino Mateus...como te extraño pimplollo! Quería tanto verte de cerca crecer...Les amo muchísimo.

Ao Fábio, meu amigo, meu companheiro, amor que um dia chegou em minha vida e que não mais a deixou. O ditado já dizia que quem canta seus males espanta... Pela sua compreensão, pelo seu amor, pela sua tolerância, por ter me acolhido, por me entender, pelas palavras de incentivo, por não ter me deixado desistir... mais que isso...pela pessoa que és....EU ACREDITO NO SEU SONHO!

Agradeço à UNIOESTE, porque (ainda) propicia um ensino ‘gratuito’, de qualidade. Porque aprendi que “Todo ponto de vista é a vista de um determinado ponto.”(Autor desconhecido).

Aos professores com quem convivi nesses quatro anos: Alfredo, Amália, Carmen, Célia, Celso, Cleonilda, Edson, Esther, Eugênia, Índia Nara, Ineiva, Luciana, Madalena, Marilda, Marli, Mileni, Márcia Adriana, Marise, Marize, Nelsi, Rafaela, Ricardo, Roseli, Vera, Zelimar.

À minha orientadora Vera Lúcia Martins, por seu apoio, dedicação, interesse, pelas dicas, orientações. Pela pessoa que és, pela profissional. Obrigada por tudo....

Agradeço à minha supervisora de campo, Denise Marilene Franz. Pela sua profissionalidade, pela sua competência, pela sua pessoa, por suas caronas... pela sua confiança, por acreditar, lutar e me fazer acreditar numa saúde pública com qualidade e universal no sentido literal do texto. Obrigada por você existir, pelo trabalho que desenvolve, porque muitas vidas já não existiriam não fosse você. Como aprendi com você! Quando crescer eu ainda vou ser como você!

À enfermeira responsável pela Epidemiologia do Município de Quatro Pontes Gislaine Bergamo.

Às pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS que conheci e que são atendidas pelo CTA de Toledo. Aprendi muito com vocês. Acima de tudo a não perder as esperanças....

Aos meus amigos e colegas de curso: Anna Débora, Aparecido, Carla, Cristi Daniele, Daniela, Elizete, Érica, Fernanda, Franciele Buratto, Franciele Ferreira, Frar Gregório, Graciela, Ivanice, Josiane, Juliana, Leoni, Lucilene, Luize, Maria Amélia, N Cristina, Nyelen, Olga, Paulo, Patrícia, Poliana, Silvana, Susana, Suséle, Vandenéia, Vantuir, aprendi muito com vocês....

À Maria Rosa *in memorian*....Você fez parte da minha vida acadêmica.....

Às amigas que descobriram que Serviço Social não era seu forte... Kelly e Sandrinha....

Ao Cosme e Damião, à Françonilda, à Susie....Como amo vocês pessoinhas do fundão!!!!Vou sentir saudades...

Ao 'uno', rei dos 'Átilas'.... o que seria do almoço se não fosse você?

À minha chefe Bet's, à Tere, à Daia...

Aos meus cunhados Alex e Juciély...minha sobrinha Gabi....

Ao meu sogro Rafael, à vó Maria, ao vô Elói (*in memorian*).....a acolhida de vocês foi muito importante...

Enfim, a todos os meus amigos, conhecidos e afins, que me possibilitaram ser como sou...foi muito bom ter conhecido vocês!!

Todo ponto de vista é a vista de  
um determinado ponto.  
(Autor desconhecido).

CASSOL, R. **O município de Quatro Pontes/PR e o maior índice de HIV/AIDS diagnosticados na abrangência da 20ª Regional de Saúde:** um estudo de caso. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2007.

## RESUMO

A saúde como direito no Brasil é algo recente e em processo de construção, datando da Constituição Federal de 1988 – CF/88, onde a saúde deixa de ser de caráter contributivo e quase que exclusivo de quem tem melhores condições econômicas. A partir da CF/88 a saúde passa a ser de direito de todos e dever do Estado propiciá-la. É nesse contexto que surge o Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, como uma estratégia na efetivação do direito à saúde. Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Curso/TCC, exigido como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, é também resultado do Estágio Supervisionado realizado no CTA de Toledo. Para tanto, foi realizada uma pesquisa visando identificar as causas da grande incidência de pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes se comparado com outros municípios atendidos pelo CTA. Para dar andamento à pesquisa, formulou-se um objetivo geral: analisar os dados referentes ao número de casos de HIV/AIDS notificados no município de Quatro Pontes/PR no período de 2005 a 2006. A partir do objetivo geral, formulou-se alguns objetivos específicos: identificar o perfil das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR; identificar as ações de prevenção de HIV/AIDS no âmbito dos 18 municípios atendidos pelo CTA/CISCOPAR; identificar as ações prevenção de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR; identificar e analisar as razões de maior incidência de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR em relação aos demais municípios da 20ª Regional de Saúde atendidos pelo CTA. A partir da definição dos objetivos optou-se pela pesquisa documental com estudo de caso. Para a coleta de dados utilizou-se de entrevistas e formulários. A amostra foi de 2 pessoas, constituída pela assistente social e coordenadora do CTA e pela enfermeira encarregada da Epidemiologia no município de Quatro Pontes. A partir da análise dos dados observou-se que Quatro Pontes é o município que apresenta maior incidência de casos de HIV/AIDS, assim como a maioria dos casos do município foram diagnosticados recentemente. Essas pessoas possuem baixa escolaridade, empregos com baixos salários, sendo a maioria sintomática. Por fim, percebeu-se que a grande incidência de casos decorre, principalmente, do medo do preconceito e discriminação possíveis de serem vivenciados em caso do diagnóstico ser positivo, bem como da correlação de forças existente no município.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, incidência, Quatro Pontes.



## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

<b>FIGURA 1</b> - Localização dos municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde .....	47
<b>FIGURA 2</b> - Localização do município de Quatro Pontes .....	50
<b>GRÁFICO 1</b> - Sexo das pessoas com HIV/AIDS no Município de Quatro Pontes.....	51
<b>GRÁFICO 2</b> - Idade das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes .....	51
<b>GRÁFICO 3</b> - Pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes .....	52
<b>GRÁFICO 4</b> - Profissão dos homens com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes.....	53
<b>GRÁFICO 5</b> - Profissão das mulheres com HIV/AIDS no município de Quatro pontes .....	54
<b>GRÁFICO 6</b> - Escolaridade das mulheres com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes .	55
<b>GRÁFICO 7</b> - Escolaridade dos homens com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes ...	55
<b>GRÁFICO 8</b> - Condição sorológica das mulheres com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes .....	56
<b>GRÁFICO 9</b> - Condição sorológica dos homens com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes .....	57

## LISTA DE SIGLAS

<b>HIV</b>	<i>“Human Immunodeficiency virus”</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>AIDS</b> Adquirida.	<i>“Acquired Immunodeficiency syndrome”</i> - Síndrome da Imunodeficiência
<b>CISCOMPAR</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa-Oeste do Paraná
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>DSTs</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>SIMPAS</b>	Sistema Integrado Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>DDI</b>	Didanosina
<b>DDIEC</b>	Didanosina entérica
<b>ATV</b>	Atazanavir
<b>D4T</b>	Estavudina
<b>DDC</b>	Zalcitabina
<b>LAV</b>	<i>Lymphadenopathy virus</i>
<b>HTLV-3</b>	<i>Human t-Cellyphrotropic virus</i>
<b>3TC</b>	Lamivudina
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

<b>UDI</b>	Usuário de Droga Injetável
<b>CF/88</b>	Constituição Federal Brasileira de 1988
<b>PRD</b>	Política de Redução de Danos
<b>CISA</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>CIS</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde
<b>CREs</b>	Centro Regional de Especialidades
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>LACEN</b>	Laboratório Central do Estado
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>VDRL</b>	Sífilis
<b>PAM</b>	Plano de Ações e Metas
<b>UNIOESTE</b>	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Semelhanças e diferenças entre saúde pública, saúde comunitária e saúde coletiva .....	23
<b>QUADRO 2</b> – Histórico do vírus HIV.....	25
<b>QUADRO 3</b> – Política de Redução de Danos versus Abordagem Tradicional no tratamento às drogas.....	33
<b>QUADRO 4</b> – Total de casos de HIV/AIDS e de óbitos decorrentes da doença que estavam sendo acompanhados pelo CTA em dezembro de 2006, de acordo com o município de origem .....	48
<b>QUADRO 5</b> – Casos de HIV/AIDS e óbitos identificados em 2005 e 2006, de acordo com o município de origem.....	49

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>9</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. HIV/AIDS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>16</b>
1.1 REFORMA SANITÁRIA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	16
1.2 A SAÚDE PÚBLICA E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS .....	21
1.3 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA DAS FORMAS DE COMBATE À DISSEMINAÇÃO DO HIV/AIDS.....	31
<b>2 BREVE HISTÓRICO DOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.</b> .....	<b>36</b>
2.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E CRIAÇÃO DO CISCOPAR. ....	36
2.2 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO/CTA E O ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS HIV POSITIVO. ....	38
2.3 METODOLOGIA DA PESQUISA .....	43
2.4 EXPOSIÇÃO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS. ....	46
2.4.1 EIXO 1 - Municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde.....	46
2.4.2 EIXO 2 - Perfil das pessoas com HIV/AIDS do município de Quatro Pontes.....	50
2.4.3 EIXO 3 – Entrevistas.....	57
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>73</b>

## INTRODUÇÃO

Partindo da certeza de que ninguém nasceu sabendo e que o conhecimento é uma construção coletiva, na qual indivíduos com interesses diferentes, na sua relação com a natureza são transformados reciprocamente, a conclusão do processo acadêmico, neste caso materializado no Trabalho de Conclusão de Curso/TCC, é uma síntese parcial e provisória de um conhecimento apreendido e amadurecido ao longo da vida (da) acadêmica.

De acordo com as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, o “Trabalho de Conclusão de Curso: é uma exigência curricular para a obtenção de diploma no curso de graduação em Serviço Social. Deve ser entendido como um momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional.” (CRESS, 2003, p. 57). Assim, este trabalho é fruto dos quatro anos de graduação no curso de Serviço Social, não só das disciplinas e aprendizados da academia, mas de seminários, palestras, encontros, conferências e da experiência do Estágio Supervisionado. Para além disso, é também síntese da vivência num determinado contexto econômico, social e político.

O interesse pelo estudo e pela pesquisa sobre o tema discorrido neste TCC surge da vivência do Estágio Supervisionado da acadêmica, no período de 2006 e 2007, realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, no município de Toledo. O CTA é um espaço de prevenção, no âmbito da saúde pública, que disponibiliza exames para a testagem anti-HIV, Sífilis e Hepatite, Doenças Sexualmente Transmissíveis/DSTs, além de oferecer tratamento, acompanhamento e medicação a pessoas diagnosticadas HIV positivo. Paralelo a essas atividades desenvolve também ações educativas e de prevenção.

No município de Toledo o CTA foi criado em agosto de 2000, atendendo desde então a população dos 18 municípios<sup>1</sup> que fazem parte da 20ª Regional de Saúde. Para tanto, conta com uma equipe interdisciplinar, composta de uma assistente social, que também é coordenadora do CTA, dois enfermeiros, uma farmacêutica bioquímica, um médico e uma psicóloga, além de uma estagiária do curso de Serviço Social.

Atualmente, no mundo, o HIV/AIDS vem atingindo números alarmantes de contaminação, adquirindo, no Brasil, características próprias, como a feminilização e a interiorização da doença. Para tanto, é requerido, não só das instituições que trabalham com a questão do HIV/AIDS, mas de toda população, novas formas de enfrentamento da doença. Essa necessidade se torna urgente pelo fato da AIDS ser uma doença que ainda não tem

---

<sup>1</sup> Os municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde compreendem a região Oeste, Centro-Oeste e Noroeste do Estado do Paraná. São eles: Toledo, Palotina, Marechal Cândido Rondon, Entre Rios do Oeste, Pato Bragado, Guaíra, Mercedes, Maripá, Nova Santa Rosa, Quatro Pontes, Assis Chateaubriand, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguçu, Terra Roxa, Tupãssi, Ouro verde do Oeste, Diamante do Oeste e Santa Helena.

cura, o que relega aos soropositivos uma vida à base de medicamentos, com horários fixos e rígidos. Além da medicação ainda existe o preconceito e a discriminação que são vivenciados constantemente. Assim, a partir da inserção da acadêmica nesse espaço, através da convivência com pessoas HIV positivo, no compartilhamento de suas angústias, decorrentes da doença, no compartilhamento de dúvidas e questionamentos e no convívio com profissionais que acreditam numa saúde pública e de qualidade, que a questão HIV/AIDS instigou um conhecimento mais aprofundado sobre o tema.

Diante dessa experiência do Estágio Supervisionado no espaço do CTA fez-se uma indagação: qual a razão do elevado índice de casos diagnosticados de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR quando comparado com outros municípios de maior porte populacional pertencentes à 20ª Regional de Saúde?

A partir do levantamento do problema a ser pesquisado, estabeleceu-se um objetivo geral: analisar os dados referentes ao número de casos de HIV/AIDS notificados no município de Quatro Pontes/PR no período de 2005 e 2006.

Com base no objetivo geral foram definidos os objetivos específicos que são: identificar o perfil das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR; identificar as ações de prevenção de HIV/AIDS no âmbito dos 18 municípios atendidos pelo CTA/CISCOPAR<sup>2</sup>; identificar as ações de prevenção de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR; identificar e analisar as razões de maior incidência de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR em relação aos demais municípios da 20ª Regional de Saúde atendidos pelo CTA.

Para dar andamento à pesquisa, foram realizadas pesquisa documental e estudo de caso utilizando-se da entrevista estruturada como instrumento na obtenção dos dados que foram registrados em formulário e em gravador.

A estruturação deste TCC é composta de dois capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma contextualização histórica, desde as primeiras formas de política de saúde no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde o provimento da saúde passa a ser dever do Estado. Também é realizada uma abordagem sobre a saúde pública e o enfrentamento ao HIV/AIDS, citando como uma dessas medidas a Política de Redução de Danos.

No segundo capítulo é abordada a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde/CIS e dos Centros de Testagem e Aconselhamento/CTAs, focando-se no CTA localizado no município de Toledo, suas ações e estratégias no combate à disseminação do vírus HIV.

---

<sup>2</sup> CISCOPAR: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA-OESTE DO PARANÁ.

Por conseguinte é explicitada a metodologia utilizada para a consecução do TCC, seguida da apresentação da pesquisa e análise dos dados obtidos.



## 1. HIV/AIDS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

### 1.1 REFORMA SANITÁRIA E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Até a Constituição Federal de 1988 a política de saúde brasileira era pensada sob a lógica do mercado, de compra e venda dos serviços oferecidos. A primeira intervenção do Estado brasileiro visando assegurar algum tipo de Previdência Social deu-se em 24 de janeiro de 1923, sob o Decreto 4.682, com a Lei Eloy Chaves. Esse decreto instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões/CAPs, que eram formas de prestar assistência emergencial e oferecer serviços paliativamente curativos.

A criação das CAPs surge como resposta do empresariado e do Estado à crescente manifestação das expressões da “questão social”<sup>3</sup>, em meio a manifestações crescentes do operariado por melhores condições de trabalho. As CAPs eram mantidas por recursos provenientes dos empregados, empregadores e do Estado. Esse seguro, contudo, não era estendido a toda população, mas apenas aos trabalhadores ferroviários. Posteriormente o seguro foi estendido também a outros trabalhadores.

Mas naquele momento da história brasileira,

[...] a Saúde Pública [...] se restringia [...] a atuar sobre as áreas produtivas onde se concentrava a produção principal para a economia do país. E as demais áreas, de menor importância econômica, viam-se desprovidas de maior interesse por parte do Estado sobre as questões sanitárias. (TOMAZI, 1986, p. 53).

Percebe-se claramente que esse primeiro modelo de política previdenciária, pensada em forma de seguro, era limitado à assistência médica, nascendo vinculado à Previdência Social e, portanto, somente ao mundo do trabalho, aos que tinham carteira assinada. O operariado rural não usufruía desse modelo de política previdenciária. Ao restante da população era escasso o atendimento à saúde. Aqueles que não tinham como pagar por um atendimento à saúde, restavam-lhes as Casas de Misericórdia e serviços filantrópicos.

Desta forma,

Esta organização dos serviços médicos aos indivíduos responde às necessidades imediatas de recuperação da força de trabalho para o

---

<sup>3</sup> “Por ‘questão social’, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs ao mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim a “questão social” está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho.” (FILHO, 1982, p. 21).

processo produtivo, na medida em que se destina especialmente aos trabalhadores urbanos, e somente àqueles inseridos no processo de produção – trabalhadores urbanos ativos. (TOMAZI, 1986, p. 49).

Nos anos de 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões/IAPs incorporaram as CAPs, passando a ser estruturados (os seguros) por categoria e não mais por empresa, como era realizado até então.

Segundo Nicz (*apud* POLIGNANO, [199?], p. 10), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAPs tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “*instrumento de captação de poupança forçada*”, através de seu regime de capitalização.

A maioria das ações de saúde pública no período do Estado Novo se reduziu a simples aspectos normativos, sem solucionar os grandes problemas sanitários existentes na época.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Contudo, isso não significou uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública que eram de sua competência. O que ocorre é uma pressão por parte dos institutos, visando melhorar o atendimento aos contribuintes da previdência.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. (POLIGNANO, [199?], p. 11).

No período da Ditadura Militar, mais precisamente em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social/INPS, que unificou todo o sistema previdenciário. Essa unificação se deve a duas principais razões: “o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhe reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 1996, p. 30). Na verdade essa unificação só serviu para aumentar o caráter assistencialista da Previdência Social.

Com a criação do INPS, foram instituídos novos padrões de atendimento à saúde, como a priorização, na contratação de serviços médicos previdenciários, de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios da previdência, ficando a cargo do Estado a expansão da iniciativa privada.

A ação da saúde pública era apenas em algumas campanhas sanitárias e combate a endemias. As altas taxas de doenças infecciosas, parasitárias, de morbidade e de mortalidade permaneciam sem qualquer intervenção da saúde pública.

Ao longo da Ditadura Militar, conforme Peron (2005, p. 20) houve um expressivo aumento da demanda social por consultas médicas, como conseqüência às graves questões de saúde que se apresentavam, como a inexistência de ações preventivas. Também houve a construção e aumento de inúmeros hospitais e serviços médicos privados (mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades) com dinheiro da Previdência Social, reduzindo ainda mais os mínimos investimentos realizados na saúde pública. Com isso, o sistema de saúde foi se tornando cada vez mais complexo, tanto administrativamente quanto financeiramente, a ponto de ser criado uma estrutura própria dentro do INPS, chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social/INAMPS, em 1978, para tentar dar conta do caótico sistema de saúde vigente.

Essas questões, aliada a fraude e corrupção no sistema, levaram:

[...] a um sistema de saúde extremamente perverso, pois não só não respondia às necessidades de atendimento da população, como até agravava a sua saúde, na medida em que se fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como em ações básicas de saúde e saneamento. (PARANÁ, 1999, p. 08).

Em 1977 iniciou a reestruturação da previdência, sendo criado o Sistema Integrado Nacional de Previdência e Assistência Social/SIMPAS, que integrou os sistemas de previdência já existentes regulamentando também nesse mesmo período a previdência privada.

No final dos anos 1970, o modelo concentrador e o milagre econômico brasileiro estavam em crise ocorrendo inúmeras greves e contestações políticas e, com relação à saúde, não era diferente. Mesmo com a reestruturação da previdência, a insatisfação popular frente aos serviços de saúde só crescia. Essa insatisfação da população contribuiu para fortalecer os movimentos sociais, que entre outras coisas lutavam pelo fim da Ditadura Militar e criação de uma sociedade democrática.

A crise econômica dos anos 80 gera uma nova situação, exigindo o reconhecimento do governo e a necessidade de mudar o sistema, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A própria população começa a se organizar e lutar pela democratização do país. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006, p. 164).

Um desses movimentos, que teve início em meados da década de 1970, foi o movimento denominado de Reforma Sanitária. Este era composto por intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde. O processo de reformulação da saúde começa a ser discutido. O movimento da Reforma Sanitária brasileira teve como característica principal, não só a crítica ao sistema de saúde vigente até então, mas a sugestão de novas propostas para a mudança da saúde no Brasil. As proposições da Reforma Sanitária eram frutos de inúmeros estudos e discussões (até clandestinamente realizados) visando construir novas bases para uma nova política de saúde. A nova proposta para o sistema de saúde era a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, materializado na “[...] democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população.”(PARANÁ, 1999, p. 09).

Portanto, o projeto da Reforma Sanitária além de propor um novo conceito de saúde - não apenas a mera ausência de doenças -, propõe uma nova forma de administração, onde a população tem participação direta na formulação e execução das políticas de saúde, através de novos mecanismos como os Conselhos Municipais e as Conferências da Saúde.

A forma da proposta realizada pela Reforma Sanitária se deve principalmente pelo fato de que, para o movimento da Reforma Sanitária, a saúde era entendida não apenas como a ausência de doenças, mas como o resultado das condições de vida de uma pessoa. Isso inclui uma condição adequada de saneamento, habitação, alimentação, acesso ao trabalho, ao lazer, à educação e também a um sistema de saúde de qualidade. De acordo com Gerschman (1995, p. 42), o Projeto da Reforma Sanitária baseava-se num conceito de saúde ampliado, relacionado às condições gerais de vida da população, sendo a saúde definida como um direito da população e como dever do Estado.

Para Cassels (*apud* MENDES, 2001, p. 21), as reformas sanitárias são formas de definir prioridades, refinar políticas e reformar instituições por meio das quais as políticas são implementadas. De acordo com Berman (*apud* MENDES, 2001, p. 21), as reformas sanitárias visam mudanças sustentáveis e propositais para melhorar a eficiência, a equidade e a eficácia do setor saúde. Contudo, “[...] valores mais individualistas e auto-interessados ou valores mais solidaristas; uns e outros darão o sentido das reformas sanitárias possíveis em determinadas sociedades.” (MENDES, 2001, p. 37).

Em 1985, com o fim da Ditadura Militar e instauração da Nova República, as discussões acerca da reformulação do setor da saúde se intensificaram. Em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutida a situação da saúde no Brasil sendo criado um relatório que posteriormente foi enviado à Assembléia Nacional

Constituinte em 1987 “[...] para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde.” (PARANÁ, 1999, p. 11).

As demais propostas que foram levadas à formulação da Constituição no capítulo da Ordem Social foram: a defesa da manutenção do sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS, baseado na compra de serviços pelo setor público do setor privado e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde parecido com o americano, que é caro e não atende a todos, um modelo modernizante e privatista. Citado por Paraná (1999, p. 13).

Em 1988, promulgou-se a Constituição Federal e grande parte das idéias propostas pelo movimento da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, pela VIII Conferência Nacional da Saúde foram inseridas no capítulo da Ordem Social, donde no Artigo 194 da Constituição Federal em seu Parágrafo Único:

Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; [...] V – eqüidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento; VII – caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa, com a participação da comunidade [...]. (CRESS, 2003, p. 75).

Após a Constituição Federal de 1988, mais precisamente em 1990, sob a Lei Orgânica da Saúde/LOS, nº 8080 de 19/09/1990, é regulamentado o Sistema Único de Saúde/SUS. A LOS “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (CRESS, 2003, p. 161).

Ressalta-se que o SUS fundamenta-se em seis princípios, conforme visto em Paraná (1999 p. 12-13):

1- Na  
universalidade, ou seja, deve estender seus serviços a todos, independentes de serem contribuintes ou não;

2- Na  
integralidade da atenção, ou seja, considerar o indivíduo como um todo, inserido em uma determinada sociedade e fruto de determinantes sociais, voltando suas ações de saúde ao mesmo tempo para o indivíduo e para a sociedade;

3- Na  
descentralização, ou seja, repassar o poder de decisão para aqueles que são responsáveis pela execução das ações. A descentralização é importante pelo fato do município ser a

instância de governo mais próxima das pessoas e ter maior facilidade em detectar e conhecer os problemas locais de cada população, implantando ações adequadas e que venham responder aos interesses de determinado lugar. É “[...] uma questão de redistribuição de poder, de deslocamento de centros decisórios.” (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 37). Todavia, ainda segundo a autora supracitada, não se deve confundir descentralização com desconcentração, entendida esta como a delegação de competências sem, contudo, o deslocamento de poder decisório.

4- Na racionalidade, ou seja, oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades de cada população. A racionalidade remete à descentralização uma vez que, para ser racional, um sistema de saúde deve, antes de tudo, conhecer as necessidades e singularidades de cada localidade, sendo, para isso, necessariamente descentralizado;

5- Na eficácia e eficiência, ou seja, aplicar os recursos públicos disponíveis da melhor maneira possível, produzindo resultados positivos. Assim, “a eficiência denota competência para se produzir resultados com um consumo mínimo de recursos e esforços ao passo que a eficácia caracteriza-se pela correspondência entre os gastos e o impacto causado.” (FAÇANHA; MARINHO, 2001, s.p.).

6- Na democracia, ou seja, assegurar a participação de todos os segmentos da população, tanto na execução das ações de saúde quanto nas tomadas de decisões. Para isso são criados espaços regulamentados de participação como os Conselhos de Saúde.

Esses princípios, por sua vez, são regulamentados, como já mencionado anteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde/LOS nº 8080 de 19/09/1990 e pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde/NOB/SUS. As NOB são substituídas e aperfeiçoadas a cada período de tempo, visando atender às novas demandas e realidades que se apresentam. Elas são responsáveis por orientar a operacionalidade do SUS.

A criação do SUS foi um marco importante na sociedade brasileira na conquista do direito universal à saúde, já que até então, “Não se tinha [...] uma política nacional de saúde pública, pois a ação política se caracterizava por ações esporádicas e localizadas, em momentos de crise sanitária, de epidemias.” (TOMAZI, 1986, p. 53). A saúde pública, como já visto, restringia-se aos que contribuía com a Previdência. Com a Constituição Federal de 1988, passa a ter um caráter público universalizante.

## 1.2 A SAÚDE PÚBLICA E AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde/OMS, a saúde é definida como o “completo bem-estar, físico, mental e social.” Para tanto, torna-se necessário uma condição adequada de saneamento, infra-estrutura, lazer, ou seja, que todas as dimensões que envolvem o ser humano na sua vida em sociedade sejam contempladas. Torna-se necessário, portanto, a realização de investimentos nessas áreas, para só assim ser alcançado um nível pleno de saúde. No entanto, o que se observa no Brasil, no decorrer da história, são intervenções paliativas em situações de calamidades. Não existem políticas de prevenção. Apenas de remediação, visando amenizar situações. Essa forma de intervenção na área social, em especial da saúde, é característico do modo capitalista de produção, onde o indivíduo é o responsável último por sua saúde e bem-estar, devendo o Estado intervir apenas em situações de emergência com ações paulatinas e paliativas.

No Brasil, a “[...] Saúde Pública [nasce] como parte integrante na institucionalização e consolidação de um Estado burguês, que se forma a partir da crise e desintegração de um regime colonial português.” (IYDA, 1994, p. 18). Dado esse momento histórico da constituição da saúde pública no Brasil, essa nasce com características bem definidas, servindo aos interesses e às necessidades da classe dominante. Ainda conforme aponta Lyda (1994, p. 20), a área de atuação da Saúde Pública é no controle de determinados tipos de doenças, passíveis de serem transmitidas às classes dominantes. É oferecer proteção às classes capitalistas e manter um mínimo de atendimento à saúde da classe trabalhadora, o suficiente para produzirem.

Citando Polignano ([199?], p. 02), a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Somente nos momentos em que determinadas endemias<sup>4</sup> ou epidemias<sup>5</sup> se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social, dentro do modelo capitalista proposto, é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância.

Os “[...] sistemas de serviços de saúde têm três objetivos: proporcionar um ótimo nível de saúde, distribuído eqüitativamente; prover um grau adequado de proteção em relação aos riscos de adoecer, para todos, e satisfazer as expectativas de todos os cidadãos.” (HSIAO *apud* MENDES, 2001, p. 18).

---

<sup>4</sup> Endemia: “Doença que existe constantemente em determinado lugar acometendo número maior ou menor de indivíduos.” (BUENO, 1996, p. 239).

<sup>5</sup> Epidemia: “Surto de doença contagiosa que ataca numerosas pessoas ao mesmo tempo.” (BUENO, 1996, p. 251).

Entre outras ações, a saúde pública compreende atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

[...] a saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados na comunidade para o saneamento do meio-ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e pára-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (ROESE, 2006, s.p.).

A saúde pode ser vista, implementada e efetivada sob três aspectos: o aspecto da saúde pública, da saúde comunitária e da saúde coletiva como indica sucintamente o quadro a seguir.

**QUADRO 1 – SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE COLETIVA.**

	<b>SAÚDE PÚBLICA</b>	<b>SAÚDE COMUNITÁRIA</b>	<b>SAÚDE COLETIVA<sup>6</sup></b>
<b>CONCEITO SAÚDE-DOENÇA</b>	- OMS. - Saúde → ausência de doença. - Saúde individualizada com causa etiológica.	- OMS.	- VIII CNS. - Saúde → processo coletivo.
<b>METODOLOGIA DE AÇÃO</b>	- Ação proposta de forma verticalizada: ESTADO PROFISSIONAIS POPULAÇÃO	- Organização comunitária	- Ação proposta de forma horizontalizada: ESTADO ↔ PROFISSIONAIS ↔ POPULAÇÃO
<b>CENTRALIZAÇÃO DA AÇÃO</b>	- Determinada pelo Estado. - Foco no indivíduo.	- Atendimento voltado para a realidade de cada	- Demanda originada da luta popular. - Controle social.

<sup>6</sup> “Do ponto de vista do SABER, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde [...] Enquanto PRÁTICA, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população.” (UFBA, 2007, s.p.).



- Base em programas.

comunidade.  
- Foco na comunidade.

Foco no coletivo.

FONTE: (EGRY *apud* ROESE, 2006, s.p.).

Observando o quadro exposto anteriormente, percebe-se que a saúde pública tem seu conceito com base na ausência de doenças, ou seja, encerra-se em si mesma, é limitada, já que não oferece meios de prevenção nem opção de ir além na busca por uma melhor condição de saúde. Também, pelo fato de suas ações serem propostas de forma verticalizada, onde o Estado formula as ações e programas e só depois repassa aos profissionais, muitas vezes esses programas não atendem aos interesses locais e específicos de cada região e sua particularidade. Isso porque vêm prontos do Estado, cabendo aos profissionais locais apenas executá-los, desconhecendo as reais necessidades e não solucionando em nada os problemas existentes e para os quais existem demandas.

A verticalização também pressupõe uma ausência de ação conjunta entre Estado, profissionais e população na busca pela resolutividade de problemas apresentados.

É nesse contexto, de realização de ações curativas, esporádicas e paliativas do sistema de saúde brasileiro que, na década de 1980 surge o primeiro caso de HIV/AIDS<sup>7</sup> no Brasil, mais precisamente na cidade de São Paulo.

No mundo, a AIDS foi identificada na década de 1970, a princípio como uma Doença Sexualmente Transmissível/DST e sendo denominada como “peste *gay*”. Isso porque os primeiros casos da doença foram identificados entre homossexuais do sexo masculino. Essa afirmativa perdurou até a década de 1980, quando a doença tornou-se uma epidemia e foi necessária a realização de novos estudos acerca da doença.

Concomitante, descobriu-se que a propagação da doença estava relacionada a situações de vulnerabilidade sexual, sendo a atividade sexual realizada de forma indiscriminada e com muitos parceiros o principal fator de risco, podendo a doença ser adquirida por qualquer pessoa, independente das condições econômicas, sociais e orientação sexual. Portanto, a doença não era uma “peste” exclusivamente “*gay*”. Hoje se sabe que o HIV pode ser transmitido pelo sangue, esperma, secreção vaginal e leite materno, através do contato sexual, da transfusão de sangue e derivados, de seringas e agulhas contaminadas, na gravidez, parto ou aleitamento.

Ainda na década de 1980, nos Estados Unidos, a doença foi identificada como “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” ou AIDS, pelo fato do vírus HIV, atacar o sistema

<sup>7</sup> O HIV é o vírus causador da doença AIDS. Portanto uma pessoa infectada pelo HIV pode nunca chegar a ficar doente de AIDS. Contudo, necessariamente um doente de AIDS tem o vírus HIV. Para efeito da pesquisa, serão consideradas sempre pessoas HIV positivos e doentes de AIDS como um mesmo dado.

imunológico do hospedeiro (no caso o homem). Com isso, o organismo torna-se incapaz de se proteger contra certas infecções. Essas infecções são chamadas de infecções oportunistas pelo fato de que em organismos imunes elas são facilmente controladas. Como exemplo tem-se diarreia crônica persistente, toxoplasmose, herpes simples, tuberculose, meningite bacteriana por longo tempo, febre persistente por mais de um mês, entre outras, sendo que em paciente com HIV/AIDS, elas atacam causando sérios danos ao organismo, já que seu sistema imunológico está debilitado.

Como já visto, a doença é considerada uma Síndrome, “porque não tem uma manifestação única, pelo contrário, caracteriza-se pelo surgimento de várias doenças sucessivas e simultâneas, que ocultam sua verdadeira causa.” (BRISTOL, [200?], p. 03). Ao mesmo tempo a doença é considerada uma imunodeficiência porque se refere a uma deficiência do sistema imunológico do homem (no sentido genérico), não conseguindo se defender de possíveis doenças que o atacam. E, finalmente, é uma doença Adquirida porque a imunodeficiência ocorre por contágio com pessoas ou material infectado pelo vírus HIV.

A infecção pelo HIV possui três fases distintas: primeiramente a fase aguda, que se dá de duas a quatro semanas após a infecção. Nesse período, o paciente infectado possui sintomas de gripe forte ou resfriado, com febres, insônia, mal-estar, cansaço, fadiga. Assim, na maioria dos casos, os primeiros sintomas da infecção pelo HIV acabam sendo confundidos com uma gripe, os quais logo passam. O segundo período é a fase assintomática, caracterizada pela ausência de sintomas referentes ao HIV. Esta fase pode variar de oito a dez anos. De cada cem pessoas infectadas pelo HIV, cinquenta por cento apresentam sintomas nesse período. O terceiro período é a fase sintomática, onde o paciente já necessita da intervenção de medicamentos. Daí a necessidade das campanhas, como forma de prevenção e detecção precoce da infecção.

A seguir será apresentada uma contextualização histórica do vírus HIV/AIDS, desde sua descoberta até a criação de medicamentos que dificultam a sua proliferação.

## QUADRO 2 – HISTÓRICO DO VÍRUS HIV.

**1978**

\*São registrados os primeiros sintomas da doença em homossexuais nos EUA e em heterossexuais no Haiti e na África.

**1981**

\*Os EUA registram alta taxa de homossexuais com Sarcoma de Kaposi,

**1987**

\*O AZT começa a ser comercializado.

**1991**

\*Surgem outros medicamentos, criados para pacientes intolerantes ao AZT.

tipo de câncer que começa a se espalhar entre os doentes de AIDS.

### 1982

\*Jim Curran, pesquisador americano do Centro de Controle de Doenças, dos Estados Unidos, liga, de maneira inédita, a ocorrência da doença ao sangue e utiliza, pela primeira vez, o termo AIDS.

### 1983

\*A equipe do francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur isola o vírus, batizando-o LAV (*Ihynphadeno pathyvirus*).

\* O vírus chega à Europa. São registrados os primeiros casos de transmissão da doença por transfusão de sangue e em usuários de drogas. Aparecem também neste ano os primeiros bebês nascidos com a doença.

\*No dia 04 de junho a AIDS faz sua primeira vítima brasileira, o estilista Markito.

### 1984

\*O pesquisador americano Robert Gallo anuncia a descoberta do vírus causador da AIDS, denominando-o HTLV-3 (Human t-Cellymphrotropic vírus).

\*Os EUA descobrem o paciente zero, o comissário de bordo Gaetan Dugas, que levou a doença para o país.

\*É estruturado em São Paulo o primeiro programa de controle à AIDS do Brasil.

### 1985

\*A equipe de Luc Montagnier consegue estabelecer a estrutura genética completa do vírus, composta por 9193 nucleotídeos.

\*No Brasil é iniciada a distribuição gratuita de anti-retrovirais.

### 1992

\*Os EUA aprovam outro medicamento para evitar a multiplicação do vírus, a Zalcitabina-DDC.

### 1993

\*Pesquisadores europeus derrubam as esperanças no AZT. Por meio de muitas pesquisas, eles comprovam que o tratamento monoterápico com a droga não tem bons resultados a longo prazo.

\*O Brasil começa a produzir o AZT.

### 1995

\*É aprovado nos EUA o medicamento Saquinavir. O remédio atua em outra fase de multiplicação do vírus. É criado outro medicamento para a AIDS, a Lamivudina-3TC.

\*Acaba a polêmica entre Luc Montagnier e Robert Gallo: os EUA admitem que os franceses descobriram o vírus.

### 1996

\*O pesquisador David Ho, dos EUA, anuncia ter eliminado o vírus HIV em nove pacientes recém-contaminados utilizando um coquetel de drogas. O Anúncio causa entusiasmo.

**1986**

\*É desenvolvida a primeira droga contra a AIDS, a Zidovudina-(AZT), que dificulta a multiplicação do vírus dentro do organismo.

**1998**

\*David Ho percebe não ter eliminado completamente o vírus. São descobertos lugares no corpo onde os vírus se escondem e as drogas não têm efeito.

\*Já são em número de onze os medicamentos para tratamento do HIV/AIDS na rede pública de saúde.

FONTE: Dados coletados no CTA, 2007.

Nota-se que somente em 1986 foi criada a primeira droga no combate à proliferação do vírus. Isso significa dizer que até então muitas pessoas já haviam ido ao óbito em função da doença. E, mesmo com a criação de medicamentos, por vários anos o acesso a essas drogas se restringia aos que tinham condições econômicas o suficiente para comprá-las ou arcar com despesas de viagem ao exterior (principalmente os EUA) para se tratar. Isso porque somente em 1991 começou haver a distribuição gratuita da droga AZT no Brasil. Ainda assim, o Brasil é o único país do mundo que oferece remédios anti-retrovirais gratuitos a todos os pacientes soropositivos que necessitarem. Nos outros países isso não ocorre ou por falta de interesse e percepção por parte do poder público da verdadeira gravidade e importância que a AIDS ocupa no cenário mundial ou até por pressão de grandes indústrias farmacêuticas que detêm a patente dos anti-retrovirais. Atualmente vêem-se na mídia os embates criados pelo Ministério da Saúde brasileiro contra grandes empresas multinacionais que detêm a patente da produção de anti-retrovirais na tentativa de baixar os preços dos medicamentos.

A partir dos anos 1990, a AIDS passa a se caracterizar como uma pandemia<sup>8</sup>. Esse prognóstico deve-se ao fato da doença já estar em todos os países do mundo, sendo que 90% dos casos de AIDS concentram-se na África, Caribe e Leste Europeu. De acordo com dados de Brasil (2007, p. 30), estima-se que, só no Brasil, de 1980 (data das primeiras notificações) até junho de 2006, 433.067 pessoas foram notificadas sendo portadoras do HIV, já desenvolvendo a AIDS. No entanto, cabe ressaltar que os dados relacionados sobre o número de pessoas com a doença não são precisos. Essa imprecisão deve-se ao fato de os dados chegarem com atraso ao Ministério da Saúde ou à Organização Mundial da Saúde ou mesmo pelo fato de os casos de pessoas que apenas estão com o vírus HIV, mas que ainda não desenvolveram a doença AIDS não serem notificados. Outro fator que também

<sup>8</sup> Pandemia: “[...] caracteriza-se por um surto de doença contagiosa que ataca numerosas pessoas ao mesmo tempo e que abrange vasta região.” (FERREIRA, 1986, p. 1256).

gera a imprecisão nos dados é o desconhecimento de muitas pessoas que tem HIV/AIDS, de sua sorologia. Este último fator merece uma atenção especial do Ministério da Saúde e das instâncias que trabalham a questão do HIV/AIDS. Isso porque desde a infecção pelo HIV até a apresentação de sintomas, estima-se que há uma incubação do vírus no organismo de oito a dez anos. Daí a necessidade da intensificação de campanhas de prevenção acerca do HIV/AIDS, como forma de levar à população conhecimento e informação acerca da doença, com vistas a um diagnóstico precoce e, portanto, à possibilidade de qualidade de vida melhor como portador do HIV.

Com a já caracterizada pandemia de AIDS se alastrando indiscriminadamente no mundo, no Brasil não foi diferente. De forma massiva propagou-se, pondo novos desafios à saúde pública brasileira e a necessidade de novas formas de enfrentamento. Ao mesmo tempo em que se constatou a necessidade de políticas especiais e urgentes no combate à nova epidemia, verificou-se que esta se concentrava entre homossexuais e bissexuais, tornando-se estes um “grupo de risco”. Essa denominação se dava pelo fato de estas pessoas estarem mais suscetíveis a contrair o vírus HIV. Além destes, havia as profissionais do sexo, os usuários de drogas injetáveis e os hemofílicos. Contudo “[...] o que então já se caracterizava como uma epidemia de ‘grupos com determinada prática sexual e social’, desencadeou na sociedade, por um lado uma postura estigmatizada e, por outro lado, a mobilização de setores sociais e comunitários frente a um problema não-restrito somente à área da saúde.” (BARROS; SILVA, 2004, p. 19).

Para Buvinic (2004, p. 298), o estigma do HIV decorre da poderosa combinação de vergonha e medo. Aponta ainda que responder à AIDS culpando ou abusando das pessoas com AIDS, simplesmente força a epidemia a ser ocultada, criando as condições ideais para a disseminação do HIV. Esse estigma, por sua vez, favorece e reforça as desigualdades sociais existentes porque na maioria das vezes “[...] é visto mais como algo inerente à pessoa estigmatizada do que como uma designação imputada ao indivíduo por terceiros.” (BUVINIC, 2004, p. 300).

A imagem que a mídia apresenta do HIV/Aids - de uma ‘doença de prostitutas’, uma ‘doença africana’, ou uma ‘praga gay’ - reforça esses esteriótipos. Embora variadas, essas imagens não são aleatórias, mas sim moldadas para assegurar que o estigma relacionado com o HIV/Aids favoreça e reforce as desigualdades sociais existentes, entre elas as relacionadas com riqueza, as que tornam a mulher inferior ao homem, as referentes à nacionalidade e etnia e aquelas ligadas à sexualidade e a diferentes formas de expressão sexual. (BUVINIC, 2004, p. 301).

Pelo fato das pessoas HIV positivo serem estigmatizadas elas se distanciam cada vez mais do convívio em sociedade, favorecendo o agravamento do quadro clínico.

Isso porque já é sabido que uma qualidade de vida boa propicia, por sua vez, uma melhor qualidade no tratamento e na resposta do indivíduo à medicação e ao enfrentamento da doença.

*El estigma y la discriminación relacionados con el SIDA<sup>9</sup> obstaculizan directamente la eficacia de las respuestas al SIDA. El estigma y las preocupaciones acerca de la discriminación constituyen un obstáculo importante para que las personas soliciten hacerse la prueba del VIH, y afectan directamente la probabilidad de adoptar comportamientos protectores. Por ejemplo, el silencio que rodea al VIH puede impedir la utilización de preservativos o llevar a las mujeres VIH positivas a amamantar sus hijos por miedo a ser identificadas. (ONUSIDA, 2004, p. 17)<sup>10</sup>.*

A estigmatização consiste num processo sistemático de desvalorização do indivíduo a que é imputado. É um atributo negativo atribuído às pessoas em razão da sua diferença e, por isso, são desvalorizadas na sociedade. E, como essa imputação ocorre no campo das relações sociais cotidianas, a supressão dos estigmas criados só poderá ocorrer também no campo das relações sociais, através de processos construídos historicamente. Por isso, como já citado, a necessidade de levar à população o conhecimento sobre a doença, suas formas de transmissão e de tratamento, como sendo a maneira de diminuir e acabar com estigmas, pré-conceitos e informações erradas, que perpassam o soropositivo, incidindo em repercussões para toda a sociedade.

[...] o medo e a falta de informação incentivam o preconceito, e este, por sua vez, a discriminação. Ambos aparecem em graus diferenciados, ou seja, na negação dos direitos, no constrangimento moral, na exclusão dos portadores dos mais diversos espaços de sociabilidade e, com frequência, na anulação do outro enquanto cidadão. (SANTOS, 2006, p. 16).

O medo e a vergonha vivenciados pelos portadores do HIV/AIDS, são conseqüências ainda do preconceito porque muitos persistem em considerar o HIV/AIDS uma doença de homossexuais, bissexuais, prostitutas, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Esses preconceitos encobrem o fato de que são as práticas comportamentais desprotegidas que criam as possibilidades de se contrair o vírus HIV, haja vista que pessoas com relacionamentos estáveis e com parceiros fixos estão cada vez mais

---

<sup>9</sup> Nos países de língua espanhola e de língua portuguesa (exceto o Brasil), a sigla SIDA (e não AIDS) é utilizada para identificar a doença.

<sup>10</sup> O estigma e a discriminação relacionados à AIDS obstaculizam diretamente a eficácia das respostas à AIDS. O estigma e as preocupações sobre a discriminação constituem um obstáculo importante para que as pessoas solicitem fazer o exame de HIV e afetam diretamente a probabilidade de adotar comportamentos protetores. Por exemplo, o silêncio que ronda o HIV pode impedir a utilização de preservativos ou levar as mulheres HIV positivo a amamentar seus filhos por medo de serem identificadas. (TRADUÇÃO DA AUTORA).

se tornando vítimas do HIV/AIDS. Atualmente não existem mais grupos de riscos, mas pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade.

Conforme exposto por Saturno (2002, p. 13), situação de vulnerabilidade envolve três aspectos: o primeiro é o da vulnerabilidade individual que parte do princípio de que todos são vulneráveis. O que muda de um sujeito para o outro são os comportamentos e oportunidades adotados, que podem levá-lo a se contaminar pelo vírus HIV e que o tornam mais ou menos vulnerável. Outro aspecto é a vulnerabilidade institucional. Caracteriza-se pelo desenvolvimento, tanto por parte do Estado quanto de outras instituições que trabalham a questão do HIV/AIDS, de ações específicas e particulares à realidade de cada segmento da população. Ou seja, programas específicos para jovens, para mulheres, idosos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), entre outros. O terceiro aspecto é o da vulnerabilidade social frente ao HIV. Este diz respeito às condições de vida da população frente à epidemia. É levado em conta, todavia, não só as condições de saúde, mas também de educação, habitação, renda *per capita*, lazer, expectativa de vida da população, entre outros. Isso porque se considera que só pode haver uma qualidade de vida considerada boa se todos esses itens puderem ser contemplados igualmente.

Portanto, para que ocorra uma diminuição da vulnerabilidade, é necessário que os três aspectos que a constituem sejam contemplados. É necessário considerar não só fatores individuais, mas sociais, políticos e econômicos de cada sociedade. Por parte do sujeito, a adoção de comportamentos e práticas que minimizem o risco de contrair o HIV, como a adoção de relações sexuais protegidas (preservativo), o não compartilhamento de seringas por UDI. Por parte das instituições, que sejam desenvolvidas ações específicas para cada segmento populacional, na busca para adequá-las às necessidades locais de cada região, suas particularidades e especificidades. E, por parte das instituições governamentais, que seja garantido o acesso à efetivação dos direitos previstos na CF/88.

O Brasil engloba todos os fatores que estruturam a vulnerabilidade relacionada à AIDS. Isso por que:

[...] o País [Brasil] conjuga e entrelaça formas variadas de desigualdade e opressão, conjuntamente com uma ampla gama de fatores estruturais e ambientais que produzem e reproduzem forças sociais identificadas como os 'motores da epidemia', tais como os movimentos migratórios internos, a falta de poder das mulheres, submetidas simultaneamente à opressão econômica e de gênero, o encolhimento do mercado formal de trabalho e, por fim, a desintegração social provocada pelo crime organizado e o tráfico de drogas. Circundando esse quadro e agravando-o, há a baixa incorporação de valores de cidadania, a marcante ausência de mecanismos de proteção social e um frágil e insipiente sistema de bem-estar social em processo de desmantelamento. (PARKER; CAMARGO *apud* BARBOSA; VERMELHO, 2004, p. 09).

Outra característica que contribui para a vulnerabilidade da doença no Brasil, é que a epidemia está adquirindo características próprias, como a feminilização<sup>11</sup> e a interiorização. Feminilização porque a cada dia diminui a proporção entre homens e mulheres infectadas. Dados do Ministério da Saúde publicados em Brasil (2007, p. 26), apontam que na década de 1985, a proporção era de uma mulher para 26,5 homens infectados. Em 2005, essa proporção é de uma mulher infectada para 1,3 homem. Em muitos lugares a proporção tem praticamente se igualada. Outra característica é a interiorização, ou seja, a doença deixou de ser uma epidemia exclusiva de grandes centros urbanos, intensificando-se em pequenas cidades e entre a população pobre.

Por um lado, nas capitais onde as campanhas de esclarecimento ocupam a mídia, o ritmo proporcional de crescimento da doença diminuiu. Por outro lado, no interior do país, a proporcionalidade aumentou, atingindo a população com baixa renda e baixa escolaridade. (KERN, 2003, p. 19).

A relação entre pobreza e desinformação é muito próxima, contribuindo assim para a proliferação da AIDS nas camadas mais pobres da população, as quais historicamente são desprovidas do acesso à informação. Essa realidade proporciona um alijamento da população pobre e interiorana tanto do acesso à informação como, conseqüentemente, do acesso aos bens e serviços disponíveis que são de direito da população.

### 1.3 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA DAS FORMAS DE COMBATE À DISSEMINAÇÃO DO HIV/AIDS.

Uma das novas formas criadas para o enfrentamento do HIV/AIDS, frente a essa nova pandemia que se alastra indiscriminadamente, é a Política de Redução de Danos-PRD. A Política de Redução de Danos é dirigida ao segmento dos usuários de drogas, mais especificamente aos que utilizam drogas injetáveis. “[...] a redução de danos consiste na tentativa de minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir ou mesmo acabar com esse consumo.” Wodak & Saunders (*apud* WODAK, 1998, p. 55).

Historicamente criou-se algumas formas de controlar o uso de drogas, sendo que a primeira delas é a redução da oferta que

---

<sup>11</sup> “Feminilização da AIDS: é o termo que aplica-se ao perfil da infecção pelo HIV no qual se observa aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus HIV e/ou doentes de AIDS.” (SATURNO, 2002, p. 11).



[...] se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos; de repressão à produção, ao refino e ao tráfico de substâncias precursoras e de drogas; de combate à lavagem de dinheiro e de fiscalização e controle da produção, da comercialização e do uso das drogas. (RIBEIRÃO PRETO, 2007, s.p.).

Outra forma de controlar o uso de drogas dá-se por meio da redução da demanda, onde são dirigidas “[...] ações, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo - em especial a iniciação - e para tratar os usuários e dependentes.” (RIBEIRÃO PRETO, 2007, s.p.).

Outra maneira ainda, diz respeito à redução de danos. Suas ações,

[... se] constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizados. (RIBEIRÃO PRETO, 2007, s.p.).

A ação voltada para a redução de danos entre UDI aparece pela primeira vez no Condado de Rolleston em 1926, na Inglaterra, através do Relatório Rolleston, onde médicos propunham que a manutenção, por meio de opiáceos, era o tratamento mais adequado para alguns usuários de drogas. No Brasil, a Redução de Danos foi iniciada em 1989, na cidade de Santos/SP. Nesse período, Santos concentrava um alto índice de pessoas com HIV devido também a um grande número de UDI. Outro fator que também contribuía nesse grande número de pessoas soropositivas era o fato de ser uma cidade portuária, onde a prostituição e a entrada de drogas são atividades fáceis e altamente lucrativas. Concomitante a isso, havia um alastramento de doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, devido à ação judicial, por entender o programa como um estímulo ao uso de drogas, o projeto de Redução de Danos logo teve de ser extinto. Foi somente mais tarde, em 1995, que em Salvador-Bahia iniciou-se efetivamente o Programa de Redução de Danos, com troca de seringas.

A Redução de Danos se constitui, a grosso modo, numa política pública, onde há troca de seringas e agulhas novas por seringas e agulhas usadas, por parte de usuários de drogas injetáveis. Essa troca se dá no intuito de prevenir contra possíveis contaminações de HIV/AIDS, assim como também outras doenças transmitidas por via venosa. “Segundo os cálculos, cerca de 20 por cento dos usuários de drogas injetáveis contraiu a AIDS. No entanto, 60 por cento dos usuários deixaram de compartilhar seringas.” (GABEIRA, 2005, s.p.). (Grifo do autor).

No início, as ações desenvolvidas caracterizavam-se pela prevenção de DSTs e HIV entre UDI. Hoje sabe-se que, além do “[...] risco da AIDS, mais de 20 perigosas doenças, entre elas a hepatite b e c [...]”(GABEIRA, 2005, s.p.) podem ser prevenidas devido às ações de redução de danos. Outro aspecto que também se desenvolveu, com o passar dos anos, dentro do Programa de Redução de Danos, foi o de estender essa política não só a usuários de drogas injetáveis, mas também a outras drogas e não somente às consideradas ilegais, mas também drogas legalizadas, como o álcool e o tabaco. Daí a importância do Programa de Redução de Danos, como medida de orientação e fornecimento de material a usuários de drogas.

As estratégias de redução de danos não pretendem ser uma panacéia<sup>12</sup>, mas sim serem vistas como uma alternativa mais efetiva do que as propostas tradicionais baseadas exclusivamente na redução da oferta de drogas. (WODAK, 1998, p. 58).

A seguir são explicitadas as diferenças entre a Política de Redução de Danos e a abordagem tradicional que é realizada sobre drogas.

### **QUADRO 3 – POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS VERSUS ABORDAGEM TRADICIONAL NO TRATAMENTO ÀS DROGAS.**

<b>Redução de Danos</b>	<b>Abordagem Tradicional</b>
Aceita a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade, define seu objetivo primário como reduzir as consequências adversas desse consumo	Parte do pressuposto de que é possível chegar a uma sociedade sem drogas, define como seu objetivo central a eliminação de qualquer consumo
Enfatiza a obtenção de metas “sub-ótimas”, a curto e médio prazo	Enfatiza a obtenção de metas “ótimas”, a longo prazo
Orientação – visão tradicional da Saúde Pública	Orientação – Política Populista
Vê os usuários de drogas como membros da sociedade, almeja reintegrá-los à comunidade	Vê os usuários de drogas como marginais frente à sociedade, apenas aceitáveis desde que livres das drogas
Enfatiza a mensuração de resultados no âmbito da saúde, da vida em sociedade e economia, frequentemente, com metas definidas e determinados objetivos.	Enfatiza a mensuração da quantidade de drogas consumidas
Enfatiza a efetividade e a relação custo-benefício das intervenções.	Enfatiza a obtenção de uma situação de ausência absoluta de consumo de drogas, independentemente do preço a ser pago
Implementa suas intervenções com envolvimento relevante da população-alvo.	As intervenções são planejadas por autoridades governamentais, possivelmente com contribuições da sociedade de um modo geral
Enfatiza a importância da cooperação	A predominância das ações jurídico-políticas

<sup>12</sup> Panacéia: “Remédio para todos os males.” (BUENO, 1996, p. 480).

intersectorial entre instituições do âmbito jurídico-policial e da saúde.

Proposta adotada amplamente na Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e alguns países em desenvolvimento.

Enfatiza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, fazendo com que as atividades de repressão se dirijam basicamente ao tráfico de grande escala.

Julga que as atividades educativas referentes às drogas devem ser de natureza factual, ter credibilidade junto ao público-alvo, basear-se em pesquisas e traçar objetivos realistas.

Inclui drogas lícitas, como o álcool e o tabaco.

Dá preferência à utilização de terminologia neutra, não-pejorativa e científica.

FONTE: Wodak, 1998, p. 57.

é absoluta, o envolvimento das instituições de saúde é restrito e aceito de modo relutante

Apoiada fortemente pelos Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países asiáticos

Enfatiza a eliminação da oferta de drogas, com tolerância zero em relação a todos os usuários de drogas, inclusive aqueles que fazem uso moderado de drogas

As atividades educativas referentes às drogas veiculam uma mensagem única de abstinência de drogas: “Diga não às drogas!”

Restringe-se às drogas ilícitas

Dá preferência à utilização de terminologia veemente valorativa

Como visto, o PRD busca, acima de tudo, respeitar o usuário de drogas, concebendo-o como uma pessoa como outra qualquer, portadora de direitos, que vive numa sociedade democrática e que, portanto, tem liberdade para fazer suas escolhas. A abordagem, portanto, do programa de Redução de Danos, é oferecer maneiras de reduzir os riscos de adquirir doenças devido ao uso de drogas, não exigindo, contudo, que esse usuário pare ou deixe de usar drogas. Outro fator que o PRD aborda é a questão de estender a abordagem não somente a usuários de drogas ilegais, mas também de drogas legalizadas, como o álcool e o tabaco. Isso porque o programa entende que essas substâncias também podem produzir comportamentos de risco no seu usuário, não sendo de menor gravidade o seu consumo. Assim como as drogas ilegais, as drogas legalizadas podem oferecer riscos ou não ao seu usuário, dependendo da quantidade, da droga e do organismo de cada consumidor.

Uma das principais conquistas vivenciadas pelo Programa de Redução de Danos foi o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, e também por parte da justiça, da redução de danos como uma política de saúde pública no combate à disseminação do HIV/AIDS e outras doenças transmitidas via venosa onde deixa de ser vista como um incentivo ao consumo de drogas.

A primeira lei estadual a legalizar a troca de seringas ocorreu em setembro de 1997, no Estado de São Paulo, de autoria do Deputado Estadual Paulo Teixeira<sup>13</sup>. Após,

<sup>13</sup> Lei N.º 9.758, de 17 de setembro de 1997, que diz respeito à distribuição de seringas por parte da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo “[...] Fica a Secretaria de Estado da Saúde autorizada a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus da

muitos outros Estados passaram a criar suas leis, no intuito de legalizar o Programa de Redução de Danos. Ainda assim,

[...] as leis de Redução de Danos não serviram apenas para 'legalizar' as ações de trocas de seringas, uma vez que essa estratégia, na realidade nunca pode ser considerada um crime. Era e ainda é tão somente uma ação de Saúde Pública em face de uma emergência e as experiências em andamento desde então confirmavam essas características. (SIQUEIRA, 2006, p. 26).

Portanto, a Política de Redução de Danos vem, hoje, como uma das novas formas da saúde pública para responder à demanda da proliferação do HIV/AIDS entre usuários de drogas, tanto de drogas tidas como legais como das drogas consideradas ilegais.

No capítulo seguinte será abordada em maior profundidade a questão do HIV/AIDS, bem como suas formas contágio e proteção, dando ênfase nos Centros de Testagem e Aconselhamento, como espaços de prevenção e diagnóstico da doença.

## **2 BREVE HISTÓRICO DOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO E APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.**

### **2.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E CRIAÇÃO DO CISCOPAR.**

De acordo com Peron (2005, p. 24), no Brasil, a prática da criação de consórcios remonta à década de 1960, na cidade de Bauru, em São Paulo. Na área da saúde, o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde foi o de Penápolis/CISA, criado em 1986, o qual persiste até os dias atuais.

Mesmo datando de 1986 a primeira experiência brasileira de consórcio na área da saúde, é somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e com a criação da Lei Orgânica a Saúde/LOS, de 19 de setembro de 1990, que os Consórcios de Saúde passam a ser regulamentados. De acordo com o Artigo 10 da LOS:

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. § 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (CRESS, 2003, p. 165).

A partir daí houve uma disseminação de consórcios no país, onde, de acordo com Silva (2006), dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE colhidos em 2003 e publicados em 2005 apontam que dos 5.560 municípios brasileiros, 2.169 participavam de consórcios intermunicipais de saúde, o que representava 39,01% dos municípios do Brasil.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde/CIS se constituem de um conglomerado de municípios pertencentes, geralmente, a uma mesma região, reunindo-se na forma de consórcio para oferecer serviços de saúde especializados. Ao se associarem em forma de consórcio, os municípios se constituem em “[...] pessoa jurídica de direito privado [... os quais deverão pautar suas ações] pelos princípios básicos que informam as atividades da administração pública [...]” (CARVALHO; SANTOS *apud* COSTA; RIBEIRO, 1999, p. 12).

Quanto ao financiamento de suas ações, este “[...] é realizado por meio de uma combinação de três fontes básicas: quotas dos municípios consorciados (definidas segundo critérios populacionais e/ou utilização dos serviços), recursos provenientes diretamente do

SUS e recursos provenientes das secretarias estaduais de saúde.” (TEIXEIRA; DOWEL; BUGARIN, 2002, s.p.).

A união em forma de consórcios é muito viável para os municípios, em especial os de pequeno porte, principalmente pela questão da economia de recursos. A criação de serviços especializados em municípios pequenos é muito complexa, graças aos recursos econômicos, assim também como os recursos humanos e de infra-estrutura disponíveis. A criação de serviços especializados, muitas vezes, é incompatível com as necessidades da população. Já para as grandes cidades, que em sua maioria possuem serviços especializados, muitas vezes há ociosidade de leitos e vagas para consultas. Assim, tanto para municípios de pequeno quanto de grande porte, a união por meio de consórcios para oferecer serviços de saúde especializados se torna viável. Geralmente, a sede do consórcio se estabelece no município de maior população, mas todos os municípios envolvidos no consórcio contribuem com recursos, tanto orçamentários quanto humanos, bem como usufruem dos serviços que são financiados coletivamente.

O processo de municipalização da saúde tem requerido maior atuação do poder local, cabendo aos municípios o planejamento e a gestão do atendimento à saúde. Entretanto, o poder municipal enfrenta dificuldades que, muitas vezes, não podem ser resolvidas com a ação de uma prefeitura isoladamente. O SUS (Sistema Único de Saúde), criado em 1988, promove a autonomia dos municípios na gestão da saúde, porém, como não há verbas fixas destinadas ao SUS, os repasses dependem do fluxo de caixa do Ministério, o que dificulta o planejamento das ações. Além disso, o SUS paga principalmente por serviços prestados. Como os grandes centros urbanos geralmente têm mais equipamentos de atendimento à saúde, pacientes do interior são enviados aos centros urbanos, que recebem o respectivo pagamento, inibindo o destino de recursos para os pequenos municípios. O atendimento especializado necessita de investimentos que seriam muito vultuosos para uma prefeitura sendo que, na maioria das vezes, o equipamento seria subutilizado. Por exemplo, não é razoável que um município de 20 mil habitantes invista num centro cirúrgico altamente especializado em cardiologia. (SOARES *apud* PERON, 2005, p. 24-25).

Percebe-se, assim, que a união de municípios em forma de Consórcios Intermunicipais de Saúde/CIS se constitui numa alternativa na prestação de serviços de saúde especializados, os quais visam o atendimento de toda demanda ao mesmo tempo em que economiza e otimiza os recursos existentes.

No Estado do Paraná, a proliferação de consórcios acontece também devido ao incentivo, por parte do Estado, na busca de profissionais para atuarem nos Centros Regionais de Especialidades/CREs.

Devido às dificuldades financeiras e a falta de serviços médicos especializados, em 1993 é implantado o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa-Oeste do

Paraná/CISCOPAR<sup>14</sup>, com sede no município de Toledo. O CISCOPAR abrange os municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde, criada em 1989. Com verba dos 18 municípios integrados, o CISCOPAR compra serviços médicos especializados, os quais são distribuídos, por cotas, aos municípios segundo o número de habitantes de cada um. Atualmente são atendidas 34 especialidades<sup>15</sup>, entre elas aquela destinada a atender as pessoas HIV positivo e com DSTs, através do Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA.

## 2.2 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO/CTA E O ACOMPANHAMENTO AOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS HIV POSITIVO.

Os primeiros modelos dos Centros de Testagem e Aconselhamento/CTAs no Brasil ocorreram em 1987/88, com a criação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/COAS. Estes ofereciam a testagem anti-HIV de forma gratuita e sigilosa. Quando do seu surgimento, os COAS constituíram-se numa nova modalidade de atendimento às pessoas interessadas em realizar o teste anti-HIV. Isso porque, até então, só havia laboratórios particulares que realizavam o teste. Na rede pública, era realizado na triagem de sangue para transfusões e em doadores de órgãos e sêmen. Não havia um órgão público que disponibilizasse a testagem espontânea. Assim, com a criação dos COAS, a demanda por testes sorológicos cresceu cada vez mais, onde “A partir de 1989, a estratégia de testagem e aconselhamento passa a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção [...] com enfoque na redução de risco individual para prevenção da expansão da epidemia.” (BRASIL, 1999, p. 07). Com a criação dos COAS e, mais tarde, dos Centros de Testagem e Aconselhamento/CTAs, estes passaram a atender não só a demanda provocada, mas também a espontânea.

Em 1997, os COAS mudam sua nomenclatura para CTA/Centro de Testagem e Aconselhamento, o que “[...] veio a resultar, no âmbito formal, em alterações de ordem de conteúdo, o que culmina no agendamento em 1997, de reuniões regionais com todos os

---

<sup>14</sup> Entre os objetivos do CISCOPAR, tem-se: “[...] Levantar as necessidades de atendimento [...] (especialidades/exames/internamentos/terapias), solicitados pelos municípios; [...] Estabelecer o fluxo de atendimento dos pacientes, os serviços a serem contratados e os equipamentos a serem adquiridos[...].”(ESTATUTO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

<sup>15</sup> As especialidades atendidas pelo CISCOPAR são: retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal, consulta em gineco-obstetrícia, em ginecologia, atendimento médico especializado em urgência/emergência, atendimento médico esp. em urgência/emergência(integral), consulta em angiologia, em oncologia sem quimioterapia, em cardiologia, em cirurgia geral, em cirurgia plástica, em cirurgia vascular, em dermatologia, em endocrinologia e metabologia, em gastroenterologia, em nefrologia, em neurologia, em neurocirurgia, em oftalmologia, em ortopedia, em otorrinolaringologia, em pneumologia, em psiquiatria, em urologia, em fonoaudiologia, em psicologia, em buco-maxilar-facial, pré-anestésica, em psiquiatria(plantão), biópsia de aparelho auricular, remoção de cerúmen de C.A.E.-unilateral, biópsia de tireóide, punção de tireóide, retirada de corpo estranho em faringe e consulta em infectologia(exclusivo para pacientes do CTA).(TABELA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS DO CISCOPAR, 2007).

CTAs [...] objetivando discutir e avaliar o funcionamento desses serviços.” (FEDRIGO, 2005, p. 26). Em 1999, é criado um manual com as Diretrizes<sup>16</sup> dos Centros de Testagem e Aconselhamento/CTA, que dispõe sobre a organização e o funcionamento destes. A partir de então é criado um modelo nacional para o atendimento nos CTAs de todo o Brasil, podendo estes serem adequados às necessidades de cada região.

A ação dos profissionais que atuam nos CTAs deve ter como base valores éticos de respeito e compreensão frente às demandas apresentadas. Para tanto, “[...] os princípios de confiabilidade nos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de referência, gratuidade e confidencialidade, aliados à correta informação e apoio emocional, ofertados por meio das ações de aconselhamento, devem constituir os pilares éticos dos CTA.” (BRASIL, 1999, p. 16).

Como um dos princípios que regem os CTAs, tem-se o do aconselhamento. O aconselhamento é caracterizado

[...] como um processo de escuta ativa, centrado no contato direto com o cliente [... pressupondo] a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 1999, p. 12).

O aconselhamento é muito importante já que se constitui no primeiro contato entre os profissionais que trabalham no CTA com o usuário que chega para fazer coleta, tanto espontânea quanto provocada. É a partir desse primeiro contato que depende todo o processo de acompanhamento do usuário em caso de positividade no resultado do exame de HIV/AIDS. Em caso negativo, o aconselhamento também se torna importante como meio de incentivar uma vivência sexual mais segura, que vise prevenir riscos futuros de contrair o vírus HIV.

Em suma, “As ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTA constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e doença.” (BRASIL, 1999, p. 09).

No aconselhamento são explicadas ao usuário as formas de se contrair o vírus HIV, os procedimentos para a realização do exame, assim como a necessidade de se

---

<sup>16</sup> O manual com as Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento-CTA, cita como objetivos dos CTAs “Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV; Estimular a adoção de práticas seguras; Encaminhar as pessoas HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos antiretrovirais; Absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue; Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais; Auxiliar os serviços de pré-natal para testagem sorológica de mulheres gestantes; Levar informações sobre prevenção das DST/HIV/aids e do uso indevido de drogas para grupos específicos.” (BRASIL 1999, p. 11).



coletar uma nova amostra de sangue dentro de três meses,<sup>17</sup> onde se enfatiza a importância da prevenção. Após o aconselhamento, é realizada a coleta de sangue que, no caso do CTA pertencente à 20ª Regional de Saúde, posteriormente é enviada juntamente com outras coletas para o laboratório, localizado no prédio que situa a administração da 20ª Regional de Saúde, onde é realizada a triagem do sangue, separando-o do soro. O soro, por sua vez, é encaminhado ao Laboratório Central do Estado/LACEN, localizado em Curitiba para a realização dos exames.<sup>18</sup>

Em Toledo, o CTA foi efetivado após a criação de um Projeto de Lei realizado por profissionais do CISCOPAR e da 20ª Regional de Saúde, que foi enviado à Câmara Municipal de Toledo. Com a aprovação do Projeto de Lei, o CTA entrou em funcionamento em agosto de 2000, onde, em junho de 2001 passou a disponibilizar medicamentos anti-retrovirais e para doenças oportunistas<sup>19</sup>. Ainda em 2001, constatou-se a necessidade do CTA garantir tratamento<sup>20</sup> aos usuários diagnosticados com HIV/AIDS e portadores de outras DSTs. Foi criado assim, o Serviço de Assistência Especializada/SAE, que, formado por uma equipe multidisciplinar, passou a atender às novas demandas que estavam sendo postas.

Assim como o CISCOPAR, o CTA tem sua estrutura em Toledo e atende aos 18 municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde.

Inicialmente o CISCOPAR cedeu uma sala para aconselhamento e reuniões, uma sala administrativa e um consultório médico ao CTA<sup>21</sup>. Atualmente o CTA de Toledo conta com um consultório médico, uma sala para Enfermagem, uma sala para o serviço de

---

<sup>17</sup> A necessidade de se coletar uma segunda amostra de sangue após três meses passados da primeira coleta, deve-se ao fato de o usuário poder estar em período de janela imunológica. Ou seja, a partir do momento em que a pessoa é infectada pelo vírus HIV, o seu organismo demora cerca de três meses para produzir anticorpos (que defendam o organismo dos vírus), o suficiente para ser detectado em um exame de sangue. Por isso da necessidade de se realizar uma nova coleta decorridos três meses da primeira.

<sup>18</sup> Além do exame anti-HIV, é realizado também com a mesma coleta sanguínea exames de Sífilis e Hepatite, sendo este último realizado em usuários de drogas injetáveis, pessoas com tatuagens ou *piercings* ou adultos maiores de 20 anos.

<sup>19</sup> No CTA é realizado, além dos exames já citados, abordagem sindrômica (consulta) em Doenças Sexualmente Transmissíveis-DSTs, fornecendo através do SAE o medicamento ao paciente quando necessário. Quanto aos medicamentos destinados à AIDS, atualmente são oferecidos 15 tipos de medicamentos para HIV/AIDS, presentes em três formas: comprimidos (cp), cápsulas (cps) e solução líquida (sol). São eles: Tenofovir (cp), Lamivudina-3TC (cp, sol), Zidovudina-AZT (cps, sol, injetável), Efavirenz (cp, cps), Didanosina-DDI (cp), Didanosina entérica-DDIEC(cp, cps), Indinavir (cps), Atazanavir-ATV (cp), Bivir (cp), Nevirapina (cp), Estavudina-D4T (cps), Kaletra (cp), Ritonavir (cps), Saquinavir (cps). Quanto aos medicamentos para infecções oportunistas são disponibilizados 23 tipos de medicamentos. (DADOS OBTIDOS COM A FARMACÊUTICA DO CTA TICIANA RENZ EM 15/10/07).

<sup>20</sup> Para a pessoa com HIV/AIDS começar a tomar a medicação é realizado vários exames e acompanhamento constante. É necessário que o nível de CD4 (células de defesa) seja menor que 350 unidades por ml de sangue ou que após observada as doenças do Critério de Caracas, haja uma soma igual ou superior a 10 pontos. Se for observado esse último critério, não é obrigatório o nível de CD4 estar inferior a 350. Após essas verificações o paciente já é considerado um doente de AIDS, o qual necessita de intervenção medicamentosa. (ANEXO 1).

<sup>21</sup> Até 1998 as coletas de sangue para exames de HIV/AIDS, sífilis (VDRL) e hepatite eram realizadas no HemePar de Cascavel. Com a implantação do Laboratório do CIS na 20ª Regional de Toledo em 1998, as coletas de sangue passaram a ser realizadas em Toledo. Contudo, o Laboratório do CIS foi criado com a intenção de atender as gestantes dos 18 municípios, já que no exame pré-natal é exigido o exame de HIV/AIDS, sífilis e hepatite. Já o CTA foi criado para atender coletas espontâneas. Atualmente, a coleta de sangue de gestantes também pode ser realizada no CTA. (CASSOL, 2006, p. 10).

Psicologia, uma sala para o serviço de farmácia, uma sala para o Serviço Social e uma sala para o leito dia<sup>22</sup>.

Como já mencionado, entre os serviços disponibilizados pelo CTA, está o oferecimento

[...] do teste anti-HIV para todas as pessoas que se consideram em risco para a infecção pelo vírus da aids, propiciando o diagnóstico precoce das pessoas já infectadas, com o imediato encaminhamento aos serviços públicos de assistência, e a possibilidade de uma interação preventiva face a face, entre o profissional de saúde e os usuários do SUS. (PASSARELLI, 2004, p. 15).

Assim, além da realização do teste anti-HIV, o CTA encaminha aos serviços que prestam assistência às pessoas diagnosticadas soropositivas, para tratamento<sup>23</sup>.

Nos municípios pertencentes à 20ª Regional de saúde, o próprio CTA (localizado em Toledo) é que presta os serviços de assistência ao usuário diagnosticado HIV positivo, através do SAE. Para tanto, é oferecido acompanhamento com psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro e farmacêutico.

Desde a sua criação, o CTA já atendeu a um número expressivo de pessoas que realizaram o teste anti-HIV<sup>24</sup>. Como um dos objetivos é estender a um maior número possível de pessoas o exame anti-HIV, são realizadas campanhas e ações públicas que visem atingir esse objetivo. Essas ações e campanhas são discutidas pelos 18 municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde, através de reuniões anuais, onde são apresentadas propostas e sugestões dos municípios. Essas propostas, por sua vez, são analisadas conjuntamente, onde se visa entender sua importância, o montante de recursos disponíveis, a necessidade e aplicabilidade destas que, após aprovação passam a constituir o Plano de Ações e Metas/PAM, a ser implementado no ano seguinte pelo CTA. Após a elaboração do PAM, este é enviado ao Conselho Municipal da Saúde, que, se aprovado é enviado ao Conselho Nacional de DST/AIDS que, juntamente com o Ministério da Saúde, realiza o repasse de parte da verba necessária à execução das ações propostas no PAM. A outra parte da verba destinada à implementação das ações do PAM vem da contrapartida dos 18

---

<sup>22</sup> O leito dia é utilizado por pessoas com HIV/AIDS quando necessitam de algum cuidado médico acompanhado de observação e que não é necessária a internação.

<sup>23</sup> Torna-se importante reafirmar, que não necessariamente, toda pessoa diagnosticada soropositiva é doente de AIDS e, portanto, necessita ingerir medicamentos (ver p. 24/40, nota de rodapé). Após o diagnóstico, o paciente soropositivo passa por uma consulta com o médico, onde é avaliado o estágio da doença e como o organismo vem reagindo à contaminação. Após avaliação médica e discussão com os outros profissionais, é decidido se o paciente já inicia o tratamento com medicação. Caso não necessite entrar com medicação imediatamente, ele passa a ser monitorado e acompanhado pelos profissionais regularmente, realizando coletas de sangue assíduas para detectar os níveis de CD4(células de defesa do organismo) e carga viral(quantidade de vírus presente em cada ml de sangue).

<sup>24</sup> De acordo com os registros do CTA, até a data de 09/10/07 foram realizados 6.452 exames anti-HIV, dos quais 159 são de coletas na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE em virtude do evento Ações saudáveis para qualidade de vida.

municípios. Atualmente o Ministério da Saúde em conjunto com a Coordenação Nacional de DST/AIDS têm repassado um montante de 75 mil reais ao ano para o CTA. Esse repasse ocorre diretamente para o fundo municipal que, por sua vez, repassa ao CTA. Outra contrapartida de 25 mil reais vem dos 18 municípios, divididos entre si de acordo com o número de habitantes.<sup>25</sup> O mesmo trâmite para a aprovação do PAM é realizado a cada seis meses para a prestação de contas do PAM, que é realizada pela assistente social juntamente com a psicóloga.

Entre as ações fixas que são realizadas anualmente pelo CTA, no âmbito da prevenção, têm-se: campanhas dirigidas em datas comemorativas, como carnaval, dia dos namorados, dia do trabalhador, dia do motorista, dia nacional de prevenção ao HIV/AIDS no local de trabalho, Dia Mundial de Luta contra a AIDS, entre outras.

Em relação às ações que desenvolve conjuntamente com outras organizações está o Evento Ações Saudáveis para a Qualidade de Vida, que é realizado na Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, *campus* de Toledo, sob a coordenação da professora Vera Lúcia Martins e do qual o CTA participa como colaborador, tanto na questão financeira quanto na realização de testagem sorológica, distribuição de preservativos e material informativo.

Outra ação ainda desenvolvida pelo CTA é a realização de palestras na Semana Interna de Prevenção contra Acidentes de Trabalho/SIPAT. Empresas com mais de 50 funcionários são obrigadas a realizar, pelo menos uma vez ao ano, essa modalidade de ação. Para tanto, as empresas entram em contato com o CTA, solicitando a presença de um profissional ou estagiário para a realização da palestra acerca de DST/AIDS. Em alguns casos também é realizado a coleta de sangue para a testagem sorológica.

Com relação às palestras, essas não se restringem às empresas, mas também entidades e escolas têm procurado o CTA para realização de palestras. Estas últimas estão se constituindo numa demanda cada vez maior. Ainda com relação a ações desenvolvidas pelo CTA no âmbito da prevenção, são realizadas capacitações para os profissionais de saúde dos 18 municípios integrantes do CTA, além da disponibilização de material informativo e preservativos<sup>26</sup> a usuários que buscam o CTA como fonte de pesquisa e busca de métodos preventivos.

Juntamente com essas ações, o CTA distribui preservativos e material informativo aos pacientes soropositivos e às profissionais do sexo<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Dados obtidos com a Assistente Social e coordenadora do CTA Denise Franz.

<sup>26</sup> Cada usuário que dirige-se ao CTA em busca de preservativo recebe uma quantidade de nove unidades. A distribuição é gratuita, podendo o usuário retornar sempre que quiser.

<sup>27</sup> Estas possuem uma carteirinha para registro e controle do CTA, as quais recebem 30 preservativos ao mês, além de gel lubrificante. Destaca-se que as profissionais do sexo que trabalham em casas noturnas só recebem os preservativos se as próprias comparecerem ao CTA, com a carteirinha. Essa medida foi tomada após detectado que os donos das casas noturnas buscavam os preservativos com as carteirinhas das profissionais do

O CTA se configura, seja pela demanda multifacetada, seja pelas ações que desenvolve, como um espaço de suma importância tanto no âmbito da prevenção quanto no âmbito do tratamento ao HIV/AIDS e às Doenças Sexualmente Transmissíveis/DSTs.

## 2.3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O Serviço Social – profissão de natureza essencialmente interventiva – ocupa na divisão social e técnica do trabalho espaço privilegiado para a produção do conhecimento a partir da relação indissociável entre teoria e prática. No dizer de uma assistente social e pesquisadora

A pesquisa ocupa um papel *fundamental* no processo de formação profissional do assistente social, atividade privilegiada para a *solidificação dos laços entre o ensino universitário e a realidade social* e para a *soldagem das dimensões teórico-metodológicas e prático-operativas do Serviço Social*, indissociáveis de seus *componentes ético-políticos*. (IAMAMOTO, 2001, p. 273).

Do ponto de vista conceitual, a pesquisa define-se como uma “[...] atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade [... onde as] questões da investigação [...] são frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e objetivos.” (MINAYO, 1998, p. 17-18). Mais do que um requisito acadêmico para conclusão do curso, a presente pesquisa reflete a vivência na busca de responder a seguinte indagação: qual a razão do elevado índice de casos diagnosticados de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR quando comparado com outros municípios de maior porte populacional pertencentes à 20ª Regional de Saúde? Visando dar respostas a essa indagação foram elencados alguns objetivos. Como objetivo geral buscou-se analisar os dados referentes ao número de casos de HIV/AIDS notificados no município de Quatro Pontes/PR no período de 2005 e 2006. Este, por sua vez, foi desdobrado em alguns objetivos específicos: identificar o perfil das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes; identificar as ações de prevenção de HIV/AIDS no âmbito dos 18 municípios atendidos pelo CTA/CISCOPAR; identificar as ações de prevenção do HIV/AIDS no município de Quatro Pontes; identificar e analisar as razões da maior incidência de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes em relação aos demais municípios da 20ª Regional de Saúde atendidos pelo CTA.

Para alcançar os objetivos propostos, visando dar resposta à indagação que se apresentava, optou-se pela abordagem qualitativa na análise dos dados, haja vista que esta abordagem possibilita uma apreensão maior do que está sendo pesquisado, concebendo os sujeitos não isoladamente em suas ações, mas em relação direta com o meio em que vivem e fruto de processos históricos. Dentro da abordagem qualitativa utilizou-se do estudo de caso, visto como “[...] um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.” Yin (*apud* GIL, 1999, p. 73). O estudo de caso tem sua relevância à medida que possibilita ao pesquisador compreender todo o contexto em que está inserido o objeto de estudo.

Para a coleta de dados utilizou-se da pesquisa em documentos e da entrevista, esta concebida como “[...] uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária.” (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. 107). Utilizou-se da entrevista estruturada com questões abertas, por compor um trajeto previamente estabelecido e por proporcionar um contato direto com o entrevistado, contribuindo para a observação de sinais que podem não ser registrados através da fala ou da escrita. Para registrar os dados colhidos na entrevista utilizou-se de formulário, caracterizado como “[...] roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele com as respostas do pesquisado.” (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. 107) e de gravador.

O universo da pesquisa é constituído: - pelo CTA/Toledo, através de sua assistente social e coordenadora; - pelo setor de epidemiologia do município de Quatro Pontes/PR, através da enfermeira chefe do setor; - pela análise documental dos registros do CTA de casos soropositivos dos 18 municípios que fazem parte da 20ª Regional de Saúde, totalizando 283 pessoas portadoras do HIV/AIDS notificadas no período de vinte anos (1986 a 2006) e atendidas pelo CTA/Toledo até dezembro de 2006.

O tipo de amostra escolhido foi a intencional definida como “[...] um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 1999, p. 104).

Assim, para a compreensão do objeto de estudo da presente pesquisa, qual seja, as causas da grande incidência de pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR, a amostra dos sujeitos da pesquisa foi constituída pela assistente social e coordenadora do CTA/Toledo, Denise Franz e pela enfermeira responsável pela Epidemiologia no município de Quatro Pontes. A escolha foi intencional e limitou-se a esses dois sujeitos porque foram considerados como sendo os profissionais que, dentro do limite de tempo para realizar a pesquisa, seriam essenciais para esclarecer o objeto de estudo.

Ressalta-se que não houve nenhuma entrevista com soropositivos pela razão já apresentada no parágrafo anterior, bem como pela dificuldade de abordagem da questão com as pessoas soropositivas do município estudado.

Como informado anteriormente, a escolha do município de Quatro Pontes para a realização da pesquisa se deve ao fato de que sendo o segundo menor município, em número de habitantes, em relação aos demais municípios que fazem parte da 20ª Regional de Saúde, e é o que mais apresenta incidência de casos de HIV/AIDS, proporcionalmente ao número de habitantes. Por isso, o interesse da pesquisadora em investigar tal situação, levando ainda em conta que o município citado possui o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano/IDH do Paraná (0,851 em 2000, segundo dados obtidos em WIKIPEDIA, 2007), o que pressupõe que os munícipes ali residentes tenham uma qualidade de vida alta que, por sua vez, implica num maior acesso à informação, orientação e aos métodos de prevenção com relação à transmissão do HIV/AIDS, não encontrando justificativa plausível, num primeiro momento, para o alto índice de contaminação identificado no município.

Visando elucidar o objeto de estudo definiram-se como sujeitos da pesquisa a assistente social e coordenadora do CTA em Toledo, Denise Franz e a enfermeira responsável pela Epidemiologia no município de Quatro Pontes, Gislaine Bergamo.

O consentimento dos sujeitos em participar da pesquisa ocorreu após o repasse das informações sobre o objetivo da pesquisa e outros esclarecimentos que se fizeram necessário. Não houve nenhum impedimento por parte dos sujeitos à divulgação de seus nomes, bem como a transcrição das informações obtidas nas entrevistas foi mantida o mais fiel possível.

A princípio cogitou-se a possibilidade de entrevistar as pessoas com HIV/AIDS do município de Quatro Pontes. Contudo, após conversa com a assistente social e outros profissionais que atuam no CTA, houve a orientação de buscar outras formas de realizar a pesquisa, já que de acordo com esses profissionais, os soropositivos do município de Quatro Pontes são introspectivos com relação à doença, prevalecendo o segredo e o medo do preconceito. Além disso, estes não abriram a público sua sorologia. Optou-se então pela entrevista com a responsável pela Epidemiologia do município.

Para a realização das entrevistas foram estabelecidos os horários e locais antecipadamente, através de contato telefônico, no caso de Quatro Pontes e em Toledo nos dias de estágio da pesquisadora. Para a entrevista com a responsável pela Epidemiologia de Quatro Pontes a pesquisadora se deslocou até o município.

Embora com datas e horários agendados antecipadamente, no caso de Toledo, durante a entrevista houve várias interrupções, devido à presença de usuários que vieram buscar os serviços oferecidos e, no caso de Quatro Pontes, as datas da entrevista foram

modificadas algumas vezes em função de imprevistos no trabalho da entrevistada, o que causou alguns atrasos na obtenção e, conseqüentemente, na interpretação dos dados por parte da pesquisadora.

## 2.4 EXPOSIÇÃO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS.

Para melhor compreensão e apresentação dos dados coletados, optou-se por subdividi-los em eixos.

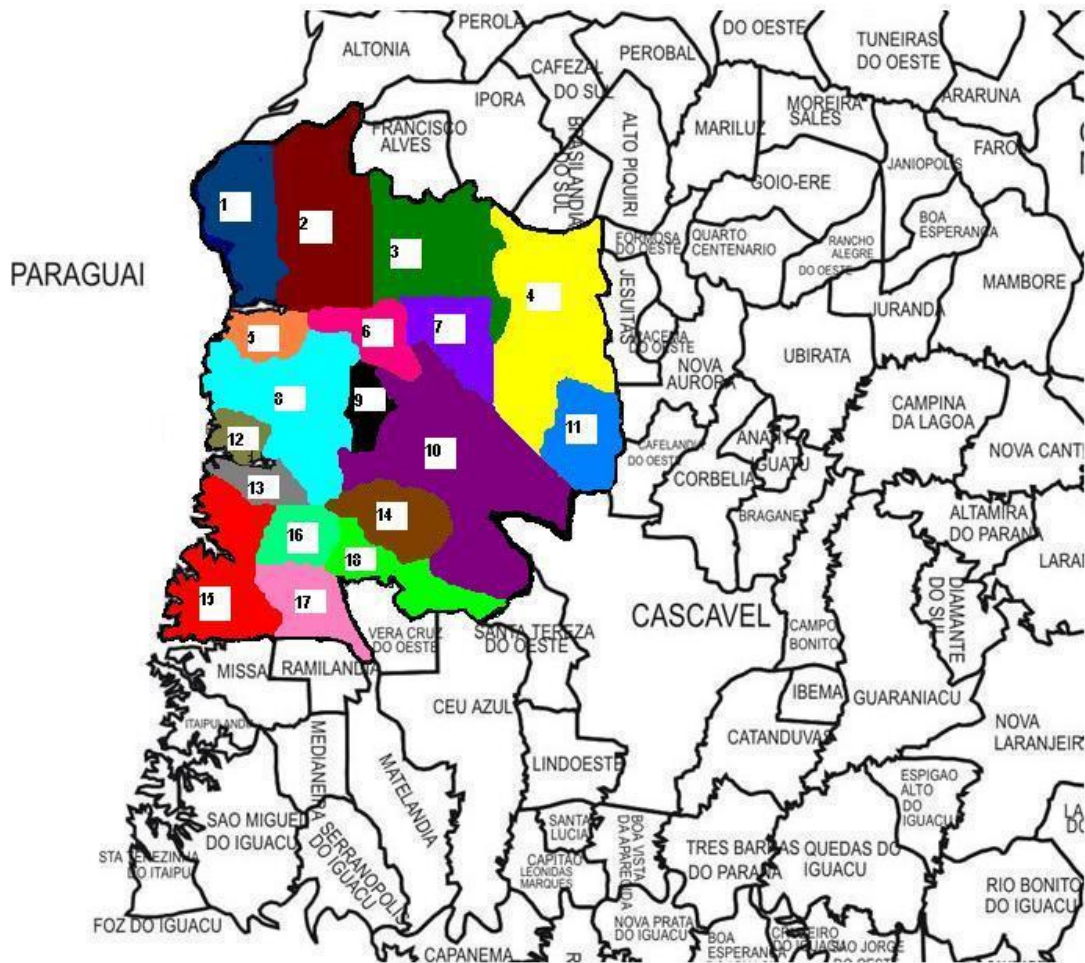
O primeiro eixo apresenta os municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde, seguido do número de habitantes e dos casos de HIV/AIDS presentes, além do número de óbitos decorrentes da doença.

O segundo eixo apresenta o perfil das pessoas com HIV/IDS no município de Quatro Pontes.

Por fim, no terceiro eixo são apresentadas as entrevistas realizadas com a assistente social e coordenadora do CTA e com a Enfermeira responsável pela Epidemiologia no município de Quatro pontes.

### **2.4.1 EIXO 1 - Municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde.**

**FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE.**



- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1- Guaíra                  | 10- Toledo                 |
| 2- Terra Roxa              | 11- Tupãssi                |
| 3- Palotina                | 12- Pato Bragado           |
| 4- Assis Chateaubriand     | 13- Entre Rios do Oeste    |
| 5- Mercedes                | 14- Ouro Verde do Oeste    |
| 6- Nova Santa Rosa         | 15- Santa Helena           |
| 7- Maripá                  | 16- São José das Palmeiras |
| 8- Marechal Cândido Rondon | 17- Diamante do Oeste      |
| 9- Quatro Pontes           | 18- São Pedro do Iguaçu    |

FONTE: Atlas, 2007.



**QUADRO 4 – TOTAL DE CASOS DE HIV/AIDS E DE ÓBITOS DECORRENTES DA DOENÇA QUE ESTAVAM SENDO ACOMPANHADOS PELO CTA EM DEZEMBRO DE 2006, DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE ORIGEM.**

MUNICÍPIO	HABITANTES JULHO DE 2003 <sup>28</sup>	ÓBITOS DIAGNOSTICADOS DESDE 1986 <sup>29</sup>	PESSOAS EM ACOMPANHAMENTO EM 2006.
Assis	31.966	06	16
Chateaubriand			
Diamante do Oeste	3.957	02	01
Guaira	28.377	20	31
Marechal Cândido Rondon	42.249	07	33
Mercedes	4.693	00	04
Nova Santa Rosa	7.142	01	01
Palotina	26.085	19	19
Quatro Pontes	<b>3.643</b>	<b>00</b>	<b>08</b>
Pato Bragado	4.157	01	05
Santa Helena	20.834	04	16
São José das Palmeiras	3.788	01	01
São Pedro do Iguaçu	6.992	01	06
Terra Roxa	15.559	02	15
Tupãssi	7.847	00	07
Toledo	100.715	44	119
Ouro Verde do Oeste	5.291	00	00
Maripá	5.776	00	01
Entre Rios do Oeste	3.413	00	00

FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

De acordo com o quadro, percebe-se que, desde a detecção dos primeiros casos de HIV/AIDS na região de abrangência da 20ª Regional de Saúde, datados de 1986, 391 casos já foram diagnosticados. Em dezembro de 2006 estavam sendo acompanhadas pelo CTA/Toledo 283 pessoas com HIV/AIDS. Visualiza-se também, que 16 dos 18 municípios atendidos pelo CTA estavam com pelo menos um caso da doença e que 12 municípios já haviam constatado casos de óbitos decorrentes do HIV/AIDS, totalizando 108 mortes. Paralelamente percebe-se que o município que apresentava maior incidência de óbitos decorrentes do HIV/AIDS era Palotina, com uma população estimada em 26.085 pessoas e apresentando 19 óbitos até 2006. Dos municípios que apresentavam uma maior incidência de casos de HIV/AIDS que estavam sendo atendidos em 2006, destacava-se o

<sup>28</sup> Dados obtidos no CTA/CISCOPAR.

<sup>29</sup> Os primeiros casos de HIV/AIDS e óbitos decorrentes da doença datam de 1986 na região de abrangência da 20ª Regional de Saúde.

município de Quatro Pontes com uma população estimada em 3.643 habitantes e que contava com 8 casos de pessoas com HIV/AIDS.

**QUADRO 5 – CASOS DE HIV/AIDS E ÓBITOS IDENTIFICADOS EM 2005 E 2006, DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE ORIGEM.**

MUNICÍPIO	HABITANTES JULHO DE 2003.	ÓBITOS OCORRIDOS EM 2005 E 2006.	PESSOAS INFECTADAS EM 2005 E 2006.
Assis Chateaubriand	31.966	-	-
Diamante do Oeste	3.957	01	01
Guaira	28.377	01	10
Marechal Cândido Rondon	42.249	-	07
Mercedes	4.693	-	-
Nova Santa Rosa	7.142	-	-
Palotina	26.085	03	06
Quatro Pontes	3.643	-	07
Pato Bragado	4.157	-	01
Santa Helena	20.834	01	-
São José das Palmeiras	3.788	-	01
São Pedro do Iguaçu	6.992	-	02
Terra Roxa	15.559	01	-
Tupãssi	7.847	-	04
Toledo	100.715	02	21
Ouro Verde do Oeste	5.291	-	-
Maripá	5.776	-	01
Entre Rios do Oeste	3.413	-	-

FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

De acordo com o gráfico percebe-se que 11 dos 18 municípios de abrangência do CTA/Toledo diagnosticaram casos de HIV/AIDS no período de 2005 e 2006, totalizando 61 novos casos. Nesse mesmo período 6 municípios registraram óbitos decorrentes do HIV/AIDS, totalizando 9 óbitos. Percebe-se também que do total de casos de HIV/AIDS do município de Quatro Pontes que estavam sendo acompanhados em 2006, 87,5 % foram diagnosticados no período de 2005 e 2006. Portanto, o que se percebe é que a grande incidência de casos de HIV/AIDS no município é recente.

Afora os dados já apresentados, o CTA acompanha 4 crianças com HIV/AIDS, das quais 3 usufruem de medicação. Também estão em acompanhamento 5 gestantes, das quais 3 foram diagnosticadas no ano de 2007. As outras duas já eram mulheres HIV positivo

e, mesmo assim, decidiram engravidar<sup>30</sup>. No período de janeiro a 29 de outubro de 2007 foram diagnosticados 15 novos casos de HIV/AIDS no CTA de Toledo.

#### 2.4.2 EIXO 2 - Perfil das pessoas com HIV/AIDS do município de Quatro Pontes.

O município de Quatro Pontes localiza-se na região do Oeste Paranaense (conforme pode ser observado no mapa) e conta com uma população de 3.643 habitantes em julho de 2003 (segundo dados obtidos no CISCOPAR). O município foi fundado em 13 de setembro de 1990. De acordo com dados de Wikipedia (2007), sua área geográfica é de 114,393 Km<sup>2</sup>, apresentando IDH de 0,851 e PIB de R\$ 66.968.820,00, sendo o PIB *per capita* de R\$ 18.392,97. Do total da população o município apresentava, até dezembro de 2006, oito casos de pessoas com HIV/AIDS. Destes casos, um foi diagnosticado em 2004 e os outros sete em campanhas no ano de 2005. As campanhas nas quais se diagnosticaram a maioria dos casos foram realizadas pela responsável pela Epidemiologia de Quatro Pontes com colaboração do CTA.

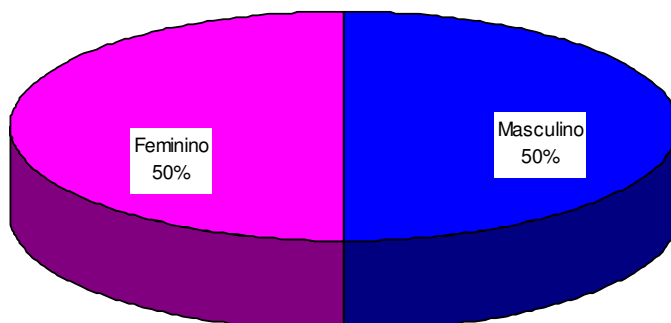
**FIGURA 2 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES.**



Fonte: Wikipedia, 2007.

<sup>30</sup> As mulheres HIV positivo têm os mesmos direitos de outra mulher qualquer na decisão de engravidar. O que muda nesta situação é a percepção da situação de risco em que está envolvida a decisão da gravidez.

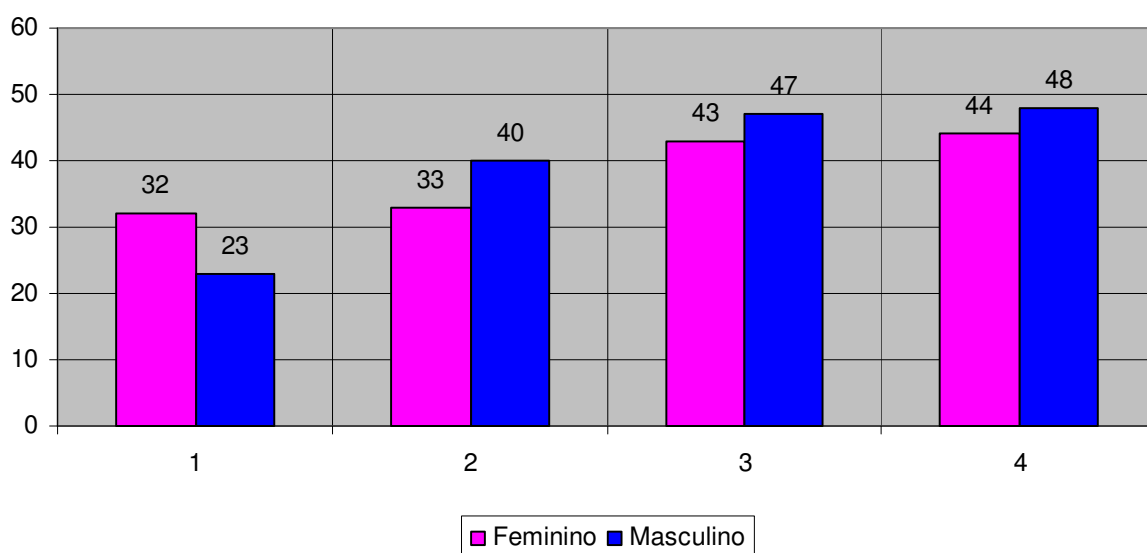
**GRÁFICO 1 - SEXO DAS PESSOAS COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES.**



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

Como se pode perceber, com relação ao gênero das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, 50 % são homens e 50% são mulheres. Pode-se observar que a relação de infecção pelo HIV homem/mulher é a mesma, não havendo uma prevalência dos homens, como era característico no início da epidemia o que reforça a feminilização da doença. Outra característica que pode ser observada é a questão da interiorização porque Quatro Pontes é um município pequeno, como já visto, com uma população de 3.643 habitantes (dados de 2003) e com uma grande incidência de HIV/AIDS.

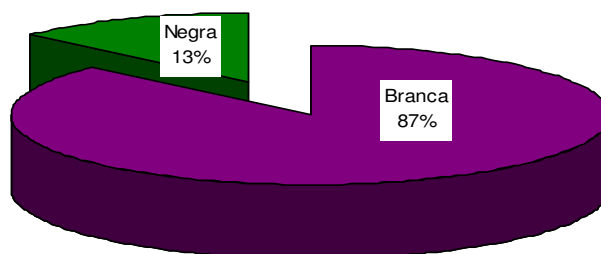
**GRÁFICO 2 – IDADE DAS PESSOAS COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES.**



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

Em relação à idade das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, percebe-se que as mulheres, em sua maioria, têm idade inferior a dos homens. A faixa etária feminina concentra-se entre 32 e 44 anos. Em relação aos homens a faixa etária é de 23 a 48 anos. Uma característica que pode ser observada é que tanto os homens quanto as mulheres encontram-se em idade produtiva.

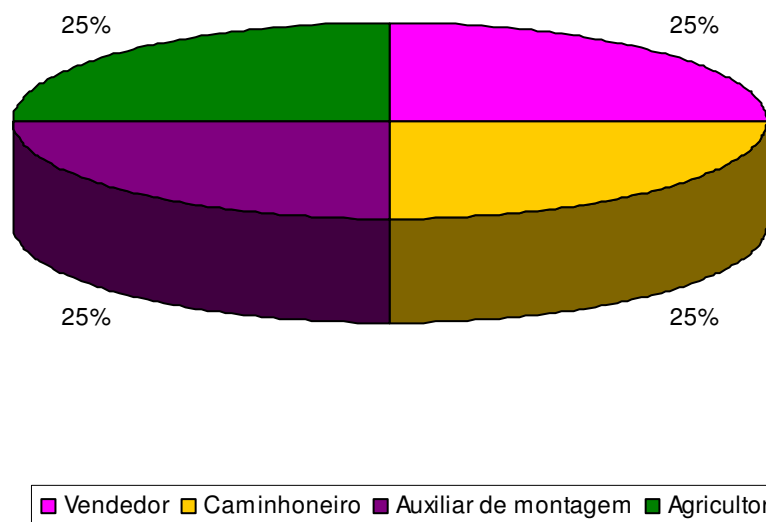
### GRÁFICO 3 – PESSOAS COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES.



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

Em relação à cor das pessoas diagnosticadas a maioria é branca representando 87%. Os negros representam apenas 13%. Percebe-se que, ao contrário das outras diversas manifestações da “questão social”, onde a população negra é historicamente majoritária, no caso do HIV/AIDS a maioria é branca. Esse fato justifica-se pela composição da população, que são descendentes de italianos e germânicos.

**GRÁFICO 4 – PROFISSÃO DOS HOMENS COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES**



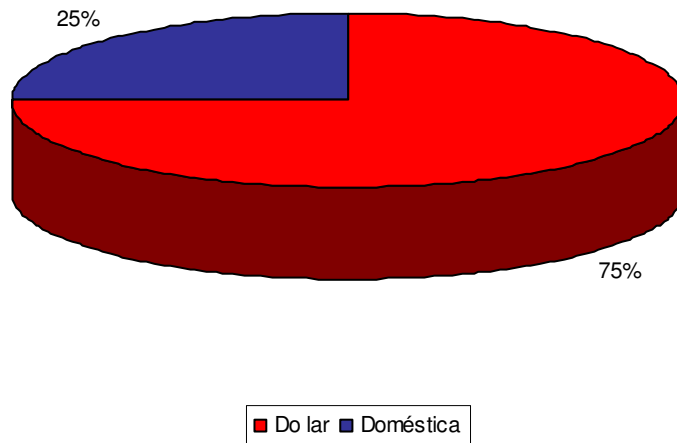
FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

No que diz respeito à profissão dos homens com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes observa-se que todos fazem parte da classe trabalhadora na divisão do trabalho<sup>31</sup>. Ou seja, todos vendem sua força de trabalho em troca de uma quantia em dinheiro aos donos dos meios de produção<sup>32</sup>. Observa-se também que são profissões de baixa remuneração e pouco consideradas no mercado de trabalho.

<sup>31</sup> “[...] à medida que se desenvolve a capacidade produtiva da sociedade [...] esta divide as ocupações necessárias à produção de bens entre seus membros - instaurando a **divisão social do trabalho**, que avança tanto mais rapidamente quanto mais os bens produzidos, deixando o limite do autoconsumo das comunidades, destinam-se à troca [...] essa divisão reparte o trabalho em especialidades (a olaria, a fabricação de armas etc.) [...]” (BRAZ; NETTO, 2006, p. 59).

<sup>32</sup> O modo de produção capitalista é composto de duas classes sociais: de um lado os donos dos meios de produção e de outro os trabalhadores, que vendem sua força de trabalho aos donos dos meios de produção.

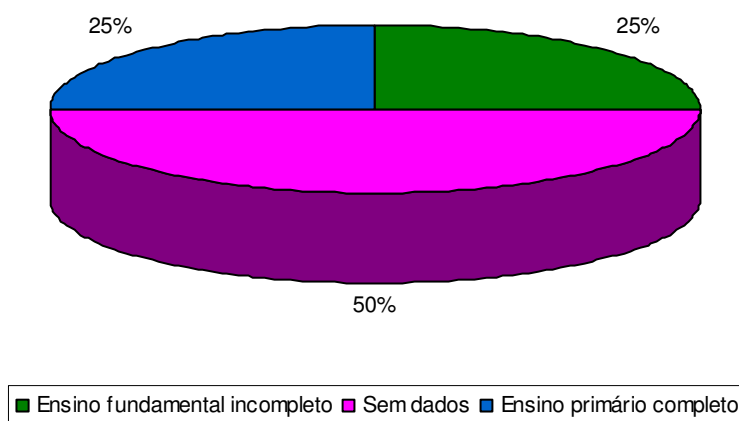
**GRÁFICO 5 – PROFISSÃO DAS MULHERES COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES**



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

No que diz respeito à profissão das mulheres com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, mesmo a maioria estando em idade produtiva, 75% delas trabalham em casa. Apenas 25% trabalham fora, como domésticas. Observa-se também que estas profissões são de pouso reconhecimento profissional e conseqüentemente com baixo valor econômico.

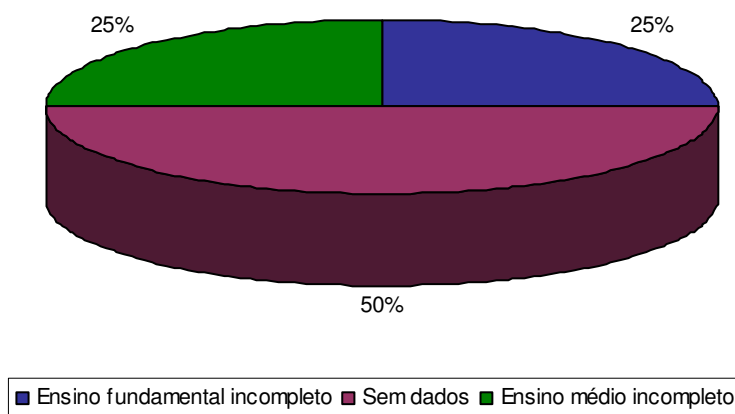
**GRÁFICO 6 – ESCOLARIDADE DAS MULHERES COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES**



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

No que diz respeito à escolaridade das mulheres HIV positivo, vinte e cinco por cento tem apenas o ensino primário (1ª a 4ª série) completo. Outros 25% não concluíram o ensino fundamental (6ª a 8ª série). Ao analisar o gráfico observa-se que a maioria não apresenta dados relativos à escolarização nos arquivos do CTA. Os dados existentes revelam que as mulheres com HIV/AIDS do município de Quatro Pontes possuem baixa escolaridade, podendo justificar as profissões, as quais exigem um maior esforço físico, e não requerem um alto nível de instrução, aperfeiçoamento ou conhecimento intelectual.

**GRÁFICO 7 – ESCOLARIDADE DOS HOMENS COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES**

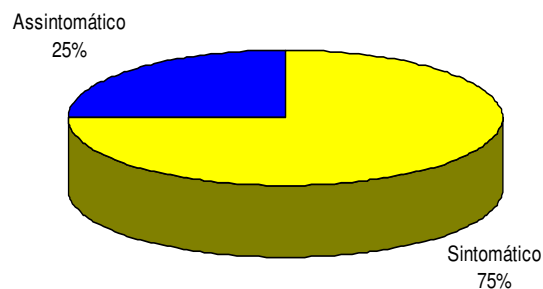


FONTE: Banco de dados do CTA, 2007.



Na análise da escolaridade dos homens HIV positivo, assim como na escolaridade das mulheres, observa-se que 50% não apresentam dados. Dos que apresentam, 25% tem o ensino fundamental incompleto (6ª a 8ª série) e os 25% restante tem o ensino médio incompleto (1ª a 3ª série do 2º grau), apresentando, portanto, uma baixa escolaridade masculina. Da mesma forma as profissões desses homens podem ser justificadas pela baixa escolaridade não requerendo um elevado nível de escolaridade, de instrução e cultura.

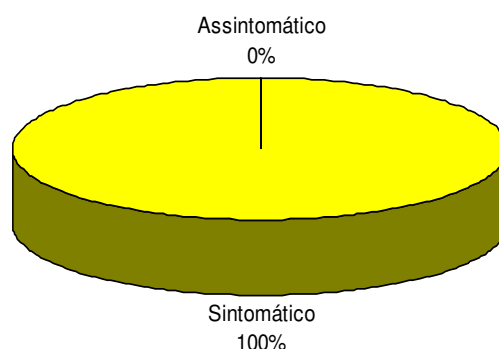
### **GRÁFICO 8 – CONDIÇÃO SOROLÓGICA DAS MULHERES COM HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES**



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

Quanto à condição sorológica das mulheres com HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, 75% são sintomáticas, ou seja, já apresentam sintomas da doença e necessitam de medicação. Apenas 25% é assintomática, ou seja, ainda não apresentam sintomas ou possui CD4 superior a 350 unidades por ml de sangue.

### GRÁFICO 9 – CONDIÇÃO SOROLÓGICA DOS HOMENS COM HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES



FONTE: Banco de Dados do CTA, 2007.

Conforme o gráfico, todos os homens com HIV/AIDS do município de Quatro Pontes são sintomáticos, ou seja, apresentam sintomas ou possuem CD4 inferior a 350 unidades por ml de sangue, necessitando assim de tratamento anti-retroviral.

Diante dos gráficos apresentados a relação entre homens e mulheres infectados pelo HIV/AIDS no município de Quatro Pontes é proporcional. Contudo, a faixa etária das mulheres é menor, assim também quando comparada aos dados existentes sobre a escolaridade. Com relação à profissão, das mulheres apenas uma trabalha fora, como doméstica. Quanto aos homens, todos trabalham fora, embora em profissões tidas como de menor reconhecimento salarial e social no mercado de trabalho.

Em relação à sorologia, apenas uma mulher do total de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS ainda não apresenta sintomas da doença e não utiliza medicamentos. A condição da pessoa sintomática para HIV/AIDS, para além da necessidade de horários rígidos a cumprir em relação aos medicamentos, significa a necessidade do afastamento do serviço, semestralmente, por causa dos exames; ser alvo de doenças oportunistas constantemente (em muitos casos necessitando de afastamento do serviço para internamento e/ou repouso); submeter-se aos efeitos colaterais dos medicamentos (exemplo: emagrecimento rápido, acumulação de gordura em determinados locais do corpo - principalmente na barriga -, perda de massa muscular - principalmente no rosto e nas nádegas -), e, para além destes desconfortos, vivenciar o constante preconceito social.

#### 2.4.3 EIXO 3 – Entrevistas

Visando elucidar o objeto de pesquisa em relação ao alto índice de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes/PR foi construído o instrumental de pesquisa, qual seja, uma entrevista estruturada, visando a obtenção dos dados que foram registrados em formulário e em gravador.

Primeiramente entrevistou-se a assistente social e coordenadora do CTA Denise Franz.

A entrevista foi iniciada com a indagação a respeito do desenvolvimento das ações do CTA nos 18 municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde.

*O CTA é responsável por ações de promoção, prevenção, proteção e diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST, HIV/AIDS dos 18 municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde [...] como a equipe do CTA é pequena e não tem condições de desenvolver ações em todos os municípios, o CTA capacita os mais diversos profissionais de saúde dos municípios para ações de promoção, prevenção, proteção e diagnóstico, aconselhamento para incentivar a população em geral tomar atitudes mais seguras e incentivar a importância dos exames para diagnóstico precoce do HIV [...] além disso, realizamos reuniões periódicas com os responsáveis pela Secretaria da Vigilância Epidemiológica para trocarmos ações e metas cerca das DSTs e HIV/AIDS.*

Como pode ser observado o CTA descentraliza suas ações. Um dos fatores que impõe a descentralização das ações é a falta de profissionais no CTA. Desde a criação do CTA, em 2000, este continua com a mesma quantidade de profissionais, ao passo que a demanda por serviços aumenta gradativamente. Devido à equipe ser pequena, o que ocorre é uma sobrecarga de tarefas e responsabilidades, ocorrendo a transferência para os municípios, através da capacitação de profissionais ali residentes, para desenvolverem as ações de promoção, prevenção entre outras.

A descentralização é um princípio constitutivo da criação e funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS, entendida como o deslocamento das decisões e das ações para quem irá executá-las. Mas o que não pode ocorrer é a descentralização de ações sem, contudo, a descentralização das decisões acerca da forma e do funcionamento dessas ações. Isso porque seria uma desconcentração de atividades (JOVCHELOVITCH, 1998), onde os municípios ficariam fadados a reproduzir ações prontas sem adequá-las ou modificá-las de acordo com a realidade local.

*[...] quando o município solicita apoio da equipe do CTA nos deslocamos para os municípios para palestras, coletas e capacitação, principalmente para Agentes Comunitários de Saúde que entendemos que sejam a equipe que deve realizar ações de prevenção nas comunidades já que tem conhecimento maior das pessoas em maior vulnerabilidade dentro dos bairros. [...] o CTA fornece todo o material educativo para estas ações, material este que deve ser pactuado anualmente no PAM.*

Observa-se que o CTA, mesmo descentralizando suas ações, fornece apoio e acompanhamento através de palestras, das capacitações, de coleta de sangue e de material informativo. Percebe-se também que o CTA prioriza a capacitação para os profissionais Agentes Comunitários de Saúde em razão de que se encontram mais perto da população e da realidade local. Esses agentes de saúde devem possuir um conhecimento mais aprofundado sobre as DSTs, HIV/AIDS, tanto para fornecer informações e orientar a população acerca dessas doenças como para acompanhar os casos existentes.

Perguntou-se também à assistente social coordenadora do CTA quais os limites e possibilidades encontradas para o desenvolvimento das ações de prevenção junto aos municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde.

*No início, os municípios que não tinham casos notificados de HIV/AIDS não participavam das reuniões de prevenção por não acharem necessário. Lentamente [...] fomos sensibilizando esses profissionais de que mesmo que não houvessem casos registrados poderiam haver casos que se diagnosticados precocemente trariam benefícios aos usuários do sistema de saúde de cada município já que a dificuldade de leitos em função do preconceito é muito grande em nossa região.*

Como se pode observar, os principais limites encontrados no desenvolvimento das ações de combate ao HIV/AIDS se deram no início do diagnóstico da doença nos municípios. Isso porque os municípios em que ainda não havia diagnóstico de casos de HIV/AIDS não participavam das reuniões e ações de prevenção por não perceberem a importância nessas ações. Assim, os principais limites se deram no sentido de convencer os municípios da importância do desenvolvimento de ações de prevenção e diagnóstico. Quanto às possibilidades, estas se apresentaram com o tempo, através da persistência dos profissionais do CTA e da própria compreensão por parte dos municípios e da conseqüente resposta que esses começaram dar à questão do HIV/AIDS.

*[...] conseguimos também fazer uma ponte com os profissionais responsáveis pela epidemiologia no que tange à assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS.*

Outras possibilidades foram observadas no âmbito de parcerias entre o CTA e os profissionais de saúde que trabalham a questão do HIV/AIDS nos municípios.

Perguntou-se ainda: quanto ao município de Quatro Pontes, quais foram as ações desenvolvidas pelo CTA no município nos últimos anos?

*O primeiro caso de AIDS no município de Quatro Pontes surgiu no ano de 2004. A partir daí o profissional enfermeiro deste município passou a se sensibilizar da importância de discutir o tema de DST, HIV/AIDS no município através de palestras e de depoimentos de pessoas que vivem com HIV/AIDS, onde houve a participação da equipe do CTA e também o CTA alocou recursos para essas atividades.*

Ao analisar a fala da assistente social, fica claro que foi somente a partir do diagnóstico do primeiro caso de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, em 2004, que houve a preocupação por parte do município, através do trabalho do profissional enfermeiro responsável pela Epidemiologia do município, em discutir a doença. Evidenciam-se aqui, como em outros municípios, os limites no combate ao HIV/AIDS anteriormente citados pela assistente social.

*[...] realizamos em conjunto com o município campanhas de coleta de sangue para a população deste município e no final dessas campanhas de coleta, onde realizamos coleta de mais ou menos 350 pessoas, haviam sido diagnosticados mais 6 novos casos de HIV/AIDS.*

Observa-se que a não preocupação do município em discutir a questão do HIV/AIDS com a população até ser diagnosticado o primeiro caso da doença contribuiu para o grande número de casos detectados após as campanhas com realização de coleta de sangue para exames anti-HIV. Mais uma vez fica evidente a importância da divulgação e acesso a informações acerca da doença.

*Estamos realizando ainda este ano de 2007 uma nova campanha de coleta provavelmente no mês de novembro e também um projeto piloto está sendo desenvolvido pelo município em parceria com o CTA para capacitar profissionais da área de educação para um trabalho permanente de prevenção nas escolas já que atualmente o foco principal do Ministério da Saúde são os jovens, principalmente os adolescentes.*

Analisando os dados acima descritos, percebe-se que atualmente há uma preocupação e engajamento, através do profissional enfermeiro, em discutir a questão do HIV/AIDS no município de Quatro Pontes. Prova disso é a ação que está em fase inicial, voltada para o público escolar, de oficinas, debates e palestras acerca do HIV/AIDS.

Foi perguntado também à assistente social coordenadora do CTA: na sua opinião, qual/ais a/s causa/s da elevada incidência, se comparada com outros municípios da 20ª Regional de Saúde, dos casos de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes?

*Quatro Pontes é um município com um índice alto de qualidade de vida e longevidade. [...] por ser também um município pequeno do interior não*

*acreditava-se (algumas pessoas não acreditam até hoje) que haja possibilidade das pessoas estarem infectadas pelo vírus da AIDS. A questão da prostituição, do homossexualismo não é vista no município como uma realidade.*

Ao analisar a fala acima é possível perceber que, no entendimento da assistente social do CTA, a maioria dos habitantes de Quatro Pontes ainda concebe a AIDS como uma doença de grandes centros urbanos, afetando profissões ou opções sexuais tidas ao longo dos anos como promíscuas. A doença ainda não é concebida como passível de contágio a qualquer pessoa.

*O preconceito e a discriminação também é grande e este se torna também um entrave para as pessoas que vivem com HIV/AIDS no município [...].*

Percebe-se que uma das causas que levam as pessoas com HIV/AIDS a não falar de sua doença e em alguns casos até a não buscar um profissional de saúde ainda é o grande preconceito e discriminação vivenciados no município. Isso contribui por um lado, para que as pessoas que tem a doença se isolem cada vez mais e, por outro lado, para o restante da população não procurar saber de sua sorologia tendo em vista o medo do preconceito que poderão vivenciar.

*O diagnóstico desses pacientes é levado num sigilo total, somente entre a equipe do CTA e o enfermeiro responsável pela epidemiologia [...].*

As pessoas que tem HIV/AIDS têm o sigilo da doença garantido<sup>33</sup>. Mas ainda com o sigilo garantido sobre a doença é predominante entre os soropositivos o medo de que este sigilo seja descoberto, vindo a resultar em danos maiores aos já enfrentados graças à doença.

Com base na entrevista da assistente social, observa-se que, a razão da elevada incidência de casos de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes decorre principalmente do preconceito, uma vez que, com vistas ao preconceito que poderão vivenciar caso o resultado do exame seja positivo, a população não busca realizar exames e se informar sobre a doença, contribuindo para o encobrimento da doença.

Visando ainda esclarecer o objeto de estudo proposto foi realizada a entrevista com a enfermeira Gislaine Bergamo responsável pela epidemiologia do município de Quatro Pontes, cujos dados são apresentados a seguir.

---

<sup>33</sup> “Todo e qualquer profissional de saúde deve manter sigilo sobre as informações prestadas pelos usuários [...] No caso da realização de exames anti-HIV, esta prerrogativa é essencial.” (BRASIL, 1999, p. 16).

Primeiramente foram levantadas, junto à entrevistada, as ações que o município desenvolve no âmbito da prevenção ao HIV/AIDS.

*Nossa primeira [...] ação foi [...] um projeto municipal com o nome de "Convivendo com HIV/AIDS sem preconceito" [...]. Se deu em virtude do dia 1º de...dezembro...o Dia Mundial de Luta contra a AIDS [...] nós chamamos os adolescentes da escola....pegamos 15 adolescentes e daí nós fizemos caracterização neles [...] de professor, médico, operário, de várias profissões [...] e mais três adolescentes encapuzados [...] dizendo assim [...] sou professor e tenho AIDS, sou operário e tenho AIDS, tenho AIDS mas não posso ser descoberto [...] passamos uma semana antes entregando ofícios em todas as indústrias e comércio [...] e no dia [...] passamos o dia inteiro [...] andando pelo comércio [...] na prefeitura [...] no posto de saúde [...] a gente fazia uma rápida explanação...e aí a gente agradecia e convidava eles...pra coleta de sangue e pra palestra [...]. Depois disso nós fizemos [...] campanha com a polícia rodoviária, com caminhoneiro [...] nós fizemos uma coisa diferentes todo ano [...] fizemos fantoches com adolescentes [...] daí nós fizemos mais um movimento na rua [...] realizamos coleta...e agora pra esse ano...nós fizemos um trabalho pra apresentar na feira de ciências na escola, fizemos oficinas na escola [...] o ano passado ...na campanha do Carnaval [...] o tema [...] da AIDS foi colocado nas camisetas dos foliões [...] a gente conseguiu patrocinar as camisetas...e colocamos [...] o símbolo da AIDS e o nome do nosso projeto "Convivendo com HIV/AIDS sem preconceito" sem usá o nome da prefeitura, só o nome do projeto...*

A partir da entrevista pode-se perceber que a cada ano a profissional enfermeira do município inova as ações que desenvolve acerca do HIV/AIDS. Dentre essas inovações está a parceria com a escola do município e seus alunos, na execução e divulgação de ações. A diversidade de ações caracteriza-se também pelas técnicas escolhidas, como palestras, oficinas, teatros com fantoches, entre outros. A diversidade das técnicas utilizadas ajuda a aguçar o interesse da população acerca do tema e das ações desenvolvidas.

Em seguida foi perguntado: na sua opinião, quais os limites e possibilidades encontrados para o desenvolvimento das ações de prevenção desenvolvidas pelo município? Após a primeira campanha realizada no município por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a AIDS, em 1º de dezembro,

*[...] então o que aconteceu?Chocou o nosso prefeito [...] ele achava que ia diminuir o nível de qualidade de vida do município [...] o secretário [...] eles não gostaram, né...até os adolescentes encapuzados, a população [...] eles não sabiam quem eram, eles achavam que eram portadores e eles queriam descobrir os rostos das pessoas pra sabê né...quem era [...] teve mais ou menos 300 pessoas na palestra [...] na época a Denise me deu o maior apoio [...] a Denise, a Clarice, o doutor Gilberto...daí eles me ajudaram [...] daí nós fizemos uma 'vaquinha' [...] a equipe [...] pra ajudar pelo menos [...os palestrantes que vieram de Foz do Iguaçu] tirando as passagens que ela pagou [Denise]...depois disso [...] o q foi válido...é que o comércio inteiro [...] ligando no outro dia...dando os parabéns [...] falando que é isso mesmo e que deveria continuar...*

Analisando a fala da enfermeira verifica-se que um dos principais limites encontrados foi no início do trabalho/ações, por não haver apoio da parte do poder público municipal no desenvolvimento de ações voltadas ao diagnóstico e prevenção do HIV/AIDS. Isso porque no entendimento do gestor municipal o diagnóstico de casos de HIV/AIDS indicaria um baixo nível de qualidade de vida no município, contribuindo para diminuir o nível do IHD do município (que é considerado o segundo melhor do Paraná). Esse fato fica evidente após o relato de que o CTA comprou as passagens dos palestrantes e a equipe da epidemiologia do município teve de arrecadar fundos para bancar as demais despesas relacionadas aos palestrantes.

Paralelo ao descaso do gestor municipal percebe-se, contudo, que houve grande apoio por parte dos profissionais do CTA e do comércio local, tanto na divulgação quanto na palestra, onde compareceram cerca de trezentas pessoas.

Em seguida perguntou-se: na sua opinião, qual/ais a/s causa/s da elevada incidência, se comparada com outros municípios da 20ª Regional de Saúde, dos casos de HIV/AIDS no município?

*Eu vou ser bem sincera...quem não procura não acha e quem procura acha. Essa é minha visão, tá [...] eu tenho uma equipe que me apóia, que funciona...eu não trabalho sozinha... quem procura acha. Por que que apareceu? Porque que tá na cara isso? Porque a gente tá procurando, eu não parei de procurar...a gente tá trabalhando pra isso...[...] Ano passado nós fizemos um trabalho de AIDS na terceira idade....deu 200 idosos [...] eu falei de DST/AIDS pra eles [...]depois de falar de DST/AIDS com os idosos, veio três idosos homens com DST [...] depois que falei sobre DST/AIDS pra adolescentes, veio 6 adolescentes pra tratamento com DST...logo em seguida...veio procurar...porque? Porque né...posso confiar...[...].*

Analisando a fala acima infere-se que, na opinião da enfermeira do município, a partir do momento em que começaram as campanhas, as palestras e as informações sobre a possibilidade de se contrair DSTs, entre elas o HIV/AIDS, esses dados foram aparecendo porque as campanhas informativas resultaram na procura pelo exame e diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis. No dizer da entrevistada “quem não procura não acha e quem procura acha”, ou seja, a investigação, a partir de informações corretas, levou à identificação de casos de HIV/AIDS que até então não apareciam em dados estatísticos.

A descoberta da incidência de pessoas com HIV/AIDS em Quatro Pontes decorre, portanto, da grande quantidade de campanhas, coletas e ações que o município desenvolve acerca do HIV/AIDS. Isso fica evidente quando relatado que após campanha entre idosos e adolescentes, houve procura por parte destes, do serviço de tratamento às



DSTs, HIV/AIDS. Nota-se a importância da informação clara e correta que é repassada à população acerca da doença.

Assim, uma possível conclusão a que pode chegar, embora passível de comprovação, é que os demais municípios de abrangência da 20ª RS talvez não estejam realizando campanhas e ações efetivas de prevenção e diagnóstico. Com isso, casos de HIV/AIDS que porventura existam ainda não foram diagnosticados permanecendo encobertos.

É clara também a importância que a profissional confere à sua equipe de trabalho como sendo necessária e indispensável para o bom funcionamento do serviço de saúde prestado.

*E é bom que aparece casos...vai ser ruim quando [...] não tiver nenhum caso...porquê? é...vai ser bom porque não tem caso mas vai ser ruim porquê? Ha...porque não precisa mais trabalhá...é assim que a população pensa, né [...]*

Visualiza-se que o diagnóstico de novos casos de HIV/AIDS está diretamente ligado à execução de ações e campanhas de prevenção e diagnóstico da doença. Ou seja, a partir do momento em que não houver mais detecção de casos, conseqüentemente, haverá uma tendência em diminuir ou mesmo acabar com ações de prevenção, o que poderá acarretar uma dissimulação massiva da doença. Por isso a importância das campanhas e do diagnóstico de novos casos. Assim, as campanhas são fundamentais na detecção de novos casos ao passo que o surgimento de novos casos é importante para a existência e manutenção das campanhas.

Finalmente perguntou-se: o que mudou nas campanhas e ações desenvolvidas pelo município no âmbito da prevenção do HIV/AIDS antes e depois dos casos diagnosticados?

*O primeiro caso foi gestante [...diagnosticado] num exame de rotina [...] Até o primeiro caso não tinha apoio..isso que mudô...*

De acordo com Gislaine, as mudanças que ocorreram no município antes e depois do diagnóstico do primeiro caso se deram em relação ao apoio recebido por parte do governo local. Isso porque até a realização da primeira campanha, não havia interesse por parte do poder local em desenvolver ações de divulgação e prevenção ao HIV/AIDS. Essa concepção, no entanto, vem sendo mudada ao longo dos anos.

Como pode ser observado na fala lembrada pela enfermeira, a qual proferiu na primeira campanha realizada em virtude do Dia Mundial de luta contra a AIDS, durante a palestra:

*Isso é qualidade de vida...é descobrir e monitorar esses pacientes e podê tratá afim de que eles não fiquem doentes...qualidade de vida não é só achá que não tem nada...e sim descobrir que tem e trabalhá e acompanhá, monitorá esses pacientes...qualidade de vida [...] é assistência [...] Aí acabô essa história de né...que descobrir que tem AIDS não é qualidade de vida...*

Apesar da área de epidemiologia, atualmente, receber mais apoio por parte do governo local para o desenvolvimento de ações acerca do HIV/AIDS, o que se percebe é que esta mudança leva tempo e que a relação de forças aqui apresentada é constante.

Ao longo da entrevista observa-se que, ao mesmo tempo que a forte correlação de forças poderia limitar o alcance das ações desenvolvidas pela Epidemiologia do município, esta se torna um estímulo ao desenvolvimento das ações, na tentativa de mobilizar o poder local da importância de se discutir a questão do HIV/AIDS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho não tem a pretensão de dar respostas prontas e exatas para o problema que foi formulado. Isso porque consideramos que a realidade é dinâmica e passível de transformações, ao mesmo tempo em que a verdade absoluta inexistente se observarmos a dinamicidade da sociedade. Portanto, o que apontamos são observações e conclusões transitórias da dada realidade pesquisada.

A pesquisa propiciou a análise dos dados referentes aos casos de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes, embora com algumas restrições, já que não pôde ser realizada entrevista com as pessoas portadoras da doença do referido município. Esse impedimento impossibilitou um trabalho mais rico sobre o assunto pesquisado, mas ainda assim, conseguiu alcançar o objetivo geral.

Quanto aos objetivos específicos todos foram alcançados, sendo identificados: o perfil das pessoas com HIV/AIDS no município de Quatro pontes, percebendo-se que em relação ao sexo, há a mesma proporcionalidade nos casos de HIV/AIDS identificados; com relação às idades estas variam entre 23 e 48 anos, sendo que 87,5% são brancas, todos com escolaridade baixa e com profissões que exigem pouca habilidade cultural e escolaridade. Ao mesmo tempo, 87,5% são sintomáticos em relação à doença, ou seja, necessitam de medicação. Concluiu-se que o HIV/AIDS no município de Quatro Pontes atingiu pessoas de sexos diferentes, cores diferentes, idades e profissões distintas. Uma das particularidades que apresenta é a feminilização, ou seja, diferentemente do início da epidemia no mundo, onde os homens eram majoritariamente os infectados, atualmente assiste-se a um aumento do número de mulheres infectadas. No município, essa relação já é de 50%.

Outro objetivo alcançado diz respeito à identificação das ações de prevenção ao HIV/AIDS que são realizadas nos municípios atendidos pelo CTA. Essas ações são identificadas nas entrevistas e na pesquisa documental, caracterizando-se como palestras, coletas de sangue para testagem anti-HIV, oficinas, capacitações, cursos, entre outros. Em relação às ações desenvolvidas no município de Quatro Pontes, estas se constituem, na sua maioria, em campanhas, realizadas principalmente em datas comemorativas, como Carnaval, Dia do Trabalhador, Dia do Caminhoneiro, Dia Mundial de Luta contra a AIDS, entre outros.

Por fim, a pesquisa conseguiu responder ao problema, tido como a identificação das razões do alto índice de casos diagnosticados de HIV/AIDS no município de Quatro Pontes quando comparado com outros municípios de maior porte populacional pertencentes à 20ª Regional de Saúde.

Após a análise dos dados coletados constatou-se que, de acordo com a assistente social coordenadora do CTA Denise Franz, as causas da grande incidência de HIV/AIDS em Quatro Pontes decorrem principalmente da desinformação por parte da população, por considerarem a doença característica de grandes centros urbanos e de pessoas consideradas com vidas e/ou profissões promíscuas. Outro fator que as leva a pensar assim é a alta qualidade de vida do município o que supõe, equivocadamente, que o HIV/AIDS é característico de regiões pobres e com baixa qualidade de vida e que, portanto, estão imunes ao contágio da doença.

Por outro lado, de acordo com a enfermeira Gislaíne Bergamo, responsável pela Epidemiologia do município, a causa da elevada incidência de casos diagnosticados no município é a grande quantidade de campanhas e ações que são desenvolvidas no âmbito da prevenção ao HIV/AIDS, levando as pessoas a realizarem o exame anti-HIV e diagnosticarem a doença.

Mas percebe-se também, em ambas as entrevistas, a relação de forças presente entre a profissional enfermeira, sua equipe e a gestão municipal. Apesar, como citado pela enfermeira, do gestor municipal ter começado a apoiar as ações de prevenção, ainda existe uma certa relutância por parte deste. Essa relutância se mostra como um entrave em muitas das ações que podem ser desenvolvidas no município, mas que não tem um total apoio por parte do governo local, contribuindo, assim, para um resultado limitado.

Isso pode ser observado na seguinte fala:

*[...] o ano passado...na campanha do Carnaval [...] o tema [...] da AIDS foi colocado nas camisetas dos foliões [...] a gente conseguiu patrocinar as camisetas...e colocamos [...] o símbolo da AIDS e o nome do nosso projeto "Convivendo com HIV/AIDS sem preconceito" sem usá o nome da prefeitura, só o nome do projeto...*

Além da existente relutância por parte do governo local em realizar ações de prevenção, observa-se também que o preconceito é muito presente entre a população, seja pelo fato do município ser pequeno, seja por causa dos casos da doença terem sido diagnosticados recentemente.

Mais do que relação de forças falta ainda informação, ou campanhas em grande número. O que se observa é o crescente diagnóstico de novos casos de HIV/AIDS em pessoas com uma vida cotidiana corriqueira, ou seja, trabalham, estudam, têm um convívio social comum. Assim, há uma necessidade premente da aceitação dessas pessoas, tal como são sem a necessidade do sigilo (se assim o desejarem), de se esconder. O que precisa existir é a necessidade de se deixar viver.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ATLAS. **Mapas do Paraná**. Disponível em: <www.atlas.com.br> Acesso em 02/nov/07.

BARBOSA, R. H. S; VERMELHO, L.L. Aids: um desafio para a saúde coletiva. In: **Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA**: integrando prevenção e assistência. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004.

BARROS, S.R; SILVA, S.M.B.da. CTA – contextualizando a sua história. In: **Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA**: integrando prevenção e assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Boletim epidemiológico**: aids e dst. Ano III - nº 1 – 1ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)**: manual. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAZ, M; NETTO, J. P. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

BRISTOL-Myers Squibb. **HIV/AIDS**: revisão e atualização. [200?].

BUENO, F. da S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

BUVINIC, M; DEUTSCH, R. (org). **Inclusão social e desenvolvimento econômico na América Latina**. Rio de Janeiro: Elsevier: Washington (Estados Unidos): BID: 2004-2. reimpressão.

CASSOL, R. **Construção aproximativa com o campo de estágio Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA**. 2006.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONSÓRCIO Intermunicipal de Saúde Costa-Oeste do Paraná. **Estatuto do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa-Oeste do Paraná**: CISCOPAR. Toledo, 1996.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

COSTA, N. do R; RIBEIRO, J. M. **Consórcios municipais no SUS**: texto para discussão nº 669 – IPEA, 1999. v. 669.

GRESS - CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 11. Região. **Coletânea de Legislações**: direitos de cidadania. Curitiba, nov/2003.

FAÇANHA, L. O; MARINHO, A. **Programas sociais**: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para discussão Nº 787. 2001. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br>> Acesso em 08/maio/07.

FEDRIGO, V.M. **As ações de prevenção à AIDS no âmbito do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Toledo – PR**. Monografia de graduação em Serviço Social, Toledo, 2005.

FERREIRA, A. B. H. de. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHO, G. C. **A “questão social” no Brasil**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. p. 21.

GABEIRA, F. **Drogas**: Reduzir danos, injetar esperanças. 2005. Disponível em: < <http://www.gabeira.com.br/noticias/noticia.asp?id=41>> Acesso em 12/set/07.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

JOVCHELOVITCH, M. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XIX, nº 56, p. 34-49, março 1998.

KERN, F. A. **As mediações em rede como estratégia metodológica do serviço social**. Porto Alegre-RS: EDIPUCRS, 2003.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

ONUSIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004**: cuarto informe mundial. 2004.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatórios**: Conselho Estadual de Saúde 1995-2000. Curitiba: SESA, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **ABC SUS - Kit conselheiro**. Curitiba, 1999.

PASSARELLI, C. A. F. O SUS e a prevenção à aids: limites e possibilidades. In: **Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA**: integrando prevenção e assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PERON, A. **O significado do Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguazu a partir da visão do usuário do município de Matelândia-PR**. Monografia de Pós-Graduação em Serviço Social. Uniãoeste, Toledo, 2005.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. [199?] Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)> Acesso em 15/junho/07.

RIBEIRÃO PRETO. **O que é redução de danos?** Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/mental/I16Drogas.htm>> Acesso em 12/set/07.

ROESE, A. Síntese parcial de relato de prática sobre saúde pública e saúde coletiva. In: **Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde**. São Paulo, 2005-2006.

SANTOS, R. M. dos. O serviço social e a exclusão/inclusão social dos portadores do HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 27, nº85, p. 07-28, março 2006.

SATURNO, S. **Preconceito e discriminação vivenciados pelas mulheres portadoras do HIV/AIDS**. Monografia de graduação em Serviço Social. Toledo, 2002.

SILVA, C. D. O. da. **O consórcio intermunicipal de saúde e a contratação de agentes comunitários de saúde (ACS)**. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8182>> Acesso em 29/ago/07.

SILVEIRA, D. **O entendimento dos usuários do Posto de Atendimento Continuado (PAC II) de Cascavel em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Monografia de graduação em Serviço Social. Uniãoeste. Toledo, 2006.

SIQUEIRA, D. J. R. **Mal(dito) cidadão: numa sociedade com drogas**. São Paulo: King Graf Gráfica e Editora Ltda, 2006.

TEIXEIRA, L; DOWELL, M. C. C; BUGARIN, M. **Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos**. Texto para discussão Nº 893. 2002. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\\_0893.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0893.pdf)> Acesso em 29/ago/07.

TERRA. **Entenda o cálculo do IDH e seus indicadores**. 2003. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0,,OI152578-EI306,00.html>> Acesso em 30/março/07.

TOMAZI, Z. T. **O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e Estado brasileiro**. São Paulo: Global Editora e Distribuidora Ltda, 1986.

UFBA–Universidade Federal da Bahia. **O campo da saúde coletiva**. Disponível em: <[http://www.isc.ufba.br/isc\\_saude.asp](http://www.isc.ufba.br/isc_saude.asp)> Acesso em 02/out/07.

WIKIPEDIA. **Ranking do IDH dos municípios paranaenses**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Quatro\\_Pontes](http://pt.wikipedia.org/wiki/Quatro_Pontes)> Acesso em 22/maio/07.



WODAK, A. Redução de danos e programas de troca de seringas. In: **Troca de seringas:** drogas e aids-ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

WODAK, A. Quadro 3 – Política de redução de danos versus abordagem tradicional no tratamento às drogas. In: **Troca de seringas:** drogas e aids-ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

**ANEXOS**

ANEXO I  
Critério de Caracas

**40) Critério Caracas** 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)	<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)
<input type="checkbox"/> Candidose oral ou Leucoplasia pilosa (5)	<input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)
<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)	<input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2)
<input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)	<input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2)
<input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5)	<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose) (2)
<input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais por tempo maior ou igual a 1 mês (2)

**41) Critério CDC adaptado** 1 - Sim, durante o diagnóstico 2 - Não 3- Sim, após o diagnóstico 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo	<input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas
<input type="checkbox"/> Candidose (Esôfago, Traquéia, Brônquio, Pulmão)	<input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro
<input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto olho, fígado, baço ou linfonodos)	<input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada
<input type="checkbox"/> Criptococose extra-pulmonar	<input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i>
<input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica	<input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
<input type="checkbox"/> Herpes simples muco-cutâneo > 1 mês	<input type="checkbox"/> Retinite por citomegalovírus
<input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada	<input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente)
<input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral
<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva	

**42) Evidência laboratorial de infecção pelo HIV** 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 9 - Ignorado

Teste de triagem (1º Teste)  Teste confirmatório

Teste de triagem (2º Teste)

**43) Contagem de Linfócitos CD4+** \_\_\_\_\_ | 15013

**44) Data de evidência laboratorial do HIV** 31/10/2015

**45) Critério óbito** - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV, causa de morte associada a imunodeficiência sem classificação por outro critério após investigação. 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

**46) UF** \_\_\_\_\_ **47) Município onde se realizou o tratamento** \_\_\_\_\_ **48) Unidade de saúde onde se realiza o tratamento** \_\_\_\_\_

**49) Situação atual** 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado

**50) Data do Óbito** \_\_\_\_\_

**51) Nome** \_\_\_\_\_ **52) Função** \_\_\_\_\_

**53) Assinatura** \_\_\_\_\_

**Instruções para Preenchimento da Ficha**

Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.

6- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de notificação de soropositivo usar data diagnóstico laboratorial do HIV.

8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.

9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente.

12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.

28-39- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição sexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 30. No campo 38 para preenchimento da categoria "não se aplica" observar intervalo de tempo entre o registro do 1º caso em mulheres e data de diagnóstico na UF.

40-45 - Notificar somente casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais;

Com evidência laboratorial (\*) de infecção pelo HIV:

a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro - Caracas (campo 40), ou

b) Presença de qualquer doença indicativa de imunodeficiência listada no campo 41 ou contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 43), (critério CDC) adaptado sem evidência laboratorial.

c) Declaração de Óbito com menção de Aids ou HIV mais doença associadas, sem definição por outro critério após investigação.

(\*) evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 42): (Reatividade em no mínimo 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antigênicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra)

- Os testes mais comuns são:

1) Triagem: Elisa (MEIA) quimioluminescência, Teste simples e Teste rápido.

2) Confirmatórios: Western Blot, Imunofluorescência, PCR e NASBA (Detecção de ácidos nucleicos).