



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA SAÚDE: UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Campina Grande - PB

2016

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA SAÚDE: UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Orientadora: Prof^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

Campina Grande - PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O48r Oliveira, Jussara Fernandes de
Os rebatimentos da contrarreforma do estado na saúde
[manuscrito] : um estudo da política de enfrentamento do
HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande - PB. /
Jussara Fernandes de Oliveira. - 2016.
105 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza,
Departamento de Serviço Social".

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3.
HIV/AIDS. 4. Conarreforma do estado. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

JUSSARA FERNANDES DE OLIVEIRA

OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA SAÚDE: UM ESTUDO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 02/12/16

Nota: 9,0

Banca Examinadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

Departamento de Serviço Social / UEPB

(Orientadora)

Thereza Karla de Souza Melo

Profª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo

Departamento de Serviço Social / UEPB

(Examinadora)

Alessandra Ximenes da Silva

Profª Drª Alessandra Ximenes da Silva

Departamento de Serviço Social / UEPB

(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmã, pelo amor incondicional. Aos Profissionais e Usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS de Campina Grande – SAE -, pelos quase três anos de convivência, companheirismo e confiança, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Em novembro de 2010, enquanto prestava o meu primeiro vestibular, nunca pensei que seria possível trilhar por caminhos que me trariam a este ponto. A aprovação no vestibular significava a chance de entrar em um mundo novo, com novas oportunidades, podendo orgulhar minha família e amigos, contribuindo na construção de um futuro melhor dentro do meu lar e nos futuros locais de trabalho. Chegando ao fim desse ciclo, cheio de conquistas, mas também repleto de dificuldades e frustrações é chegada a hora de usar de alguns clichês para evidenciar a felicidade – por que não dizer alívio? - que surge nesse momento.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus Pai, pela vida, oportunidade de me tornar a cada dia um pouco melhor, amando e respeitando cada indivíduo com suas características únicas; pelas pessoas maravilhosas que por providência Dele cruzaram de maneira única meus caminhos contribuindo com o meu crescimento.

Aos meus pais e irmã aqui na terra, reencontros de outras épocas, seguindo no caminho da evolução, na eterna construção da evolução espiritual, numa troca infinita de experiências e sentimentos. Eu não seria quem sou se não estivesse nessa estrada com vocês, que, inconscientemente, me ensinaram a ter consciência de classe dentro dessa sociabilidade infernal, me preparando para superar as decepções das contradições que viria a enfrentar. Minha mãe, por sonhar comigo, por orar e interceder por mim. Minha irmã, exemplo vivo de superação. Meus companheiros, amigos e amores primeiros.

“Aos mestres, com carinho!”. À todos os professores, desde a Creche Escolar da UEPB, hoje extinta, até a Graduação, pela dedicação, pelos exemplos, pelos incentivos, pela grandiosa doação de força vital nessa missão extremamente desafiadora que cumprem a cada dia e em meio a tantas dificuldades. Dentre esses mestres, agradeço de forma especial a Professora Maria do Socorro Pontes de Souza do Departamento de Serviço Social da UEPB, pela empatia, por lapidar a ideia bruta de construção desse trabalho final, pelos auxílios em todos os artigos desencadeados desde então, pela torcida, e por dedicar seu tempo e intelecto nessa construção.

À equipe de profissionais do Serviço do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS de Campina Grande – SAE, em especial as Assistentes Sociais Maria do Socorro farias, Lucia de Fátima e Damiana Silva que me acolheram tão bem e que contribuíram efetivamente nessa construção.

Às turmas de Serviço Social da UEPB 2011.1 manhã e noite, com quem construí laços eternos a partir de muitos conflitos e desconstruções, trocando experiências e sentimentos que levarei comigo até o fim. Hoje, há mais de um ano em que já não nos vemos diariamente e cada um já segue novos caminhos, só me restam boas lembranças, laços de amizades, companheirismo e a torcida pelo sucesso de cada um.

Por fim, é com emoção, felicidade e saudade que agradeço por tudo e por tod@s, pela oportunidade de poder contribuir mesmo que minuscilmente com dias melhores nessa sociedade, sobretudo na minha comunidade, renovando o compromisso de construção de uma carreira profissional alicerçada nos valores éticos e morais aos quais jurei defender.

A tod@s, os meus sinceros
agradecimentos!

Jussara Fernandes de Oliveira

*“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que
podemos mudá-la.”*

Bertolt Brecht

Pergunto ao vento que passa
notícias do meu país
e o vento cala a desgraça
o vento nada me diz.

Pergunto aos rios que levam
tanto sonho à flor das águas
e os rios não me sossegam
levam sonhos deixam mágoas.

Levam sonhos deixam mágoas
ai rios do meu país
minha pátria à flor das águas
para onde vais? Ninguém diz.

Se o verde trevo desfolhas
pede notícias e diz
ao trevo de quatro folhas
que morro por meu país.

Pergunto à gente que passa
por que vai de olhos no chão.
Silêncio -- é tudo o que tem
quem vive na servidão.

Vi florir os verdes ramos
direitos e ao céu voltados.
E a quem gosta de ter amos
vi sempre os ombros curvados.

E o vento não me diz nada
ninguém diz nada de novo.
Vi minha pátria pregada
nos braços em cruz do povo.

Vi minha pátria na margem
dos rios que vão pró mar
como quem ama a viagem
mas tem sempre de ficar.

Vi navios a partir
(minha pátria à flor das águas)
vi minha pátria florir

(verdes folhas verdes mágoas).

Há quem te queira ignorada
e fale pátria em teu nome.
Eu vi-te crucificada
nos braços negros da fome.

E o vento não me diz nada
só o silêncio persiste.
Vi minha pátria parada
à beira de um rio triste.

Ninguém diz nada de novo
se notícias vou pedindo
nas mãos vazias do povo
vi minha pátria florindo.

E a noite cresce por dentro
dos homens do meu país.
Peço notícias ao vento
e o vento nada me diz.

Quatro folhas tem o trevo
liberdade quatro sílabas.
Não sabem ler é verdade
aqueles pra quem eu escrevo.

Mas há sempre uma candeia
dentro da própria desgraça
há sempre alguém que semeia
canções no vento que passa.

Mesmo na noite mais triste
em tempo de servidão
há sempre alguém que resiste
há sempre alguém que diz não.

(Trova do vento que passa - Manuel Alegre)

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV, teve os primeiros casos identificados no Brasil, em 1982, na cidade de São Paulo. De início houve forte resistência por parte das instâncias governamentais no enfrentamento do HIV/AIDS por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos. Com o avanço da epidemia e com o surgimento de ações de enfrentamento da doença, o Brasil apresentou iniciativas relevantes no campo da Política de Saúde em relação ao HIV/AIDS, oferecendo acesso universal aos medicamentos na rede pública de saúde e criando na área da assistência os Hospitais-dia (HD), Centros de Testagens e Aconselhamento (CTAs), Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADTs), além da criação dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS – SAEs. No entanto, a partir do contexto dos anos 1990, com o processo de contrarreforma do Estado, que rebete nas políticas sociais e dentre estas na saúde, tal área tornou-se espaço de grande tensionamento e alvo da ofensiva e do ajuste neoliberal do Estado. As contradições originadas nesse processo interferem diretamente nas práticas sociais dos diversos profissionais da saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema único de Saúde – SUS, dentre estes das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nesta perspectiva é que o presente estudo teve como objetivo analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Política de enfrentamento do HIV/AIDS no âmbito do Serviço de Assistência Especializado – SAE – de Campina Grande/PB, a partir da percepção dos profissionais e usuários, espaço no qual realizamos estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social. A pesquisa ora apresentada partiu de uma perspectiva analítico-crítica da realidade social, caracterizando-se como um estudo exploratório e descritivo. O estudo apresenta uma abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados, e foi realizada a partir de um estudo bibliográfico e da pesquisa de campo, que se deu junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites Virais do município de Campina Grande- PB, no período entre junho e julho de 2016, tendo como sujeitos profissionais e usuários desse serviço. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. A análise dos dados coletados se deu utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, na perspectiva de compreender criticamente o significado das falas dos sujeitos que participaram da pesquisa. Os resultados do estudo indicam que o contexto atual de desmonte da Política de Saúde, resultado da contrarreforma do Estado, tem se colocado como um impedimento para efetividade dos princípios do SUS, rebatendo diretamente na política de enfrentamento do HIV/AIDS.

Palavras-chave: Política de Saúde. SUS. HIV/AIDS. Contrarreforma do Estado.

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), a disease manifested in people who contracted the HIV virus, had the first cases identified in Brazil in 1982, in the city of São Paulo. Initially, there was strong resistance from government agencies to address HIV / AIDS because it is seen as a disease of isolated occurrences, restricted to specific social segments. With the advancement of the epidemic and the emergence of actions to combat the disease, Brazil presented relevant initiatives in the field of Health Policy in relation to HIV / AIDS, offering universal access to medicines in the public health network and creating in the area of assistance (HD), Testing and Counseling Centers (CTAs), Home Therapeutic Care (ADTs), as well as the creation of Specialized HIV / AIDS Care Services (SAEs). However, from the context of the 1990s, with the process of counter-reform of the State, which rebounded in social policies and among them in health, this area became a space of great tension and target the offensive and neoliberal adjustment of the State. The contradictions that originated in this process directly interfere with the social practices of the various health professionals, as well as the quality of the services provided to the users of the Single Health System - SUS, among those living with HIV / AIDS. In this perspective, the present study had as objective to analyze the refutations of the counter-reform of the State in the Policy of coping with HIV / AIDS within the scope of the Specialized Assistance Service - SAE - Campina Grande / PB, based on the perception of professionals and users, Space in which we perform mandatory supervised internship in Social Work. The research presented here started from an analytical-critical perspective of social reality, characterizing itself as an exploratory and descriptive study. The study presents a quantitative-qualitative approach to the data collected, and was carried out based on a bibliographical study and field research, which was given to the Specialized Assistance Service on HIV / AIDS and Viral Hepatitis in the city of Campina Grande, Brazil. , In the period between June and July 2016, having as professional subjects and users of this service. Participant observation, the field diary and the semi-structured interview were used as instruments of data collection. The analysis of the collected data was done using the technique of content analysis, with the perspective of critically understanding the meaning of the speeches of the subjects who participated in the research. The results of the study indicate that the current context of dismantling of the Health Policy, as a result of the counter-reform of the State, has been placed as an impediment to the effectiveness of SUS principles, directly rebutting the HIV / AIDS coping policy.

Keywords: Health Policy. SUS. HIV/AIDS virus. The State Counter-reform.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 01: faixa etária dos usuários entrevistados..... | 56 |
| Gráfico 02: Distribuição dos usuários entrevistados por sexo..... | 57 |
| Gráfico 03: Distribuição dos usuários pelo tipo de escolaridade..... | 59 |
| Gráfico 04: Estado civil dos usuários entrevistados..... | 60 |
| Gráfico 05 : Situação ocupacional dos usuários entrevistados..... | 61 |
| Gráfico 06: Tipo de moradia dos usuários entrevistados..... | 62 |
| Gráfico 07: Usuários entrevistados que possuem filhos ou não..... | 63 |
| Gráfico 08: Quantidade de filhos dos usuário que disseram possuir filhos..... | 64 |
| Gráfico 09: Renda individual dos usuários entrevistados..... | 65 |
| Gráfico 10: renda dos usuários entrevistados..... | 66 |
| Gráfico 11: tipo de vínculo dos profissionais..... | 78 |
| Gráfico 12: quantidade de vínculos..... | 79 |
| Gráfico 13: formação dos profissionais..... | 80 |

LISTA DE SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ADT - Atendimento Domiciliar Terapêutico
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BPC – Benefício de Prestação Continuada
AZT - Zidovudina
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CDC - Centro de Controle de Doenças
CFESS- Conselho Federal de Serviço social
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
DOU – Diário Oficial da União
DRU – Desvinculação de Receitas da União
DST - Doença sexualmente transmissível
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
HD – Hospital Dia
HIV - Vírus da Imunodeficiência humana
HU – Hospital Universitário
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
NOB – Norma Operacional Básica
ONG - Organização não governamental
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PN/DST - Programa Nacional de AIDS

PVHA - Pessoas que vivem com HIV/AIDS

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAE/CG - Serviço de Assistência Especializada de Campina Grande-PB

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUS - Sistema Único de Saúde

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

Sumário

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPÍTULO I- A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NO BRASIL | 20 |
| 1.1 AIDS: Surgimento, evolução e tendências da Epidemia..... | 20 |
| 1.2 Contextualizando a Política de Enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil..... | 24 |
| CAPÍTULO II | 31 |
| CAPÍTULO II- A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS | 32 |
| 2.1 O SUS e os impactos da Contrarreforma do Estado na saúde..... | 33 |
| 2.2 A Contrarreforma do Estado na Saúde e os rebatimentos na Política de enfrentamento do HIV/AIDS..... | 36 |
| CAPÍTULO III- A PESQUISA DE CAMPO | 52 |
| 3.1 O lócus da pesquisa: caracterizando o campo de estágio..... | 52 |
| 3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa e apresentação e discussão dos dados coletados..... | 54 |
| 3.2.1 Análise dos depoimentos dos usuários/as entrevistados/as..... | 67 |
| 3.2.2 Análise dos depoimentos dos Profissionais | 78 |
| APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS | 87 |
| REFERÊNCIAS | 91 |
| APÊNDICES | 95 |
| ANEXOS | 100 |

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV, teve os primeiros casos identificados no Brasil, em 1982, na cidade de São Paulo. De início houve forte resistência por parte das instâncias governamentais no enfrentamento do HIV/AIDS por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos.

Parker (2003) evidencia que os desafios postos naquele momento exigiam de todos os setores da sociedade brasileira, sobretudo do Estado, respostas efetivas no enfrentamento da doença. Com a pressão e mobilização da sociedade civil, surge naquele momento um número crescente de programas estaduais e municipais de AIDS com o objetivo de se obter respostas em torno da evolução da doença.

A nível federal ocorre no ano de 1985 a criação de um Programa Nacional de AIDS. A partir da rápida proliferação da doença no país não dava mais para ignorar a AIDS haja vista que o número de infectados crescia em ritmo acelerado. A elaboração da Política Nacional de AIDS representa um grande avanço na mobilização do setor público, em consonância com os movimentos sociais, visando à garantia da prevenção, educação e promoção da saúde.

Entretanto, conforme destaca Galvão (1997), só em 1993, com o convênio do Governo Federal com o Banco Mundial houve modificações significativas na política de resposta ao HIV/AIDS, sendo fortalecidas as ações de prevenção, vigilância, pesquisa e assistência às DST's e HIV/AIDS. As ONGs desempenharam importante papel nesse processo.

O Brasil apresentou iniciativas relevantes no campo das políticas de saúde em relação à doença, oferecendo acesso universal aos medicamentos na rede pública de saúde e criando na área da assistência os Hospitais-dia (HD), Centros de Testagens e Aconselhamento (CTAs), Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADTs), além da criação dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS – SAEs – em vários Estados do País.

No entanto, a partir do contexto dos anos 1990, com o processo de contrarreforma do Estado, que rebate nas políticas sociais e dentre estas na saúde, essa área tornou-se espaço de grande tensionamento e alvo da ofensiva e do ajuste

neoliberal do Estado. As contradições originadas nesse processo interferem diretamente nas práticas sociais dos diversos profissionais da saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema único de Saúde – SUS, dentre estes das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Particularmente para esse segmento, que depende dos serviços de saúde para garantirem a sua sobrevivência, muitos têm sido os desafios enfrentados no que se refere à qualidade dos serviços prestados pelas instituições que atendem essa demanda, a exemplo dos Serviços de Assistência Especializada- SAEs.

O Estado da Paraíba conta atualmente com três ambulatorios de SAE, um deles está localizado em João Pessoa, capital paraibana, outro na cidade de Campina Grande e outro em Patos. O Serviço de Assistência Especializado em HIV/AIDS e Hepatites Virais do Município de Campina Grande-PB, atua no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais, e tem a função de desempenhar todos os cuidados referentes à enfermagem, além do atendimento em infectologia, orientação e apoio social e psicológico aos usuários do serviço.

Segundo dados da instituição, são 937 pessoas atendidas e/ou acompanhadas, distribuídas da seguinte maneira: 695 são adolescentes, jovens, adultos e idosos vivendo com HIV/AIDS; 76 crianças em acompanhamento (HIV/AIDS); 14 crianças expostas ao vírus do HIV/AIDS; 48 pessoas com Hepatite e 104 com sífilis (SAE, 2014).

Passadas mais de três décadas das primeiras notificações da doença, o HIV/AIDS continua avançando por todo o território nacional. O número de infectados pelo vírus da AIDS voltou a subir no Brasil, conforme os números do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). A população vivendo com a doença no País passou de 700 mil, em 2010, para 830 mil em 2015, com 15 mil mortes por ano.

É possível afirmar que a contrarreforma do Estado, particularmente no campo da saúde, vem comprometendo o avanço da política de enfrentamento do HIV/AIDS, rebatendo tanto no crescimento do número de casos no país, quanto na qualidade dos serviços prestados às pessoas vivendo com a doença.

Portanto, na perspectiva de compreender os impactos da Contrarreforma do Estado na saúde e particularmente nas ações de enfrentamento da doença, é que o

presente estudo teve como objetivo geral analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na Política de enfrentamento do HIV/AIDS, no âmbito do Serviço de Assistência Especializado – SAE – de Campina Grande/PB, a partir da percepção dos profissionais e usuários.

Constituíram-se ainda objetivos deste estudo, verificar os principais desafios enfrentados pelos usuários ao procurar as políticas de atendimento a esse segmento; identificar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS no que se refere à qualidade do atendimento prestado pelo serviço; analisar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam no SAE, na perspectiva de responder as demandas postas no cotidiano da prática e contribuir com os estudos teóricos e práticos já existentes em torno da temática.

Cabe destacar que a aproximação com a temática se deu a partir de nossa inserção em campo de estágio em Serviço Social na referida instituição, no período de julho de 2014 a junho de 2016, quando foi possível perceber as dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais e usuários/as nesse espaço.

A pesquisa ora apresentada foi realizada no período entre Junho e Julho de 2016 e partiu de uma perspectiva analítico-crítica, com abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados, buscando compreender o objeto investigado em suas múltiplas determinações. Conforme afirma Minayo (2008, p. 57),

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para a coleta de dados foram utilizadas a observação participante, a entrevista semi-estruturada e a pesquisa bibliográfica. Na análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo, considerando que esta nos possibilitaria uma melhor análise dos depoimentos e sua relação com a temática investigada. Os sujeitos que participaram da pesquisa foram 10 usuários vivendo com HIV/AIDS acompanhados pelo SAE de Campina Grande/PB, como também os profissionais que atuam no serviço, dos quais foram entrevistados 07, quais sejam: três profissionais do Serviço Social, um médico infectologista, um farmacêutico, um psicólogo e um profissional de enfermagem.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Destacamos que a coleta de dados foi feita mediante prévias informações aos sujeitos a respeito dos objetivos da pesquisa e a expressa autorização dos mesmos para participarem desta, com base na assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomenda a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Compreendemos que essa pesquisa traz sua relevância na medida em que poderá contribuir com o avanço dos estudos já existentes em torno da temática, como também possibilitar a apreensão dos desafios enfrentados pelos usuários da política, e das dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nesse espaço, na perspectiva de responder as demandas postas no cotidiano da prática, trazendo algumas reflexões importantes acerca dos limites e possibilidades para efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS, em um contexto de contrarreforma do Estado. Ressaltamos ainda, a relevância do estudo para o Serviço Social, considerando que os impactos da contrarreforma do Estado na saúde vêm rebatendo diretamente na prática dos profissionais que atuam na área, aprofundando a precarização do trabalho, comprometendo assim a qualidade do exercício profissional.

Objetivando um maior entendimento acerca da história e do desenvolvimento da epidemia da AIDS, a política de enfrentamento da doença, e os rebatimentos da contrarreforma do Estado na saúde é que o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se estrutura em três capítulos.

No primeiro capítulo, contextualizamos o HIV/AIDS e a política de enfrentamento no Brasil. No segundo capítulo apresentamos uma abordagem sobre a Política de Saúde no contexto do SUS e dos rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de enfrentamento do HIV/AIDS. No último e terceiro capítulo, trazemos a caracterização do Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites virais do município de Campina Grande-PB, instituição onde foram coletadas as informações da pesquisa de campo. Ainda neste capítulo apresentamos o perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa, e o resultado final desta com as análises dos depoimentos coletados junto aos profissionais e usuários do SAE.

CAPÍTULO I- A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NO BRASIL

CAPÍTULO I- A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NO BRASIL

A descoberta do HIV/AIDS no Brasil se dá no início da década de 1980, permeada por dúvidas, por se constituir uma doença nova e estigmatizada (GALVÃO, 2000). Apesar dos avanços científicos acerca da doença, a AIDS ainda vem se apresentando como um dos maiores desafios no âmbito da saúde pública, afetando a vários segmentos da população. Após mais de três décadas de surgimento da AIDS no país, é importante situar como se desenvolveram as iniciativas para enfrentar a disseminação da doença, como se constituíram as primeiras ações governamentais mediante o surgimento dos primeiros casos notificados no país, tendo em vista que seu crescimento passou a exigir ações de enfrentamento que respondessem à evolução da epidemia.

De acordo com a UNAIDS (2016), o Brasil sozinho responde por mais de 40% das novas infecções de AIDS na América Latina. De cerca de 43 mil novos casos em 2010, o País passou para 44 mil em 2015 (mais de 5 por hora), com 15 mil mortes por ano.

Nesta perspectiva, buscaremos neste capítulo, contextualizar o surgimento, evolução e tendências da epidemia do HIV/AIDS no Brasil, e a política de enfrentamento da doença.

1.1 AIDS: Surgimento, evolução e tendências da Epidemia

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mundialmente com a sigla AIDS, é um conjunto de sinais e sintomas, que se caracteriza pela progressiva destruição do sistema imunológico humano (PINEL; INGLES, 1996; MARINS, 2000 apud PATRIOTA, 2002). A disseminação desta infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) seja pela via sanguínea, vertical (quando é passado de mãe para o filho) ou sexual, atinge crianças, homens e mulheres, em todo o mundo.

De acordo com Rodrigues (1998) as formas de resposta ao contágio podem variar de uma infecção assintomática ao desenvolvimento da doença propriamente dita. O soropositivo apresenta sintomas que ocorrem, em média, sessenta dias após

o contato e, por suas características inespecíficas, podem ser indevidamente relacionados a outras infecções, tais como mononucleose ou resfriado. Pode, ainda, em alguns casos manifestar-se como uma meningite, encefalite ou mesmo como neuropatia periférica e outras infecções graves.

Os primeiros casos da doença foram identificados nos Estados Unidos, nas cidades de São Francisco e Nova York, em 1981. O Centro de Controle de Doenças (CDC) de Atlanta identificou a síndrome observando a ocorrência de doenças indicativas de deficiência imunológicas em adultos jovens, com quadro de sinais e sintomas graves, principalmente perda de peso, diarreia crônica e febre prolongada (MARINS, 2000 apud PATRIOTA, 2002). O Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV - ataca as células CD4, que são responsáveis pela proteção do nosso corpo contra algumas infecções. Quanto maior for a presença do HIV e menor for o número de célula CD4 no sangue, maior será a probabilidade de ser acometido por uma doença oportunista, e menor será a eficácia do tratamento. A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma síndrome que se manifesta através de doenças oportunistas causadas pela infecção do vírus HIV e, portanto, ao decréscimo de células CD4 no sangue, quando estas se manifestam costumam dizer que a pessoa está doente de AIDS.

De acordo com BRASIL (2011), cabe destacar as formas de transmissão da doença, que são:

- ✓ Transmissão sexual: ocorre pelo ato sexual vaginal, anal ou oral, no qual haja contato do sangue, sêmen ou secreções vaginais da pessoa infectada pelo HIV com a pessoa sadia. Pode haver infecção também através do contato com objetos sexuais contaminados, caso não sejam devidamente lavados ou cobertos com uma camisinha.
- ✓ Transmissão por sangue contaminado: o HIV pode ser transmitido através do sangue ou produtos derivados do sangue (como plasma e plaquetas) em transfusões sanguíneas. Desde o início da década de 1990, hospitais e bancos de sangue têm feitos exames de rotina no sangue de doadores para identificação do HIV. Estes exames reduziram substancialmente o risco de alguém ser contaminado pelo HIV durante uma transfusão.
- ✓ Transmissão através de agulhas ou seringas contaminadas: o HIV pode ser transmitido através de agulhas ou seringas contaminadas. Usuários de drogas

injetáveis que compartilham seringas ou agulhas também têm risco da transmissão do vírus da hepatite e outras doenças infecciosas.

✓ Transmissão através de perfuração acidental com agulhas ou objetos cortantes: a transmissão do HIV de um paciente contaminado para um profissional de saúde, seja por uma perfuração acidental por agulha durante procedimento cirúrgico ou mesmo numa punção venosa, é baixa. Especialistas acreditam que o risco de contaminação neste tipo de acidente seja menor que 1%.

✓ Transmissão Vertical: ocorre durante a gravidez, durante o parto ou imediatamente após o parto por intermédio da amamentação. A cada ano, cerca de 600.000 recém-nascidos são infectados pelo HIV, seja durante a gestação, durante o parto ou no período de amamentação.

✓ Transmissão Via ocupacional: Ocorre quando o profissional de saúde sofre ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pessoas de HIV positivo. Existem assim alguns fatores de risco que contribuem para esse tipo de contaminação: profundidade e extensão da ferida; presença de sangue visível em instrumentos que causaram o ferimento dentre outros (BRASIL, 2011).

Os números de novos casos de AIDS continuam a crescer em âmbito mundial. Aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS (PVHA) em todo o mundo, considerando tais dados é possível afirmar que a epidemia de AIDS continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global (UNAIDS, 2013).

Particularmente no Brasil, os primeiros casos identificados da doença datam da década de 1980. O primeiro caso identificado foi em 1982, num paciente homossexual diagnosticado com Sarcoma de Kaposi. Destaca-se que os primeiros casos foram notificados nas metrópoles de São Paulo e Rio de Janeiro, mas a partir do final da década de 1980 houve a sua propagação para as demais regiões. Com o avanço da doença, basicamente nas cidades de médio porte e nas regiões metropolitanas, a epidemia se expandiu para todos os Estados do Brasil e os números de casos notificados aumentaram com grande rapidez.

Desde os primeiros casos registrados da doença no País na década de 1980 que a epidemia da AIDS experimentou profundas mudanças no que diz respeito ao perfil e localização (marcadamente na sua gênese de forma regional, atingindo especialmente as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, e restrita a determinados segmentos populacionais).

Vale ressaltar que as primeiras notícias veiculadas sobre o HIV/AIDS, tratava a doença como “peste gay” pelo fato dos primeiros casos serem descobertos em homens que se relacionavam com outros homens. Logo depois foi descoberto que a doença estava atingindo profissionais do sexo, travestis e usuários de drogas ilícitas. Tais pessoas foram denominadas como “grupo de risco” provocando medo a população dita fora do “grupo de risco”, ocasionando o isolamento social de tais indivíduos. No entanto a ideia de “grupo de risco” foi se desconstruindo a partir do momento em que o HIV/AIDS passou a atingir casais heterossexuais, adolescentes, jovens, idosos e mulheres casadas e com parceiros fixos.

Destaca-se que é possível distinguir três momentos distintos na evolução da epidemia no Brasil. Um primeiro momento que vai da sua origem até 1986, período que se caracterizou, predominantemente, pela infecção via relações homossexuais, com nível alto de escolaridade; o segundo ocorreu entre 1987 e 1990 e as características principais do período foram o aumento dos números de casos pelo uso de drogas injetáveis, diminuição da faixa etária e uma maior disseminação em pessoas com práticas heterossexuais; a terceira fase ocorre a partir de 1991 até os dias atuais, acentua-se a disseminação em casais heterossexuais em vários níveis de escolaridade e classes sociais, em especial as mulheres (BRASIL, 2011).

O HIV/AIDS ocupa hoje uma colocação de pandemia, atingindo os diversos segmentos da população sem distinção. Observa-se que ao longo dos anos, o perfil da doença foi se modificando, hoje tem-se uma maior notificação em casais heterossexuais; pessoas de idade mais avançada (atingindo as pessoas da chamada terceira idade); em pessoas com menos escolaridade; afetando também as classes menos favorecidas; houve um aumento entre as mulheres e jovens atingindo as várias regiões do país, principalmente as regiões norte e nordeste.

Registra-se uma tendência de interiorização da epidemia do HIV/AIDS, em que municípios menores passam a aumentar a incidência de casos da doença. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2013, do ano de 1980 até 2013 foram registrados 95.516 casos na região Nordeste. A região vem apresentando um número crescente de notificações, reforçando um aspecto considerável em relação à tendência da epidemia da AIDS, que é o processo de interiorização da doença. Constata-se que ocorre uma desaceleração nos grandes centros, enquanto que nos municípios menores a epidemia está em fase de expansão.

O documento demonstra que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade social, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral, exigindo uma maior efetividade de políticas públicas por parte do Estado voltadas ao enfrentamento da doença.

Compreende-se que um dos possíveis facilitadores para o aumento no número de casos, além das condições econômicas e sociais de cada região, e os seus arranjos culturais, seja a ausência de ações socioeducativas que possibilitem a informação sobre a doença e contribuam para a diminuição do número de casos, como também a vulnerabilidade de se contrair o HIV/AIDS.

Assim, diante da complexidade de fatores que envolvem a AIDS e seus determinantes, importa analisar quais as medidas em termos de políticas públicas para o enfrentamento da doença foram tomadas, desde o surgimento dos primeiros casos registrados no Brasil.

1.2 Contextualizando a Política de Enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil

A história da epidemia do HIV/AIDS no Brasil parece ser caracterizada por um conjunto de períodos históricos que se cruzam de inúmeras maneiras com a história mais ampla da vida política do país (PARKER, 1997). É importante destacar o período histórico e o momento em que vivia o país durante os primeiros casos notificados da doença.

(...) não se trata, entretanto, de um fato insignificante [...] que a primeira década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tenha acontecido não só durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, mas durante um período de mudanças intensas nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido à crise internacional da dívida nos anos 80. (PARKER 1997, p.12).

Logo, é nesse cenário de profundas mudanças na sociedade brasileira que ocorre o surgimento da epidemia de HIV/AIDS. Surge em um período caracterizado por mudanças históricas em âmbito social, político e econômico. Particularmente no campo da saúde, tratou-se de um momento em que o Estado é chamado à ampla

intervenção nesse setor, em que esta passa a ser questão de saúde pública (BRAVO, 2008).

Portanto, a luta contra a AIDS se dá em um contexto de redemocratização do país, nesse período tem-se no campo da saúde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, assim como a proposição do Sistema Único de Saúde, conquistado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Cabe destacar que tais avanços resultaram fundamentalmente do Movimento de Reforma Sanitária. Bravo (2001) destaca que:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO. 2001, p. 09).

Tais questões foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, que representou um marco na construção da Democracia, num contexto caracterizado pela efervescência dos movimentos sociais, em que a sociedade apelava por mudanças em todos os setores. Cabe destacar que, do ponto de vista jurídico-formal, ela “representou a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 2001, p. 09).

A nova Constituição reservou para a Saúde um espaço importante, após vários acordos políticos e pressão popular, onde atendeu grande parte das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária.

Assim, é nesse contexto de redemocratização da sociedade brasileira, de luta pela justiça e igualdade social, que surge no Brasil a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Castilho e Chequer (1997 apud PATRIOTA, 2002), registram que na primeira metade da década de 1980, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do país. A partir do final daquela década observou-se a sua disseminação para as demais regiões do país.

No que se refere à política de enfrentamento ao HIV, Parker (1997) destaca quatro momentos, ressaltando que as primeiras iniciativas surgem a partir de mobilizações da sociedade civil, com destaque para a criação das ONGS/AIDS.

A primeira fase da política de enfrentamento ao HIV/AIDS se deu de 1982 até 1985. Parker (1997) afirma que as primeiras respostas à epidemia surgiram de baixo, dos representantes das comunidades afetadas, como o emergente movimento homossexual, e da dedicação dos setores progressistas dentro dos serviços estaduais e municipais de saúde, que se apresentaram como aliados dessas comunidades. Em paralelo, “aconteciam as primeiras reuniões de trabalho no Ministério da Saúde, visando a criação de um Programa Nacional de AIDS” (Parker, 1997, p. 09).

É interessante observar o contexto de enfrentamento à epidemia em sua fase inicial. O processo de proposição, formulação e reivindicação das ações de enfrentamento surgem de baixo para cima, ou seja, da sociedade civil, a partir dos movimentos representativos das comunidades afetadas, sobretudo, pelos grupos mais vulneráveis à doença naquele primeiro momento, o que deu origem as primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs) no combate à AIDS. Importa ressaltar nessa primeira fase, que foi um momento marcado pela omissão por parte das instâncias públicas e do Ministério da saúde, acompanhado por uma onda de pânico e medo da população. Até 1985, não havia nenhuma resposta oficial por parte do governo federal em relação a AIDS, embora já existisse uma forte pressão por parte dos movimentos homossexuais organizados.

Com a mobilização da sociedade civil juntamente com o apoio e pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de AIDS, com o objetivo de se obter respostas a nível federal, é que ocorre a criação de um Programa Nacional de AIDS. Nesse período, não dava mais para ignorar a doença. Nesse sentido é que o PN/DST/AIDS foi instituído pela portaria 236 de 02 de maio de 1985 e,

(...) se consolida efetivamente no ano de 1988, mas, ainda não possuía uma estratégia definida de ação. A sua atuação oscilou entre buscar cooperação internacional de ajuda ao combate à AIDS e dar apoio aos programas já existentes nos Estados Unidos; além de desenvolver trabalhos em conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares (que eram poucas) e com as ONGS/AIDS existentes no país (SANTOS, 2005, p. 57).

É importante enfatizar que o contexto econômico nacional e internacional influenciou nas ações de combate à epidemia, não só pela intenção de enfrentamento da doença, mas pelo papel que os países em desenvolvimento passam a cumprir devido às novas exigências do Capital. Parker (1997) destaca que não ocorre por acaso o fato que as primeiras ações de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tenham acontecido não só durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, mas durante um período de mudanças intensas nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido à crise internacional da dívida nos anos 80.

Foi durante esse período que o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial impuseram uma série de condições às nações devedoras, dentre essas o Brasil, cuja dívida de US\$ 112,5 bilhões em 1990 era a mais elevada entre todos os países do mundo, voltadas para o ajuste estrutural da economia brasileira por meio de políticas que estimulassem as exportações, ao mesmo tempo reduzindo as despesas do governo em uma variedade de problemas sociais, inclusive assistência médica e educação preventiva. (PARKER, 1997, p.12).

Ainda de acordo com o referido autor, a segunda fase da política de enfrentamento ao HIV/AIDS foi de 1986 a 1990, período marcado por ações relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas. Nesse momento aumenta o número de iniciativas cada vez mais diversificadas nas diferentes respostas governamentais à epidemia, período em que:

(...) várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo o país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva (PARKER 1997, p.10).

Esse contexto é caracterizado por ações por parte da sociedade civil, através principalmente das ONGs/AIDS, que tomam iniciativas efetivas, buscando acima de tudo mostrar que, além de um problema de saúde, a AIDS era um problema que deveria ser enfrentado numa perspectiva política, com iniciativas dos poderes governamentais responsáveis.

Na esfera do governo Federal à medida que prosseguia a implementação do Programa Nacional de AIDS, crescia a tendência a uma centralização em Brasília, o que provocou tensões entre o Programa Nacional de AIDS e os mais experientes programas estaduais e municipais espalhados pelo país, que passaram a servir, principalmente, à execução de atividades planejadas em Brasília. É importante reconhecer, contudo, o progresso no que se refere ao desenvolvimento de uma política de amplo alcance em resposta à epidemia, através da articulação entre os programas de AIDS e outros setores do sistema de saúde (PARKER, 2003).

Ainda no ano de 1988 – ano da promulgação da Constituição Federal e, por conseguinte, de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – o Congresso Nacional aprova a Lei 7.670 que beneficia as pessoas com AIDS, acometidas pelas doenças oportunistas, em estágio incapacitante ou terminal, a ter acesso ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), bem como requisição de auxílio-doença, pensão ou aposentadoria, isentos de período de carência. Cabe destacar que data deste período, especificamente do ano 1988, a aprovação da lei 7.649/88, obrigando o cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV a ser utilizado em transfusões, e assim inibiu a comercialização de sangue de maneira ilegal (TEIXEIRA, 1997, *apud* SANTOS, 2005).

O Projeto Previna lançado em 1989, buscava desenvolver atividades de prevenção junto a indivíduos dos chamados “grupos de risco”, tais como, Homossexuais, Profissionais do Sexo, usuários de drogas injetáveis e pessoas reclusas no sistema penal, por exemplo (GALVÃO, 2000). Outra ação importante do Ministério da Saúde foi o Projeto Empresas, em parceria com o Ministério do Trabalho, que tinha como foco o desenvolvimento de campanhas preventivas sobre a AIDS junto aos trabalhadores.

Uma terceira fase de enfrentamento da doença se inicia nos anos de 1990 e dura até 1992. No início dos anos 1990 o país se encontrava em um contexto que

(...) será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal¹; paralisado pelo baixo nível de investimentos privado e

¹ O neoliberalismo consiste na tese segundo a qual o mercado é o principal mecanismo de regulação social. Desta forma retira-se do Estado às responsabilidades que antes lhe eram atribuídas, ou seja, o que se vê é um Estado máximo para o capital e mínimo para a classe trabalhadora (NETTO; BRAZ, 2007).

público; sem solução consistente para o problema do endividamento; e com uma questão social gravíssima. Tem-se a mistura explosiva que delinea uma situação de crise profunda (BEHRING 2011, p.14).

É importante enfatizar que a adoção de medidas de ajuste neoliberal rebate diretamente nos direitos sociais até então conquistados e garantidos constitucionalmente em 1988, atingindo as políticas públicas, como a saúde.

Portanto, no ano de 1990, encontrava-se um quadro extremamente desfavorável politicamente para uma ação eficaz e contínua do enfrentamento da doença. Houve, conquanto, nesse período uma desestruturação do programa Nacional de AIDS comprometendo com isso o trabalho que até então vinha sendo desenvolvido. Esse contexto, caracterizado pelo avanço do ideário neoliberal, influenciou negativamente nas decisões e ações frente à epidemia de AIDS.

Entretanto, apesar do contexto adverso, ocorre algumas importantes conquistas, como a política de acesso aos medicamentos, que se iniciou em 1991 com a distribuição do Zidovudina (AZT) na rede pública de saúde, sendo ampliada em 1995. Vale salientar que é somente em 1996 que houve a legitimidade da política de medicamentos pelo poder legislativo. Isso se deu com a aprovação da lei 9.313/96, que passa a obrigar o fornecimento gratuito e universal dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS (VENTURA, 2003).

A quarta fase corresponde ao período de 1992 a 1997 com a reorganização do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde. Nesse período ocorreu um esforço para envolver todas as entidades que se viam responsáveis nas ações voltadas para atender a epidemia, tais como: Programas governamentais, ONGs e Universidades, procurando com isso construir uma resposta nacional no enfrentamento da doença, sendo reforçado e solidificado durante o processo de elaboração para o projeto do Banco Mundial. Sendo marcado pelo governo do presidente Itamar Franco (1992- 1995).

De acordo com Parker (1997), desde 1993, o governo Federal assinou um convênio com o Banco mundial com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção. Com o apoio do Banco mundial ocorreu um aumento significativo de dispêndio em programas de AIDS. No entanto, problemas sérios continuaram a ocorrer: a inconsistência na distribuição de medicamentos,

bem como a incapacidade de respostas aos riscos enfrentados pelos segmentos vulnerabilizados da população.

Chamamos atenção, de acordo com Villarinho et al (2013), que a disseminação dos casos notificados no país em nesse contexto, resultou na criação dos serviços específicos de atendimento aos portadores de HIV/AIDS, como os Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Hospitais-Dia(HD), e os Serviços de Assistência Especializada (SAE), voltado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, que têm tido papel preponderante na política de enfrentamento da doença.

No entanto, cabe enfatizar que dentro dessa conjuntura ocorre o avanço da política de ajuste neoliberal, se materializando através da contrarreforma do Estado - temática que aprofundaremos adiante - rebatendo diretamente nas ações de enfrentamento da doença, no âmbito do sistema único de saúde (SUS), impossibilitando a sua efetivação na perspectiva de uma política pública, gratuita e universal conforme discutiremos a seguir.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

CAPÍTULO II- A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS E OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

O surgimento da epidemia do HIV/AIDS no Brasil deu-se numa conjuntura particular da história do país, no período da Ditadura Militar (1964 – 1985), visto que, como já foi abordado, o vírus foi identificado em território nacional pela primeira vez no início da década de 1980 (GALVÃO, 2000).

Esse contexto é caracterizado por mudanças históricas no campo social, político e econômico. Transformações que permitiram um vasto desenvolvimento no campo das políticas de saúde. Trata-se de um momento em que o Estado é chamado à ampla intervenção na saúde, em que esta passa a ser questão de saúde pública (BRAVO, 2009).

A autora acima citada destaca que diante essa conjuntura a “saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 95).

É a partir desse contexto que ocorrem diversos avanços no âmbito das políticas públicas e de proteção social. Essas políticas são institucionalizadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada um marco no reconhecimento da cidadania e regulamentação de direitos sociais, inaugurando-se a partir de então o conceito de Seguridade Social, que compõe o tripé: saúde, previdência e assistência social.

Entretanto, nos anos 1990 ocorre uma redução do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos na constituição Federal de 1988. O Estado transfere seu papel de regulador para o setor privado, deixando a saúde vinculada ao mercado, significando um retrocesso para a efetivação do SUS, rebatendo diretamente na política de enfrentamento do HIV/AIDS, conforme discutiremos no capítulo que se segue.

2.1 O SUS e os impactos da Contrarreforma do Estado na saúde

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS e com ele o direito universal à saúde. Cumpre destacar que a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do estado é resultado do processo de democratização que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 2013).

O Movimento de Reforma Sanitária foi um movimento organizado na segunda metade dos anos 1970 por integrantes de movimentos sociais, estudantes, pesquisadores, profissionais da área e partidos políticos de oposição que reivindicavam a democratização, reestruturação e universalização da saúde. Cabe destacar que a Reforma Sanitária teve como principais propostas:

Universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado: a reestruturação do setor através da estratégia do sistema Unificado de saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- Os conselhos de saúde (BRAVO, 2009, p.96).

Segundo Paim (2009), a Reforma Sanitária brasileira constitui-se numa reforma social estruturada na democratização e *politização da saúde* – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior à *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*. De acordo com o referido autor, a RSB, através das suas representações organizadas, exigia mudanças no padrão de atenção à saúde do país.

O modelo de gestão da saúde característico do período anterior à década de 1980 dispunha de peculiaridades, pois se desenvolviam “através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2009, p. 95). Portanto, tinha como forma basilar o modelo médico-privatista, por ser focalizado na doença e no tratamento individual, além de ser restrito àqueles que estivessem ligados formalmente ao mercado de trabalho, estando acobertados pela Previdência Social.

No ano de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, estas práticas de saúde passam a ser discutidas (GOMES, 2008). Esta edição da Conferência Nacional de Saúde destacou-se, pois, em suas

considerações e avaliações “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 96).

Assim, a partir da realização da 8ª Conferência, apesar da grande pressão do setor privado e de representações políticas conservadoras, foi possível formular um documento onde se privilegiou grande parte das reivindicações formuladas pelos movimentos sociais e entidades da saúde. O relatório final elaborado na Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal e, posteriormente, as leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Deste modo, a Constituição Federal de 1988 se apresenta como divisor de águas, principalmente no que se refere à saúde, o texto constitucional traz inúmeros avanços jurídicos. Em relação à Política Nacional de Saúde, destaca-se dentre estes que o conceito de saúde é entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social e universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo à dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil.

Entretanto, nos anos 1990, ocorre uma redução do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos na Constituição Federal de 1988, impactando diretamente no recém-criado SUS.

Apesar da Constituição ter inaugurado uma nova fase de democratização das ações do Estado Brasileiro, as conquistas alcançadas passam a sofrer, a partir da década de 1990, grande ataque por parte do capital através do ideário neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos constitucionalmente, sobretudo na saúde.

O receituário neoliberal para o Brasil, como para toda a América Latina, vem se dando no sentido de submeter os seus países aos rigorosos ajustes econômicos impostos pelas agências financiadoras internacionais: Banco Mundial, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Fundo Monetário Internacional (FMI), entre outras. As estratégias priorizadas pelos governos neoliberais vêm se dando através da redução da ação Estatal, privatização do mercado e redução dos gastos públicos especificamente na área social (BRAZ; NETTO, 2007).

Conforme destacam Behring; Boschetti (2009), a ofensiva neoliberal não significa apenas um reordenamento econômico, mas acima de tudo político ao propor o desmonte da base social do Estado. Instaura-se um processo político, que repercute na saúde, de modo que as forças progressistas comprometidas com o movimento de Reforma Sanitária passam a perder espaço no interior do governo, ocorrendo a desconstrução da Política de Saúde construída na década de 1980, vinculando-se ao mercado, com ênfase nas parcerias com a sociedade civil.

Portanto, o Brasil adentra a década de 1990 redirecionando o papel do Estado sob forte influência do ideário neoliberal. Propaga-se a urgência de uma reforma do Estado, com o argumento que este se desviou de funções básicas, confrontando o modelo econômico vigente (BRAVO, 2009).

Cabe ressaltar que o termo reforma, aqui, assume um sentido como já apontado por Behring (2003) e Behring; Boschetti (2009). As autoras destacam o uso indevido do termo *reforma* pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades.

As referidas autoras ressaltam que, aquilo que o neoliberalismo denomina como reforma social, na verdade, é um processo de *(contra)reforma*, pois as autoras defendem que a reforma social democrática ocorreu a partir da quebra com os parâmetros ditatoriais de gestão social, e com os ganhos sociais históricos, nos termos jurídico formais da Constituição Federal de 1988.

No que se refere particularmente ao SUS, cabe destacar que a partir dos avanços da contrarreforma do Estado, na conjuntura da década de 1990, esse passa a enfrentar um contexto desfavorável para sua efetivação, se verificando um

embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Cabe destacar que o Projeto de saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta. A tarefa do Estado nesse projeto consiste em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, impactando diretamente na efetividade do SUS e particularmente na política de enfrentamento do HIV/AIDS.

2.2 A Contrarreforma do Estado na Saúde e os rebatimentos na Política de enfrentamento do HIV/AIDS

A eleição em 1990 do Presidente Fernando Collor significou a abertura do Brasil à ideologia neoliberal através de ataques diretos às políticas sociais garantidas na Constituição Federal de 1988.

Seu governo inicia-se com redução de gastos na área social, particularmente no SUS. Os ajustes começam a partir da sua implementação, que foi comprometida, estando em desacordo com o que se havia estabelecido no documento legal constitucional, ocorrendo a redução do valor de recursos previstos, a tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, amparadas pela reprodução de políticas racionalizadoras, pontuais e contencionistas que abriram campo para a valorização e crescimento do setor privado de saúde.

Particularmente no que se refere às ações de enfrentamento do HIV/AIDS, encontrava-se um quadro extremamente desfavorável politicamente para uma ação eficaz e contínua do enfrentamento da doença. Em relação ao Programa Nacional de AIDS, conforme ressaltamos anteriormente, foram suspensos quase que todos os seus elementos-chave. Momento também da falta de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, junto a isso estava a falta de cooperação entre o Programa Nacional de AIDS (com nova diretoria) e os programas estaduais e municipais, tornando-se difícil avançar em uma resposta à epidemia.

Essa conjuntura, caracterizada pela desresponsabilização do Estado com as políticas públicas, cabe destacar que as ONGs/AIDS tiveram um papel fundamental

para o enfrentamento dessa epidemia e que deram importantes respostas no que diz respeito à luta pela cidadania dos usuários e seus familiares, tentando proporcionar uma melhor qualidade de vida para estas pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS. Dentre as principais ONGs/AIDS que se desenvolvem no contexto do surgimento da epidemia, podemos destacar em 1995 a Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+), que se caracteriza como um movimento social criado no Rio de Janeiro, e que posteriormente se espalhou por outras regiões do país, a exemplo da Paraíba.

Soares (2010) destaca que em no governo de Collor, o termo Reforma Sanitária praticamente desaparece do cenário político, tanto em relação a documentos oficiais como também nos movimentos sociais, visto o recuo que esses tiveram. Foi um momento onde ocorreram nos bastidores negociações não divulgadas, dando abertura aos sombrios acordos políticos que pôs em jogo a implementação do SUS (PAIM, 2008).

A resistência e pressão de alguns integrantes dos movimentos sociais possibilitaram alguns avanços, como a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que vinha sendo adiada, e a promulgação de diversas leis estaduais e municipais sobre regulamentação da Política de Saúde.

Com o processo de impeachment de Collor, assume o então vice-presidente Itamar Franco (1992-1994), que tem seu governo marcado pela priorização da área econômica em detrimento da social, inviabilizando a agenda da Reforma Sanitária a partir das suas iniciativas de descentralização e redução do financiamento das ações do SUS (BORLINI, 2010).

Após a eleição de Fernando Henrique Cardoso em 1994, aprofunda-se a perspectiva neoliberal e seu governo tratou de pôr em prática a contrarreforma do Estado, com ênfase no processo de privatizações, respaldado na criação de um novo ministério, o da Administração e Reforma do Estado (MARE) gestado e conduzido por Bresser Pereira.

Buscando justificar o seu programa, Bresser Pereira argumenta que o Estado não tem competência para gerir serviços como Saúde, Educação, Meio Ambiente e Pesquisa, deixando-os de fora do plano e sugerindo que a responsabilidade da gestão dos mesmos fossem repassadas às Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) e/ou às Organizações Sociais (OS), ambas se caracterizando como

organizações de direito privado, sem fins lucrativos e que administrariam o destino dos recursos públicos de cada área, num processo claro de privatização dos serviços sociais e de parte dos recursos públicos. A Gestão FHC traçou, ainda, meios de garantir o apoio da sociedade a esse processo, denominando o fato de “publicização do Estado”, chamando a sociedade à participação e ao controle social, como também à gestão de serviços sociais e científicos, criando uma forma de legitimar e ganhar apoio, enquanto executava a transferência das responsabilidades do Estado e os recursos públicos ao Terceiro Setor. Graças a resistência social e política, a tentativa de transferir a gestão da Saúde para as Organizações Públicas Não Estatais e para as Organizações Sociais se restringiram a experiências isoladas em alguns estados (SOARES, 2010).

De acordo com Soares (2010), Bresser Pereira incluiu uma proposta para a Saúde, denominada de *reforma gerencial na saúde*, que mais tarde ganha legitimidade pela Norma Operacional Básica de 96 (NOB 96), fundamentando-a em quatro ideias básicas e inspiradas no modelo inglês, quais foram:

[...] descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde (...); criar um quase mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não estatais (...); criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou contratados pelo Estado [...] (SOARES, 2010, p. 47).

É importante destacar que apesar da NOB 96 contemplar alguns princípios do SUS, a sua racionalidade é de fato a da contrarreforma da saúde agregando conteúdos do ideário neoliberal e do pós-modernismo. Desta forma vemos um tensionamento entre os princípios da Reforma Sanitária e da contrarreforma, que, apesar das tentativas de unificação, fica claro o embate entre dois projetos e suas respectivas racionalidades, numa configuração que vem se mantendo e aprofundando até os dias atuais e que por mais que se apresente em concordância com os princípios da Reforma Sanitária, teoricamente, os nega em seus interesses e ações.

Destacam-se no governo FHC a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com resultados positivos nos indicadores de saúde, entretanto, essa ampliação se dá de forma precarizada e focalizada devido ao baixo investimento

nessa política que não permitiu atender o grande número de demandas existentes. Apesar de ocorrer um significativo crescimento no aumento da expectativa de vida, ganhos na diminuição da mortalidade infantil, na ampla cobertura vacinal, no aumento e consolidação do programa de combate ao HIV/AIDS, por outro lado, há o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, falta de acesso ao saneamento básico e à habitação, o acesso ao SUS que passa a ser caracterizado pelo longo período de espera, falta de humanização nos atendimentos, unidades de saúde extremamente precárias, falta de profissionais e, muitas vezes, profissionais despreparados (SOARES, 2010).

A criação de agências autônomas, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar - e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) se configuram como ferramentas de regulação de setores economicamente estratégicos por agências desvinculadas do controle público convencional buscando atender os interesses do grande capital e integrar as propostas do Banco Mundial para área de Saúde, configurando-se como mais dois componentes das orientações do ajuste estrutural do Estado e da sua contrarreforma (SOARES, 2010).

Nesse sentido, vemos a interferência do Banco Mundial nas decisões políticas e econômicas nos dois mandatos do governo FHC, financiando campanhas e programas sociais, principalmente programas na área da saúde, como também no fomento de ideias e planejamento de ações que correspondessem ao ajuste estrutural, garantindo que a Política de Saúde se tornasse um campo estratégico de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma do Estado.

No tocante à política de enfrentamento do HIV/AIDS, destacam-se, dos acordos feitos com o Banco mundial, três projetos que visaram à estruturação dos serviços assistenciais; a redução de novos casos; a melhoria no diagnóstico e tratamento; além do aprimorando do processo de gestão nas três esferas do governo. O “Projeto AIDS I”, mencionado anteriormente que priorizou a implantação, bem como a estruturação de serviços assistenciais, e entrou em vigor 1994 com vigência até 1998. Este projeto se pautava no controle da doença, e foi liberado pelo Banco Mundial um empréstimo no valor de 160 milhões de dólares. No entanto, o

valor total do projeto foi de 250 milhões de dólares, sendo 90 milhões de dólares fornecidos pelo Tesouro Nacional (PARKER, 2003).

O referido autor destaca ainda que, do custo total do projeto, a maior parte foi destinada a prevenção (41,08 %); para o desenvolvimento institucional (18,56%); para a vigilância sanitária (6,48%) e para serviços (33,84%). Percebe-se, portanto, que o foco maior era na prevenção, ficando outras importantes ações fora das prioridades do projeto, como a proteção e o tratamento aos indivíduos já infectados.

Ressaltamos ainda, de acordo com Souto, (2003, apud VILLARINHO et al, 2013), que após implementado o “AIDS I” houve nova negociação e aprovação junto ao Banco Mundial, que resultou no “projeto AIDS II”, que tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS, salientando que o “projeto AIDS II teve vigência nos período de 1998 a 2003.

Apesar dos objetivos apresentados para esses acordos, Soares (2010) destaca que essa interferência do Banco Mundial, gerou na Política de Saúde o desenvolvimento de ações e organizações de serviços em discordância com a política em seu marco legal, gerando serviços e atendimentos focalizados na pobreza, na desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil.

Ainda no que se refere à política de enfrentamento do HIV/AIDS no âmbito do SUS, cabe destacar que com a aprovação e desempenho dos projetos anteriormente citados, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/AIDS firmaram um novo convênio, desta vez denominado de “projeto AIDS III, sendo negociado, aprovado e executado no período de 2003 a 2006, no então governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011). O “projeto AIDS III”, tinha como objetivos,

(...) o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/ AIDS oferecida pelo Sistema único de Saúde no País (FONSECA, 2005, apud VILLARINHO et al, p. 274, 2013).

Vale salientar que, quando Lula é eleito presidente do Brasil, em 2002, pela primeira vez chegava ao poder um representante da classe operária, com um histórico de militância e organização política sindical, portanto muito se esperava em termos de ganhos sociais do então governo. Entretanto, o que se observou foi a continuidade dada pelo governo Lula à contrarreforma do Estado, ocasionando um encolhimento dos espaços públicos de direito em detrimento da ampliação dos espaços privados.

Em relação ao acordo entre governo através da Coordenação nacional DST/AIDS, e Banco Mundial, importa salientar que, uma das diretrizes da instituição financeira para o financiamento era o incentivo à aproximação entre governo e ONGS/AIDS. Nessa relação, pode-se considerar por um lado o mecanismo de cooptação e controle dos espaços de participação política pelas diretrizes, tendo em vista que inúmeras organizações surgiram com mero objetivo de obter o financiamento de projetos, algumas, portanto esvaziadas de ação política (MATOS, 2001, *apud* PEREIRA; NICHIATA, 2011).

Vale destacar que “as alianças que garantiram a chegada de Lula ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional, começaram a se explicitar já no seu primeiro mandato” (SOARES, 2010, p. 51).

Lula inicia seu mandato em 2003 dando sequência a contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, seguindo a política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social, e promovendo o que SILVA (2013) chama de “a segunda contrarreforma da Seguridade Social”, implementando várias mudanças, das quais, a segunda etapa da reforma da previdência social. Desse modo, vemos que desde o primeiro mandato o governo Lula aceitou sem maiores contestações as políticas neoliberais (SILVA, 2013, p.35).

Esperava-se o fortalecimento das políticas sociais e do SUS, no entanto observa-se nos dois mandatos do referido presidente que ora este assume a proposta da Reforma Sanitária, ora a proposta privatista. (BRAVO, 2009). Na Política de Saúde ocorrem as institucionalizações de pactos, planos de desenvolvimento e uma reconfiguração das fundações estatais de direito privado amparados no Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, caracterizando-se assim mais uma tentativa de avançar com uma nova etapa do processo de contrarreforma centrada na gestão pública das políticas e serviços, estabelecendo dessa forma

caminhos para a privatização não só da saúde. Houve resistência por parte de algumas lideranças acerca do novo projeto, entretanto não impossibilitou que alguns estados brasileiros aderissem ao projeto de transferência de gestão às fundações (SILVA, 2013).

Quanto ao fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, o governo Lula resgata a concepção de Reforma Sanitária que foi abandonada nos anos 1990; escolhe profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; realiza alterações na estrutura organizativa do Ministério da saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de saúde e sua realização em dezembro de 2003; e escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria executiva do conselho Nacional de saúde (BRAVO, 2009). No entanto, no que se refere à escolha de integrantes do movimento de Reforma Sanitária que passam a ocupar cargos do alto escalão, a exemplo de Humberto Costa (integrante do PT).

No tocante às ações de enfrentamento do HIV/ AIDS em 2005, foram tomadas algumas medidas pelo ministério da saúde, dentre elas, a quebra de patente de medicamento Efavirez (Stocrin), do laboratório americano Merk Sharp & Dohme. Embora haja controvérsias quanto à quebra de patente, essa medida chegou a ser elogiada pelas entidades de combate a AIDS (REVISTA ÉPOCA, 2007 *apud* BRAVO; MENEZES, 2011).

A iniciativa da quebra da patente pelo governo brasileiro se deu em decorrência do aumento do número de pacientes em tratamento e conseqüentemente dos gastos do governo com os antirretrovirais. Mediante isso, cresce a mobilização de técnicos do Ministério da Saúde e também do PN-DST/AIDS, defendendo a fabricação dos medicamentos no Brasil através de laboratórios públicos (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

Apesar da importância dessa iniciativa, no tocante a política de enfrentamento do HIV/AIDS no âmbito do SUS, Soares (2010) chama atenção para o fato que, ocorre no governo Lula a legitimação do projeto que a referida autora denomina de “SUS possível”², acirrando ainda mais a polarização entre o projeto da

² SUS Possível seria a junção dos objetivos dos dois projetos societários em disputa, legitimados por figuras que anteriormente defendiam o SUS do Projeto de Reforma Sanitária. Para maior abordagem do tema, ver SOARES, 2010.

Reforma Sanitária e o projeto privatista. Vemos também os acordos políticos realizados com a intenção de legitimar e garantir aliados ao governo, abrindo espaço para partidos políticos com o PMDB, que passou a conduzir a pasta da Saúde a partir de 2005.

De acordo com Soares (2010), o projeto “SUS possível” passa a ser defendido pelas lideranças que o justificam levando em consideração os limites da política econômica que se apresentava naquele momento, e nomeiam a flexibilização da Reforma Sanitária de “processo de reatualização ou modernização”, mas na verdade o que ocorre é a ampliação do projeto privatista. Soares (2010), afirma que

Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não o reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que dessa vez, avança mais rapidamente da disputa hegemônica (SOARES, 2010, p. 53).

Apesar da Reforma Sanitária ter sido incluída em documentos do ministério e de algumas mudanças organizativas que permitiram a ampla participação e discussão sobre as propostas que seriam incluídas no plano plurianual, através de Conferências e reuniões, ainda se manteve o subfinanciamento da saúde, sendo no âmbito da seguridade social o orçamento que mais teve perda de investimentos, através dos desvios de recursos via Desvinculação de Recursos da União (DRU), além da continuidade da focalização e precarização, com ênfase na Estratégia da Saúde da Família e na assistência emergencial. Além do fortalecimento e expansão da Estratégia de Saúde da Família, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Essa abertura as propostas da Reforma Sanitária que ocorre no início da gestão de Lula, paulatinamente vai dando espaço às propostas do projeto privatista e podemos perceber isso na formulação dos programas e ações como o Pacto Pela Saúde, Plano Mais Saúde e Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado. O Pacto Pela Saúde criado em 2006 agrega em seu conjunto os programas Pacto Pela Vida – com diretrizes, metas e ações relacionadas à atenção à saúde; Pacto Pelo SUS – que se refere aos compromissos para consolidação da Reforma Sanitária; e o Pacto de Gestão – que determina as diretrizes para a gestão do sistema. O Pacto

expressa propostas da Reforma Sanitária e propostas dos demais projetos em confronto, “representando em parte as expectativas do primeiro mandato da gestão em torno da defesa da saúde pública e do SUS” (SOARES, 2010).

Lula termina seu primeiro mandato com o país inserido num favorável contexto econômico em âmbito mundial que proporcionou a melhoria das contas externas do país. A maneira de condução da política macroeconômica proporcionou a melhoria dos resultados em termos de controle da inflação, crescimento, emprego, salário, dívida pública e a melhoria da infraestrutura do país, que, se fazia necessário diante da nova organização política e econômica, além de uma pequena melhora e alguns indicadores sociais. Alguns arranjos nas parcerias “público-privadas” já existentes permitiram o retorno do Estado como condição insubstituível na periferia do capitalismo, mais uma vez para organizar, realizar e articular os novos blocos de investimentos (SILVA, 2013, p.37).

Nesse novo cenário Lula inicia seu segundo mandato em 2007 aderindo às estratégias ideopolíticas do neodesenvolvimentismo³, surgido no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo (CASTELO, 2012, p. 652).

O neodesenvolvimentismo do Governo Lula contou com apoio até mesmo de integrantes de outros projetos governamentais, como Bresser Pereira, que publicou artigo defendendo a nova estratégia de desenvolvimento nacional para romper com a ortodoxia convencional do neoliberalismo. Silva afirma que

Os desafios do neodesenvolvimentismo consistem em conciliar os aspectos “positivos” do neoliberalismo – compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca da competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional – com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo – comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do estado e sensibilidade social (SAMPAIO 2012 apud SILVA, 2013).

Essa ideologia introduz os conceitos de equidade e justiça social, e seus seguidores defendem a promoção da igualdade de oportunidades entre os indivíduos. Esses conceitos ressurgem nos anos 1990 em relatórios como os do

³ Para estudo aprofundado, ver o trabalho de Castelo (2012).

Banco Mundial e se tornam peças fundamentais para o projeto neodesenvolvimentista de intervenção na questão social (SILVA, 2013).

Podemos perceber no governo Lula uma conciliação de iniciativas contraditórias, onde diretrizes da ideologia liberal divide espaço com a pauta desenvolvimentista, em ações do Estado que, ora beneficiam o grande bloco econômico e as reivindicações da classe subalternas, ora assegura as exigências da classe dominante na medida em que combate à pobreza e defende o crescimento econômico, promovendo o que Mota (2012 apud SILVA, 2013) descreve como sociabilidade da burguesia e seu estado baseada na ideologia do consenso. Nesse sentido podemos afirmar que essa ideologia modificou o cenário político e ideológico liberal, influenciando a reeducação política das massas, tentando implantar a ideia de “capitalismo de face humana e um conformismo capaz de assegurar o consenso em torno da terceira via” (IDEM, 2013, p. 40). Em relação à Política de Saúde, os objetivos e metas dessa ideologia estão explicitas no Plano Mais Saúde de 2008-2011.

Além do fortalecimento e expansão da Estratégia de Saúde da Família, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os programas Brasil Sorridente e Farmácia Popular.

No entanto, no que se refere à política de enfrentamento do HIV/AIDS, de acordo com Parker; Seffner (2016) ocorre nesse contexto, um avanço conservador, em particular no aspecto moral, conduzido pela força de alguns atores sociais, como as igrejas de religiões neopentecostais, que constituem bancadas no interior das casas legislativas e dispõem de forte poder de mídia e arregimentação de pessoas. Os referidos autores ressaltam ainda que as pautas progressistas no âmbito da luta contra a AIDS e na defesa dos direitos humanos das diferentes orientações sexuais e diversidade de gênero passam a se constituir em moeda de troca de acordos políticos em nome da governabilidade.

No que se refere ao segundo mandato do governo Lula, quem assumiu a pasta da Saúde foi José Gomes Temporão. De acordo com Silva (2013), destacamos as principais ações enquanto Ministro:

A criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS); a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) com o Projeto de Lei 92/07 anteriormente citado; o controle das propagandas e uso de bebidas alcoólicas; o licenciamento compulsório do medicamento para HIV/AIDS Efavirenz através do Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007. Em

contrapartida, houve a derrota da prorrogação da CPMF em dezembro de 2007 que prejudicou o orçamento previsto para o cumprimento das metas do Plano Mais Saúde – Direito de Todos (2008-2011) (SILVA, 2013, p. 46).

Ainda na gestão de Temporão, é realizada a 13ª Conferência Nacional de saúde com o tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. Nesse momento houve muitos debates acerca das FEDP e sobre a descriminalização do aborto, tendo sido as propostas rejeitadas e reprovadas, respectivamente. Entretanto, as decisões a respeito das FEDP na 13ª Conferência foram ignoradas pelo então Ministro que manteve o projeto no Plano Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, que em seguida foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde.

Soares (2010) argumenta que o Plano é apresentado como articulador do aprofundamento da Reforma Sanitária com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade

O plano se estrutura em sete eixos que articulam a dimensão social com a econômica, a saber: 1) Promoção da Saúde; 2) Atenção à Saúde; 3) Complexo Industrial e Inovação em Saúde; 4) Força de Trabalho em Saúde; 5) Qualificação da Gestão; 6) Participação e Controle Social e; 7) Cooperação Internacional (SILVA, 2013 Apud SOARES, 2010, P. 48).

O Plano e suas articulações não permitem que o projeto da Reforma Sanitária avance. Ele se articula com outras políticas do governo Lula, pretendendo implementar ações e estratégias em consonância com a ideologia neodesenvolvimentista. Diante do exposto, podemos afirmar que Lula, no que se refere à saúde, centrou as estratégias do seu governo em ações e programas focalizados, que se tornaram referências aos seus dois mandatos. Contudo, essas estratégias não representam a Política de Saúde discutida, proposta e formulada a partir da construção do Projeto de Reforma Sanitária e a Política de Saúde em seu marco legal.

Em 2011 assume a presidência Dilma Rousseff, a primeira mulher a ocupar esse cargo na história do Brasil. Sendo a sucessora de Lula, não somente do cargo, mas ambos sendo do mesmo partido, e, conforme afirma Silva (2013), Dilma dá continuidade à ideologia neodesenvolvimentista, seguindo os mesmos programas iniciados na gestão anterior e intensifica os avanços da contrarreforma do Estado, com o aumento das privatizações e a focalização das políticas sociais.

Para conduzir a pasta da Saúde em seu primeiro mandato ela nomeou Alexandre Padilha, médico sanitário e membro do PT, que também fez parte da gestão do governo Lula. Reforça a concepção de que a saúde está diretamente ligada ao desenvolvimento, mostrando assim o seu compromisso com a ideologia neodesenvolvimentista.

Alexandre Padilha começa seus trabalhos a frente do Ministério desestabilizando o Conselho Nacional de Saúde, defendendo que a sua presidência voltasse a ser responsabilidade do Ministro, tirando a representação dos trabalhadores. Essa ação implicou num retrocesso no que diz respeito à participação e representação da categoria. Essa ação desestabilizou os conselhos estaduais e municipais visto que esses se espelham no CNS. A partir daí vários gestores passaram a requerer que a presidência dos conselhos ficasse sob a gestão dos secretários de saúde (SILVA, 2013).

Uma das principais ações do governo foi a implementação efetiva do Cartão Nacional de Saúde, chamado somente de “Cartão do SUS”, ferramenta que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no SUS ao usuário, ao profissional que realizou, e à unidade de saúde onde foram realizados. Destacamos ainda a Rede Cegonha, programa que objetiva acompanhar as mulheres e seus bebês, envolve cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; a criação do programa Aqui Tem Farmácia Popular, que oferece medicamentos para hipertensão e diabetes; continuidade na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) em todo o Brasil, com o objetivo de oferecer atendimentos de complexidade intermediária, num paralelo entre as unidades básicas de saúde e as unidades de urgências hospitalares. Outro marco importante foi a criação da Lei nº 12.732, publicada em 23 de novembro de 2012, fixando o prazo até 60 dias para o início do tratamento dos usuários acometidos por câncer, a partir do diagnóstico. (SILVA, 2013, p. 52).

Outras ações do governo que cabem destaque foram: o programa S.O.S Emergências, com o objetivo de qualificar a gestão e o atendimento nas urgências do SUS; o Melhor em Casa, visando ampliar o atendimento domiciliar aos brasileiros pelo SUS, baseado no princípio de oferecer aos pacientes da rede pública de saúde um serviço humanizado e acolhedor. Na Política Atenção Oncológica destacam-se o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional

de Controle do Câncer de Mama, tendo como objetivo oferecer subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da Atenção Integral a Saúde da Mulher no Brasil.

No entanto, no que se refere especificamente às políticas públicas de gênero e sexualidade, segundo Parker; Seffner (2006) temos claros sinais de recuo. Três acontecimentos são exemplares: em 2011, a suspensão da divulgação de material educativo para as escolas no âmbito do programa Brasil sem homofobia (o chamado kit anti-homofobia ou kit gay pela imprensa); em 2012, foram as polêmicas quando do cancelamento da campanha de prevenção de carnaval voltada ao público de jovens gays; e em 2013, o veto à campanha dirigida a profissionais do sexo, que conjugava prevenção com autoestima na prostituição, e que redundou também na demissão sumária do coordenador do departamento de DST/AIDS e hepatites virais.

Destaca-se ainda no governo Dilma, a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e o eixo “Acesso e acolhimento com qualidade com qualidade: um desafio para o SUS”, promovendo a discussão sobre a necessidade de “se investir mais recursos para a ampliação, a qualificação e a organização dos serviços” (SILVA, 2013, p. 53). Conforme chama atenção a referida autora, durante a discussão da plenária foi notável a defesa das propostas que tratavam da relação público-privado e os desafios da gestão do SUS. Todas as propostas que defendiam a implantação dos chamados novos modelos de gestão foram derrotadas pelos delegados. É importante destacar que a participação e mobilização da Frente Nacional Contra a Privatização foi decisiva para derrotar as propostas que defendiam novos modelos de gestão, tendo como principais defensores os delegados do Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais. Em relação aos conselhos, um fato que nos chama a atenção foi a edição do Decreto 7.508, publicado no DOU de 29 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, em que não há referência aos conselhos de saúde, demonstrando o gradativo desmonte dos conselhos de saúde desde o governo Lula.

A Medida Provisória 520, editada ainda no governo Lula, renasce como um desafio para o governo Dilma. A medida trata da autorização do Poder Executivo criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo uma de suas

principais características ser uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação com o objetivo de reestruturar os Hospitais Universitários Federais. Mesmo não tendo sido votada dentro do prazo, o governo Dilma recolocou a EBSEH como projeto de lei (PL 1749/2011) (SILVA, 2013).

É nesse contexto de avanço do processo de privatização da saúde que, no tocante a questão do HIV/AIDS, ocorre o que Parker; Seffner (2006) denominam de neoliberalização da prevenção da AIDS no Brasil. De acordo com os referidos autores, a estratégia de tratamento como prevenção, em suas diferentes modalidades, que foi adotada no Brasil a partir do final de 2013, se conjuga com certo raciocínio de ordem liberal, numa pauta de ontologia individualizante. Com isso, fornece a pedra de toque para que aqueles que estão infectados pelo HIV e aqueles que possam vir a se infectar sejam lidos apenas como consumidores individuais de medicamentos, com o afrouxamento das estratégias coletivas e das respostas sociais a toda a complexidade da AIDS que, é muito mais do que aquilo que dela se pode dizer apenas do ponto de vista biomédico.

O resultado mais evidente em termos de políticas públicas de AIDS é a ênfase no chamado “testar e tratar” e na estratégia TcP (Tratamento como Prevenção), de modo íntimo vinculadas ao que se pode denominar de neoliberalização da prevenção no Brasil, em que não há financiamento para atividades de educação em saúde, mas somente para o tratamento.

Cabe destacar ainda, de acordo com os autores acima citados, que a crise política em que a Presidência da República se viu envolvida após a reeleição em 2014, potencializada pela conjuntura de crise econômica no plano internacional, forneceu argumento que afetou de modo negativo o orçamento de programas de combate à AIDS pautados nos direitos humanos. Como fator adicional tivemos a retirada de agências e financiadoras internacionais do país, trazendo como resultado um complexo de fatores, dentre eles o prolongado declínio da taxa de mortalidade pelo HIV e o amplo acesso aos antirretrovirais.

Conforme destaca Côrrea (2016), em função do “golpe” de caráter político, que resultou no processo de Impeachment da presidente Dilma Rousseff em 2016, assume a direção do país o Vice-Presidente Michel Temer (PMDB), simbolizando para os partidos aliados a chance de fortalecer o projeto societário conservador, totalmente aberto aos interesses do Grande Capital, colocando em risco os avanços

sociais e a abertura ao diálogo com setores populares e representantes das minorias.

As ações do atual governo indicam um profundo retrocesso dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, com implicações nas várias áreas de políticas públicas e principalmente a Saúde. O governo Temer anunciou um pacote de medidas que visam o congelamento de despesas em segmentos como educação e saúde, que impactam diretamente no enfrentamento do HIV/AIDS.

Conforme destacam Nemes & Scheffer (2016), em meio à crise política e econômica agravada no Brasil em 2016, o SUS, do qual dependem a manutenção da assistência e o tratamento em AIDS, enfrenta a diminuição de recursos e investimentos públicos, a baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, precárias condições de vínculos de trabalho e de remuneração, resultado do avanço da ofensiva neoliberal e da contrarreforma do Estado na saúde que promoveu, e continua promovendo, um verdadeiro desmonte das políticas públicas no país. As contradições originadas nesse processo interferem diretamente nas práticas sociais dos diversos profissionais da saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema único de Saúde – SUS, conforme foi possível identificar a partir dos resultados de nossa pesquisa, que apresentaremos a seguir.

CAPÍTULO III- A PESQUISA DE CAMPO

CAPÍTULO III- A PESQUISA DE CAMPO

3.1 O lócus da pesquisa: caracterizando o campo de estágio

Com o avanço da epidemia de HIV/AIDS no país, no contexto dos anos 1980, foram criados na área da assistência às pessoas vivendo com a doença, serviços específicos como Hospitais Dia (HD), Serviços de assistência especializada (SAES), Centros de Testagens e Aconselhamentos (CTAS), e ainda a modalidade de atendimento domiciliar terapêutico (ADTS), todos com a finalidade de proporcionar atendimento alternativo às formas tradicionais de tratamento (BRASIL, 1999 apud PATRIOTA, 2003).

Em Campina Grande - PB, o SAE foi fundado em 2003 e está subordinado à secretaria Municipal de Saúde. Quando iniciamos o Estágio Obrigatório em Serviço Social na referida instituição, de julho de 2014 a junho de 2016, o serviço localizava-se no bairro do Centenário, zona oeste da cidade, próximo ao centro da cidade, depois de sofrer um processo de “fragmentação física” dos demais serviços que compõem a rede Municipal de Saúde.

Esse processo de “fragmentação física” iniciou-se em 2014, devido a um pedido judicial, solicitado pelos donos do prédio no qual funcionava o Serviço Municipal de saúde (Prédio de propriedade privada). Os serviços foram separados e deslocados para vários endereços distintos espalhados pela cidade. Em relação ao SAE, ficou definido inicialmente que iria funcionar no prédio Francisco Pinto, localizado no centro da cidade, entretanto, isso não ocorreu, passando a funcionar alguns dias na estrutura física da Rede nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS – RNP+/CG, que é uma Organização Não Governamental (ONG) sem fins lucrativos, localizada no bairro do São José, Rua Pedro I, 159.

Atualmente, o SAE está funcionando em uma casa alugada, localizada na Rua Siqueira Campos, nº 568, no Bairro da Prata. Possui uma estrutura física composta por: dois consultórios médicos, onde um desses também é utilizado pela psicóloga; a recepção; a sala de espera; a sala da coordenação; farmácia; uma cozinha; três banheiros para uso dos usuários e um para uso dos profissionais.

O SAE, como uma unidade de saúde que presta assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS a nível secundário, tem o intuito de prestar atendimento

integral aos usuários por meio de uma equipe multiprofissional, que atualmente está formada por três médicos, três assistentes sociais, duas psicólogas, duas recepcionistas, uma dispensadora de medicamentos, uma farmacêutica, três técnicas de enfermagem e uma enfermeira.

Desse modo, são desenvolvidos os seguintes atendimentos: atendimento em infectologia; pediatria; apoio psicológico e social; distribuição de insumos e preservativos; dispensação de medicamentos; atividades educativas que visam incentivar a adesão ao tratamento e a prevenção e controle das Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Cabe destacar, contudo, algumas atribuições específicas do serviço, das quais destacamos:

- Realização de atividades educativas para prevenção e promoção da saúde;
- Abertura de prontuários com notificações através do SINAM;
- Sensibilização dos profissionais envolvidos no Serviço Municipal de Saúde para recepção e acolhimento dos pacientes, público alvo do SAE, de forma a serem atendidos com as devidas responsabilidades profissionais que perpassa pela ética e pelo sigilo nas instituições de saúde;
- Acompanhamento de pré-natal com encaminhamento de gestantes soropositivas do SAE ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e demais serviços de atendimento às gestantes em parceria com o projeto “Nascer e Rede Cegonha”, seguindo o processo de “referência e contrarreferência”;
- Aconselhamento para adesão à terapia instituída, evitando o abandono ao tratamento;
- Operacionalização de um projeto político de assistência voltada para o bem estar, humanização e qualidade de vida do usuário visando garantir a resolutividade, equidade e integralidade dos serviços, facilitando assim o acesso do usuário ao SAE e a outros serviços de referência, em busca de tratamento de outras especialidades médicas como: oftalmologia, dermatologia, proctologia, cardiologia, urologia, neurologia, entre outros;
- Realização de busca consentida, quando necessário;
- Valorização dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional, com a realização de reuniões mensais e estudos de casos;

- Capacitação dos profissionais da equipe;
- Realização de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT);
- Realização de atividades inerentes ao serviço e ações em DST/AIDS
- Participação em Congressos e eventos alusivos à temática para aperfeiçoar e trocar conhecimentos e experiências acerca do serviço.

É importante ressaltar que esse processo de constantes mudanças de espaço físico que o SAE vem sofrendo nos últimos anos e a inadequada instalação do serviço vem rebatendo na qualidade do atendimento prestado aos usuários. As atividades desenvolvidas pelo Serviço Social são as mais afetadas, visto que o espaço físico não possibilita as condições adequadas para que os usuários participem de atividades que abordem a temática do HIV/AIDS, visto o receio da exposição e a resistência que ainda existe por parte destes em discutir a problemática. Atividades como as salas de espera, palestras, dentre outras importantes ações voltadas para o enfrentamento da doença, vêm sendo comprometidas, em função da falta de um ambiente adequado que permita aos usuários um atendimento efetivamente de qualidade.

3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa e apresentação e discussão dos dados coletados

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos através da realização da pesquisa de campo, realizada no SAE/CG no período entre Junho e Julho de 2016. No contexto de elaboração da pesquisa, o SAE contava com 824 usuários cadastrados, e destes 10 participaram da pesquisa. Conforme destacamos inicialmente, também participaram da pesquisa os profissionais que atuam no serviço, dos quais foram entrevistados 07, quais sejam: três profissionais do Serviço Social, um médico infectologista, um farmacêutico, um psicólogo e um profissional de enfermagem.

Cabe destacar que o presente estudo fundamenta-se na perspectiva histórico crítica de base marxiana/marxista, com a intenção de alcançar os objetivos propostos. Ressalta-se ainda que utilizamos o tipo de pesquisa exploratória e descritiva com análise crítica e abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados. O uso dessa abordagem possibilitou uma melhor apreensão dos fenômenos investigados. Permitiu, sobretudo, dimensionar os problemas, descrevê-los e ir além,

conhecer trajetórias, experiências sociais dos sujeitos envolvidos (MARTINELLI, 1999). É importante destacar que a abordagem quantitativa por si só não é suficiente para explicar a realidade social. Nesse sentido, a abordagem qualitativa entra para compor o grau de análise. Como destaca a autora supracitada, mais do que a mera descrição de um objeto, a abordagem qualitativa busca conhecer trajetórias e experiências dos sujeitos envolvidos. Ambas, contudo, têm o caráter de complementaridade.

Destacamos ainda que a pesquisa foi realizada após ser submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba em Abril de 2016, considerando que tratou de uma pesquisa envolvendo seres humanos, fazendo-se necessário a apreciação e avaliação da mesma conforme preconiza as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 510/2016.

Dos instrumentos que melhor se adequaram aos objetivos da pesquisa, optamos pelo uso de entrevista semiestruturada, com uso de gravador (quando autorizado pelos entrevistados), com assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) pelos sujeitos entrevistados. O roteiro de entrevista semiestruturada foi dividido em duas partes: a primeira contendo dados socioeconômicos que possibilitaram a construção do perfil dos sujeitos pesquisados, e a segunda contendo, principalmente, questões abertas referentes aos objetivos do estudo.

Utilizamos, ainda, da observação participante que nos permitiu uma maior compreensão dos hábitos, atitudes, interesses, bem como das características da vida dos sujeitos (RICHARDSON, 2008). Isso nos possibilitou maior apreensão do objeto de estudo, na medida em que participamos do processo investigativo na condição de sujeito co-partícipe da pesquisa.

Tendo em vista que as entrevistas foram feitas com diferentes segmentos, a saber, 10 usuários atendidos no respectivo serviço, como também com 07 profissionais da instituição, buscamos apresentar e discutir os resultados da pesquisa por cada segmento entrevistado.

A realização da pesquisa possibilitou a sistematização dos resultados que apresentamos a seguir, fundamentados na coleta de dados empíricos junto aos sujeitos que participaram de nossa investigação, bem como fundamentados na

pesquisa bibliográfica feita acerca do tema, o que contribuiu para o aprofundamento deste.

3.2.1 Perfil socioeconômico dos/as Entrevistados/as

Com base nos dados coletados, dividimos os resultados da pesquisa em duas partes. Elaboramos inicialmente o perfil socioeconômico dos usuários entrevistados e posteriormente apresentaremos a concepção destes sobre o referido tema. A pesquisa de campo foi desenvolvida com a participação dos usuários que passavam por tratamento no SAE de Campina grande, no período de abril e junho de 2016.

Para a construção do Perfil socioeconômico dos usuários entrevistados, priorizamos as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação ocupacional, moradia, se possui filhos e a quantidade de filhos, renda individual e origem da renda. Os resultados se encontram distribuídos nos gráficos a seguir.

Gráfico1: faixa etária dos usuários entrevistados.

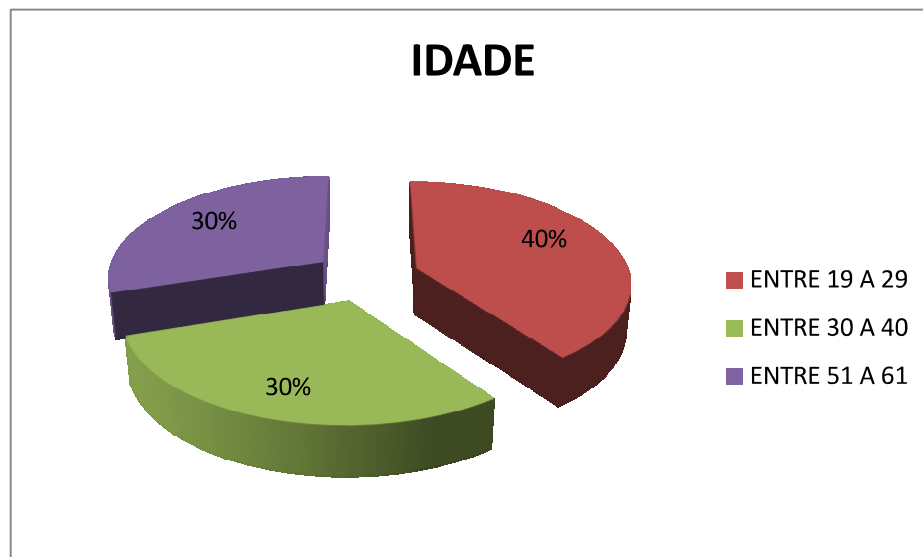


Figura 1. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

De acordo com o gráfico apresentado, verificamos que a faixa etária dos usuários entrevistados está entre 19 a 61 anos; 40% dos pesquisados estão na

faixa-etária dos 19 aos 29 anos de idade, ou seja, a maioria; 30% dos 30 aos 40 anos e 30% dos 51 aos 61 anos.

Podemos perceber a partir desses dados que o maior número de usuários entrevistados tem idade entre 19 e 29 anos, confirmando os dados do último Boletim Epidemiológico (2015) de HIV/AIDS que indicam um aumento da taxa de detecção principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que, de 2005 para 2014, a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24 quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes). Os dados indicam o que no início deste trabalho destacamos, ou seja, que ao longo dos anos o perfil da doença foi se modificando, e hoje apresenta como características predominantes a pauperização, envelhecimento, interiorização, juvenilização e uma tendência à feminilização, visto que há uma participação maior das mulheres nas faixas etárias de maior idade.

Gráfico 2: Distribuição dos usuários entrevistados por sexo.



Figura 2. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

De acordo com o gráfico apresentado, é possível observar que o maior número de entrevistados é do gênero feminino ou se consideram como tal, o que nos leva a observar que o perfil da doença vem se modificando. No surgimento da

epidemia no país, os primeiros casos de HIV/AIDS começaram a ser diagnosticados em pessoas do sexo masculino, que se relacionavam sexualmente com outros homens, o que levou a sociedade a acreditar em um grupo de risco ou na “peste gay”, sendo essa denominação mais uma forma de discriminação não só do grupo homoafetivo, mas também acerca da doença que durante muitos anos foi associada à promiscuidade e à prostituição.

O atual perfil da doença tem demonstrado que todos estão vulneráveis a contraí-la. O aumento no número de casos de mulheres infectadas pode estar relacionado a vários fatores, com destaque para o aspecto cultural, considerando que a mulher se comporta de forma passiva, por seguir uma cultura patriarcal em que o homem é quem conduz a relação, o que acarreta no não posicionamento das mulheres (em relação aos seus parceiros) em exigir o uso de preservativos em relações classificadas como estáveis. O comportamento de submissão feminina associado ao excesso de confiança no parceiro faz com que muitas mulheres se anulem e não realizem a prevenção.

Segundo Garcia; Souza (2010, apud CLEMENTINO, 2014) o HIV vem tendo nos últimos anos como principal modalidade de contaminação a heterossexualidade, que desde 1993 ultrapassou as categorias homossexuais e bissexuais em casos diagnosticados no país. Isso vem contribuindo para que o número de mulheres contaminadas tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos.

De acordo com o último Boletim Epidemiológico (2015, p. 11), foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. A partir de 2009, observa-se uma redução nos casos em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014. Entretanto, o Boletim (2015, p.12) indica ainda, que, entre os indivíduos com 20 anos ou mais, observa-se que, à medida que aumenta a idade, a razão de sexos diminui, indicando que há uma participação maior das mulheres nas faixas etárias de maior idade.

Gráfico 3: Distribuição dos usuários entrevistados pelo tipo de escolaridade.

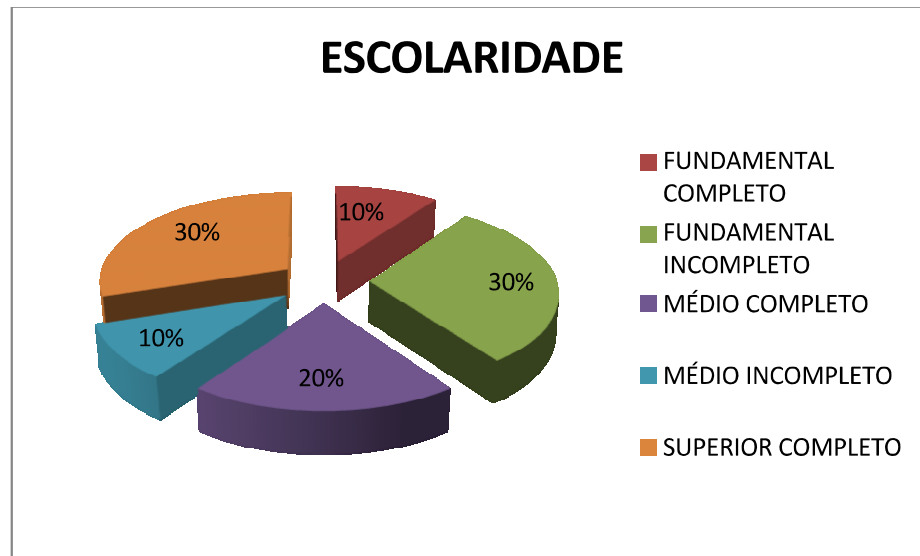


Figura 3. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

Na década de 1980, quando começaram a ser diagnosticados os primeiros casos de AIDS no Brasil, o público tomado como “grupos de risco” era majoritariamente homens que mantinham relações sexuais com outros homens, que em sua maioria pertenciam a um estrato social com alto grau de escolaridade. Porém, à medida que a doença avançou esse perfil foi se modificando.

Hoje a epidemia do HIV/AIDS afeta todo o mundo, independente do segmento social, tornando-se uma questão de saúde pública, e exigindo políticas e ações direcionadas para o enfrentamento da doença e de seus agravantes. “Segundo a escolaridade, observa-se que a maioria possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 31,6% dos casos notificados em 2013” (BRASIL, 2014, p.10).

O Gráfico anterior (**ver gráfico 03**) vem confirmar que essa realidade também se manifesta entre os/as que vivem com o HIV/AIDS na cidade de Campina Grande/PB. Dos usuários entrevistados identificamos que 10% tem nível fundamental completo, 30% tem nível fundamental incompleto, 20% médio completo, 10% médio incompleto e 30% superior completo. Desse modo podemos observar que a maioria dos usuários apresenta um nível de escolaridade baixo, o que influencia diretamente no acesso às informações básicas sobre a doença, prevenção e direitos das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

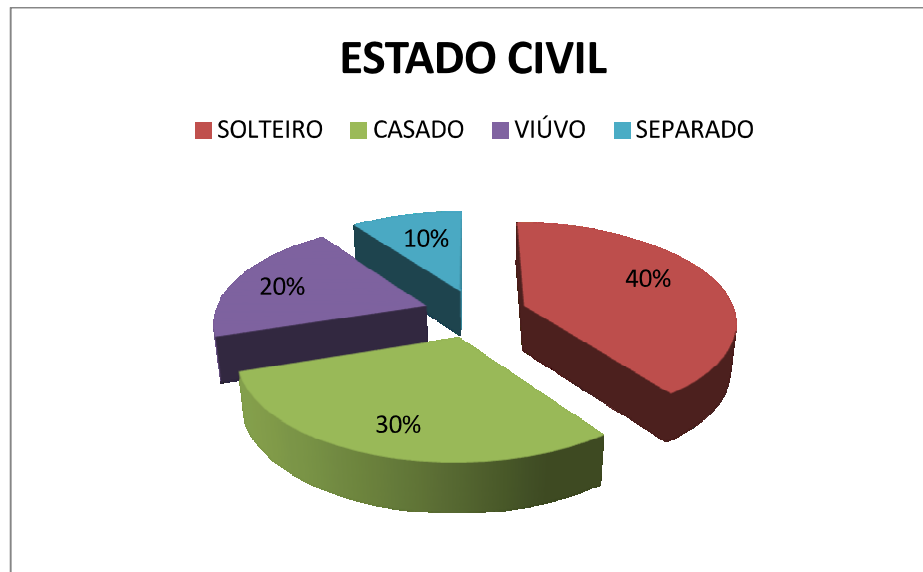
Gráfico 4: Estado civil dos usuários entrevistados

Figura 4. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

É possível identificar, de acordo com os dados apresentados, que o maior número dos usuários entrevistados (40%) se consideram solteiros, seguido dos que se encontram em união estável ou legal (30%); vemos também um número significativo de viúvas (20%) e por último 10% separados.

Em relação às viúvas, é importante destacar que a morte dos seus companheiros foi em sua maioria por falta de tratamento da doença; muitos sequer realizaram os testes.

Quando abordamos o tema das doenças sexualmente transmissíveis, nas quais se inclui a AIDS, muitas vezes se descarta a vulnerabilidade a que estão sujeitos os casais em relação estável. O “estar casado”, para muitos casais, representa “segurança” para este tipo de doença, o que vem acarretando um crescimento de casais heterossexuais infectados pela doença.

Gráfico 5 : Situação ocupacional dos usuários entrevistados.

Figura 5. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

A partir do gráfico apresentado, é possível observar que 60% dos usuários entrevistados estão atualmente exercendo alguma função remunerada e 40% não estão trabalhando, o que é um número significativo.

Nenhum dos entrevistados relacionou sua condição de desempregado com questões acerca da discriminação da condição de Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS).

É importante enfatizar que negar trabalho ou demitir sem justa causa uma pessoa pelo fato de ser soropositiva constitui uma forma de preconceito e discriminação contra as PVHA. Dentre os direitos conquistados pelas pessoas que vivem com AIDS está a reintegração do trabalhador demitido por discriminação e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa (MIRANDA, 2008). No entanto, muitos preferem não revelar sua condição de soropositivo, por temer perder o emprego, ser discriminado por colegas dentro do seu ambiente de trabalho, ser transferido de cargo ou função, dentre outras formas de estigmatização.

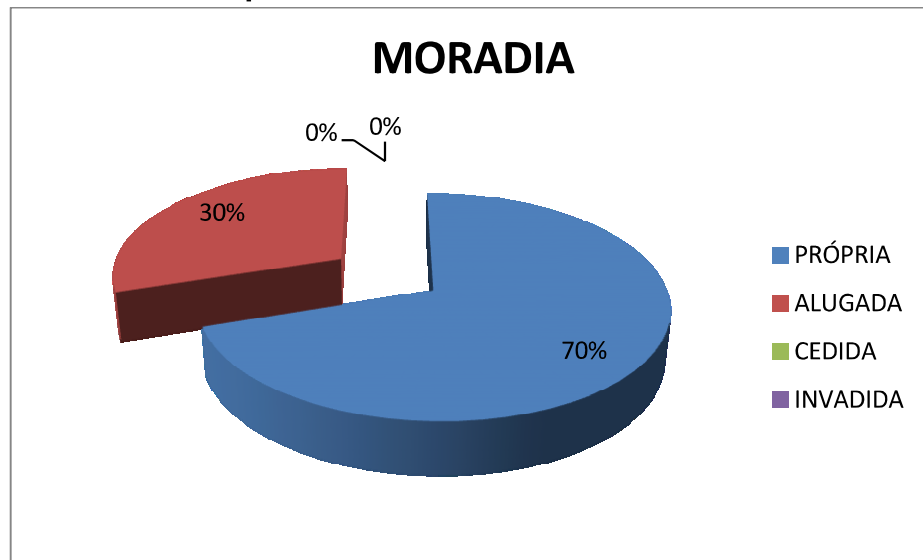
Gráfico 6: Tipo de moradia dos usuários entrevistados

Figura 6. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

Dos usuários entrevistados constatamos que 70% moram em casa própria, 30% em casa alugada, e nenhum em moradias cedidas ou invadidas. Cabe enfatizar que, no ano de 2002, ao assumir a presidência do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva criou o Ministério das Cidades. Este teve como a sua maior iniciativa no âmbito habitacional a criação do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). No entanto, cabe enfatizar que apesar de alguns avanços no que se refere à questão da moradia, como um maior acesso da população de baixa renda à casa própria, ainda é significativo o déficit na área habitacional em nosso país.

Gráfico 7: Usuários entrevistados que possuem filhos ou não.

Figura 7. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

De acordo com o gráfico acima, podemos observar que 80% dos usuários entrevistados possuem filhos, enquanto 20% informaram que não possuem.

Cabe destacar a importância do acompanhamento médico da gestação através do pré-natal, pois é só nesse momento que muitas mães descobrem a sua condição sorológica, e ao descobrirem essa condição positiva devem iniciar o tratamento com os antirretrovirais. O último Boletim Epidemiológico (2015) de HIV/AIDS traz dados que indicam a queda na taxa de infecção pela Transmissão Vertical, uma queda de 33,3% nos últimos 10 anos.

Para casos confirmados de exposição e para prevenir a situação de transmissibilidade vertical do HIV, tem-se utilizado, para as gestantes, a terapia antirretroviral com Zidovudina (AZT). Seu uso reduziu o risco de transmissão vertical de 14% a 30% para 8,3%, oferecendo esperança em relação à redução do número de crianças infectadas. Por esse motivo, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda seu emprego nas maternidades a partir da 14ª semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa), ao recém-nascido (via oral) até seis semanas de vida, bem como a realização do teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal. Recomenda, também, que o aleitamento materno deve ser evitado. Essa medida vem influenciando na redução do número de casos de AIDS em menores de 13 anos, no País, desde 1997.

Gráfico 8: Quantidade de filhos dos usuário que disseram possuir filhos.

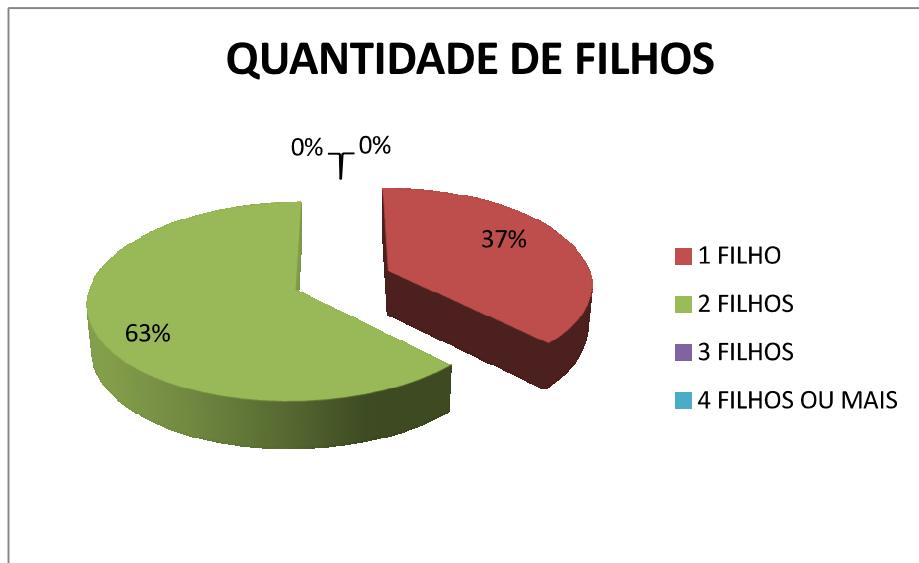


Figura 8. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

De acordo com o gráfico anterior, podemos identificar que 63% dos usuários entrevistados declararam ter dois filhos, enquanto que 37% declararam ter apenas um filho. Nenhum dos entrevistados declarou ter 3, 4 ou mais filhos.

Notamos que os indivíduos estão dentro do perfil da nova formação da família brasileira que, nos últimos anos, vem planejando a quantidade de membros ou descendentes. A maioria dos casais hoje em dia opta por ter até dois filhos.

Outra possível explicação para o pequeno número de filhos pode ser fatores como a infecção pós gestação, e/ou a morte do companheiro, causada pelo adoecimento e pela não adesão ao tratamento antirretroviral, sendo essas algumas das particularidades dos usuários que compõem o serviço. Essas características, enfatizamos, foram observadas através do processo investigativo.

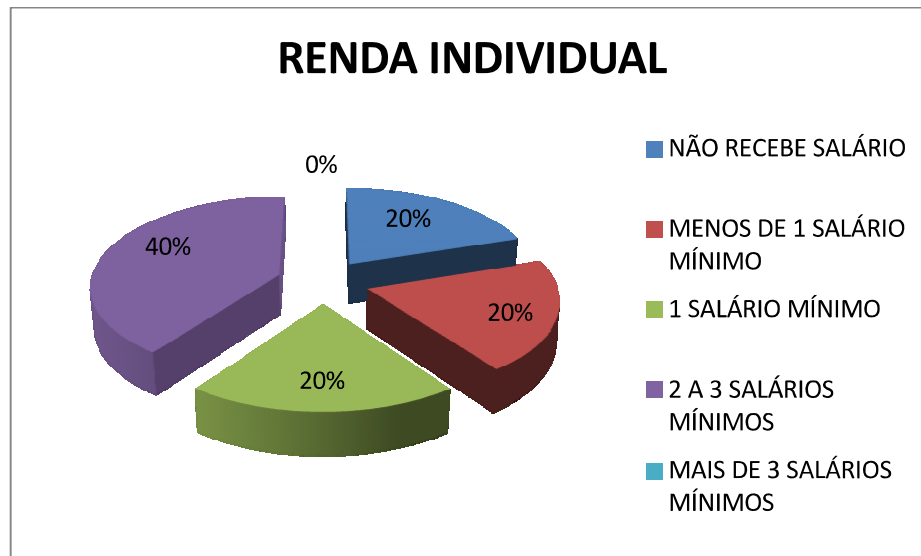
Gráfico 9: Renda individual dos usuários entrevistados

Figura 9. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

O gráfico acima demonstra que em relação à renda, 40% dos usuários entrevistados recebe de 2 a 3 salários mínimos, 20% recebe menos de 1 salário mínimo, 20% recebe um salário mínimo e 20% não recebe salário mínimo. Nenhum dos entrevistados declarou receber mais de 3 salários mínimos.

Podemos constatar que a grande maioria dos usuários entrevistados sobrevive com até um salário mínimo, reforçando uma das características da epidemia no Brasil, que ainda é de atingir as camadas mais pauperizadas da população em situação de vulnerabilidade social.

Gráfico 10: Origem da renda dos usuários entrevistados

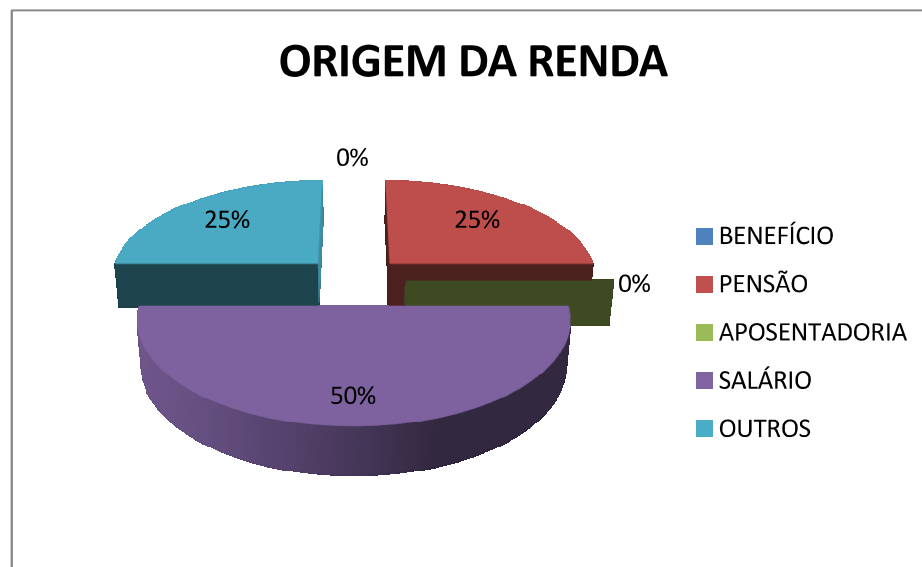


Figura 10. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

Em relação à origem da renda dos usuários entrevistados, 50% tem renda oriunda de salário, 25% pensão e 25% outro tipo de renda. Nenhum declarou receber benefício e aposentadoria.

O fato de nenhum dos usuários entrevistados possuírem auxílios oriundos de benefícios sociais nos chama a atenção, visto que, com o aumento da infecção pelo HIV e conseqüentemente da AIDS nas camadas de baixa renda, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) tem sido para as pessoas vivendo com HIV/AIDS uma alternativa de renda, pois, dependendo do nível de carga viral, muitos não têm condições de trabalhar. Esse segmento tem o direito de solicitar à assistência social o BPC, destinado a idosos acima de 65 anos e aos portadores de deficiência - categoria a qual se insere os portadores de HIV/AIDS – que comprovem incapacidade para o trabalho. Mesmo sendo de fundamental importância a concessão do BPC para as pessoas vivendo com a doença, considerando a pauperização da AIDS, os critérios de inclusão são extremamente seletivos, excluindo boa parte da população pobre ao acesso a este, considerando que, além do critério da renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, em sua grande maioria, o benefício vem sendo assegurado apenas para aqueles portadores que apresentam alta carga viral, ou seja, em fase terminal da doença.

3.2.2 Análise dos depoimentos dos/as usuários/as entrevistados/as

O aparecimento da AIDS no mundo e particularmente no Brasil trouxe, sem sombra de dúvidas, grandes desafios, assim como grandes descobertas e avanços no campo das ciências, em especial as biológicas. Sabemos que essa pandemia tem atingindo indistintamente vários segmentos da sociedade, exigindo um investimento em políticas públicas que contribuam para a diminuição do número de casos da doença no país.

No que se refere à Política de Enfretamento do HIV/AIDS na América Latina, o Brasil nos últimos anos se apresentou como referência mundial em suas ações no combate da epidemia, principalmente no que tange à Política e ao Programa de Distribuição de Antirretrovirais gratuitamente às PVHA. De acordo com o último Boletim Epidemiológico (2015), lançado em dezembro de 2015, desde o surgimento da epidemia de AIDS até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de AIDS, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Decorridos mais de trinta anos desde os primeiros casos identificados no Brasil, podemos dizer que houve grandes conquistas em torno da problemática do HIV/AIDS. No Brasil temos os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos, colhendo uma gota de sangue da ponta do dedo. Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. Os exames podem ser feitos de forma anônima. Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, para facilitar a interpretação do resultado pelo paciente. Também é possível saber onde fazer o teste pelo Disque Saúde (136).

Cabe destacar que a conquista do Sistema Único de Saúde em 1988, foi fundamental para que pudéssemos avançar em pesquisas e ações voltadas ao enfrentamento da doença em nosso país. Contudo, a conjuntura política que se

formou desde a década de 1990, caracterizada pelo avanço do ideário neoliberal, tem rebatido no SUS, principal pilar de sustentação do programa brasileiro de AIDS e nas ações de enfrentamento da doença, conforme foi possível perceber durante nosso período de inserção em campo de estágio obrigatório em Serviço Social no SAE, no Município de Campina Grande/PB. Nesse período, tivemos a possibilidade de nos aproximar da realidade dos usuários e dos profissionais, identificando suas dificuldades e limites que são resultado do desmonte dos serviços públicos de saúde, e que se reflete na precarização das condições de trabalho dos profissionais da área, na falta de recursos humanos, financeiros e materiais, na falta de capacitação contínua, dificultando a efetivação do direito à Saúde Pública de qualidade. Assim, na perspectiva de apreender inicialmente o significado da doença na vida dos/as pesquisados, indagamos inicialmente para os usuários do serviço há quanto tempo descobriram sua sorologia e como isso ocorreu?

Destacamos assim, os seguintes depoimentos:

Aproximadamente cinco meses. Descobri em um exame de rotina. Senti curiosidade então realizei o teste (Entrevista nº 01).

Em 15 de outubro de 2010. Não esqueço nunca! Dia em que fui internado. Dia do professor, que é minha profissão. Estava com um quadro de Pneumonia Fúngica, o médico solicitou o exame onde foi confirmado que eu estava com AIDS (Entrevista nº 06 – grifos nossos).

Há um ano. Descobri a partir da segunda gravidez da minha esposa, que descobriu através dos testes realizados durante o pré-natal (Entrevista nº10).

De acordo com o que discutimos no decorrer do presente estudo, a AIDS é uma doença que vem atingindo a todos indistintamente, exigindo um investimento contínuo em ações de prevenção e promoção à saúde, que possibilite uma diminuição da vulnerabilidade em contrair a doença.

Descobrir ter sido contaminado com o vírus HIV e está com AIDS, uma doença, ainda incurável, carregada de estigma e preconceito traz a sensação de culpa, medo, desânimo, tristeza, entre outras, o que pode provocar a incapacidade de lutar contra a doença e pela vida, uma sensação que pode durar por muito tempo e atrapalhar a aceitação da doença e consequentemente o tratamento (CLEMENTINO, 2014, p. 76).

Conforme é possível perceber no depoimento nº 08, a descoberta da doença é algo que ocasiona uma série de conflitos, justamente por toda a carga pejorativa contida na história da AIDS. Isso se dá principalmente devido ao estigma que a doença ainda carrega. Para muitos significa o fim da vida, uma sentença de morte. Esse estigma acarreta sérios problemas para as PVHA e muitas vezes dificulta até na adesão ao tratamento, pois muitos entram em estado de tamanha depressão ou revolta, se isolando do convívio social. Ocorre muitas vezes um processo de exclusão de sua rede de sociabilidade, que além de prejudicar em grande maneira a saúde do indivíduo, causa a “morte social”, termo utilizado por Herbert Daniel em 1989 ao fazer referência as metáforas negativas que perpassam a doença, desde o seu surgimento.

Indagamos ainda aos pesquisados, **como se deu o encaminhamento para o SAE?** Destacamos as seguintes respostas:

Eu sempre fiz exames de rotina porque meu marido era caminhoneiro e eu já tinha a preocupação, pois você sabe como são esses homens, não é? Então, há quatro anos fiz o exame e deu positivo. Ele morreu depois de acidente de trânsito e nunca quis fazer o exame ou se tratar. Quando recebi o resultado do exame no CTA fui encaminhada aqui para o SAE e estou até hoje (Entrevista nº 03).

Eu descobri que tinha HIV quando o meu esposo adoeceu e foi internado. O médico pediu que nós dois fizéssemos o exame e foi comprovado. A partir daí, quando ele recebeu alta já iniciamos o tratamento aqui no SAE (Entrevista nº 09).

De acordo com Brito (2000), o aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil. Este é o motivo de maior preocupação quanto ao rumo da epidemia, as relações heterossexuais e, particularmente, a contaminação das mulheres em união estável. Outro importante fator, que potencializa a vulnerabilidade das mulheres em contrair a doença, é a dependência em relação aos homens, particularmente no aspecto econômico. O perfil sócio-econômico da doença demonstra que mulheres de classes sociais mais empobrecidas têm ainda maiores dificuldades na negociação do uso do preservativo com seus parceiros, pois vivem com grande dependência econômica deles, e essa realidade que se configura

como inversamente proporcional ao seu poder de negociar suas decisões sexuais e outras.

Outra questão que levantamos foi **há quanto tempo os pesquisados estavam em tratamento no SAE?** Obtivemos as seguintes respostas

Quando fui diagnosticada na gravidez, fiquei em tratamento no HU de João Pessoa depois no SAE de lá. **Faz nove anos que faço o tratamento**, mas aqui em Campina Grande são seis anos (Entrevista nº 04 – grifos nossos).

Faz vinte e um anos que faço o tratamento, já nasci com AIDS. Mas sempre foi nesse SAE (Entrevista nº08 – grifos nossos).

Há sete anos. Eu adoeci e fui internada no HU. Quando melhorei já fui encaminhada ao SAE e estou até hoje (Entrevista nº 09 – grifos nossos).

É possível identificar, a partir dos depoimentos dos pesquisados, a importância que os serviços de diagnóstico e tratamento da doença têm na vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, considerando que em alguns casos, conforme se evidencia na fala da entrevistada 08, convivem desde o nascimento com a doença. No entanto, considerando as dificuldades atualmente enfrentadas pelo sistema único de saúde no Brasil, muitos têm sido os desafios enfrentados no âmbito das pessoas vivendo com a doença, no que se refere à qualidade dos serviços prestados a esse segmento da população.

Cabe destacar ainda, conforme ressalta Côrrea (2016), a questão da eficiência e a qualidade da assistência primária, na qual ocorrem a detecção precoce, a prevenção e a educação. Os programas de prevenção e de atenção primária em HIV e AIDS têm sido as principais vítimas da crise enfrentada no âmbito da saúde, agravada pelo enfraquecimento da capacidade do movimento de HIV e AIDS no sentido de exigir transparência nas políticas.

Assim, na perspectiva de apreender os desafios enfrentados pelos usuários do SAE, no que se refere à qualidade do atendimento prestado, indagamos os usuários entrevistados: **Quais as dificuldades encontradas ao procurar o serviço?**

Apesar de boa parte dos entrevistados não relatarem nenhuma dificuldade ou reclamação no que diz respeito à primeira consulta no SAE de Campina Grande/PB,

a entrevista nº 05 nos chamou a atenção, por relatar a má qualidade do atendimento prestado no SAE de outro estado brasileiro, inclusive apontando a discriminação que sofreu de um profissional do Serviço Social, contrariando o que preconiza o Código de Ética da Profissão. Vejamos:

No SAE de Campina Grande eu nunca tive dificuldade nenhuma. Sou sempre muito bem atendido por todas as pessoas daqui. Mas **no SAE de Maceió o atendimento é horrível. Nós somos sempre mal atendidos, inclusive eu já fui discriminado por uma Assistente Social de lá** (Entrevista nº 05- grifos nossos).

A discriminação e o preconceito que acompanham o HIV desde a descoberta dos primeiros casos são os grandes responsáveis pela negação dos direitos das pessoas vivendo com a doença. Conforme destaca Miranda (2008), lutar contra a AIDS implica combater todas as formas de desigualdade, preconceito e discriminação, que acabam levando aos indivíduos que contraem a doença à morte civil.

Além do preconceito e da discriminação sofridos pelas pessoas vivendo com a doença, soma-se a tudo isso a escassez, sobretudo de médicos especialistas, demora na marcação de consultas, falta de medicamentos para as doenças oportunistas, conforme evidenciamos nos depoimentos que se seguem:

Até hoje eu nunca tive uma dificuldade ou fui mal atendida aqui. **Eu só acho ruim porque a médica falta muito porque viaja ou vai pra congresso, aí a gente acaba dando a viagem perdida** (Entrevista nº 02 – grifos nossos).

No SAE eu nunca tive problemas, mas em outros hospitais eu **tenho sentido dificuldade de encontrar algumas vacinas e o teste de Tuberculose** (Entrevista nº 09 – grifos nossos).

Achei o processo demorado, porque **demorou mais de um mês para marcar a primeira consulta depois que eu descobri a doença** (Entrevista nº 01- grifos nossos).

O SAE atualmente conta com três médicos infectologistas que se organizam com horários de atendimentos nos turnos manhã e tarde. No entanto, o que se evidencia no SUS em seus vários níveis de atendimento é a precarização na

qualidade do atendimento, falta de insumos e profissionais nas unidades de saúde, como também estruturas físicas inadequadas para a realização dos procedimentos. Esse fato põe em risco a vida de milhões de brasileiros que diariamente utilizam esses serviços, inclusive as PVHA, que pela complexidade da doença necessitam de uma atenção redobrada para que as doenças oportunistas ou casos mais graves de adoecimento não sejam fatais.

Behring; Boschetti (2011) assinalam que dentro dessa lógica de precarização e desmonte, a Saúde Pública padece da falta de recursos, se evidenciando nas longas filas, na demora em prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução dos leitos, onde podemos afirmar que há uma forte tendência de restringir a saúde pública universal em um pacote de “cesta básica” para a população pobre.

Desse modo estamos inseridos em uma lógica contraditória, pois, o SUS, que é fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo atacado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados e pela instabilidade no financiamento (COHN, 1995; PIOLA, 2001; NUNES, 2001apud BEHRING ; BOSCHETTI, 2011).

Ainda no que se refere à qualidade do atendimento prestado pelo SAE de Campina Grande/PB, destacamos as respostas a seguir:

A melhor possível! (Entrevista nº 06).

Excelente! (Entrevista nº 07).

Ótimo. Eu só tenho problema em saber quando as consultas são marcadas. Não tenho como estar sempre ligando pra cá para saber se já foi marcada. Já perdi consulta por causa disso. Era bom que o pessoal ligasse pra gente (Entrevista nº 03).

Apesar das dificuldades existentes no âmbito da Política de Saúde no Brasil, boa parte dos usuários entrevistados fazem uma avaliação positiva do SAE. Cabe destacar, a partir de nossa inserção nesse espaço, que foi possível identificar que ainda prevalece a concepção de que bom atendimento significa ser bem acolhido ou tratado com educação e cordialidade, mesmo que não ocorra resolutividade.

É possível perceber isso quando indagados sobre a atuação dos profissionais que atuam no SAE, com o cuidado com a pessoa soropositiva. Todos os usuários

responderam que em relação ao atendimento são sempre muito bem tratados por todos os profissionais do serviço, desde a recepção aos médicos. As avaliações vão de “Bom” a “Excelente”. Destacamos o relato da entrevista nº 02:

Particularmente, eles prestam um ótimo atendimento. Eu vou reclamar do que, minha filha? Sou sempre muito bem recebida aqui. **Quando chego, as meninas vêm logo me abraçando. Me sinto muito bem tratada** (Entrevista nº 02 – grifos nossos).

Entretanto, quando indagados **se teriam alguma sugestão para um melhor atendimento nos serviços de saúde**, os depoimentos que se seguem apontam a necessidade de se melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Já foi melhor. Eu acho que deveria melhorar a marcação de consultas e aumentar as especialidades médicas, como ginecologista e dentista que já faz um tempo que não tem mais aqui (Entrevista nº04 – grifos nossos).

Eu acho que o sistema de marcação de consultas e exames deveria ser mais rápido (Entrevista nº01).

Eu acho que deveria melhorar a marcação de consultas e o contato com a gente, porque já aconteceu de eu perder consulta porque não fui avisada (Entrevista nº 03 –grifos nossos).

Durante o período do estágio Obrigatório em Serviço Social pudemos evidenciar as presentes questões . Conforme destacam Nemes; Sheffer (2006), nos serviços que assistem pessoas com HIV e AIDS, o que se observa é a insuficiente e heterogênea disponibilidade de recursos essenciais, como a presença de médicos, e de equipes multiprofissionais, terceirizações e formas precárias de contratação de pessoal que geram alta rotatividade de profissionais, carência de infraestrutura e deficiente integração entre os diversos níveis de atenção envolvidos no cuidado em HIV, desde a atenção primária até a ambulatorial especializada e a hospitalar.

Cabe destacar que o sucateamento dos serviços públicos de saúde faz parte do desmonte originado do processo de contrarreforma do Estado e que tem rebatido diretamente na Política de Saúde, e conseqüentemente na qualidade do atendimento prestado a população. “A proposta de saúde pública e universal parece estar, na prática, sofrendo um processo de privatização passiva ou de uma

democracia inconclusiva” (DRAIBE, 1990; GERSCHMAN, 1995; apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Obtivemos, ainda, os seguintes depoimentos:

Ainda não pensei nisso. Eu acho o atendimento aqui normal, mesmo **às vezes eu sentindo que alguns profissionais me tratam com certa diferença** (Entrevista nº 02 – grifos nossos).

Eu só tenho o que falar sobre outras unidades de saúde do município pois já sofri discriminação algumas vezes e fui mal atendido. Aqui no SAE estou achando demorada a marcação das consultas (Entrevista nº 06 – grifos nossos)

Sofri discriminação em outros serviços de saúde, então **eu acho que tem que trabalhar essa questão da discriminação e preconceito por parte dos funcionários de outros locais** (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

É possível perceber nos depoimentos que a questão do estigma e da discriminação ainda é um dos problemas que as PVHA enfrentam em seu cotidiano. Isso reflete na qualidade dos serviços prestados como também na qualidade do atendimento, interferindo no tratamento dos pacientes. Devemos destacar que os estigmas que acompanham aspectos relacionados a AIDS, constituem ainda hoje um bloqueio ao atendimento e à assistência ao portador de HIV (MALBENGUIER, 2000 apud PAIVA, 2012).

Miranda (2008) chama atenção para o fato que o surgimento da AIDS nos faz perceber que a desigualdade, o preconceito, a discriminação, o racismo também são doenças graves, que acometem grande parcela da sociedade brasileira. A referida autora entende que “garantir, assegurar e promover saúde significa combater tanto os males causados por vírus, bactérias e afins como aqueles provenientes de valores morais conservadores, segregacionistas e reacionários” (p.17).

As pessoas vivendo com HIV/AIDS vivenciam barreiras no enfrentamento da doença, acarretando muitas vezes negação da doença e afastamento do tratamento, configurando-se na negação da identidade que se deteriora no plano social e pessoal, traduzindo em profunda depreciação (GOFFMAN, 1975 apud PAIVA, 2012). A referida autora chama atenção para o fato que o atendimento às pessoas que convivem com HIV/AIDS pelos profissionais de saúde precisa ser revisto, tanto em relação à questão do atendimento humanizado, quanto à superação dos sentimentos de medo e insegurança por parte destes profissionais. A

falta de preparo para lidar com doentes de AIDS irá se refletir na dificuldade com o cuidado, no trato com o sofrimento alheio, na estigmatização ligada à doença e consequentemente na exclusão social da pessoa atendida.

O depoimento que se segue denuncia uma situação de desrespeito e discriminação vivenciada por uma pessoa vivendo com HIV/AIDS, em um Hospital local do Município:

Assim... Eu observo que, se você chegar com uma requisição daqui do SAE, você não é bem vista. Eu digo isso porque uma vez eu cheguei com meu esposo lá no Trauma, na época em que aconteceu (o adoecimento). Na época ele estava para fazer uma drenagem no pulmão, a gente chegou por volta de umas 8 horas da manhã e o médico entrou e saiu e ele (o paciente) lá debilitado, ficando lá, e a gente lá esperando, e *chegou* um ponto de eu chegar para ele (o médico) e perguntar: **“Doutor, o que é que está acontecendo? Por que ele não está sendo atendido?”** e o médico me respondeu: **“você tem que agradecer que foi enviado pra cá. E ele é um paciente que tem que ser atendido por último porque tem que limpar todo o centro cirúrgico”**. Eu saí muito triste, é como se eu sentisse assim: meu Deus! Se eu chegar morrendo ninguém vai me prestar socorro por que... É uma emergência, mas você chega ali tem que limpar todo o ambiente, então *vão dá* preferência a outros atendimentos e eu ficar ali... Entendeu? Então eu me sinto nessa situação! (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

A Constituição Federal brasileira diz que os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm direitos garantidos e que devem ser respeitados, dentre eles: dignidade humana e acesso à saúde pública e, por isso, estão amparados pela lei. O Brasil possui legislação específica dos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiência (BRASIL, 2014).

Mesmo com a existência de uma Lei sancionada no primeiro mandato do Governo Dilma, a lei 12.984/14, que criminaliza a discriminação de portadores de HIV e doentes de AIDS, tais atitudes são constantes por parte dos vários segmentos da sociedade.

Na perspectiva de apreender melhor as dificuldades vivenciadas pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS, perguntamos aos entrevistados se **existiu algum**

momento em que se sentiram desrespeitados (as) em seus direitos de cidadania? Se sim, Por que?

Apesar de situações como a que foi relatada anteriormente, com exceção de um entrevistado, todos afirmaram que nunca foram ou se sentiram desrespeitados. Portanto, podemos perceber que os usuários não conseguem associar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde como um direito de cidadania. O entrevistado nº 01 fez a seguinte ressalva

Só em relação aos medicamentos, porque se eu vier aqui num dia antes do que está marcado eu não posso levar os medicamentos. Não tem uma flexibilidade nas datas da entrega, ai às vezes eu tenho que dar várias viagens aqui sendo que como eu sou de outro município fica complicado pra mim **(Entrevista nº 01)**.

Questionamos ainda aos usuários pesquisados, se gostariam de acrescentar alguma informação?

Somente um dos entrevistados se colocou:

Seria bom que tivesse um médico diariamente, como se fosse um plantão, porque às vezes acontece algo inesperado e a gente não tem para onde ir (Entrevista nº 01- grifos nossos).

É importante destacar que os serviços de diagnósticos e tratamento as pessoas vivendo com HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB e cidades circunvizinhas e que prestam prevenção/diagnóstico/tratamento às pessoas que vivem com a doença, são: o Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA), as Unidades Básicas de Saúde que vêm realizando o Teste rápido, e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HU), hospital de referência para internação. Portanto, os casos mais graves devem ser encaminhados para o HU, considerando que a depender do estado de saúde e do histórico dos pacientes, requer médicos que conjuguem capacitação, atualização e experiência profissional.

No entanto, de acordo com Nemes; Sheffer (2016), embora o Brasil conte com 3.229 infectologistas, eles estão mais concentrados nas regiões Sudeste e Sul e nas capitais. Além de HIV, ocupam-se de outras infecções, de clínica médica, epidemiologia, imunologia, infecção hospitalar e doenças emergentes e reemergentes, como dengue, zika vírus, chikungunya e H1N1.

Outra questão que as autoras chamam atenção e que se apresenta como problema comum em toda a rede pública de saúde é a grande rotatividade de médicos, sobretudo especialistas, e a dificuldade de contratação e reposição de novos profissionais.

Nemes; Sheffer (2016) ressaltam ainda que grande parte dos Serviços de Saúde públicos no Brasil passaram a ser administrados por entidades privadas a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), nos Hospitais Universitários, aprofundando algumas dificuldades, como a falta de profissionais e a baixa articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde têm sido atribuídas a essa modalidade de gestão privada dos serviços, que também apresenta pouca transparência na prestação de contas, além de falhas de controle e fiscalização no uso dos recursos.

Conforme destaca Rodrigues (2014), os HUs se enquadram nos níveis de média e alta complexidade, devendo oferecer atendimento de grande porte e de qualidade à população, além de integrar os demais níveis de atenção à saúde. No entanto, a adesão a EBSERH por vários Hospitais Universitários no Brasil, e nesse âmbito está o HU Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande/PB, tem trazido grandes prejuízos aos usuários do SUS, rebatendo diretamente na política de enfrentamento do HIV/AIDS. Cabe destacar que a contratação de trabalhadores temporários, autorizada pela Lei. 12.550/2011, que cria a EBSERH, aumenta a rotatividade de profissionais, o que sem dúvida acarreta a descontinuidade dos serviços e queda na qualidade dos serviços prestados à população.

Cabe destacar ainda que todas essas configurações que caracterizam a Política de Saúde no Brasil frente à contrarreforma do Estado têm impactado nas práticas sociais, trazendo implicações nas condições adequadas de trabalho dos profissionais que atuam nessa área. Assim, na perspectiva de apreender esse processo, também realizamos entrevista com alguns dos profissionais que estão inseridos no SAE de Campina Grande/PB. Conforme mencionado anteriormente, foram entrevistados sete profissionais, sendo, três profissionais do Serviço Social, um Farmacêutico, um Enfermeiro, um Médico e Um Psicólogo.

3.2.3 Análise dos Depoimentos dos Profissionais

Partimos do pressuposto que a contrarreforma do Estado na Saúde não atinge apenas os usuários; algumas profissões vêm sofrendo com a racionalidade desse processo mais que outras, porém, essa lógica atinge a todos. No âmbito da saúde, observa-se que ocorre uma crescente precarização das condições de emprego e de trabalho, o que repercute na qualidade dos serviços oferecidos à população, nas relações com os usuários e demais profissionais da saúde, além da consequente fragilização do funcionamento do SUS (MENESES, 2010).

Questionamos os entrevistados sobre qual tipo de vínculo eles possuem junto ao SAE. Com base nas respostas, elaboramos o gráfico que se segue:

Gráfico nº 11: tipo de vínculo dos profissionais

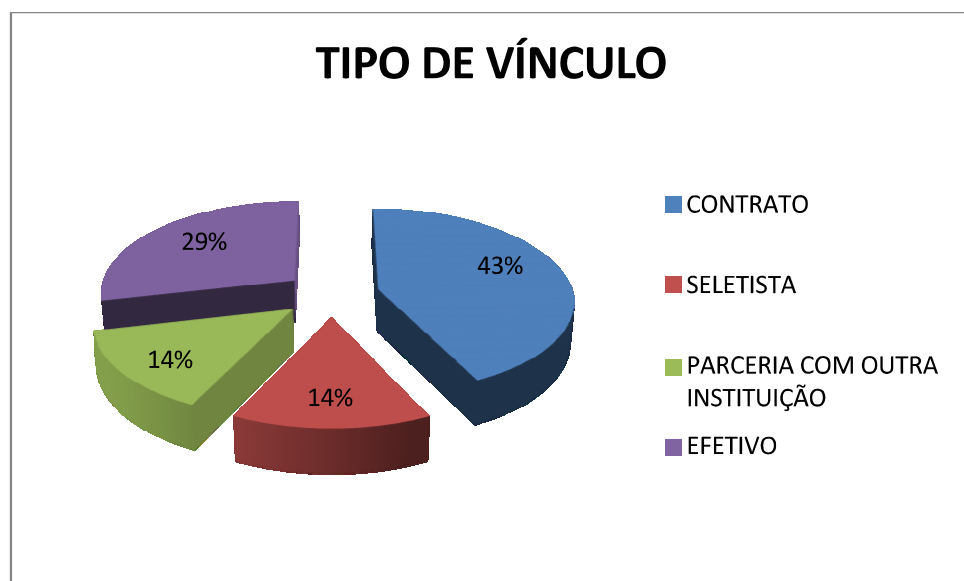


Figura 11. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

Dos sete profissionais entrevistados, três (43%) prestam serviços mediante Contratos Temporários, dois (29%) são funcionários efetivos do Município mediante realização de Concurso Público, um (14%) é cedido ao serviço através de parceria com outra Instituição que, nesse caso, é a Universidade Federal da Paraíba (UFCG), e um (14%) possui vínculo do tipo Seletista.

Cabe destacar de acordo com os dados mencionados, que a maioria dos profissionais entrevistados presta serviços mediante contrato temporário, afirmando também que atuam no serviço há aproximadamente 4 anos.

Vale enfatizar que a realidade das condições de trabalho e de emprego no âmbito da saúde, tem relação direta com “a contrarreforma do Estado que destrói os direitos assegurados na legislação social e trabalhista, atinge os trabalhadores nas suas relações sociais, modos de vida, projeto de classe e condições de trabalho” (MENESES, 2010, p. 103). Diz respeito ainda a degradação do trabalho, vivenciada pelo conjunto da classe trabalhadora, pois atualmente nenhum setor do trabalho está imune à miséria do desemprego e do trabalho temporário (MÉZAROS, 2006 apud MENESES, 2010).

Muitos desses contratos são feitos por “apadrinhamentos políticos”, o que traz efeitos colaterais gigantescos, como profissionais despreparados para lidar com as demandas, falhas na execução dos serviços prestados à população e perda de autonomia profissional.

Indagamos ainda aos entrevistados se possuíam outro vínculo empregatício além do SAE. Vejamos o gráfico que se segue:

Gráfico nº 12: quantidade de vínculos



Figura 12. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2016.

Podemos analisar que, dos sete entrevistados, quatro (57%) declararam ter outro vínculo e três (43%) não possuem outro vínculo empregatício.

Cabe destacar que frente ao atual contexto político, social e econômico do país, que vem implicando no aumento da precarização das condições de trabalho e dos baixos salários, é possível observar que os profissionais acabam se submetendo a mais de um vínculo empregatício, o que compromete a qualidade dos serviços prestados à população.

Outra questão indagada aos profissionais foi se possuíam pós-graduação em alguma área específica da saúde. A partir das respostas, elaboramos o gráfico que se segue:

Gráfico nº 13: formação dos profissionais

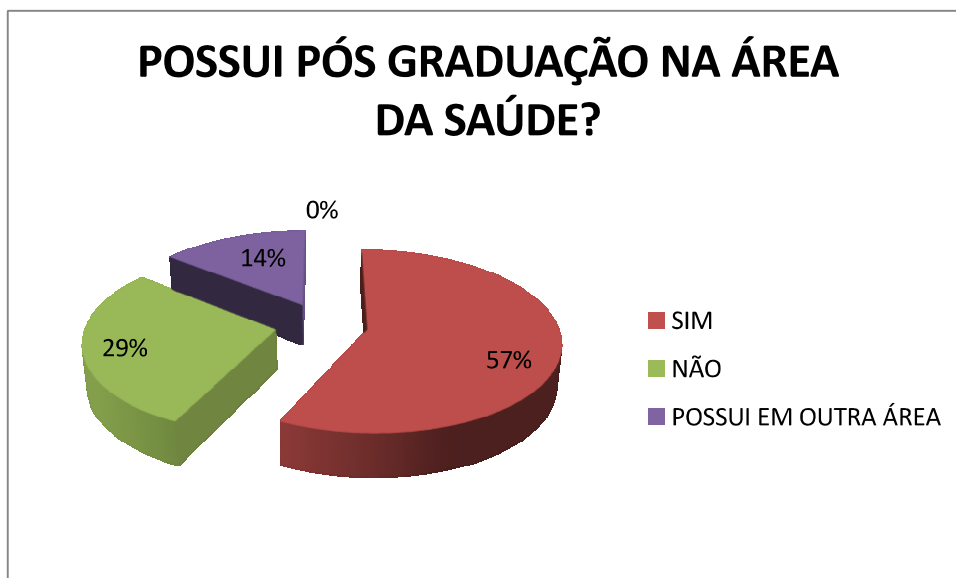


Figura 13. Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)- Campina Grande-PB, 2016.

Foi possível identificar que 57% dos pesquisados afirmaram que possuíam pós-graduação em áreas específicas da saúde. São elas: Saúde Coletiva, Clínica Médica e Infectologia, Obstetrícia e Neonatologia e Psicanálise na Educação e Saúde; 29% declararam não possuir, e 14%, possui na área da (educação).

Perguntamos aos entrevistados **quais as principais demandas postas em seu cotidiano profissional**. Destacamos os seguintes depoimentos:

Acolhimento e aconselhamento dos usuários, orientação sobre a adesão ao tratamento e sobre os seus direitos (**Entrevista nº 05**).

Visitas hospitalar e domiciliar, visto que sou psicóloga social, o que me permite acompanhar os demais profissionais (**Entrevista nº 04**).

Acompanhamento de exames Periódicos de carga viral, CD-4, exames laboratoriais, marcação de consultas, parceria com a farmácia para saber a questão da adesão dos pacientes, a gente providencia e agiliza o máximo possível a questão de exames que os pacientes pedem ou questão de receitas de medicamentos atrasadas [...] A gente procura fazer com que o usuário chegue e o problema dele seja resolvido (**Entrevista nº 07**).

Portanto, é possível observar a partir das falas dos profissionais entrevistados que são muitas as demandas que fazem parte do cotidiano destes. Apesar do entrevistado 07 demonstrar sua preocupação com a questão da resolutividade dos problemas dos usuários que buscam os serviços do SAE, no entanto, os desafios para contribuir com a garantia dos direitos dos usuários do SUS, em um contexto de contrarreforma do Estado são muitos, principalmente se considerarmos a regressão das políticas sociais garantidas constitucionalmente.

Em seguida perguntamos aos profissionais pesquisados **quais os principais desafios e dificuldades na sua atuação profissional**. Destacamos as seguintes respostas:

A dependência de outros órgãos para realizar minhas atividades, pois os medicamentos não vêm diretamente para o SAE, então, é muita burocracia para receber esses medicamentos (Entrevista nº 01).

Atrasos na marcação de exames, na estrutura física das instalações, a falta de adesão ao tratamento e ultimamente houve um aumento dos pacientes, o que dificulta o acompanhamento (Entrevista nº 02- grifos nossos).

Enfrentamos desafio na participação da família para podermos trabalhar numa relação usuário-família-instituição; falta de adesão ao tratamento; **conseguir os profissionais que faltam, como ginecologista e odontologista, que já faz dois anos que estamos sem esses médicos; capacitação dos funcionários; espaço físico inadequado e a falta de uma maior participação e engajamento da comunidade acadêmica no Serviço** (Entrevista nº06 – grifos nossos).

Na fala do entrevistado nº 06, podemos perceber a falta de especialidades clínicas que são de grande importância para os usuários desse serviço, e que atualmente enfrentam uma enorme dificuldade para conseguirem atendimento nessas áreas devido a não contratação desses profissionais pela Secretaria Municipal e Saúde, pois, como dito anteriormente, o SAE é integrado ao Serviço Municipal de Saúde. Cabe destacar que, em função do preocupante crescimento do número de casos da doença no Município, se faz necessário, um número maior de profissionais qualificados para atuar no serviço, visando não comprometer o acompanhamento e o tratamento desses usuários. Essa questão apareceu diversas vezes durante as entrevistas, como veremos nos próximos relatos. Registramos, ainda, as seguintes falas:

Falta de Adesão ao tratamento; marcação de consultas que às vezes demora; **falta autonomia financeira para viabilizar atividades; faltam recursos materiais como som, microfone data show e etc** (Entrevista nº03 – grifos nossos).

Conforme é possível se evidenciar no depoimento dos profissionais, os atrasos nas marcações de exames não é uma reclamação apenas dos usuários, essa problemática interfere na ação profissional, dificultando o diagnóstico das doenças oportunistas e eventuais complicações durante o tratamento.

Outra questão apontada no que se refere aos desafios da ação profissional, é a falta de adesão plena dos usuários do SAE ao tratamento. Em função do estigma e preconceito ainda existentes em torno da doença, muitos pacientes passam anos se tratando em segredo, pois temem a rejeição. Ainda no que se refere às dificuldades apontadas pelos profissionais que atuam nesse espaço, destacamos as falas que se seguem:

Falta de uma sala adequada para os atendimentos (Entrevista nº 04 – grifos nossos).

Falta de um veículo para realização das visitas domiciliares e hospitalar (Entrevista nº 05 – grifos nossos).

Acho que hoje em dia, **o que pesa bastante é a falta de outro profissional da enfermagem, embora as duas técnicas que eu**

tenho hoje me ajudam bastante, mas, por exemplo, acontecem cursos, palestras e eu não posso ir por que também tenho outro trabalho, então se tivesse outro que pudesse ir e trazer as informações seria muito positivo, entendeu? Outra coisa que dificulta bastante, por exemplo, muitas vezes bloqueia... Porque a gente precisa de outros serviços para fazer acontecer... Eu *estou* com uma dificuldade muito grande em relação a exames mais específicos [...], antigamente nós fazíamos esse exame com o LACEN, agora a gente tá com o Centro de Genoma que é em São Paulo, e é muito complicado falar com eles porque tudo é através de email, e aqui eu não tenho tempo de sentar para mandar email, você mesmo vê como é... Eu não tenho tempo. E às vezes eu mando de casa. Aí é como eu te disse: se tivesse outro enfermeiro ajudaria bastante (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

A falta de recursos materiais e de uma estrutura física adequada para o atendimento dos usuários são questões que aparecem nos depoimentos dos profissionais entrevistados e que demonstra a dificuldade de funcionamento do serviço. A falta dos recursos materiais prejudica o planejamento e execução de determinadas atividades que envolvem os profissionais do Serviço Social e da Psicologia, atividades mais dinâmicas deixam de acontecer por falta de materiais básicos, como som, microfones, etc., não esquecendo que o próprio espaço físico inadequado vem interferindo na realização das atividades sócio-educativas. Chamamos atenção ainda para o depoimento do entrevistado nº 07, quando esse ressalta a dificuldade de sair para capacitação, em função da sobrecarga de trabalho e da falta de outro profissional da área.

Assim, indagamos ainda aos profissionais pesquisados **como estes desafios têm interferido na qualidade dos serviços prestados à população usuária do serviço**. Destacamos as seguintes respostas:

Deixam uma enorme lacuna tanto para o usuário quanto para o profissional, pois impede a qualificação e o melhoramento do serviço (Entrevista nº 06 – grifos nossos).

Refletem na nossa atuação, pois **quando o usuário não está seguindo o tratamento prejudica todo o andamento** (Entrevista nº 03 – grifos nossos).

Prejudica bastante, pois os usuários sentem falta do auxílio das visitas, principalmente os mais carentes (Entrevista nº 05 – grifos nossos).

Fica evidenciado a partir dos depoimentos, o quanto a precarização das condições de trabalho desses profissionais, caracterizada pela falta de recursos físicos, humanos e materiais, vem comprometendo a qualidade dos serviços prestados aos usuários do serviço. Vejamos ainda os depoimentos que se seguem:

A falta de estrutura física adequada compromete o atendimento, pois os usuários não se sentem à vontade para se abrir e conversar sobre suas angústias (Entrevista nº 04 – grifos nossos).

Cai um pouco. Por que esses tipos de exame ajuda o médico a nortear, por exemplo, uma falha de uma determinada medicação, porque ele traz uma leitura completa e detalhada dos antirretrovirais no organismo. **É um exame caro, que o SUS disponibiliza, demora em torno de 60 a 75 dias para sair um resultado e precisa de um médico referência em genotipagem. Aqui em Campina nós só temos um, que inclusive ela atuava no SAE, mas está afastada,** aí eu preciso de João Pessoa pra isso, entendeu? Aí daqui que o nosso exame chegue lá, é uma burocracia, e daqui que o exame saia de lá e chegue aqui é outra burocracia. É como eu te disse, o meu trabalho depende de outros profissionais (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

Após relatarem as dificuldades e desafios enfrentados no cotidiano da prática, indagamos aos profissionais entrevistados sobre **as possibilidades do trabalho profissional**. Destacamos os seguintes comentários:

Resgatar a autoestima dos soropositivos; trabalhar o sentimento de angústia, promovendo a valorização da vida (Entrevista nº 04).

Oferecer a cada dia mais um serviço de qualidade (Entrevista nº 06- grifos nossos).

Manter a qualidade da assistência ao usuário, primeiramente na questão da adesão [...] garantir uma certa segurança ao usuário, dele ter essa adesão e manter o controle de atendimentos com os médicos. (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

Mesmo com todas as dificuldades apontadas pelos profissionais entrevistados, no que se refere à dificuldade de garantir um atendimento de qualidade aos usuários do SAE, estes demonstram a preocupação com a questão.

Cabe destacar que além da preocupação com o atendimento prestado com as pessoas que contraíram a doença, é necessário se investir também em ações de enfrentamento da doença na perspectiva da prevenção. De acordo com Grangeiro (2016), o HIV e AIDS no Brasil atingiu em anos recentes seu patamar mais elevado,

o que tem sido acompanhado por uma inflexão na tendência de estabilização da epidemia, notadamente nas novas gerações; a existência de um contingente expressivo de pessoas infectadas ainda desconhecedoras do *status* sorológicos; taxas de prevalência do HIV acima dos 5% em algumas das regiões com alto grau de urbanização e em populações específicas; e proporções de diagnóstico tardio e de perda de seguimento clínico de pacientes em uso de antirretrovirais que podem ultrapassar um terço dos casos conhecidos, refletindo-se em uma mortalidade por AIDS elevada e persistente.

O referido autor destaca também que o crescimento da epidemia, dentre outras questões, é resultado da insuficiência de pesquisas e de informações de vigilância epidemiológica que permitam aprofundar o conhecimento da dinâmica do HIV no país. Cabe ressaltar que o Brasil foi, durante muitos anos, um modelo mundial de resposta bem-sucedida ao HIV e à AIDS. No entanto, frente a atual crise político-econômica experimentada desde a fase pós-democratização, o país perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais.

No que se refere a essa questão, indagamos aos entrevistados se **participavam de algum movimento, grupo ou Fórum de discussão sobre a questão da saúde no município**. Destacamos as seguintes respostas:

Sim. O Conselho Municipal de saúde e sou voluntária da ONG Grupo de Apoio a Vida – GAV (Entrevista nº 04 – grifos nossos).

Não. Eu acho que não há uma divulgação (Entrevista nº 03).

Não sou militante, mas quando sou convidada para alguma palestra sempre vou (Entrevista nº 06).

Eu estava num grupo, mas fui “colocada pra fora” (risos). Mas não foi porque eu quis, não. Realmente eu não estava mais participando. **Eu sou inscrita no UNAIDS do Ministério da Saúde. Aí eu entrei num grupo de coinfeção de HIV e Tuberculose mas aí eu passei mais de três meses sem participar, recebi um email cobrando minha participação e tal... Só que devido alguns problemas pessoais eu não tive como, aí eles me descredenciaram.** Mas eu vou tentar de novo (Entrevista nº 07 – grifos nossos).

A não participação dos movimentos de defesa da Política de Saúde é preocupante, pois, diante da atual conjuntura de retrocessos e perdas de direitos, é

fundamental a participação nos espaços de discussão política. Essa não participação é mais uma característica desta racionalidade hegemônica, em que não se discute mais ou não se defende os serviços públicos como direitos sociais, fundamentadas numa lógica individualista onde as pessoas não se enxergam como usuárias desses serviços.

Nessa perspectiva, Soares (2010) pontua que a metodologia utilizada por essa racionalidade hegemônica, encabeçada pelo Banco Mundial, principal aparelho privado no capitalismo contemporâneo, através das suas imposições, vem colocando como seria o novo processo de repolitização das relações sociais e suas particularidades da Política de Saúde. Esse processo de repolitização, podemos dizer, vem interferindo na defesa da política de fato, desencadeando um processo de participação genérica, que visa à colaboração e a adesão à racionalidade hegemônica. Contudo, não significa dizer que não haja mais resistência, “é, na verdade, a própria resistência que impõe histórica e dialeticamente, a necessidade da racionalidade hegemônica refuncionalizar os princípios da Reforma Sanitária” (IDEM, 2010, p. 92).

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

No trabalho ora apresentado, objetivamos analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de enfrentamento do HIV/AIDS no âmbito do Serviço de Assistência Especializado – SAE – de Campina Grande/PB, a partir da percepção dos profissionais e usuários. As análises tecidas nesse estudo revelam que a atual conjuntura do país é caracterizada por um cenário de retrocessos, avanço do conservadorismo e a agressiva perda de direitos. A “reforma” do Estado implantada no início da década de 1990 vem se materializando no âmbito da seguridade social através de um verdadeiro processo de desmonte, desestabilização, desresponsabilização do Estado e ataques aos direitos sociais garantidos constitucionalmente.

As políticas sociais, fundamentais na promoção do bem estar dos trabalhadores se tornaram dentro da lógica neoliberal espaço de disputa de interesses do setor privado, que viram nesse campo oportunidades de geração de lucros, tornando os indivíduos que delas necessitam consumidores e não mais usuários.

No que se refere particularmente à Política de Saúde, os rebatimentos da contrarreforma do Estado têm se colocado como um impedimento para a efetividade dos princípios do SUS, pois subordina a política social à política macroeconômica, favorecendo o crescimento do setor privado com uma concepção de direito bem distinta da racionalidade do projeto de Reforma Sanitária, vinculada aos interesses dos trabalhadores.

Particularmente para as PVHA, o cenário atual e os vários desdobramentos políticos dos últimos anos têm sinalizado uma luz vermelha, chamando atenção para o enfraquecimento da Política de Saúde e para as ações de enfrentamento do HIV/AIDS, através da desestruturação dos serviços voltados a esses usuários, desde as campanhas de prevenção até a política de distribuição de medicamentos. No campo da mobilização social, também observamos que diz respeito à participação dos vários segmentos da sociedade civil, se diferenciando do contexto existente no período que marca o surgimento da epidemia no país, em que esses movimentos formados por sujeitos das comunidades afetadas, considerados como

“grupos de risco”, conseguiram impulsionar as primeiras ações de enfrentamento da epidemia.

No que se refere aos profissionais que atuam no âmbito da política de saúde e particularmente, na política de enfrentamento do HIV/AIDS, destaca-se que a desmobilização é resultado tanto dos contratos precários de trabalho de parte significativa destes quanto do atual modelo de formação caracterizada pela “mercantilização” do Ensino Superior no país marcada pelo avanço das instituições de ensino privado – mais uma característica do avanço sem precedentes do Capital garantido pelo Estado como mais uma forma de desmonte dos direitos sociais -, que lançam todos os dias milhares de profissionais no mercado de trabalho imbuídos de uma lógica de acumulação, voltados ao atendimento no setor privado de saúde legitimando cada vez mais, o discurso do “que é público não serve”, se omitindo da luta em defesa dos serviços públicos na área da saúde.

No tocante ao SAE de Campina Grande/PB, foi possível constatar a partir de nossa inserção naquele espaço, através do Estágio obrigatório em Serviço Social e da realização da pesquisa de campo, que o processo de contrarreforma do Estado na saúde e o contexto de crise política e econômica que se intensifica no país a partir de 2015, tendo seu ápice em 2016, e que tem se materializado através das ações de cortes de verbas voltadas à implementação da Política de Saúde em seus vários níveis de atenção, estão pondo em risco a política de enfrentamento do HIV/AIDS. Considerando que, como afirma Nemes & Scheffer (2016), o SUS “é o pilar de sustentação do programa brasileiro de AIDS”, os dois contemplam os princípios de universalidade e equidade, nesse sentido, não se pode desarticular um sem que o outro também não sofra as consequências, nesse caso, milhões de brasileiros que dependem dos serviços públicos de saúde para realizarem seu tratamento.

Como foi possível analisar a partir dos depoimentos coletados durante o processo de investigação, o enfraquecimento dos serviços voltados às PVHA já é uma realidade: demora na marcação de consultas, a falta de médicos especialistas, estrutura física inadequada, enfim um processo de sucateamento da política. Para os profissionais que atuam em tal espaço destaca-se ainda dentre os desafios enfrentados a falta de recursos e das condições objetivas necessárias para o avanço da qualidade dos serviços prestados aos usuários do serviço.

Tal realidade que não se restringe somente ao município de Campina Grande/PB, se assemelha com o quadro nacional de severa desestruturação dos vários serviços de saúde, resultado dos impactos da contrarreforma do Estado.

Diante de tudo o que foi colocado, não é possível delinear nesse momento o futuro das ações de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, que vem crescendo em números significativos nos últimos anos. As ações do atual governo para as políticas públicas, de desrespeito aos direitos constitucionais, requer um posicionamento dos vários segmentos dos trabalhadores, exigindo um protagonismo na garantia de seus direitos e defesa de “Estado Máximo” para o social.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª edição. São Paulo. Editora Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; Boschetti, I. **Política Social: Fundamentos e história**. - 9.ed.-São Paulo: Cortez, 2011.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: Os impactos do Neoliberalismo na saúde no Brasil. In: **Textos & Contextos** V. 9. N. 2. Porto Alegre 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, 2015.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo III: Política Social. Brasília: UnB – CEAD/ CFESS, 2000.

_____. et. al (org). **Política de Saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius,/Adufrj-SSind, 2008.

_____. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Alizabete et al . (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: Algumas reflexões. In BRAVO, M. I.S; MENEZES J. S.B. de (org). **Cadernos de saúde: Saúde na atualidade por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRITO, A. M. de.C.; EUCLIDES, A. de. SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 34(2): 207-217, mar-abr, 2000.

CASTELO, R. **O Novo Desenvolvimentismo e a decadência do pensamento econômico brasileiro**. Revista Serviço Social e Social e Sociedade, nº 112. São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/02.pdf>>. Acesso em: 04 de julho de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília. 2010.

CORRÊA, S. **A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos.** In: Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016.

CLEMENTINO, M.O. **Serviço Social e HIV/AIDS:** Uma Análise da Prática Profissional no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) do Município de Campina Grande-pb. Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campina Grande, 2014.

GALVÃO, J. **As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS.** In PARKER, R. (Org). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

_____. **1980-2001:** uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GRANJEIRO, A. **Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia DE HIV/AIDS no Brasil.**..In: Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016

KERN, F. A. **Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS.** In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 74, Ed. Cortez, São Paulo, julho 2003.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In MARTINELLI, M. L. (Org). **Pesquisa Qualitativa:** Um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MENESES, E. S. Processo de trabalho em saúde: Uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2010.

MIRANDA. A. A. **AIDS e Cidadania:** Avanços e desafios na efetivação do Direito à saúde de soropositivos. In: Direitos Humanos e HIV: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Série Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2008

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política:** Uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2007 (Biblioteca básica de serviço social: V.1).

NEMES. M. I. B.; SCHEFFER. F. **Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil.** In: Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** 4ª reimpressão, Ed. FioCruz, São Paulo-SP, 2013.

PAIVA, A. M. B. **A percepção das pessoas vivendo com HIV/AIDS acerca da atuação dos profissionais de saúde:** Um estudo junto a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS- No Município de Campina Grande- PB. 2012. 110 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, 2012.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de Políticas sobre o HIV/AIDS, 1982/1996. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 8-49, agosto. 2003.

_____. **Políticas, Instituições e AIDS:** enfrentando a AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro- RJ, 1997.

PATRIOTA, L. M.; AMORIM, J. A.; SCHULZE, M. B. **AIDS:** Transformações sociais, políticas e culturais produzidas pela epidemia. 2002. 5 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas pública. In. **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2014.

RICHARDSON, R. J. (*et al.*) **Pesquisa social:** Métodos e técnicas. -3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, A. B. **Compreendendo o significado do risco de infecção pelo HIV para trabalhadores de enfermagem.** 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

SANTOS, R. M. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS:** Demandas e Desafios nos hospitais públicos. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma sanitária Brasileira.** Tese (Doutorado em serviço social) Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, Recife, PE, 2013.

SEFFNER F.; PARKER; R. **A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS.** In: Mitos vs Realidade: Sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro, Julho 2016.

SOARES, R. C. **As particularidades da Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira.** In: XIX SEMINÁRIO LATINO AMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL. Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

_____. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 113 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) –

Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Pernambuco, Pernambuco.

UNAIDS. **Organização Mundial de Saúde**. 2016, disponível em <http://www.unAIDS.org.br/>. Acesso em: 05 set. 2016

VILLARINHO, M. V. (et al). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. In. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol.66, nº 2, p. 271-277, Mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE I

OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA SAÚDE: Um Estudo das Particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (sae) no Município de Campina Grande-PB

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

PARTE I- Perfil sócio- econômico dos usuários

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

Dados sócio-econômicos

1. Idade:

2. Sexo:

() Masculino Feminino ()

3. Escolaridade

() Sem instrução

() Alfabetizado

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino Médio completo

- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo

4. Estado civil

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Separado (a)
- Outros _____

5. Situação ocupacional, atualmente estar trabalhando?

- Sim
- Não

6. Moradia.

- Própria
- Alugada
- Cedida
- Invadida

7. Possui Filhos?

- Sim
- Não

Se sim, quantos?

- 1 filho
- 2 filhos
- 3 filhos
- 4 ou mais filhos

8. Renda Individual:

- Não recebe salário
- Menos de 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- 2 a 3 salário mínimos
- Mais de 3 salários mínimos

9. Origem da Renda

- Benefício, qual? _____

- () Pensão
- () Aposentadoria
- () salário
- () outros

PARTE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

1. Há quanto tempo descobriu sua sorologia? Como descobriu?
3. Como foi encaminhado para o Serviço de Assistência especializada –SAE?
4. Há quanto tempo está em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) ?
5. Quais dificuldades encontradas ao procurar o serviço?
6. O que acha da qualidade do atendimento prestado pelo Serviço?
7. Qual a sua opinião sobre a atuação dos profissionais que atuam no SAE, no cuidado com a pessoa soropositiva ?
8. O que você sugere para um melhor atendimento nos serviços de saúde?
9. Existiu algum momento em que você se sentiu desrespeitado nos seus direitos de cidadania? Se sim, Por que?
10. Gostaria de acrescentar alguma informação?

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS.

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

1. Qual sua formação profissional? Que ano conclui o curso?
2. Qual tipo de vínculo possui junto ao SAE?
3. Possui outro vínculo empregatício?
4. Possui pós-graduação em alguma área específica da saúde? Se sim, qual?
5. Há quanto tempo trabalha na instituição?
6. Quais são as atribuições específicas que desenvolve no SAE?
7. Qual o objetivo do serviço e como vem se desenvolvendo sua ação profissional?
8. Quais as principais demandas postas em seu cotidiano profissional?
9. Quais os principais desafios e dificuldades na sua atuação profissional?
10. Como estes desafios têm interferido na qualidade dos serviços prestados à população usuária de tal serviço?
11. Fale sobre as possibilidades do trabalho profissional.
12. Participa de algum movimento, grupo ou Fórum de discussão sobre a questão da saúde no município? Se sim, qual? Como você classifica tais movimentos?
13. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

ANEXOS

ANEXO I**Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Os Rebatimentos da Contrarreforma do Estado na Saúde: Um estudo das particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande – PB.”**, desenvolvido pela aluna Jussara Fernandes de Oliveira do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora Maria do Socorro Pontes de Souza.

CAMPINA GRANDE, 21/03/2016

Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids e hepatites virais (SAE)

CNPJ: 245135780001-21

LOCALIZADO NA RUA SIQUEIRA CAMPOS, CENTRO, CAMPINA GRANDE –

ANEXO II**Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Os Rebatimentos da Contrarreforma do Estado na Saúde: Um estudo das particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande – PB.

Eu, Maria do Socorro Pontes de Souza (a) do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, portador (a) do RG: 1.326.127? SSP/PB e CPF:69161739472 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

CAMPINA GRANDE/PB, 21/03/2016

ANEXO III**Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Os Rebatimentos da Contrarreforma do Estado na Saúde: Um estudo das particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande – PB.

Eu, Jussara Fernandes de Oliveira, Estudante do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 3253054 SSP/PB e CPF: 082.939.994-1, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da resolução 466/12 do CNS que dispõe sobre Ética em pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução

Por ser verdade assino o presente compromisso

Pesquisadora

CAMPINA GRANDE/ PB, 21/03/2016

ANEXO IV

Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**Informações sobre a pesquisa**

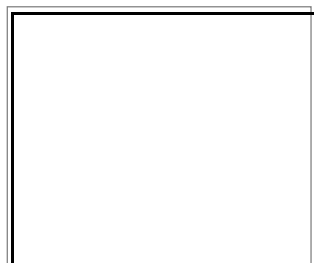
1. A pesquisa que irei participar tem como tema: “Os Rebatimentos da Contrarreforma do Estado na Saúde: Um estudo das particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande – PB.”, coordenada pela professora do Departamento de Serviço Social Maria do Socorro Pontes de Souza e pela aluna do curso de Serviço Social Jussara Fernandes de Oliveira.
2. O estudo tem por objetivo Analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de enfrentamento do HIV/AIDS, a partir da percepção dos profissionais e usuários que atuam no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no Município de Campina Grande-PB.
3. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturadas e utilizar-se-á para análise dos dados a técnica de análise de conteúdo.
4. Se desejar, para maiores esclarecimentos, ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurar os responsáveis ou o Departamento de Serviço social da UEPB.
5. Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados no Serviço de Assistência especializada (SAE) e no Departamento de Serviço Social da UEPB logo após a sua conclusão.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Os Rebatimentos da Contrarreforma do Estado na Saúde: Um estudo das particularidades da Política de enfrentamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande – PB.”**, após ter sido informado pela pesquisadora que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.
- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardando o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados

Ass. Do entrevistado (a)

Ass. Da pesquisadora



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa