RICARDO TAKEDA LELIS

Estudo da ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS

RICARDO TAKEDA LELIS

Estudo da ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Araçatuba, para obtenção do título de "Mestre em Odontologia Preventiva e Social"

Orientador: Prof. Dr. Artênio José Isper Garbin

Araçatuba

2006

Dados Curriculares

Nascimento: 25.10.1980 – GUAÍRA /SP

Filiação: Paulo Roberto Alves Lelis
Neuza Suely Takeda Lelis

1999/2004: Curso de Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

2005/2006: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Paulo e Neuza, exemplos de humildade e superação, pelo amor, carinho, dedicação, incentivo, constante apoio, exemplo de vida e pelo grande esforço realizado para a minha educação, a qual sempre foi priorizada em todos os momentos.

À minha irmã Paula pela amizade, companheirismo, incentivo e carinho sempre presente e ao meu irmão Márcio (in memoriam) pelo exemplo de força e luta que sempre levarei comigo.

À minha namorada, Taciana, pelo seu amor, carinho e apoio em todos os momentos.

Dedicatória Especial

Às pessoas com HIV/AIDS, razão dessa pesquisa, por terem revelado parte de suas vidas, confiando em mim suas estórias, viabilizando a realização desse trabalho. Meu carinho, respeito e eterna gratidão.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador Prof. Dr. Artênio José Isper Garbin, pela sua orientação, ensinamentos transmitidos, qualidade de trabalho e dedicação. Minha eterna gratidão pela confiança depositada e contribuição na minha formação.

À Profa. Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin, por um dia ter acreditado em mim e ter me mostrado o caminho acadêmico, pela disposição em sempre ajudar, estímulos renovadores, dedicação e oportunidades oferecidas, minha eterna gratidão.

Admirável Sensibilidade

Aos Coordenadores e Voluntários das ONGs/AIDS participantes da pesquisa por acreditarem na importância dessa pesquisa, permitindo a sua realização. Obrigado pelo voto de confiança e parabéns pelo maravilhoso e inestimável trabalho desenvolvido por vocês.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, nas pessoas do seu Diretor Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin e Vice-Diretor Prof. Dr. Célio Percinoto, por proporcionar a realização desta pesquisa e pelos anos de graduação, pós-graduação e crescimento profissional.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Cléa Adas Saliba Garbin e à vice-coordenadora, Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo trabalho, amor e dedicação constantes ao referido programa.

À Profa. Nemre Adas Saliba pela iniciativa, coragem e espírito empreendedor ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, o que possibilitou a minha formação e participação em importantes projetos na área de Saúde Pública.

Aos professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Profa. Titular Nemre Adas Saliba, Prof. Titular Orlando Saliba, Profa. Adjunto Cléa Adas Saliba Garbin, Profa. Adjunto Suzely Adas Saliba Moimaz, Prof. Dr. Artênio José Isper Garbin, Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri, Prof. Dr. Eliel Soares Orenha, , Profa. Dra. Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, pelao apoio, incentivo, boa convivência e amizade.

A todos os professores do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, por todos os ensinamentos ministrados e ótima convivência.

Aos alunos da minha turma do Curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social, Ana Paula Dossi, Daniela Coelho de Lima e Karina Tonini dos Santos, pelo companheirismo, carinho e cumplicidade, minha eterna amizade.

Aos alunos da nova turma do Curso de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social, Fabiano Tonaco Borges, Lívia Silva Bino, Luciana Schneider e Rosana Leal do Prado, pelo excelente relacionamento e amizade durante o curso.

Aos alunos do atual Curso de Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, Cristina Fadel, Lívia Zino, Nelly Foster Ferreira e Patrícia Elaine Gonçalves, pela amizade e ótimo convívio.

Aos colegas da turma anterior do Curso de Doutorado em Odontologia Preventiva e Social, Ana Valéria Pagliari, Jeidson Antônio Morais Marques, Maria de Lourdes Carvalho e Joildo Guimarães Santos, pelo ótimo relacionamento, companheirismo e integração durante o curso.

Aos amigos Antônio Carlos Pacheco Filho, autor do prefácio desta singela obra, Alexandre Denadai de Souza, Fernando Maeda, Otoniel Antônio Macedo dos Santos, Pedro Paulo Bak Mansi, Rodrigo Isquierdo e Rogério Franco, pela amizade e companheirismo.

Aos amigos de Uberlândia, Edimilson Lino Guilherme, Fernanda Bernardes de Assis, Leila Maria Bernardes de Assis e Pedro Euripedes de Assis pela sempre cordial recepção e pelo precioso apoio para a execução dessa pesquisa.

Aos amigos de Dourados, Camila Iglesias Reinas, Clarissa Schäffer, Clóvis Yamaguti, Cristiane Iglésias Reinas Yamaguti, Daniel César Nepomuceno, Davi Kleber Nepomuceno, Gislaine de Cássia Nepomuceno, Luiz Kleber Nepomuceno Júnior, Sueli Rebouças Nepomuceno e Orlando Conceição Malheiros pela enorme hospitalidade e amizade.

A todos os meus familiares e amigos de Guaíra-SP, pelo apoio e incentivo constantes.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, pela amizade e disposição com que sempre me auxiliaram.

A todos os funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Ana Cláudia Grieger Manzatti, Cláudia de Souza Frare, Cláudio Hideo Matsumoto, Isabel Pereira de Matos, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Jéssica Durbergr, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

A todos os demais professores e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, pela ajuda e atenção que me dispensaram desde a graduação.

Aos meus amigos da atual república, Adriano Boldori, Carlos Eduardo Shimabucoro, Kélio Garcia Silva, Matheus Malvino Rossi e Renato Ferraço, e de repúblicas anteriores, Anna Júlia Hernandes Chamas, Antônio Braz de Oliveira Filho, Antonio Hernandes Chaves Neto, Daniel Ribeiro da Costa, Edo Hirata, Giscard José Ribeiro Machado e Renan Braguini, pela convivência feliz, amizade e companheirismo.

Aos meus amigos e amigas da I turma do curso Noturno de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, pelos anos de estudos, ótima convivência, aprendizagem conjunta, diversão e amizade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação e Cultura, pela concessão de Bolsa de Estudo.

Epígrafe

"Estou convencido de que a AIDS é uma doença revolucionária. Ela recoloca de forma radical para a nossa sociedade, tanto brasileira quanto internacional, uma série de problemas vitais que durante muito tempo tentamos ignorar".

(Humberto de Souza)



CARTA AO JOVEM RICARDO TAKEDA: a não convencionalidade do prefácio

Prezado amigo Takeda,

Difícil espalhar nossos sentimentos. Uma sociedade justa na sua Carta, íntegra nos discursos políticos e, paradoxalmente, hipócrita e resistente em aceitar muitos valores que, erroneamente, divulga como morais. Não é para qualquer um; não qualquer estudante, não para qualquer jovem artista da ciência, exato para aquele que tem sensibilidade. No trato, no abraço, na conversa, na escolha de seus orientadores.

Conversas regadas à poesia, música ao fundo, da alma profunda revela-se o desejo quase insano de descobrir a cura para os males do mundo. Chagas que não se curam como uma simples enfermidade. Chagas que necessitam da essência do ser humano.

Muitas vezes nos pegamos indignados, raivosos com a situação calamitosa em que se encontra a sociedade, o universo que nos contempla e que nos permeia. Mediante esse quadro, fica fácil medir as indignações advindas de fatos alheios, pois a nossa responsabilidade sobre a indignação de lavra genética, torna-se distante e difícil de ser tocada. Talvez por um motivo que cerceie nossa essência, que nos coloque medo justamente por não sabermos enfrentá-lo.

Muito preocupante é a indignação que não é percebida, omissa, obscura aos nossos olhos e inteligência. Sombra da realidade, essa indignação fere sem ser tocada, desmancha sem ser fragmentada, chora sem ao menos receber as graças de um lenço de nosso humanismo. Crianças desesperadas e paradoxalmente iluminadas pelos faróis das esquinas

pedem esmola à nossa indignação, à nossa essência e recebem um mísero troco como se esse bastasse para nos desculparmos e reintegrarmos nossa essência. Elas (crianças) percebem a fragilidade de nossa indignação, notadamente, falsa.

Desviamos de fezes caninas e nutrimos nosso asco, nossa repugnância ao vermos fezes humanas, fezes demasiadas humanas. Muito fácil sentirmos ojeriza ao cheiro, à forma, ao conteúdo das excrescências, pois não são nossas, são dos outros. Encoleiramos nossa essência nas tendências, nas lojas modernas e cheirosas. Nossa indignação continua pungente aos fatos alheios. "Vamos celebrar a estupidez humana". Humana e alheia. Vamos encobrir nossa indignação presa em nós mesmos, já que um simples farol pode nos dar a redenção, uma simples moeda pode nos redimir.

Creio, jovem Takeda, que a sua coragem em desnudar a indignação do homem perante alguns fatos essencialmente sociais, inseridos no núcleo da sociedade, possa fazer melhorar a consciência da mediocridade que impera em muitos seres humanos que se dizem indignados, mas não reconhecem seus próprios medos e indignações. Espraie a sua pesquisa, espalhe seu sentimento de nobre artista da ciência não só para as academias, mas sim, e com todo o valor, para o mundo. O mundo dos humanos, o mundo dos artistas, o mundo da poesia que tanto gostamos.

Uma sociedade humana, comprometida com valores humanísticos deve mostrar a sua essência, a de cada um que compõe o corpo social chamado Brasil. Vamos celebrar as amizades, beijar mesmo sem ser beijado. Vamos jogar as poesias para fora dos livros, darmos liberdade póstuma aos poetas. Vamos dar vida às nossas vidas, deixarmos de ser cárceres da repugnância, da bestialidade, da futilidade. Seremos um povo melhor ao sentirmos nosso próprio cheiro, ao abraçarmos nossos amigos, ao celebrarmos nossa mais pura e genuína essência.

Com apreço, do amigo que se faz presente na sua pesquisa e na sua capacidade de desmistificar alguns preconceitos bobos, incertos, sem saber ao certo o valor da essência do ser humano.

Antonio Carlos Pacheco Filho

Resumo Geral

Lelis RT. Estudo da ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS [Dissertação]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista; 2006.

Objetivou-se verificar e analisar a ocorrência de atitudes discriminatórias de profissionais de saúde na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa com a participação de 68 pessoas com HIV/AIDS provenientes de quatro ONGs/AIDS dos seguintes municípios: Araçatuba-SP, Birigui-SP, Dourados-MS e Uberlândia-MG. Os participantes da pesquisa, após consentimento livre e esclarecido, responderam a questionários auto-administrados contendo perguntas abertas e fechadas abrangendo o tema proposto. Posteriormente, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas individuais com 19 indivíduos que haviam vivenciado situações discriminatórias praticadas por profissionais de saúde. Para a análise dos resultados, utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.04 (dados quantitativos) e a análise de conteúdo (dados qualitativos). Dentre os 68 participantes da pesquisa, 41,2% afirmaram terem sido discriminados por profissionais de saúde, dos quais 78,6% foram discriminados no serviço público de saúde. Dentre as situações discriminatórias vivenciadas pelos portadores do HIV, em 34,2% estavam envolvidos os profissionais de enfermagem, em 34,2% os cirurgiões-dentistas e em 31,6% os médicos. Por meio dos relatos foi possível observar que as atitudes discriminatórias ocorreram através do atendimento diferenciado, recusa de tratamento ou utilização de medidas extras de biossegurança, tendo ocorrido inclusive em instituições de ensino superior na área da saúde. É necessária a adoção de estratégias para combater a ocorrência de tais atos visando-se a humanização na assistência a saúde de pessoas com HIV/AIDS e a melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Preconceito. Pacientes. Soropositividade para o HIV. Bioética. Ocupações em saúde.

General Abstract

Lelis RT. Study of the occurrence of discriminatory attitudes in the assistance to the health of people living with HIV/AIDS [Dissertação]. Araçatuba: UNESP – Universidade Estadual Paulista; 2006.

This study aimed to verify and to analyze the occurrence of discriminatory attitudes of health care workers in the assistance to the health of people living with HIV/AIDS. A quantitative-qualitative research was carried out with the participation of 68 HIV-positive people proceeding from four Not Governmental Organizations for AIDS from four brazilian cities. The participants of the research answered the auto-administrate questionnaires that contained open and closed questions including the considered subject. Later, it was carried out face to face semi-structuralized interviews with 19 individuals who had been discriminated by health care workers. For the analysis of the data we used the Epi-info, version 6.04 program and the content analysis. Among the sixty-eight participants, 41.2% stated to have been discriminated by health care workers and among these people, 78.6% had been discriminated in the health public service. The discriminatory situations were practiced by nursing professionals (34.2%), dentists (34.2%) and physicians (31.6%). Through the stories it was possible to observe that the discriminatory attitudes occurred by the differentiated attendance, refusal of treatment or by the adoption of extra precautions measures, having also occurred in colleges with courses in health area. The adoption of strategies to fight against the occurrence of such acts is necessary aiming at human assistance to the health of HIV-positive individuals and the improvement in the life quality of these patients.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome. Prejudice. Patients. Bioethics. HIV seropositivity. Health occupations.

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição percentual dos participantes da pesquisa de acordo com o gênero.	41
Figura 2	Distribuição percentual dos participantes da pesquisa de acordo com a idade.	42
Figura 3	Distribuição percentual das pessoas com HIV/AIDS de acordo com a categoria de exposição	43
Figura 4	Distribuição percentual das respostas dos participantes da pesquisa segundo a experiência de discriminação por profissionais de saúde.	45
Figura 5	Distribuição percentual das pessoas que foram discriminadas por profissionais de saúde, segundo o local de ocorrência da discriminação.	46
Figura 6	Distribuição percentual das situações discriminatórias vivenciadas por pessoas com HIV/AIDS segundo o profissional de saúde envolvido.	47

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual das pessoas com HIV/AIDS segundo categoria de exposição e gênero.	44
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual das pessoas com HIV/AIDS segundo a escolaridade e a ocorrência de discriminação.	48
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa de acordo com a categoria de exposição e a ocorrência de discriminação.	48
Tabela 4	Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa de acordo com o tempo de diagnóstico da soropositividade para o HIV e a ocorrência de discriminação.	49

Lista de Abreviaturas

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CFE: Conselho Federal de Enfermagem

CFM: Conselho Federal de Medicina

CFO: Conselho Federal de Odontologia

CONASIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA – México

HIV: Human Immune Deficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

ONG: Organização Não-Governamental

ONGs/AIDS: Organizações Não-Governamentais de assistência a pessoas com HIV/AIDS

UDI: Usuários de Drogas Injetáveis

Sumário

1 Introdução Geral 21

2 Proposição Geral 23

3 Capítulo 1 24

3.1 Resumo Geral 27

3.2 General Abstract 29

3.3 Introdução 31

3.4 Proposição 36

3.5 Material e Método 38

3.6 Resultados 41

3.7 Discussão 51

3.8 Conclusão 56

3.9 Referências 58

4 Capítulo 2 63

4.1 Resumo 66

4.2 Abstract 68

4.3 Introdução 70

4.4 Proposição 74

4.5 Material e Método 76

4.6 Resultados 80

4.7 Discussão 87

4.8 Conclusão 93

4.9 Referências 95

Anexos 99

1 Introdução Geral

"Quem me dera, ao menos uma vez,
Explicar o que ninguém consegue entender:
Que o que aconteceu ainda está por vir
E o futuro não é mais como era antigamente".
(Renato Russo – Índios)

O surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no início da década de 1980 esteve relacionado a comportamentos considerados inadequados como o homossexualismo, a promiscuidade sexual e o uso de drogas, que, adicionados ao grande medo de contágio e à maneira que campanhas informativas e preventivas abordavam o tema, conduziram a um quadro generalizado de preconceito e discriminação em relação às pessoas com HIV/AIDS.

Mesmo após os avanços das pesquisas que possibilitaram a produção de medicamentos eficientes no combate ao vírus e o conhecimento absoluto dos meios de transmissão, o que por sua vez permitiu a elaboração de medidas preventivas eficazes, ainda é grande a discriminação a pessoas HIV soropositivo na sociedade e, incoerentemente, nos serviços assistenciais de saúde.

Tendo em vista a grande importância desse assunto e a relativa escassez de trabalhos relacionados a este polêmico e complexo tema, faz-se necessário investigar a ocorrência de atitudes discriminatórias de profissionais de saúde com relação a pacientes HIV soropositivo, compreendendo de que maneira estas acontecem, para que assim, sejam elaboradas estratégias eficazes para o seu controle. Pois, torna-se inadmissível que pessoas já abaladas emocionalmente por conta de sua condição sorológica e pela estigmatização imposta pela sociedade, sejam submetidas a situações discriminatórias justamente por aqueles nos quais elas buscam o elemento terapêutico essencial para o tratamento da AIDS: a esperança.

As pesquisas quantitativas e qualitativas não se opõem. Ao contrário, quando realizadas em conjunto promovem uma mais elaborada e completa construção e compreensão da realidade. Dessa forma, optou-se pela realização de uma pesquisa quanti-qualitativa.

O presente trabalho de dissertação foi dividido em dois capítulos.

No primeiro capítulo são apresentados os dados referentes à pesquisa quantitativa e no segundo capítulo estão presentes os dados relativos à pesquisa qualitativa.

2 Proposição Geral

A presente pesquisa teve como objetivo verificar e analisar a ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS buscando identificar: a sua ocorrência entre os participantes da pesquisa; quais os profissionais de saúde envolvidos; quais os locais de ocorrência; e de que maneira essas situações discriminatórias ocorreram.

3 Capítulo 1

Estudo da ocorrência de discriminação na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS

3.1 Resumo

Objetivou-se verificar e analisar a ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS. Foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal descritiva com a participação de 68 pessoas com HIV/AIDS de quatro municípios brasileiros. Os sujeitos da pesquisa, após consentimento livre e esclarecido, responderam a questionários auto-administrados contendo perguntas abertas e fechadas abrangendo o tema proposto. 41,2% das pessoas HIV+ afirmaram terem sido discriminadas por profissionais de saúde. Dentre as situações discriminatórias vivenciadas pelos portadores do HIV, em 34,2% estavam envolvidos os profissionais de enfermagem, em 34,2% os cirurgiões-dentistas e em 31,6% os médicos. Das pessoas que sofreram discriminação, 78,6% afirmaram terem sido discriminadas no serviço público de saúde. A ocorrência de discriminação na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS foi elevada, tendo acontecido em sua grande maioria no serviço público de saúde. É necessária a instituição de estratégias que visem humanizar o atendimento a esses pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Discriminação – Pacientes - Soropositividade para o HIV - Bioética.

3.2 Abstract

It was aimed to verify and to analyze the occurrence of discriminatory attitudes in the assistance to the health of people living with HIV/AIDS. A quantitative research was carried out with the participation of sixty-eight HIV-positive individuals from four brazilian cities. The participants answered auto-administrate questionnaires that contained open and closed questions including the considered subject. Among the sixty-eight participants, 41.2% stated to have been discriminated by health care workers and, among these people, 78.6% had been discriminated in the health public service. Among the discriminatory situations experimented by the people living with HIV/AIDS, in 34,2% nurse professionals were involved, in 34,2% dentists were involved and in 31,6% physicians were involved. The occurrence of discrimination in the assistance to the health of HIV-positive patients was high. The majority of discrimination situations occurred in the public health service. It is necessary the institution of strategies aiming at human attendance to these patients.

Key-words: Acquired Immunodeficiency Syndrome – Discrimination – Patients - HIV Seropositivity – Bioethics.

3.3 Introdução*

"O meu prazer,
agora é risco de vida.
Meu sex and drugs não tem nenhum rock 'n' roll.
Eu vou pagar a conta do analista,
pra nunca mais ter que saber quem eu sou".
(Cazuza – Ideologia)

No Brasil, segundo dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica, o primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi registrado em 1982. O Ministério da Saúde deixa implícita a possibilidade de o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ter sido introduzido no país na década de 1970, tendo em vista o seu período de incubação (Brasil, 1999). Até junho de 2005 haviam sido registrados 371.827 casos de HIV/AIDS, dos quais, 11.740 foram notificados do período de julho de 2004 a junho de 2005 (Brasil, 2005).

Os primeiros casos da doença eram restritos basicamente às cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, tendo como categoria de exposição os homens que faziam sexo com homens de melhores condições sócio-econômicas e os hemofílicos (Bastos et al., 1999).

Em anos posteriores à extensa disseminação inicial observada no segmento populacional composto por homossexuais masculinos, verificou-se certa estabilização da epidemia da AIDS nesse grupo de pessoas, principalmente entre os indivíduos pertencentes a estratos sócio-econômicos mais privilegiados, onde ocorreu importante mobilização no sentido da realização de práticas sexuais mais seguras (Parker, 1994).

Em contrapartida, a transmissão heterossexual do HIV aumentou consideravelmente, principalmente a partir da década de 1990, ocasionando um crescimento substancial da ocorrência de AIDS entre as mulheres.

Assim, a epidemia da AIDS passou nos últimos anos por processos de "heterossexualização" e "feminização", sendo observado em anos mais recentes outras duas

[1] Normalização segundo a revista AIDS and Behaviour (Anexo C)

transformações: a "pauperização", na qual populações em desvantagem sócio-econômica vêm sendo mais atingidas e a "interiorização" da epidemia, que cada vez mais avança rumo aos municípios de médio e pequeno porte do Brasil (Szwarcwald et al., 2000).

A transmissão do HIV a partir da transfusão de hemo-derivados, que chegou a corresponder a 12% dos casos de AIDS registrados no Brasil até 1984, teve sua redução graças à mobilização da sociedade civil, que denunciou a prática comercial das transfusões sanguíneas e exigiu a instituição de programas para o seu controle e a fiscalização pelo Estado. Essa ação resultou na obrigatoriedade da realização de testes anti-HIV em todas as atividades hemoterápicas a partir de 1986, reduzindo consideravelmente a ocorrência de transmissão do HIV por esta via, a qual passou a ser responsável por cerca de 0,3% dos casos registrados de AIDS em 2004 (Brasil, 2005).

Em meados da década de 1980, o segmento populacional constituído por usuários de drogas injetáveis (UDI) passou a ocupar posição de destaque entre os casos de transmissão sanguínea do HIV, chegando a ser responsável por cerca de 20% dos casos acumulados no Brasil na década de 1990 (Fonseca e Castilho, 1997).

A sociedade brasileira reagiu com moralismo e hipocrisia ao aparecimento dos primeiros casos de AIDS no país. No entanto, tal reação não foi exclusiva do Brasil, nem tampouco de nossa época, pois assim também foi com a hanseníase e a peste bubônica na Idade Média e a sífilis no início do século XX, que geraram quadros de pânico coletivo, punições injustas e falsas atribuições das causas das doenças a grupos discriminados por suas crenças religiosas, origem social ou por seus comportamentos "desviantes" (Pinel e Arivado, 1996).

Dessa forma, as explicações morais e também religiosas contribuíram para a ancoragem da AIDS no transgressor representado pelo universo dos homossexuais, das prostitutas e dos drogados, ou dos pecadores, dos promíscuos e dos imorais, reforçando a idéia estigmatizante de grupos de risco presente no imaginário social desde o início da epidemia até os dias atuais (Paulilo e Jeolás, 2005).

Embora os meios de transmissão do HIV sejam totalmente conhecidos e os métodos para sua prevenção sejam bastante difundidos, observa-se ainda grande discriminação com relação às pessoas com HIV/AIDS, não apenas por parte da sociedade, mas também por profissionais de saúde (Paiva, 2000).

O risco da transmissão ocupacional do HIV, desde que medidas universais de biossegurança sejam adotadas, é considerado praticamente inexistente (Klein et al., 1988; Scully e Porter, 1989), de modo que a probabilidade de soroconversão após uma perfuração com agulha contaminada por sangue de um paciente HIV soropositivo é considerado menor que 0,6% (Centers for Disease Control and Prevention, 1985; Klein et al., 1988; Samaranayake et al., 1995).

Desde os primeiros anos da epidemia tem sido debatido intensamente o dever de médicos e outros profissionais de saúde em prestar assistência à pacientes com HIV/AIDS. A Associação Médica Americana e outras associações de profissões da área da saúde determinam que os profissionais por elas representados têm a obrigação ética em administrar cuidados a estes pacientes, desde que suas necessidades se enquadrem em suas áreas de competência (Bryan, 2002).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, através da resolução CFM-1359/92, dispõe, de acordo com o Art. 1º, que "o atendimento profissional a pacientes portadores da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo", o que é extensivo às instituições de qualquer natureza, pública ou privada (Silva, 1995).

Outras profissões da área da saúde, apesar de seus Códigos de Ética não possuírem artigos específicos quanto ao atendimento de pessoas com HIV/AIDS, condenam práticas discriminatórias a quaisquer pacientes.

O Código de Ética Odontológica dispõe que constitui infração ética "discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto" (Art. 7º) (Conselho Federal de Odontologia, 2003). De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, "o

profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza" (Art.3º) (Conselho Federal de Enfermagem, 2000).

Além dos Códigos de Ética das profissões de saúde que condenam práticas discriminatórias no exercício profissional, todos os cidadãos brasileiros, sem exceções, têm garantido o direito à assistência à saúde de forma universal e igualitária pela constituição federal (Art. 196) (Brasil, 1999).

Ainda que a assistência à saúde de pacientes com HIV/AIDS tenha respaldo legal, ético e biológico, observa-se ainda grande receio e indisposição de profissionais de saúde em prestar-lhes atendimento, caracterizando-se uma atitude discriminatória, incoerente e, sobretudo, desumana.

3.4 Proposição

O presente estudo teve como objetivo verificar e analisar a ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS, identificando os profissionais de saúde envolvidos e os locais onde essas situações discriminatórias foram vivenciadas pelos portadores do HIV.

3.5 Material e Método

"Quando eu estava no hospital de Boston, pensei muito e acabei descobrindo que ficar calado me deixava ainda mais traumatizado. É uma situação ambígua, de esconde-esconde. Mostrar aos outros que com AIDS pode-se continuar vivendo, trabalhando, produzindo, me pareceu o caminho mais certo. Agora me sinto mais aliviado".
(Cazuza – Entrevista – 1989)

3.5.1. Caracterização e campo de realização da pesquisa:

Previamente à sua realização, a pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, processo FOA 2005-02241.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal descritiva, a qual, como o próprio nome indica, é utilizada para descrever o mais detalhado possível uma realidade.

Segundo Szwarcwald et al. (2000), a disseminação da epidemia da AIDS no Brasil passa por um processo de interiorização, privilegiando municípios predominantemente urbanos, que tenham maior interação com outras localidades através de estradas e outras vias de acesso, o que facilita o deslocamento populacional, da força de trabalho sazonal, e o transporte de cargas. Assim, optou-se intencionalmente por quatro municípios para a realização dessa pesquisa, nos quais essas características estão presentes, sendo: Araçatuba-SP, Birigui-SP, Uberlândia-MG e Dourados-MS.

Para se ter acesso às pessoas com HIV/AIDS, optou-se por escolher uma Organização Não Governamental de assistência a pessoas com HIV/AIDS (ONG/AIDS) de cada um desses municípios, devido a maior facilidade em encontrá-las e também porque a abordagem aos indivíduos nas próprias Unidades Básicas de Saúde poderia causar a inexatidão ou a omissão de dados e a recusa de participação na pesquisa por conta de um eventual receio de represália por parte dos profissionais das Unidades de Saúde.

3.5.2. Participantes da pesquisa e instrumento de coleta de dados:

Todos os indivíduos assistidos pelas quatro ONGs/AIDS participantes da pesquisa responderam a questionários auto-administrados (Anexo A) contendo perguntas abertas e fechadas abrangendo o tema proposto.

Assim, a população estudada foi constituída por 68 pessoas com HIV/AIDS, sendo 16, 18, 19 e 15 indivíduos respectivamente das cidades de Birigui, Araçatuba, Uberlândia e Dourados.

Os sujeitos da pesquisa, de acordo com as normas da resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, foram esclarecidos previamente que a participação na presente pesquisa seria voluntária e que os dados obtidos seriam, posteriormente, divulgados em publicações e reuniões científicas e, ainda, que suas identidades seriam mantidas em sigilo absoluto.

3.5.3. Forma de análise dos resultados:

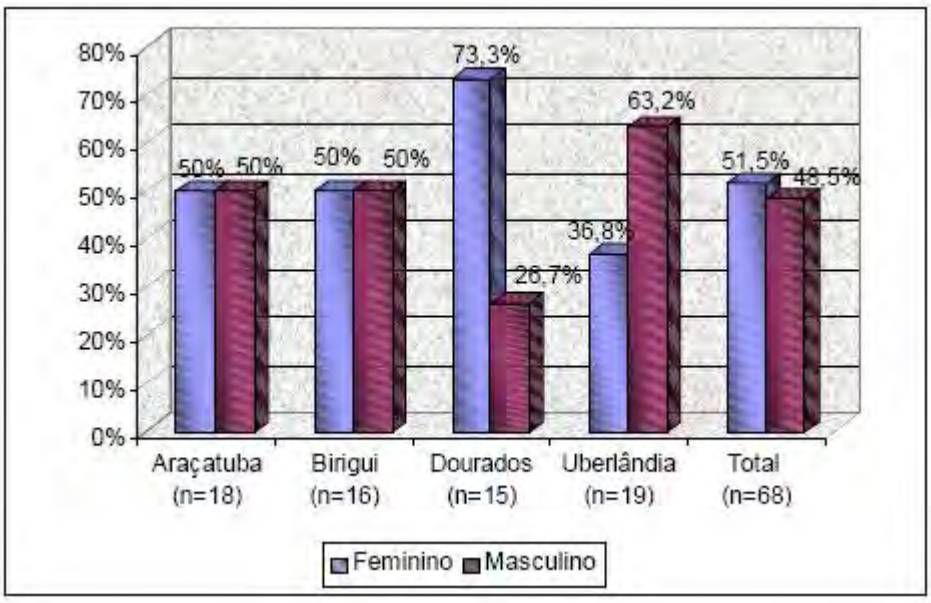
Utilizou-se o programa Epi-info 2000, versão 6.04 tanto para a entrada das informações e montagem do banco de dados quanto para o processamento e análise estatística. Na associação de variáveis utilizou-se o teste Exato de Fisher, adotando-se o nível de significância estatística de 5%.

3.6 Resultados

"O que mais odeio é gente complicada e preconceituosa, hipocrisia e ser acordado. Nenhuma outra coisa consegue ser pior do que isso".
(Cazuza – Entrevista – 1989)

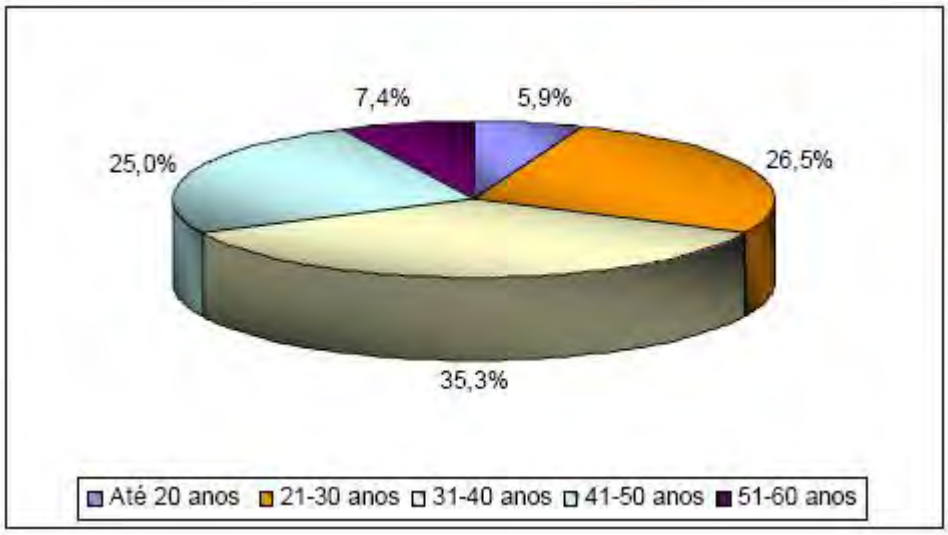
A composição da amostra quanto ao gênero foi equivalente em dois municípios (Araçatuba e Birigui), apresentando maior proporção do gênero masculino (63,2%) na cidade de Uberlândia e maior prevalência do gênero feminino (73,3%) na cidade de Dourados. No entanto, considerando-se a população total, observou-se uma distribuição homogênea quanto a essa característica, sendo constituída em 51,5% por mulheres e em 48,5% por homens (Fig. 1).

Fig. 1 Distribuição percentual dos participantes da pesquisa de acordo com o gênero. Araçatuba-SP, 2006



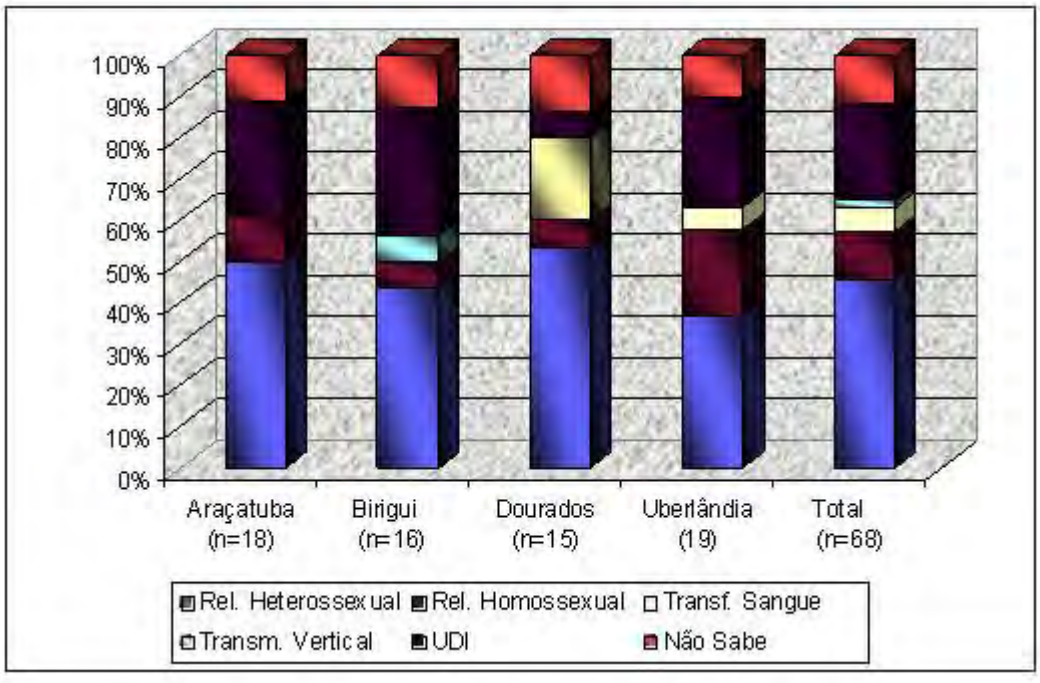
Com relação à idade, a população estudada apresentou até vinte anos (5,9%), de vinte e um a trinta nos (26,5%), de trinta e um a quarenta anos (35,3%), de quarenta e um a cinqüenta anos (25%) e de cinqüenta e um a sessenta anos (7,4%) (Fig. 2).

Fig. 2 Distribuição percentual dos participantes da pesquisa de acordo com a idade. Araçatuba-SP, 2006



Quanto à categoria de exposição, a relação heterossexual teve a maior prevalência nas amostras de todos os municípios estudados assim como na população total, onde 47,1% das pessoas adquiriram o HIV por essa via, seguido pela utilização de drogas injetáveis (UDI) (17,6%) e relação homossexual (11,8%), sendo baixa a ocorrência do grupo de exposição "transmissão vertical" (de mãe para o filho). Observou-se alta ocorrência da categoria "transfusão de sangue" na cidade de Dourados (20%) (Fig. 3).

Fig. 3 Distribuição percentual das pessoas com HIV/AIDS de acordo com a categoria de exposição. Araçatuba, 2006



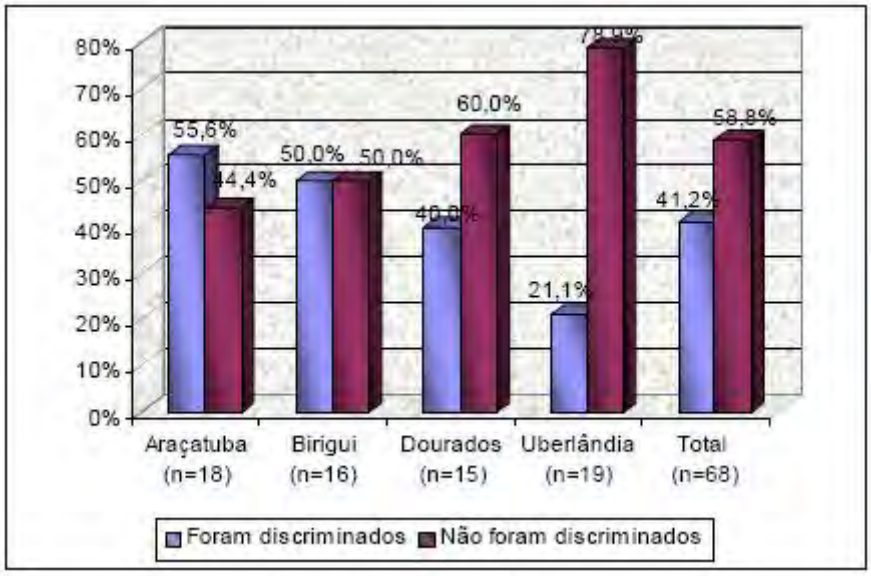
Considerando-se o gênero, na população total, a categoria de exposição de maior prevalência entre as mulheres foi a relação heterossexual (65,7%). Já entre os homens, a de maior prevalência foi a utilização de drogas injetáveis (UDI) (33,4%), seguida pela relação heterossexual (24,2%) e homossexual (24,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 Distribuição numérica e percentual das pessoas com HIV/AIDS segundo categoria de exposição e gênero (n=68). Araçatuba, 2006.

Gênero	Categoria de Exposição													
	Não Sabe		Rel. Heteross.		Rel. Homoss.		Transf. Sangue		Transm. Vertical		UDI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	6	17,2	23	65,7	0,0	0,0	2	5,7	0	0,0	4	11,4	35	51,5
Masculino	3	9,1	8	24,2	8	24,2	2	6,1	1	3,0	11	33,4	33	48,5
Total	9	13,2	31	45,6	8	11,8	4	5,9	1	1,5	15	22	68	100

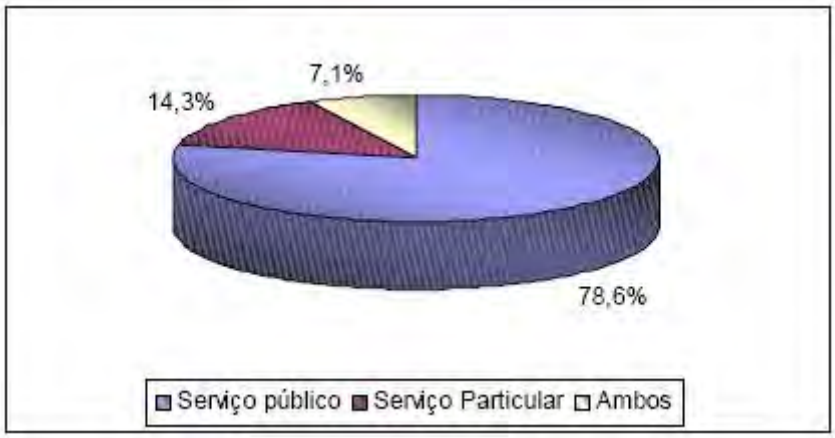
A ocorrência de discriminação por profissionais de saúde foi maior ou igual a 40% nas amostras de todos os municípios estudados, assim como na população total, com exceção da amostra de Uberlândia, que apresentou a menor ocorrência de discriminação, sendo de 21,1% (Fig. 4).

Fig. 4 Distribuição percentual das respostas dos participantes da pesquisa segundo a experiência de discriminação por profissionais de saúde. Araçatuba, 2006.



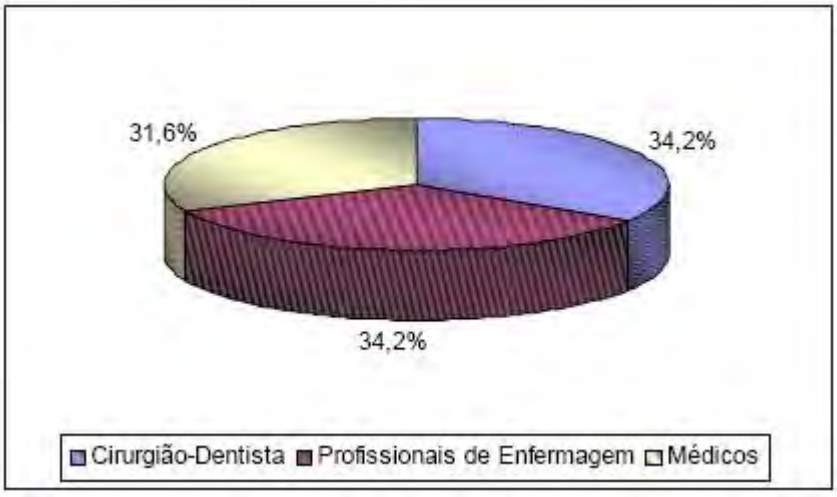
Na população total, 28 pessoas afirmaram ter sofrido discriminação por profissionais de saúde, das quais 78,6% afirmaram ter vivenciado essas situações em serviços públicos de saúde, 14,3% no serviço particular e 2% afirmaram terem sido discriminadas em ambos os setores (Fig. 5).

Fig. 5 Distribuição percentual das pessoas que foram discriminadas por profissionais de saúde, segundo o local de ocorrência da discriminação (n=28). Araçatuba, 2006.



Dentre as vinte e oito pessoas que afirmaram ter sido discriminadas por profissionais de saúde, vinte haviam vivenciado essa situação 1 vez, sete foram discriminadas 2 vezes e uma experimentou essa situação 4 vezes. Portanto, foram referidas 38 situações discriminatórias, das quais 34,2% foram praticadas por profissionais de enfermagem, 34,2% por cirurgiões-dentistas e 31,6% por médicos (Fig. 6).

Fig. 6 Distribuição percentual das situações discriminatórias (N=38) vivenciadas por pessoas com HIV/AIDS segundo o profissional de saúde envolvido. Araçatuba, 2006.



Na população estudada, observou-se maior porcentagem de pessoas com HIV/AIDS no grupo com menos tempo de estudo (70,6%). O grupo de pessoas com 9 e mais anos de estudo apresentou maior percepção de atitudes discriminatórias praticadas por profissionais de saúde (55%), embora não sendo estatisticamente significante (p=0,179) (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição numérica e percentual das pessoas com HIV/AIDS segundo a escolaridade e a ocorrência de discriminação (n=68). Araçatuba, 2006.

Escolaridade	Já foi discriminado por profissionais de saúde?					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-8 anos de estudo	31	64,6	17	35,4	48	70,6
9 e + anos de estudo	9	45,0	11	55,0	20	29,4
Total	40	58,8	28	41,2	68	100,0

A ocorrência de discriminação por profissionais de saúde foi maior nos grupos de pessoas que contraíram o HIV por meio de relação homossexual (50%), UDI (50%) e transfusão de sangue (75%), sendo maior estatisticamente significante na categoria UDI quando comparada com a categoria heterossexual (p=0,034) (Tabela 3).

Tabela 3 Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa de acordo com a categoria de exposição e a ocorrência de discriminação (n=68). Araçatuba, 2006.

Ocorrência de Discriminação	Categoria de Exposição													
	Não Sabe		Rel Heteross.		Rel. Homoss.		Transf. Sangue		Transm. Vertical		UDI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	6	75	22	71	4	50	1	25	1	100	6	37,5	40	58,8
Sim	2	25	9	29	4	50	3	75	0	0	10	62,5	28	41,2
Total	8	11,8	31	45,5	8	11,8	4	5,9	1	1,5	16	23,5	68	100

A maior parte da população estudada descobriu sua soropositividade para o HIV há menos de seis anos (58,8%), seguida pelo grupo de pessoas sabidamente portadoras do HIV de 7-12 anos atrás (23,5%) e há mais de 13 anos (17,7%). A ocorrência de discriminação foi maior no grupo populacional que tinha conhecimento sobre sua soropositividade há mais tempo quando comparado ao grupo de pessoas com diagnóstico do HIV mais recente (p=0,048) (Tabela 4).

Tabela 4 Distribuição numérica e percentual dos participantes da pesquisa de acordo com o tempo de diagnóstico da soropositividade para o HIV e a ocorrência de discriminação. Araçatuba, 2006.

Tempo de diagnóstico HIV+	Ocorrência de discriminação					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-6 anos	27	67,5	13	32,5	40	58,8
7-12	9	56,2	7	43,8	16	23,5
13-18	4	33,3	8	66,7	12	17,7
Total	40	58,8	28	41,2	68	1000

3.7 Discussão

"E há tempos nem os santos têm ao certo a medida da maldade.
E há tempos são os jovens que adoecem.
Há tempos o encanto está ausente. Há ferrugem nos sorrisos.
E só o acaso estende os braços a quem procura abrigo e proteção".
(Renato Russo – Há tempos)

No Brasil, tem sido observado um crescimento substancial de casos da AIDS entre as mulheres, ocasionado pelo aumento da transmissão heterossexual da doença. A razão da freqüência de AIDS entre homens e mulheres que era de 26/1 em 1985 passou a ser de 3/1 em 1995, sendo atualmente de 1,5/1 (Brasil, 2005). Na população estudada observou-se uma composição similar quanto ao gênero, onde 51,5% eram mulheres e 48,5% eram homens.

O processo de "heterossexualização" pelo qual vem passando a epidemia da AIDS (Szwarcwald *et al.*, 2000) foi confirmado na população estudada, onde a principal via de transmissão do HIV foi a relação heterossexual (47,1%), apresentando-se similar aos dados apresentados pelo Ministério da Saúde em relação ao total de casos registrados no país no período de 1983-2005 (Brasil, 2005). No entanto, quanto às outras categorias de exposição, observou-se maior porcentagem de casos devido a transfusões sanguíneas (5,7% entre as mulheres e 6,1% entre os homens) e utilização de drogas injetáveis (33,4% entre os homens).

A ocorrência de discriminação na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS foi elevada (41,2%), tendo sido maior do que em estudos realizados por Schuster *et al.* (2005) (26%) e Succi e Succi (2003) (20,7%). Considerando-se os municípios separadamente, observou-se menor ocorrência de discriminação na amostra de Uberlândia-MG, onde as pessoas com HIV/AIDS contam com atendimento especializado no Hospital de Clínicas de uma Universidade, o que poderia explicar a menor experiência de situações discriminatórias por essas pessoas. Ainda assim, a ocorrência de discriminação nessa cidade foi considerável (21,1%).

A grande maioria das pessoas participantes desse estudo, que foram discriminadas por profissionais de saúde, afirmou ter passado por essa situação no serviço público de saúde. Embora o fato de a pesquisa ter sido realizada em uma ONG/AIDS possa ter contribuído para a maior ocorrência de discriminação naquele setor da saúde, esse acontecimento chama a atenção ao considerarmos o processo de pauperização pelo qual a epidemia da AIDS vem passando, onde cada vez mais os tratamentos nesse setor serão requisitados. Assim torna-se evidente a necessidade do direcionamento de estratégias de humanização na assistência aos portadores do HIV principalmente no serviço público de saúde.

Os profissionais de saúde relacionados aos atos discriminatórios sofridos pelos participantes da pesquisa foram os cirurgiões-dentistas (34,2%), os profissionais de enfermagem (34,2%) e os médicos (31,6%). Jovic-Vranes et al. (2006) realizaram um estudo sobre o comportamento de profissionais de saúde em relação ao atendimento de pessoas HIV positivo, onde observaram que o direito de recusar um paciente com HIV/AIDS era requisitado por cirurgiões-dentistas (17%), médicos (11%) e enfermeiros (9%), e que eram adotadas medidas adicionais de biossegurança quando atendiam esses pacientes respectivamente por 83%, 75% e 88%. Essa prática é desnecessária, uma vez que a adoção de métodos universais de biossegurança é seguramente suficiente para prevenção da transmissão ocupacional do HIV (Capilouto et al., 1993; Gerberding et al., 1985; Verrusio, 1989;).

O estigma associado à idéia de que as pessoas com HIV/AIDS sejam provenientes de populações marginalizadas, como homossexuais, e a crença de que a AIDS estaria relacionada à promiscuidade sexual e a comportamentos ilegais como o uso de drogas, tem influenciado negativamente a disposição de profissionais de saúde em atender esses pacientes (Massiah et al., 2004).

Na população estudada observou-se maior ocorrência de situações discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS pertencentes à categoria de exposição UDI quando comparado com a categoria heterossexual. Essa constatação pode ser explicada pela

maior dificuldade de acesso à saúde pelos usuários de drogas (Mawar et al., 2005; Samoilov e Bangkok, 2004).

Alguns estudos demonstram a discriminação existente e persistente contra homossexuais tanto na sociedade civil como em serviços assistenciais de saúde (Johnson et al., 2005; Kass et al., 1992; Liu e Choi, 2006; Mawar et al., 2005). A porcentagem de indivíduos pertencentes à categoria homossexual que sofreram discriminação foi maior comparada à categoria heterossexual. No entanto, não houve associação estatisticamente significante.

Segundo Grzywacz (2000), a escolaridade apresenta-se como o componente mais importante da condição sócio-econômica para os estudos de determinação dos comportamentos relacionados à saúde, onde níveis elevados de escolaridade estão geralmente associados a melhores condições de habitação, trabalho, renda e de posição sócio-econômica.

A prevalência da AIDS foi maior em pessoas com menos anos de estudo (70,6%), corroborando dados de outros trabalhos que demonstram a maior ocorrência dessa doença em grupos de pessoas de menor escolaridade (Fonseca et al., 2000, 2002; Brasil, 2004). No entanto, vale ressaltar que pessoas com piores indicadores sócio-econômicos tendem a procurar mais pelos apoios de ONGs, o que pode ter superestimado esse resultado (Silva, 2004). Não houve associação estatisticamente significante entre o nível de escolaridade e a ocorrência de discriminação, estando de acordo com pesquisa realizada por McCarthy et al. (1996), onde os pesquisadores constataram não haver associação entre a experiência de discriminação sob a forma de recusa de atendimento e características sócio-econômicas dos pacientes.

Na população estudada, observou-se que a maioria das pessoas tinha conhecimento de sua soropositividade para o HIV há menos de seis anos. Houve associação entre a experiência de situações discriminatórias praticadas por profissionais de saúde e o tempo de diagnóstico, onde a experiência de situações discriminatórias foi maior no grupo de pessoas com conhecimento de sua soropositividade para o HIV há mais tempo do que no grupo de pessoas sabidamente portadoras do HIV há menos tempo. Esse resultado confirma dados de pesquisa realizada por

Schuster et al. (2005), onde pessoas com diagnóstico mais recente do HIV sofreram menos situações discriminatórias. No entanto, não é possível afirmar se as pessoas com HIV/AIDS com diagnóstico mais recente sofreram menos discriminação porque a assistência à saúde dessas pessoas melhorou nos últimos anos ou se isso é devido ao menor tempo hábil para que as mesmas vivenciassem essas situações.

De qualquer modo, vários trabalhos recentes ainda demonstram os comportamentos discriminatórios e preconceituosos de profissionais de saúde com relação ao atendimento de pacientes com HIV/AIDS (Chen et al., 2004; Jovic-Vranes et al., 2006; Kermode et al., 2005; Succi e Succi, 2003). Outros estudos apontam ainda a falta de informação e o desconhecimento dos profissionais de saúde com relação à AIDS no que diz respeito à forma de contaminação e potencial de transmissibilidade do HIV (Aisien e Shobowale, 2005; Juan et al., 2004), métodos de biossegurança (Adebamowo, 2002; Oliveira et al., 2002) e noções éticas (Succi e Succi, 2003).

O receio das pessoas com HIV/AIDS de serem discriminadas é um dos principais fatores responsáveis pela não revelação de suas condições sorológicas ao procurarem serviços de saúde. Vários estudos demonstram que muitas pessoas portadoras do HIV não revelaram suas soropositividades ao serem atendidas por cirurgiões-dentistas (Charbonneau et al., 1999; Giuliani et al., 2005; Perry et al., 1993; Terry et al., 1994). Perry et al. (1993) demonstraram ainda que existe uma maior tendência das pessoas com HIV/AIDS revelarem suas condições sorológicas para médicos do que para cirurgiões-dentistas.

Dessa forma, é de fundamental importância que se atenda todo e qualquer paciente como potencialmente infectado pelo HIV, adotando-se corretamente o protocolo de biossegurança (Discacciati e Vilaça, 2001). Torna-se importante também que o relacionamento profissional-paciente seja humanizado, baseado na sinceridade e confiança, favorecendo a realização do tratamento e melhorando a qualidade de vida do paciente (Ramos e Alves, 2002).

3.8 Conclusão

A ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS foi elevada, tendo sido praticadas por cirurgiões-dentistas, profissionais de enfermagem e médicos. Na população estudada, a grande maioria das situações discriminatórias vivenciadas ocorreu no serviço público de saúde.

Torna-se indispensável a instituição de programas orientando o atendimento a pessoas com HIV/AIDS, principalmente no serviço público de saúde, visando, de forma pontual, a diminuição da ocorrência de discriminação no atendimento a esses pacientes, o que refletirá positivamente na qualidade de vida dos mesmos.

3.9 Referências

Adebamowo, C. A., Ezeome, E. R., Ajuwon, J. A., e Ogundiran, T. O. (2002). Survey of the knowledge, attitude and practice of Nigerian surgery trainees to HIV-infected persons and AIDS patients. BMC Surgery, 2, 7.

Aisien, A. O., e Shobowale, M. O. (2005). Health care workers' knowledge on HIV and AIDS: universal precautions and attitude towards PLWHA in Benin-City, Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice,. 8(2), 74-82.

Bastos, F. I., e Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cadernos de Saude Publica, 16(Supl 1), 65-76.

Bastos, F. I., Strathdee, A. S., Derrico, M., e Pina, M. D. F. (1999). Drug use and the spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. Drugs: Education Prevention & Policy, 6(1), 29-49.

Brasil. (1999). Boletim epidemiológico – AIDS/DST. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 12(2), 1-57.

Brasil. (1999). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Brasil. (2004). Boletim epidemiológico - AIDS/DST. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 23(1), 1-20.

Brasil. (2005). Boletim epidemiológico - AIDS/DST. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2(1), 1-44.

Bryan, C. S. (2002). HIV/AIDS and bioethics: historical perspective, personal retrospective. Health Care Analysis, 10(1), 5-18.

Capilouto, E.I. (1993). Assessing the effectiveness of occupational infection-control measures for dental personal. In J. S. Greenspan e D. Greenspan (Eds.), Oral manifestations of HIV infection (pp. 309-312). San Francisco: Quintessence Books.

Silva, C. R. C. (2004). A politização da dor e da indignação de pessoas que vivem ou convivem com o HIV/AIDS: a participação política em uma ONG como forma de fortalecimento psicossocial. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC. (1985). Recommendations for preventing transmission of infection with HTLV-III / LAV in the workplace. Morbidity Mortality Weekly Report, 34(2): 681-695.

Charbonneau, A., Maheux, B., e Beland, F. (1999). Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists? AIDS Care, 11(1), 61-70.

Chen, W. T., Han, M., e Holzemer, W. L. (2004). Nurses' knowledge, attitudes, and practice related to HIV transmission in Northeastern China. AIDS Patient Care and STDs, 18(7), 417-422.

Conselho Federal de Enfermagem. (2000). Código de ética dos profissionais de enfermagem. São Paulo: CFE.

Conselho Federal de Odontologia. (2003). Código de ética odontológica. São Paulo: CFO.

Discacciati, J. A. C., e Vilaça, E. L. (2001). Dental care for HIV-positive individuals: fear, prejudice, and professional ethics. Revista Panamericana de Salud Publica, 9(4), 234-239.

Fonseca, M. G. P., e Castilho, E. A. (1997). Os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. Boletim epidemiológico – AIDS/DST, 10(3), 6-14.

Fonseca, M. G., Bastos, F. I., Derriço, M., Andrade, C. L. T., Travassos, C., e Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública, 16(sup. 1), 77-87.

Fonseca, M. G. P., Szwarcwald, C. L., e Bastos, F. I. (2002). Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. Revista de Saúde Pública, 36(6), 678-85.

Gerberding, J. L., Hopewell, P. C., Kaminsky, L. S, e Sande, M. A. (1985). Transmission of hepatitis B without transmission of AIDS by accidental needlestick. The New England Journal of Medicine, 312(1), 56-57.

Giuliani, M., Lajolo, C., Rezza, G., Arici, C., Babudieri, S., Grima, P., Martinelli, C., Tamburrini, E., Vecchiet, J., Mura, M. S., Cauda, R., e Mario, T. (2005). Dental care and HIV-infected individuals: are they equally treated? Community Dentistry and Oral Epidemiology, 33(6), 447-453.

Grzywacz, J. G. (2000). Socioeconomic status and health behaviors among Californians. In: J. J. Kronenfeld (Ed.), Health, illness, and use of care: the impact of social factors. (pp. 121-149). New York: Elsevier Science

Johnson, M. J., Jackson, N. C., Arnette, J. K., e Koffman, S. D. (2005). Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement care facilities. Journal of Homosexuality, 49(2), 83-102.

Jovic-Vranes, A., Jankovic, S., Vukovic, D., Vranes, B., e Miljus, D. (2006). Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. Occupational Medicine, 56(4), 275-278.

Juan, C. W., Siebers, R. , Wu, F. F. S., Wu, C. J., Chang, Y. J., e Chao, C. (2004). The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. International Journal of Nursing Practice, 10(1), 32-38.

Kass, N. E., Faden, R. R., Fox, R., e Dudley, J. (1992). Homosexual and bisexual men's perceptions of discrimination in health services. American Journal of Public Health, 82(9), 1277-1279.

Klein, R. S., Phelan, J. A., Freeman, K., Schable, C., Friedland, G. H., Trieger, N., e Steigbigel, N. H. (1988). Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. The New England Journal of Medicine, 318(2), 86-90.

Kermode, M., Holmes, W., Langkham, B., Thomas, M. S., e Gifford, S. (2005). HIV-related knowledge, attitudes & risk perceptions amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. The Indian Journal of Medical Research, 122(3), 258-264.

Liu, J. X., e Choi, K. (2006). Experiences of social discrimination among men who have sex with men in Shanghai, China. AIDS and Behaviour, 10(4 Suppl), S25-33.

McCarthy, G. M., Haji, F. S., e Mackie, I. D. (1996). Attitudes and behavior of HIV-infected patients concerning dental care. Journal of the Canadian Dental Association, 62(1), 63-69.

Massiah, E., Roach, T. C., Jacobs, C., John, A. M. S., Inniss, V., Walcott, J., e Blackwood, C. (2004). Stigma, discrimination, and HIV/AIDS knowledge among physicians in Barbados. Revista Panamericana de Salud Publica, 16(6), 395-401.

Mawar, N., Saha, S., Pandit, A., e Mahajan, U. (2005). The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs. The Indian Journal of Medical Research, 122(6), 471-484.

Paiva M. S. (2000). Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Perry, S. W., Moffatt, M. J., Card, C. A., Fishman, B., Azima-Heller, R., e Jacobsberg, L. B. (1993). Self-disclosure of HIV infection to dentists and physicians. Journal of the American Dental Association, 124(9), 51-54.

Oliveira, E. R., Narendran, S., e Falcão, A. (2002). Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. AIDS Care, 14(4), 569-576.

Paulilo, M. A. S., e Jeolás, L. S. (2005). Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1), 175-184.

Parker, R. (1994). A construção da solidariedade. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Editora Relume-Dumará.

Pinel, A., e Arivado, E. I. (1996). Que é Aids: 2º visão. São Paulo: Brasiliense.

Ramos, D. L. P., e Alves, E. G. R. (2002). Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/AIDS. São Paulo: Santos.

Samaranayake, L. P., Scheutz, F., e Cottone, J. A. (1995). Controle da infecção para a equipe odontológica. São Paulo: Santos.

Samoilov, D., e Bangkok. (2004). Double discrimination: drug users living with HIV/AIDS. HIV/AIDS Policy and Law Review, 9(3), 83-85.

Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., Tu, W., e Kanouse, D. E. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. Journal of General Internal Medicine, 20(9), 807-813.

Sculy, C., e Porter, S. (1989). AIDS and dentistry. British Dental Journal, 166(3), 71.

Silva M. V. (1995). Legislação sobre DST & AIDS no Brasil. Brasília: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Succi, C. M., e Succi, R. C. M. (2003). Conhecimento de ética médica e Aids entre pacientes HIV+, alunos de medicina e médicos. Revista Brasileira de Educação Médica, 27(2), 134-140.

Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., Esteves, M. A. P., e Andrade, C. L. T. (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cadernos de Saúde Pública, 16(sup.1), 7-19.

Terry, S. D., Jones, J. E., e Brown, R. H. (1994). Dental-care experiences of people living with HIV/AIDS in Aotearoa New Zealand. The New Zealand Dental Journal, 90(400), 49-55.

Verrusio, A. C. (1989). Risk of transmission of the human immunodeficiency virus to health care workers exposed to HIV infected patients: a review. Journal of the American Dental Association, 118(3), 339-342.

4 Capítulo 2

Análise das situações discriminatórias vivenciadas por pessoas com HIV/AIDS na área da saúde: um estudo qualitativo

4.1 Resumo

Desde o início da epidemia da AIDS, as pessoas com HIV são estigmatizadas, sofrendo discriminação não só na sociedade, como também em serviços assistenciais de saúde. Objetivou-se analisar as situações discriminatórias na assistência a saúde de pessoas com HIV/AIDS. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais, após o consentimento livre e esclarecido, com 19 pessoas portadoras do HIV que afirmaram previamente já terem sofrido algum tipo de discriminação por profissionais de saúde. Essas pessoas eram assistidas por ONGs/AIDS de quatro municípios brasileiros. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas utilizando-se a análise de conteúdo. As atitudes discriminatórias ocorreram por meio do atendimento diferenciado, recusa de tratamento ou pela utilização de medidas extras de biossegurança, tendo ocorrido inclusive em instituições de ensino superior na área da saúde. É necessária a adoção de estratégias para combater a ocorrência de tais atos objetivando-se a humanização na assistência a saúde de pessoas com HIV/AIDS e a melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

4.2 Abstract

Since the beginning of the AIDS epidemic, the people living with HIV/AIDS were estigmatizated suffering discrimination not only in the society, as well as in health care services. It aimed to analyze the discriminatory situations in the assistance to the health of HIV-positive individuals. It was carried out face to face semi-structuralized interviews with nineteen people living with HIV/AIDS who had been discriminated by health care workers. These people were attended by Not Governmental Organizations for AIDS (NGO/AIDS) from four brazilian cities. The interviews were recorded and then transcribed and analyzed through the content analysis. The discriminatory attitudes occurred through the differentiated attendance, refusal of treatment or by the adoption of extra precautions measures, having also occurred in colleges with courses in health area. The adoption of strategies to fight against the occurrence of such acts is necessary aiming at human assistance to the health of HIV-positive patients and the improvement in the life quality of these patients.

4.3 Introdução*

"É inadmissível que alguém sofra por um vírus, uma doença, uma enfermidade, e que, além disso, além de ter de enfrentar a morte, ainda precise se esconder da sociedade".
(Hebert de Souza)

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram identificados em grandes cidades norte-americanas em 1981, onde se observou a ocorrência de Sarcoma de Kaposi, Pneumonia por Pneumocistis Carinii e outras doenças oportunistas em homossexuais masculinos jovens, previamente saudáveis[1].

As investigações epidemiológicas dos casos seguintes levaram a crer que a AIDS estaria relacionada não só ao homossexualismo, como também à promiscuidade sexual e à utilização de drogas injetáveis. O fato de estes comportamentos serem considerados inadequados pela sociedade ocasionou a estigmatização dos pacientes com HIV/AIDS, tendo sido a doença considerada inicialmente como "a peste gay" e como uma enfermidade que "só seria adquirida por quem quisesse"[2-4].

Outro fator também responsável pela estigmatização das pessoas com HIV/AIDS foi a forma como a mídia abordou a epidemia em seu início. Em 1981, antes mesmo do registro do primeiro caso da doença no país, a imprensa brasileira divulgava as primeiras matérias sobre o "câncer gay"[5]. Nesse mesmo momento, a mídia introduziu noções discriminatórias na sociedade, como a existência de grupos de risco (constituídos pelos transgressores, pecadores, promíscuos e imorais) fortemente presentes no imaginário social no início da epidemia, deixando até hoje impressões difíceis de serem removidas[6].

Até mesmo em artigos de periódicos especializados de determinadas profissões da área de saúde é possível perceber o sentimento de pânico quando a epidemia da AIDS era abordada, levando-os à divulgação de conteúdos carregados de preconceito e discriminação, como a

[2] Normalizado segundo a revista "AIDS Patient Care and STD" (Anexo D)

orientação de identificação, durante a anamnese, dos pacientes pertencentes a "grupos de risco", a adoção de medidas de biossegurança com pacientes "suspeitos" e a restrição do atendimento a pacientes HIV soropositivo a situações de urgência[7,8].

De acordo com o sociólogo Hebert de Souza[9], a dificuldade em se abordar a epidemia da AIDS reside no fato de ela envolver três componentes extremamente complexos: o sexo, ao qual a AIDS estaria relacionada de maneira muito direta; a moral, que é conseqüência de a doença estar relacionada à sexualidade, ao comportamento sexual de cada um; e a morte, o medo de morrer. O fato de a doença estar relacionada à questão do sexo e do homossexualismo revelaria dois lados perversos: a repressão sexual e o moralismo, os quais levam "a dois subprodutos extremamente complicados e danosos a qualquer sociedade humana, que é a criminalização de um fenômeno e a marginalização das pessoas que são afetadas por uma doença", onde a preocupação excessiva sobre os comportamentos humanos ocasionaria o afastamento do entendimento e tratamento da doença em si[9].

A discriminação na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS pode ocorrer pela recusa de atendimento, pelo tratamento diferencial a esses pacientes, por meio da revelação da condição sorológica para outras pessoas, pela isolação física dos mesmos não justificada biologicamente e através do aconselhamento de intervenções que não seriam indicadas a outros pacientes, como o aborto e a esterilização[10-14]. Há ainda a adoção de medidas diferenciadas de biossegurança, uma forma de discriminação bastante peculiar e praticada por muitos profissionais de saúde[15,16].

Existem vários trabalhos que apontam comportamentos e atitudes discriminatórias de profissionais de saúde com relação ao atendimento de pessoas com HIV/AIDS[17-20]. No entanto, raros são os trabalhos que buscam o entendimento desse tema a partir da visão dos próprios portadores.

Dessa forma, faz-se necessário analisar as atitudes discriminatórias de profissionais de saúde com relação a pacientes HIV soropositivo, identificando e compreendendo a maneira

como estas ocorrem a partir da percepção dos próprios pacientes, para que assim, sejam gerados dados que possam subsidiar a elaboração de estratégias eficazes para o seu controle.

4.4 Proposição

O presente estudo teve como objetivo analisar as situações discriminatórias vivenciadas por pessoas com HIV/AIDS na área da saúde, por meio dos relatos dos participantes da pesquisa.

4.5 Material e Método

"Eu acho que a entrevista é uma maneira de você chegar ao grande público, porque eu sempre adorei ler entrevistas dos artistas que eu gosto, inclusive várias delas mudaram completamente minha cabeça".
(Cazuza – Entrevista – 1989)

4.5.1. Caracterização da pesquisa

Por se tratar de um tema bastante delicado, relacionado à intimidade de cada pessoa com HIV/AIDS, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, a qual procura compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. Para tanto, segundo Minayo[21], a pesquisa qualitativa lida com um nível da realidade que não é passível de quantificação, ou seja, ela se preocupa com o "universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

De acordo com Triviños[22] , a pesquisa qualitativa, na amostragem, não se preocupa com a sua quantificação e, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais para o esclarecimento do assunto em foco, facilidade para se encontrar a pessoa, tempo para as entrevistas) o tamanho da amostra.

4.5.2. O campo de realização da pesquisa:

A epidemia da AIDS no Brasil passa pelo processo de interiorização, rumo a cidades com maior interação a outras localidades e facilidade para o deslocamento populacional[23]. Assim, optou-se pela realização da pesquisa em municípios com essas características, sendo: Araçatuba-SP, Birigui-SP, Uberlândia-MG e Dourados-MS.

Para se ter acesso aos portadores do HIV foi escolhida uma Organização Não-Governamental de assistência a pessoas com HIV/AIDS (ONG/AIDS) de cada uma dessas

cidades, pois assim haveria maior facilidade em encontrá-los, e também porque a abordagem aos mesmos nas próprias Unidades Básicas de Saúde poderia causar a inexatidão ou a omissão de dados e uma maior recusa de participação na pesquisa devido ao receio de sofrerem retaliações impostas pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde.

4.5.3. Participantes da pesquisa:

A amostra da presente pesquisa foi constituída por 19 pessoas com HIV/AIDS que afirmaram previamente ter sofrido discriminação por profissionais de saúde e que consentiram em participar da pesquisa.

A fim de se identificar essas pessoas, todos os indivíduos assistidos pelas ONGs/AIDS foram questionados se já haviam sofrido algum tipo de discriminação praticada por profissionais de saúde. As pessoas que responderam afirmativamente foram convidadas a participar da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa, de acordo com as normas da resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, foram esclarecidos previamente de que a participação na presente pesquisa seria voluntária e que os dados obtidos seriam, posteriormente, divulgados em publicações e reuniões científicas e, ainda, que suas identidades seriam mantidas em sigilo absoluto.

A presente pesquisa teve como condições de inclusão na amostra o consentimento livre e esclarecido dos participantes e a revelação prévia da condição sorológica ao vivenciarem as situações discriminatórias ou o conhecimento prévio dos profissionais de saúde da soropositividade dos pacientes por outros meios (cartão de encaminhamento, prontuários, etc.). Teve como fatores de exclusão o não consentimento em participar da pesquisa e as situações discriminatórias vivenciadas sem que a condição sorológica da pessoa fosse conhecida pelo profissional de saúde.

4.5.4. Instrumentos de coleta de dados:

Para a coleta dos dados optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas individuais, norteadas por roteiro (Anexo B), pois este método valoriza a presença do pesquisador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que é especialmente importante na abordagem do tema em questão[22].

As entrevistas foram gravadas utilizando-se um aparelho gravador de áudio Panasonic modelo RN-202, para que os relatos fossem posteriormente transcritos e analisados.

4.5.5. Análise dos resultados:

Para a análise dos dados coletados por meio das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo, a qual se presta ao estudo das motivações, atitudes, valores e crenças, contidas nas mensagens. A análise de conteúdo é definida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) das mensagens"[24].

4.6 Resultados

"Não esconda tristeza em mim.
Todos se afastam quando o mundo está errado.
Quando o que temos é um catálogo de erros.
Quando precisamos de carinho, força e cuidado".
(Renato Russo – O livro dos dias)

Foram identificadas 28 pessoas que afirmaram ter sofrido discriminação por profissionais de saúde, dentre as quais, 9 não aceitaram ser entrevistadas. Assim, foram entrevistadas 19 pessoas, sendo que 12 haviam vivenciado uma situação discriminatória, 4 haviam sido discriminadas duas vezes, 1 foi discriminada três vezes e 2 vivenciaram quatro situações de discriminação na área da saúde. Dessa forma, foram totalizados 31 relatos de situações de discriminação praticadas por profissionais de saúde.

Aplicando-se a análise temática aos conteúdos dos relatos obtidos, foram determinadas três unidades de registro, segundo as quais os relatos foram categorizados, sendo: a recusa de atendimento, o atendimento diferenciado e a adoção de medidas extras de biossegurança.

A recusa de atendimento como forma de discriminação

Dentre as 31 situações de discriminação relatadas pelas pessoas entrevistadas, 12 foram referentes a esta categoria.

Houve situações em que o tratamento é interrompido a partir do momento em que o paciente revela a sua soropositividade para HIV. Nos relatos, algumas pessoas indignam-se pela possibilidade de o profissional atender outros portadores do HIV sem ter conhecimento disso.

"(...) aí, começou a me dar dor de dente, aí eu fui procurar um dentista, aí eu cheguei num posto lá perto da casa de recuperação que tinha, aí o homem [cirurgião-dentista] tava tratando tudo certinho dos meus dentes, aí, na hora que ele foi mexer com, mexer com negócio de sangue, que ele ia arrancar com o buticão, que ele ia ponhá pra arrancar com o buticão, aí eu falei pra ele que eu tinha, que eu era soropositivo. Eu falei: só que eu sou soropositivo. – Aí, ele tirou a mão na hora, soltou o alicate assim [faz movimento de susto]. E ele falou: Então você não pode ser atendido aqui não, você tem que ir em outro lugar [...]. E as pessoas que vão lá, que não revelam

que é um soropositivo? Trata sem saber. E é até mais perigoso. Agora eu pelo menos fui realista e falei pra ele, né. E o outro que tem e nem fala nada. Ele trata, nem sabe e passa batido. Não é verdade?"

(D.A.L.A., 29, situação ocorrida há seis anos)

Em outras situações o atendimento é recusado tendo como justificativa a falta de horário devido ao grande número de pacientes em tratamento (em uma clínica particular). Segundo o relato a seguir, a pessoa discriminada, apesar da situação vivenciada, ressalta a sua atitude de sempre revelar sua condição sorológica, mesmo tendo que sofrer as "conseqüências" de tal ato.

"Que nem uma dentista aqui perto, eu fui lá e falei minha situação, revelei minha situação, né [HIV+], eu revelo pra qualquer um, onde eu for, pode ser público, particular, eu revelo sim, mas depois vêm as conseqüências, né. Aí, ela disse que eu tinha que pegar um atestado com o médico, tal (...), eu fui, busquei, levei [o atestado], levei pra ela, aí ela disse que não, que ela tinha muitos pacientes, mas eu logo deduzi que a causa foi essa [ser HIV+], mas a gente tem que revelar, tem que revelar, mas sofre, né".

(MCALA, 42 anos, situação ocorrida há 9 anos)

Em alguns relatos o atendimento é recusado até que por algum motivo o profissional vê-se "obrigado" a atender o paciente.

"(...) quando eu cortei o braço, que tava sangrando muito, cortou um vasinho, eu fui até o pronto socorro, eu peguei e falei pra enfermeira que eu tinha plaqueta baixa e não podia ficar sangrando, e ela pegou e perguntou pra mim: - Ué, mas como você sabe que tem plaqueta baixa? E eu peguei e falei pra ela: - Porque eu sou portador do vírus [HIV] e a proteção baixa e não estanca. E tava sangrando muito, eu já tava ficando até meio tonto, meio pálido. E o médico não queria mexer, se minha mãe não fala de chamar a polícia, ele não queria costurar meu braço e um ficava jogando pro outro, disse que tinha mudado o plantão, que um tinha passado pro outro, e não sei o que, e eu sangrando, enquanto minha mãe não chegou lá e falou que ou ele mexia ou minha mãe ia chamar a polícia, ele não costurou".

(ASSB, 31 anos, situação ocorrida há 4 anos)

Em outras situações o profissional de saúde se quer fornece alguma justificativa para tal atitude, limitando-se simplesmente a se "esconder" do paciente, o que revela uma total falta de consideração e respeito à pessoa portadora do HIV.

"Eu deduzo assim que foi uma discriminação, porque eu preciso usar aparelho, né. E logo de imediato eu entrei em contato com esse dentista, ele tirou um molde certinho da boca pra colocar o aparelho e ele mandou eu voltar depois de uma semana (...), falei com a secretária, e a secretária toda vez que procurava ele, dizia que ele não tava, e eu ficava na porta esperando, e eu via que ele tava lá dentro, e tava atendendo o pessoal. Então, é, é, eu achei que foi um ato assim de discriminação, porque ele ficou sabendo que eu era soropositivo e ele não quis me atender. No entanto, quando eu entrei, que não coloquei a situação [ser HIV+], ele me atendeu numa boa, depois que eu falei pra ele que eu era soropositivo (...) ele continuou me atendendo, só que ao voltar lá, o atendimento já não foi igual ao do primeiro dia. Acho que ele ouviu tudo o que ele tinha que ouvir pra poder disfarçar mais pra frente e me dispensar, você entendeu?".

(RCS, 31 anos, situação ocorrida há 2 anos e meio)

Foi relatada outra situação em que o profissional de saúde recusou-se a continuar o tratamento do paciente HIV positivo, justificando tal decisão devido a reclamações de outros pacientes, ao ficarem sabendo que o mesmo também prestava atendimento a portadores do HIV.

"(...) e esse camarada é um dentista da rede pública (...) e ele começou a tratar dos meus dentes tal, aí, um belo dia ele chegou e falou pra mim: R. eu não quero tratar mais de você porque é o seguinte, algumas pessoas já vieram me falar aqui que você é portador e eles não querem vim tratar mais (...) então foi um choque, né. Um negócio esquisito, você se sente assim, o chão meio treme, né, aquela coisa, pô, mas por quê? O atendimento não é o mesmo pra cada um? O fato é que eu me senti muito mal naquela época".

(RJLQ, 49 anos, situação ocorrida há 3 anos)

Houve ainda, situações de discriminação em Faculdades de Odontologia, onde, potencialmente, este problema poderia ser combatido. Justificou-se a recusa do atendimento alegando-se a falta de condições técnicas e estruturais, tais alegações, muitas vezes estapafúrdias, beiram o desrespeito não só à pessoa, como à sua capacidade inteligível.

"(...) teve uma vez também que eu fui lá [uma Faculdade de Odontologia], e eles alegaram pra mim que, a partir do momento que eu tinha isso aí [AIDS], eles alegaram pra mim que eles não podiam mexer comigo ali, porque ali não existia esterilização suficiente. Aí então, até eu perguntei assim pra ele, falei assim: mas ué, então eu corro o risco tanto de passar para uma outra pessoa, quanto de adquirir isso – Aí, foram lá, entraram num conselho lá, conversaram lá, aí eles falaram pra mim que iam arrumar pessoas capacitadas para fazer meu tratamento, e, retornaria a me chamar, isso até hoje, não me chamaram mais, isso já faz uns dois anos, um ano e meio mais ou menos".

(A.S.S.B., 31 anos, situação ocorrida há dois anos)

O atendimento diferenciado como forma de discriminação

Das 31 situações discriminatórias relatadas pelas pessoas entrevistadas, 16 foram referentes a esta categoria.

Em certas situações de atendimento diferenciado, há relatos em que o profissional atende o paciente HIV positivo de forma grosseira e se considerarmos o contexto, de forma desumana, como na situação descrita a seguir, onde a pessoa relata uma situação ocorrida quando sua esposa, também portadora, estava grávida do primeiro filho do casal.

"Então dessa parte eu acho que eu fui discriminado por causa das palavras dele. Ele sempre foi grosso, sempre foi grosso, nunca foi hospitaleiro, nunca, nunca, nunca, sempre com estupidez, todo atendimento dele era bruto. Ele falou de forma grosseira: - Do jeito que você ta aí, você nem vai ver seu filho nascer. Aí, passou o tempo, encontrei com ele, e tive o prazer de falar que, que vi meu filho nascer sim".

(PSFC, 33 anos, situação ocorrida há 6 anos)

De outro modo, deixar o atendimento de pessoas com HIV/AIDS para o último horário do período, seria outro tipo de atendimento diferenciado a que essas pessoas são submetidas.

"Eu cheguei e fui fazer o ultra-som. Aí eu entreguei o papel pra ela (onde constava ser HIV+). Aí ela pegou, escreveu lá meu nome, mandou eu assinar, aí eu falei pra ela: - Que número eu sou? E ela falou: - A quarta (...). Aí o médico chegou quinze pras oito, aí foi entrando as pessoas que estavam lá, entrou a primeira, depois entrou a segunda, entrou a terceira. Aí eu falei pra minha irmã: - Bom, já que entrou a terceira, eu vou ser a quarta, né(...) aí ela (a enfermeira) pegou saiu lá e falou assim pra mim: - Oh, Dona J. eu vou passar essa mulher aqui na sua frente porque ela ta com um probleminha. Mas eu pensei, porque era uma pessoa de idade, falei tudo bem. Aí, passou aquela, depois passou a outra, passou a outra (...), aí passou tudo, eu fui a última, porque eram dez pessoas, fui a número dez".

(JES, 53 anos, situação ocorrida há 1 ano e meio)

Em certas situações, um atendimento diferenciado, grosseiro, pode ter conseqüências comprometedoras para o estado de saúde das pessoas com HIV/AIDS, que já estão abaladas emocionalmente por ter a doença.

"Eu fiquei um bom tempo sem ir no médico, por causa que o médico um dia falou alto comigo. Bateu na mesa e falou alto comigo, porque eu precisei de um atestado dele pra levar no INSS. E aí, a partir daquele momento, fiquei lá no canto chorando, chorando, falei pro meu marido, nunca mais enquanto este médico estiver aqui, eu não vou voltar mais aqui. Aí, eu não fui mais no médico, com isso fui me sentindo pior, os exames eu não fiz mais (...)

(EC, 35 anos, situação ocorrida há 1 ano)

A adoção de medidas extras de biossegurança como forma de discriminação

Dentre as 31 situações de discriminação relatadas pelas pessoas entrevistadas, 3 foram referentes a este tipo de categoria.

No relato a seguir, o atendimento ao portador de HIV foi evitado ao máximo até o momento em que o profissional realizou o procedimento utilizando vários pares de luvas.

"Quando a minha mãe chegou, falou que ele ia mexer ou chamar a polícia, aí ele até colocou três ou quatro luvas na mão, entendeu? Costurou que nem costura porco, mas, mas costurou".

(ASSB, 31 anos, situação ocorrida há 4 anos)

Em outra situação, houve relatos referentes à adoção de medidas extras de biossegurança (no caso a utilização de mais pares de luvas) que, quando percebidas pelos portadores do HIV, ocasionaria certa agressão emocional em pessoas já abaladas psicologicamente.

"(...) ela não me tratou mal não, ela só ficou com os olhos arregalados e, e colocou três luvas. Então, é como eu te falei, se fosse alguém que não tivesse um preparo psicológico quanto à doença que tem, ficaria até chateado, né. Isso daí psicologicamente afeta quem não ta preparado, né. Pôxa ela colocou três luvas, é um negócio chato".

(MMM, 37 anos, situação ocorrida há 3 anos)

4.7 Discussão

"Pra que este beijo agora?
Por que meu amor este abraço?
Um dia você vai embora sem sofrer os tormentos que eu passo.
De que vale sonhar um minuto se a verdade da vida é ruim?
Se existe um preconceito muito forte separando você de mim".
(Cazuza – Preconceito
)

O estudo qualitativo das situações discriminatórias vivenciadas por pessoas HIV soropositivo é importante, como já foi dito anteriormente, pois possibilita compreender o contexto no qual as mesmas ocorreram e verificar o seu impacto no cotidiano dos portadores do HIV.

Dentre as formas de discriminação relatadas pelas pessoas com HIV/AIDS, a de maior ocorrência foi o atendimento diferenciado por profissionais de saúde (16 situações).

As situações narradas demonstram um atendimento desrespeitoso, desumano e diferente do que seria feito com outros pacientes. Em estudo realizado por Schuster et al[25], foi observado que esse tipo de discriminação foi também o de maior prevalência, onde os portadores do HIV haviam sido atendidos de forma desconfortável e tratados com inferioridade. O mesmo autor chama a atenção para a possibilidade de que atendimentos diferenciados, como aquele em que o profissional de saúde age de forma grosseira (caso relatado em nosso estudo), possam ser mal interpretados visto que esse profissional pode apresentar tal comportamento com todos pacientes (HIV positivo ou não). No entanto, se for este o caso, a conduta de tal profissional não deixa de estar equivocada pelo fato de ele agir assim com todos, pelo contrário, ele atende de forma inadequada uma gama ainda maior de pessoas.

Esse atendimento diferenciado é de difícil compreensão, pois para tanto teríamos que encontrar os motivos de tais profissionais para adotarem essas atitudes. Não podemos esquecer que os profissionais de saúde, essencialmente, são produtos da sociedade, e, de modo geral,

adquirem dela, durante a sua formação, suas crenças e seus valores, podendo dessa forma, herdar as idéias estigmatizantes com relação aos portadores do HIV.

A ocorrência de recusa de atendimento relatada pelas pessoas HIV soropositivo esteve relacionada diretamente às suas condições sorológicas, tendo ocorrido inclusive a interrupção do tratamento logo após os pacientes revelarem sua soropositividade para o HIV aos profissionais de saúde.

Panebianco et al[26] ao analisarem as queixas de violações de direitos humanos junto ao CONASIDA (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA – México), verificaram que a maioria das reclamações era devido à recusa de atendimento (41%).

Por meio dos relatos foi possível observar que a grande maioria das situações discriminatórias representadas pela recusa de atendimento foi atribuída aos cirurgiões-dentistas, cujas atividades apresentavam maior risco de contaminação por estarem mais expostas ao sangue. Diferentemente dos médicos, onde se observou, através dos relatos, que suas atividades estavam relacionadas, quase em sua totalidade, a consultas clínicas, portanto, não expostos ao sangue do paciente. Esse fato talvez explique a maior ocorrência de discriminação devido a atendimentos diferenciados envolvendo esses profissionais e a recusa de atendimento envolvendo aqueles profissionais.

Da mesma forma, Kochen et al[27] estudando a percepção de pessoas HIV positivo sobre o atendimento recebido por profissionais de saúde, observaram que atos discriminatórios, como a recusa de tratamento, estiveram mais relacionados a cirurgiões-dentistas do que a médicos.

Vale ressaltar que esse tipo de discriminação pode ser percebido de forma equivocada, como no caso de encaminhamento para centros mais preparados para o atendimento de portadores do HIV ser entendido como recusa de atendimento[25]. Analisando os relatos, esse tipo de falsa discriminação ocorreu uma única vez na amostra estudada, onde a paciente, ao procurar atendimento em uma unidade de saúde quando a epidemia estava no início, foi encaminhada para um centro de saúde que estaria mais bem preparado para o seu tratamento.

A alta carga preconceituosa existente na sociedade civil em relação a portadores do HIV é bem conhecida[28-30]. O receio de perder outros pacientes por ficarem sabendo que determinado profissional de saúde atende também portadores do HIV é uma das justificativas para estes profissionais recusarem pessoas com HIV/AIDS[31,32]. Essa situação foi relatada por uma pessoa nesse estudo, embora o atendimento estivesse sendo realizado no serviço público de saúde.

Segundo estudo de Giuliani et al[33], o receio de ter o tratamento recusado ou um atendimento diferenciado, juntamente com o medo de outras pessoas ficarem sabendo de sua soropositividade para o HIV, levaram os pacientes com HIV/AIDS a não revelarem a sua condição sorológica para seus cirurgiões-dentistas. Esse fato é preocupante, pois pode trazer conseqüências prejudiciais ao paciente durante o seu tratamento. Ao mesmo tempo expõe a importância da adoção de medidas universais de biossegurança por profissionais de saúde no atendimento de todos os pacientes. É ainda preocupante, uma vez que alguns profissionais de saúde são negligentes quanto à isso[34,35].

Algumas pessoas entrevistadas demonstraram certa indignação ao terem o tratamento recusado, argumentando que o profissional de saúde muitas vezes atende um paciente HIV positivo sem ter conhecimento disso, pois muitas pessoas não revelam sua soropositividade pelos motivos descritos anteriormente ou ainda não sabem que estão infectados pelo HIV. Posto isto, é inevitável a formulação de uma questão: afinal, é preferível que o profissional de saúde atenda a esses pacientes sabendo que são portadores do HIV, portanto tomando a devida atenção e adotando adequadamente métodos universais de biossegurança, ou que o profissional de saúde atenda-os sem saber de suas condições sorológicas (em sua "abençoada" ignorância) criando-se um ambiente de falsa segurança, favorecendo um atendimento "desatencioso", onde as medidas de biossegurança são mais facilmente negligenciadas?

Outra forma de discriminação relatada pelas pessoas com HIV/AIDS foi a adoção de medidas extras de biossegurança ao serem atendidas. Alguns trabalhos envolvendo profissionais

de saúde comprovam essa atitude quando o paciente a ser atendido é portador do HIV ou é pertencente a algum "grupo de risco"[15,16,36,37].

A adoção de medidas extras de biossegurança ocorreu por meio da utilização de mais pares de luvas durante o atendimento. Esse mesmo comportamento foi observado em profissionais de saúde por Adebamowo et al[36] que utilizavam 2 pares de luvas ao atenderem pacientes de "alto risco" (46,1%) ou com HIV/AIDS (12,8%).

Essa atitude seria dispensável considerando-se o baixo potencial de transmissibilidade ocupacional do HIV, onde medidas universais de biossegurança adotadas corretamente são suficientes para a sua prevenção[38-41].

Segundo relatos das pessoas com HIV/AIDS, as situações discriminatórias teriam ocorrido inclusive em instituições de ensino (Faculdades de Odontologia) por meio da recusa de atendimento por docentes. Esse fato chama a atenção e torna-se bastante preocupante, pois agindo dessa forma, os professores, talvez inconscientemente, ensinam a partir de seu exemplo, os alunos a terem a mesma atitude, o que vai realimentar o universo de profissionais de saúde que discriminam esses pacientes. Assim, este fato nos convida a refletir sobre a conduta e as orientações de professores aos graduandos de cursos da área de saúde em relação ao atendimento a portadores do HIV. De fato, alguns estudos têm demonstrado a existência de preconceito e discriminação em cursos de graduação dessa área[32,42].

A percepção de atitudes discriminatórias praticadas por profissionais de saúde pode desestimular os pacientes HIV soropositivo a continuar o tratamento, aderir a programas de tratamentos ou a retornar às consultas[43,44]. Esse fato foi comprovado por relato de uma paciente nesse estudo, que interrompeu o tratamento com anti-retrovirais após ter sido discriminada pelo seu médico. Os resultados de uma pesquisa envolvendo pacientes com HIV/AIDS de uma clínica pública demonstraram que o bom relacionamento médico-paciente tende a promover a maior aderência ao tratamento com anti-retrovirais, por outro lado, relacionamentos de baixa qualidade tendem a impedir que isso ocorra[45].

É importante sabermos de que forma as situações de discriminação na área da saúde são vivenciadas pelos pacientes com HIV/AIDS para que possamos compreendê-las melhor e combatê-las com maior precisão e eficácia. Por meio dos relatos foi possível perceber que a maioria das situações discriminatórias ocorreu em serviços públicos de saúde, o que pode sugerir que estratégias para o controle das mesmas sejam instituídas primeiramente nesse setor. Tais estratégias deveriam contemplar desde palestras informativas sobre meios de contaminação e potencial de transmissibilidade do HIV em serviços assistenciais de saúde até orientações sobre ética, abordagem e humanização na relação profissional/paciente.

Tendo-se constatado a ocorrência de recusa de atendimento de pessoas com HIV/AIDS em Faculdades da área da saúde, torna-se inegável a necessidade da discussão sobre o tema no ambiente universitário para que medidas oportunas sejam adotadas localmente de acordo com a necessidade e a viabilidade de cada realidade. O que não se pode admitir é que tais situações continuem ocorrendo nesse ambiente norteado por princípios éticos, conhecimento científico e pelo compromisso com a comunidade.

Por fim, deve-se ter em mente que todos somos frutos de uma sociedade e dela adquirimos certos valores e crenças, nem sempre desejáveis. Tal herança muitas vezes persiste e resiste entre alguns profissionais de saúde, mesmo que estes passem por capacitação técnico-científica em instituições de ensino superior. Assim, não há como negar que, enquanto a epidemia secundária da estigmatização existir de forma marcante entranhada na sociedade, o combate à discriminação de pessoas com HIV/AIDS na área da saúde e em todas outras áreas será muito mais árduo, traumatizante e demorado.

4.8 Conclusão

As situações discriminatórias vivenciadas pelas pessoas com HIV/AIDS ocorreram sob a forma de recusa de tratamento, atendimento diferenciado e adoção de medidas extras de biossegurança, tendo ocorrido inclusive em instituições de ensino superior. Faz-se necessária a adoção de estratégias que visem o controle da ocorrência dessas situações nos serviços de saúde e também em Faculdades de cursos da área da saúde, buscando um atendimento adequado e humanizado. É necessária também a adoção de estratégias junto à sociedade civil que visem diminuir a estigmatização imposta aos portadores do HIV, o que vai colaborar não só com a melhoria na qualidade de vida de pessoas HIV soropositivo como também facilitará a adoção de medidas preventivas pela sociedade, minimizando a falsa idéia da existência de grupos de risco.

4.9 Referências

1. Farias NSO. Mortalidade por AIDS e condições socioeconômicas no município de São Paulo, 1994 a 1999 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
2. Mann J, editor. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
3. Jodelet D. Representações do contágio e a AIDS. In: Jodelet D, Madeira M. Aids e representações sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN; 1996. p. 17-45.
4. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
5. Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. Ciênc Saúde Coletiva 2004;9:1067-1078.
6. Paulilo MAS, Jeolás LS. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10:175-184.
7. Migliorati CA, Migliorati EKJ, Silverman-Júnior S, Lozada F, Greenspan JS. Sindrome de deficiencia imunologica adquirida (AIDS ou SIDIA). Rev Assoc Paul Cir Dent 1984;38:351-357.
8. Cadier FJJ, Bahia EM. Responsabilidade do cirurgião-dentista frente à síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev Odontol Metod 1985;6:3-10.
9. Castro B G, Pereira G, Souza H. AIDS: o que fazer? Cad Saúde Publica 1986;2: 66-83.
10. Gostin LO. The AIDS litigation project. A national review of court and human rights commission decisions, Part II: discrimination. JAMA 1990; 263:2086–2093.
11. Levin BW, Driscoll JMJ, Fleischman AR. Treatment choice for infants in the neonatal intensive care unit at risk for AIDS. JAMA 1991;265:2976–2981.
12. Bunting SM. Sources of stigma associated with women with HIV. ANS Adv Nurs Sci 1996;19:64–73.

13. Khakha DC. Discrimination in health care to patients living with HIV/AIDS. Nurs J India 2003; 94 (12): 273-5.

14. Merati T, Supriyadi, Yuliana F. The disjunction between policy and practice: HIV discrimination in health care and employment in Indonesia. Aids Care 2005;17:175-179.

15. Kermode M, Holmes W, Langkham B, Thomas MS, Gifford S. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. Indian J Med Res 2005;122:258-264.

16. Jovic-Vranes A, Jankovic S, VukovicD, Vranes B, Miljus D. Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. Occup Med 2006;56:275-278.

17. Juan CW, Siebers R, Wu FFS, Wu CJ, Chang YJ, Chao C. The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. Int J Nurs Pract 2004;10:32-38.

18. Massiah E, Roach TC, Jacobs C, et al. Stigma, discrimination, and HIV/AIDS knowledge among physicians in Barbados. Rev Panam Salud Publica 2004;16:395-401.

19. Chen WT, Han M, Holzemer WL. Nurses' knowledge, attitudes, and practice related to HIV transmission in northeastern China. AIDS Patient Care STDS 2004;18:417-422.

20. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, et al. El stigma asociado al VIH/SIDS: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Pública Mex 2006;48:141-50.

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

22. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

23. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad Saúde Pública 2000;16:7-19.

24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

25. Schuster M A, Collins R, Cunningham WE, et al. Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. J Gen Intern Med 2005;20:807-813.
26. Panebianco S, del Rio C, Baez-Villasenor J, Uribe P, Morales G. Human rights violations and AIDS: two parallel public health epidemics. Int Conf AIDS 1994;10: 63.
27. Kochen MM, Hasford JC, Jager H, et al. How do patients with HIV perceive their general practitioners? BMJ 1991;303:1365-1368.
28. Bruyn T. HIV-related stigma and discrimination – the epidemics continues. Can HIV/AIDS Policy L Rev 2002;7:8-14.
29. Lau JTF, Tsui HY. Discriminatory attitudes towards people living with HIV/AIDS and associated factors: a population based study in the Chinese general population. Sex Transm Infect 2005;81:113-119.
30. Abádia-Barrero CE, Castro A. Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. Soc Sci Med 2006;62:1219-1228.
31. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. AIDS e controle da infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odontol Univ São Paulo 1999;13:75-82.
32. Pagliari AV, Garbin AS, Garbin AJI. HIV attitudes and practices among professors in a brazilian dental school. J Dent Educ 2004;68:1278-1283.
33. Giuliani M, Lajolo C, Rezza G, et al. Dental care and HIV-infected individuals: are they equally treated? Community Dent Oral Epidemiol 2005;33:447-453.
34. Ricci E, Mezzopane R, Grasso P, Benzi G, Parazzini F. Application of guidelines for occupational HIV infection control during delivery in Italy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;79:39-41.

35. Caixeta RB, Barbosa-Branco A. Acidente de trabalho com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. Cad Saúde Pública 2005;21:737-746.
36. Adebamowo CA, Ezeome ER, Ajuwon JA, Ogundiran TO. Survey of the knowledge, attitude and practice of Nigerian surgery trainees to HIV-infected persons and AIDS patients. BMC Surg 2002;2:7.
37. Bermingham S, Kippax S. HIV-related discrimination: a survey of New South Wales general practitioners. Aust N Z J Public Health 1998;22:92-97.
38. Klein RS, Phelan JA, Freeman K, et al. Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. N Engl J Med 1988;318:86-90.
39. Sculy C, Porter S. AIDS and dentistry. Br Dent J 1989;166:71.
40. Grassi M, Abb J, Hammerle C. AIDS em odontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
41. Samaranayake LP, Scheutz F, Cottone JA. Controle da infecção para a equipe odontológica. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1995.
42. Succi CM, Succi RCM. Conhecimento de ética médica e Aids entre pacientes HIV+, alunos de medicina e médicos. Rev Bras Educ Med 2003;27:134-140.
43. Hadorn DC. The problem of discrimination in health care priority setting. JAMA 1992;268: 1454-1459.
44. Thomson GE. Discrimination in health care. Ann Intern Med 1997;126:910-912.
45. Roberts KJ. Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication adherence among HIV-infected adults attending a public health clinic. AIDS Patient Care STDS 2002;16:43-50.

Anexos

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

NEPESCO

CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Identificação (letras iniciais do nome):

Idade: Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil: Ocupação/Profissão:

Religião: Cidade:

1. De acordo com as categorias usadas pelo IBGE, qual é a que descreve melhor a sua cor?

A) Branco B)Pardo C)Preto D) Índio E)Amarelo F) Não sei

2. Até que ano você estudou?

3. Há Quanto tempo você freqüenta a ONG?_____

4. Há quanto tempo você descobriu que estava infectado pelo HIV?

_____

5. De que maneira você acredita ter contraído o HIV?

A) Relação homossexual D) Transfusão de sangue

B) Relação heterossexual E) De mãe para o filho

C) Utilização de drogas injetáveis F) Não sei

6. Você já sofreu discriminação por profissionais de saúde?

( ) Não ( ) Sim. Quantas vezes?_____

7. Qual ou quais foram os profissionais de saúde?_____

_____

_____

8. Foi no serviço de saúde:

( ) Público ( ) Particular ( ) Em ambos

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Roteiro de entrevista

Identificação: Cidade:

1. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo paciente HIV+ com relação à saúde pública?

2. Você acredita ter o mesmo acesso e assistência à saúde que outros cidadãos? Por quê?

3. Você já sofreu algum tipo de discriminação ao procurar algum profissional de saúde? Por qual(is) profissional(is) de saúde? Há quanto tempo ela ocorreu?

4. A discriminação pela qual você passou ocorreu no serviço de saúde público, particular ou em ambos?

5. De que (quais) forma(s) você foi discriminado? Relate o(s) casos.

6. Por que você acha que foi discriminado pelo(s) profissional(is) de saúde?

ANEXO C

Author Instructions AIDS and Behavior

Seth C. Kalichman, Ph.D.

Center for HIV Prevention & Intervention

2006 Hillside Road, Unit 1248

University of Connecticut

Storrs, CT 06269

Email: aidsandbehavior@yahoo.com

1. Manuscripts should be submitted to the Editor through Springer's Editorial Manager peer review system at: http://aibe.edmgr.com

2. Submission is a representation that the manuscript has not been published previously and is not currently under consideration for publication elsewhere. A statement transferring copyright from the authors (or their employers, if they hold the copyright) to Springer will be required before the manuscript can be accepted for publication. The Editor will supply the necessary forms for this transfer. Such a written transfer of copyright, which previously was assumed to be implicit in the act of submitting a manuscript, is necessary under the U.S. Copyright Law in order for the publisher to carry through the dissemination of research results and reviews as widely and effectively as possible.

3. Type double-spaced on one side of 8 ½ × 11-inch white paper using generous margins on all sides, (including copies of all illustrations and tables). 4. A title page is to be provided and should include the title of the article, authors name (no degrees), authors affiliation, and suggested running head. The affiliation should comprise the department, institution (usually university or company), city, and state (or nation) and should be typed as a footnote to the authors name. The suggested running head should be less than 80 characters (including spaces) and should comprise

the article title or an abbreviated version thereof. For office purposes, the title page should include the complete mailing address, telephone number, fax number, and email address of the one author designated to review proofs.

5. An abstract is to be provided, preferably no longer than 150 words.

6. A list of 4-5 key words is to be provided directly below the abstract. Key words should express the precise content of the manuscript, as they are used for indexing purposes.

7. All sections should carry headings (such as INTRODUCTION, METHODS, RESULTS, DISCUSSION, CONCLUSIONS, etc.), typed flush left. All acknowledgments (including those for grant and financial support) should be typed in one paragraph (so-headed) on a separate page that directly precedes the References section.

8. Illustrations (photographs, drawings, diagrams, and charts) are to be numbered in one consecutive series of Arabic numerals. The captions for illustrations should be typed on a separate sheet of paper. All illustrations must be complete and final, i.e., camera-ready. Photographs should be large, glossy prints, showing high contrast. Drawings should be high quality laser prints or should be prepared with india ink. Either the original drawings or good-quality photographic prints are acceptable. Artwork for each figure should be provided on a separate sheet of paper. Identify figures on the back with authors name and number of the illustration. Electronic artwork submitted on disk should be in the TIFF or EPS format (1200 dpi for line and 300 dpi for halftones and grayscale art). Color art should be in the CYMK color space. Artwork should be on a separate disk from the text, and hard copy must accompany the disk.

9. Tables should be numbered (with Roman numerals) and referred to by number in the text. Each table should be typed on a separate sheet of paper. Center the title above the table, and type explanatory footnotes (indicated by superscript lowercase letters) below the table.

10. List references alphabetically at the end of the paper and refer to them in the text by name and year in parentheses. Where there are three or more authors, only the first author's name is given in the text, followed by et al. Where there are two authors, the word "and" (not an ampersand) should be used in the text. References should include (in this order): last names and initials of all authors, year published, title of article, name of publication, volume number, and inclusive pages. The style and punctuation of the references should generally conform to APA style, but note the use of "and" (not "&") - illustrated by the following examples:

Journal Article

Kalichman, S. C., Heckman, T., and Kelly, J. A. (1996). Sensation seeking as na explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. Archives of Sexual Behavior, 25, 141--154.

Book

Loue, S. (1995). Legal and ethical aspects of HIV-related research. New York: Plenum Press.

Contribution to a Book

Cohen, J. B., and Alexander, P. (1995). Female sex workers: Scapegoats in the AIDS epidemic. In A. O'Leary and L. S. Jemmott (Eds.), Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS (pp. 195--218). New York: Plenum Press.

11. Footnotes should be avoided. When their use is absolutely necessary, footnotes should be numbered consecutively using Arabic numerals and should be typed at the bottom of the page to which they refer. Place a line above the footnote, so that it is set off from the text. Use the appropriate superscript numeral for citation in the text.

12. In general, the journal follows the recommendations of the Publication Manual of the American Psychological Association, and it is suggested that contributors refer to this publication.

13. After a manuscript has been accepted for publication and after all revisions have been incorporated, manuscripts should be submitted to the Editor's Office as hard copy accompanied

by electronic files on disk. Label the disk with identifying information - software, journal name, and first authors last name. The disk must be the one from which the accompanying manuscript (finalized version) was printed out. The Editor's Office cannot accept a disk without its accompanying, matching hardcopy manuscript.

14. The journal makes no page charges. Reprints are available to authors, and order forms with the current price schedule are sent with proofs.

15. Springer Open Choice. In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer now provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular subscription-based article, but in addition is made available publicly through Springer's online platform SpringerLink. To publish via Springer Open Choice, upon acceptance please visit www.springeronline.com/openchoice to complete the relevant order form and provide the required payment information. Payment must be received in full before publication or articles will publish as regular subscription-model articles. We regret that Springer Open Choice cannot be ordered for published articles.

INSTRUCTIONS FOR BRIEF REPORTS

AIDS and Behavior accepts Brief Reports of soundly designed research studies that are of specialized interest or can be considered preliminary findings. An author who submits a Brief Report must agree not to submit the full report to another journal. To ensure that a Brief Report does not exceed the available journal pages (approximately 4 pages), the text of the paper should not exceed 14 pages using one inch margins all around and a font size of 12 point. The Abstract should be limited to 100 words. References should be limited to no more than 12 and there should be no more than one table or one figure.

ANEXO D

AIDS Patient Care and STDs

Manuscripts must be submitted online using the following url:

http://mc.manuscriptcentral.com/aidspatientcare

In addition to the electronic submission, please supply one hard copy to Dr. Jeffrey Laurence, Laboratory for AIDS Virus Research, Weill Medical College of Cornell University, 411 East 69 Street, New York, NY 10021.

Please read all the instructions to authors before submitting.

Manuscript Submission and Copyright Agreement Form

The Copyright Agreement form (available from web site at http://www.liebertpub.com/media/content/transfer_of_copyright.pdf.) should be submitted once your paper has been accepted for publication. Manuscripts cannot be published without this form. The corresponding author is responsible for obtaining signatures of coauthors. Authors not permitted to release copyright must still return the form signed under the statement of the reason for not releasing the copyright. Upon acceptance of your paper, please fax the Copyright Agreement form to 914-740-2108.

Preparation of Manuscript

Include a running title of about 45 characters. An abstract of not more than 250 words, which should be self-explanatory without reference to the text should also be prepared. The abstract should not contain subheadings nor specific citations to the literature. Main subject headings should be centered in all capital letters. Secondary headings should be flush left-hand margin initial cap (first word only) italics. Tertiary headings should be flush left-hand margin initial cap (first word only) bold, followed immediately by text.

Text

Use only standard abbreviations, which can be found in the AMA's Manual for Authors & Editors. At first usage, spell out terms and give abbreviations in parentheses. Thereafter, use only abbreviations. It is not necessary to spell out standard units of measure, even at first usage. Use generic names for drugs if possible. If you wish to use a proprietary drug name the first time it appears, use the generic name followed by the proprietary name, manufacturer, and city in parentheses.

References

References must be numbered consecutively as they are cited in the text using superscript numbers after the period. References appearing for the first time in tables and figures must be numbered in sequence with those cited in the text where the table or figure is mentioned. Use journal abbreviations as provided by Medline, National Library of Medicine. List all authors when there are six or less. When there are more than six, list the first three, followed by et. al. If references to personal communications or unpublished data are used, they are not to be in the list of references. Instead, they should be referred to in the text in parentheses. (F.P. Hazeltine, personal communication). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add "In Press." Please refer to the AMA's Manual for Authors & Editors or a previous issue of the Journal for assistance with the preparation of references.

Letters to the Editor

Letters should be written as a continuous narrative, without abstract or subheadings. There is no word limit for Letters, but they are generally limited to three printed pages. There is a two figure and/or table limit, and a maximum of ten references.

Reprint Address

Following the references, provide an "Address reprint requests to:" section that includes the name and complete address of the person to whom reprint requests should be sent. An e-mail address may also be included if desired.

Legends

Legends for illustrations may be entered when individual files are uploaded or as a separate file. In the legend, provide explanations for any abbreviations, arrows, etc. on the art work. If the illustration is taken from a copyrighted publication, permission must be obtained and credit given in the legend.

Tables

Tables should be double-spaced, each as a separate file, and provide a title for each table. Cite tables in sequence in the text. Explain abbreviations used in the body of the table in footnotes. If the table is taken from a copyrighted publication, permission must be obtained and credit given in a footnote.

Illustrations

Cite figures consecutively in the manuscript within parentheses. Example: These keratotic areas can be confused with condyloma (Fig. 8A). The Journal publishes all illustrations in black and white. Requests for color may be submitted; the cost will be incurred by the authors. Please contact Publisher for color cost. Electronic submission of art is acceptable with the following caveats:

- Black and white line illustrations should be submitted at 600 DPI.
- Halftones and color should be submitted at a minimum of 300 DPI.
- Save art as either TIFF or EPS files. Color art must be saved as CYMK—not RGB.
- Do NOT submit PowerPoint or Excel files. Adobe is the software of choice.

Permissions

The author must obtain permission to reproduce figures, tables, and text from previously published material. Written permission must be obtained from the original copyright holder (generally the publisher, not the author or editor) of the journal or book concerned. An appropriate credit line should be included in the figure legend or table footnote, and full publication information should be included in the reference list. Written permission must be obtained from the author of any unpublished material cited from other institutions. Please include copies of all permission letters

obtained. All permissions' listings must be shown in the manuscript; they cannot be entered on proofs.

Reprints

Reprints may be ordered by using the special reprint form that will accompany the proofs. Once page proofs are received by the corresponding author, they should be read carefully and returned promptly to the publisher with the author's approval indicated by initialing. Reprints ordered after the issue is printed will be charged at a substantially higher rate.

Publisher

AIDS Patient Care and STDs is published by Mary Ann Liebert, Inc., 140 Huguenot Street, 3rd Floor, New Rochelle, NY 10801-5215. Telephone: (914) 740–2100; fax: (914) 740–2108.