

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

PAULA ANTONIA PANSA BRUMATTI

**O PERFIL DOS PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS USUÁRIOS DO
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE CATANDUVA/SP:
RETRATO DE DESIGUALDADE**

FRANCA

2008

PAULA ANTONIA PANSÁ BRUMATTI

**O PERFIL DOS PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS USUÁRIOS DO
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE CATANDUVA/SP:
RETRATO DE DESIGUALDADE**

Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Walter Canôas

FRANCA

2008

Brumatti, Paula Antonia Pansa

O perfil dos portadores do vírus HIV/AIDS usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva/SP: retrato de desigualdade / Paula Antonia Pansa Brumatti. –Franca : UNESP, 2008

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. AIDS – Questão social – Brasil. 2.Preconceito – Trabalho – Portadores do HIV/AIDS. 3. Programa Municipal de DST/AIDS – Catanduva/SP.

CDD – 362.1

PAULA ANTONIA PANSA BRUMATTI

**O PERFIL DOS PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS USUÁRIOS DO
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE CATANDUVA/SP:
RETRATO DE DESIGUALDADE**

Dissertação apresentada para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Dr. José Walter Canôas

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, _____ de _____ de 2008.

Dedico às pessoas com HIV/AIDS de Catanduva e região, sujeitos desta pesquisa, que prontamente atenderam meu chamado na esperança de tornar visíveis suas reais condições de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter permitido que eu vivesse tantas experiências, por ter conhecido tantas pessoas e sem dúvida pela possibilidade de cursar o mestrado na Unesp/Franca;

À minha família, Marcelo e Giulia Brumatti, que várias vezes tiveram de suportar pacientemente o não me ter presente, ou não lhes dar nenhuma atenção, por conta do meu envolvimento com o presente estudo e o trabalho;

Aos meus pais, Lourdes e Nery Pansa, pelo constante incentivo e apoio durante toda a vida, pela compreensão de todas as situações e de todos os sofrimentos;

Aos meus irmãos, em especial minha irmã Sandra Pansa que tanto colaborou para a realização deste trabalho;

À equipe do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva, em especial à Helena Maria Fecchi, Mileide Portapila, Dr. Ricardo Santaella Rosa, Jussara Della Barba e Selma Boragina;

Às assistentes sociais Denise Rack e Adna Urbano, que auxiliaram no apontamento de caminhos para este trabalho;

À minha equipe de trabalho do Centro de Saúde I de Catanduva, e da CASSI, que souberam em momentos diferentes compreender minhas ausências e angústias;

À querida amiga Meire Cristina de Souza Santos, símbolo de apoio e colhida em todas as horas, sempre pronta a compartilhar;

Às amigas Márcia Sueli de Oliveira e Lourdes Passaúra, companheiras desta jornada;

À amiga Flávia Canesqui, que nos acolheu em sua casa;

Ao querido orientador Prof. Dr. José Walter Canôas, que acreditou no meu potencial e colocou a minha disposição seu saber;

Aos Professores Ubaldo Silveira e Íris Fenner Bertani, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação;

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e seus professores;

Aos funcionários da UNESP, em especial, Laura Odette Dorta Jardim e Regina Celi Santos Gomes, meu agradecimento sincero.

A todos os que participam, ou participaram, em todos os momentos de minha vida, acadêmica ou particular.

"[...] Guerreiros são pessoas

São fortes, são frágeis...

Um homem se humilha

Se castram seus sonhos

Seu sonho é sua vida

E a vida é trabalho

E sem o seu trabalho

Um homem não tem honra

E sem a sua honra

Se morre, se mata

Não dá pra ser feliz

Não dá pra ser feliz..."

(Guerreiro Menino)

Raimundo Fagner

RESUMO

O presente estudo trata do perfil sócio-demográfico e do mundo do trabalho de pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, usuárias do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva/SP. Inicialmente discute-se a centralidade do trabalho na vida do homem e a doença como uma das expressões da questão social, foco do trabalho do assistente social. Em seguida problematiza o avanço e o enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil e no mundo, considerando o estigma que a doença carrega. O trabalho de campo foi realizado a partir da definição de critérios para a seleção dos sujeitos: ser portador do vírus HIV, estar em acompanhamento dos profissionais do Programa, e pertencer à faixa etária de 25 a 49 anos de idade. Com o auxílio da assistente social e da psicóloga do referido serviço, foram aplicados questionários a 45 sujeitos: 28 homens e 17 mulheres. As questões abordaram aspectos sócio-demográficos (naturalidade, local de moradia, escolaridade), tempo de diagnóstico e tratamento com medicações ARV, percepção das condições de saúde para o trabalho, tipo de ocupação dos sujeitos, história de contribuição com a Previdência Social, afastamentos do trabalho para tratamento de saúde, renda atual e vivência de situações de preconceito ou discriminação no ambiente de trabalho em decorrência da situação sorológica. Os resultados demonstram que a grande maioria dos sujeitos é natural da micro-região de Catanduva e apresenta baixa escolaridade, sendo que grande parte deles tem conhecimento da sorologia positiva para o vírus HIV há mais de 6 anos e faz uso de medicamentos ARV. Muitos percebem melhoria das condições de saúde após início do tratamento, inclusive para realizar o mesmo trabalho da época do diagnóstico, o que não significa garantia de acesso ao trabalho. Grande parte dos sujeitos, em algum momento contribuiu com a Previdência Social. Entre as ocupações mais afetadas pela epidemia destacam-se os pedreiros/serventes e auxiliares de serviços gerais entre os homens e as donas de casa/do lar e empregadas domésticas entre as mulheres, ambas classificadas como ocupações tipicamente manuais. Os afastamentos do trabalho são freqüentes e de longa duração quando surgem as manifestações da doença, e não raros são os apontamentos de situações de discriminação e preconceito. A pesquisa demonstra a precariedade da renda mensal, sendo de um salário mínimo para a maior parte dos sujeitos. Em aspectos importantes relacionados ao nível sócio-econômico, como escolaridade e renda, as mulheres apresentam nítida desvantagem em relação aos homens. Muitos sujeitos, ainda que aposentados por invalidez ou beneficiados pelo BPC, mantêm o trabalho como garantia de subsistência, o que demonstra a insuficiência de articulação entre as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social: Saúde, Previdência e Assistência Social.

Palavras-chave: trabalho – portadores do HIV/AIDS; Programa Municipal de DST/AIDS – Catanduva/SP; AIDS - Brasil

RESUMEN

El presente estudio trata del perfil socio-demográfico y del mundo del trabajo de las personas portadoras del virus HIV/ SIDA, usuarias del Programa Municipal de DST/ SIDA de Catanduva/ SP. Inicialmente se discute la centralidad de trabajo en la vida del hombre y la enfermedad como una de las expresiones del problema social, foco del trabajo de la asistente social. En seguida problematiza el avance y como se enfrenta la epidemia de SIDA en Brasil y en el mundo, considerando el estigma que la enfermedad acarrea. El trabajo de campo fue realizado a partir de la definición de criterios para la selección de los sujetos: ser portador del virus HIV, estar en control con los profesionales del Programa, y pertenecer al rango de edad entre los 25 a 49 años de edad. Con la ayuda de la asistente social y de la psicóloga del referido servicio, fueron aplicados cuestionarios a 45 sujetos: 28 hombres y 17 mujeres. Las cuestiones abordaron aspectos socio-demográficos (naturalidad, lugar de residencia, escolaridad), tiempo de diagnóstico y tratamiento con medicamentos ARV, percepción de las condiciones de salud para el trabajo, tipo de ocupación de los sujetos, historia de contribución al Seguro Social, licencias de trabajo para tratamiento de salud, renta actual y vivencia de situaciones de prejuicios o discriminación en el ambiente de trabajo debido a la situación sorológica. Los resultados demostraron que la gran mayoría de los sujetos es natural de la micro-región de Catanduva y presenta baja escolaridad, siendo que gran parte de ellos tiene conocimientos de la sorología positiva para el virus HIV hace más de 6 años y usa medicamentos ARV. Muchos perciben una mejoría de las condiciones de salud después de haber iniciado el tratamiento, incluso para poder realizar el mismo trabajo que tenían en la época del diagnóstico, pero esto no garantiza el acceso al trabajo. Gran parte de los sujetos, en algún momento de sus vida contribuyó con el Seguro Social. Entre las ocupaciones más afectadas por la epidemia se destacan los albañiles y auxiliares de servicios generales, entre los hombres y las dueñas de casa o del hogar y empleadas domésticas entre las mujeres, ambas clasificadas como ocupaciones típicamente manuales. La licencias de trabajo son frecuentes y de larga duración cuando surgen las manifestaciones de la enfermedad, y no son raros las confesiones de situaciones de discriminación y prejuicio. La investigación demuestra la precariedad de la renta mensual, siendo de un sueldo mínimo en la mayor parte de los sujetos. En los aspectos importantes relacionados al nivel socio-económico, como escolaridad y renta, las mujeres presentan una nítida desventaja en relación a los hombres. Muchos sujetos, aun estando jubilados por invalidez o beneficiados por el BPC, mantienen el trabajo como garantía de subsistencia, lo que demuestra la insuficiencia de articulación entre las políticas que componen el conjunto del Seguro Social: Salud, Seguro y Asistencia Social.

Palabras-claves: trabajo - portadores del HIV/SIDA; Programa Municipal de DST/ SIDA - Catanduva/ SP; SIDA - Brasil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 – 2006.....	42
Tabela 2 - Incidência de casos de AIDS por 100 mil habitantes, cidades com os maiores coeficientes de incidência, Brasil, 1999	47
Tabela 3 - Casos de aids (nº e razão de sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1986 – 2006.....	49
Tabela 4 - Benefícios concedidos para pessoas com Hiv/Aids	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Municípios da micro-região de Catanduva e população estimada	62
Quadro 2 – Informações a respeito da frequência dos usuários de 25 a 49 anos ao serviço	67
Quadro 3 – Ocupação desenvolvida pelos homens.....	87
Quadro 4 – Ocupação desenvolvida pelas mulheres.....	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ocupações	65
Gráfico 2 – Entrevistados	70
Gráfico 3 – Faixa etária	71
Gráfico 4 – Origem	73
Gráfico 5 – Residência atual.....	73
Gráfico 6 – Escolaridade.....	75
Gráfico 7 – Tempo de diagnóstico de HIV.....	77
Gráfico 8 – Doenças relacionadas à AIDS: percepção dos homens.....	78
Gráfico 9 – Doenças relacionadas à AIDS: percepção das mulheres.....	78
Gráfico 10 – Pacientes usuários de ARV	79
Gráfico 11 – Tempo de uso de ARVs (em anos).....	80
Gráfico 12 – Percepção das condições físicas com tratamento ARV	82
Gráfico 13 – Condições para o trabalho X HIV/AIDS.....	82
Gráfico 14 – Classificação das ocupações masculinas.....	88
Gráfico 15 – Classificação das ocupações femininas	89
Gráfico 16 – Fonte de renda atual.....	90
Gráfico 17 – Contribuição Previdência Social	92
Gráfico 18 – Afastamento do trabalho para tratamentos de saúde após diagnóstico de HIV	93
Gráfico 19 – Causas de demissões/afastamentos	95
Gráfico 20 – Renda em salários mínimos.....	96

LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	Anti-Retrovirais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GASA	Grupo de Apoio ao Paciente com AIDS
GIV	Grupo de Incentivo à Vida
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PEA	População Economicamente Ativa
Pela VIDDA	Grupo Pela Valorização e Integridade do Doente de AIDS
PGA	Programa Global de AIDS
PIS	Programa de Integração Social
PN	Programa Nacional
SEAGNU	Seção Especial da Assembléia-Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento Médico
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Serviço Único de Saúde
TARV	Terapia Anti-Retroviral
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1	
O MUNDO DO TRABALHO E AS CONDIÇÕES DE VIDA	20
1.1 A Centralidade do Trabalho na Vida do Homem.....	20
1.2 As expressões da questão social e os desafios para o assistente social	28
1.3 Serviço Social e Saúde	34
CAPÍTULO 2	
A EPIDEMIA DA AIDS.....	38
2.1 HIV/AIDS: O enfrentamento da epidemia	38
2.1.1 A disseminação da epidemia pelo interior do país.....	46
2.1.2 Heterossexualização: o aumento do número de casos entre as mulheres e os homens heterossexuais	48
2.1.3 As condições sócio-econômicas das pessoas com HIV/AIDS	51
2.1.4 Aumento do tempo de sobrevivência.....	53
2.1.5 Trabalho e HIV/AIDS	55
CAPÍTULO 3	
OS PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS USUÁRIOS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE CATANDUVA/SP	59
3.1 O cenário temático da pesquisa	59
3.2 A pesquisa proposta	63
3.3 A amostragem	64
3.4 A escolha do instrumental.....	68
3.5 Aspectos éticos: Recrutamento dos Participantes	69
3.6 A coleta de dados: tabulação e análise dos Resultados	69
3.7 Os portadores do vírus HIV/AIDS usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva	70
3.7.1 O perfil sócio-demográfico.....	71
3.7.1.1 Faixa Etária	71

3.7.1.2 <i>Naturalidade e local de moradia atual</i>	72
3.7.1.3 <i>Escolaridade</i>	74
3.7.2 <i>Diagnóstico e tratamento: as condições de saúde na visão do sujeito</i>	75
3.7.2.1 <i>Tempo de Diagnóstico do vírus HIV/AIDS</i>	76
3.7.2.2 <i>Percepção do desenvolvimento da doença</i>	77
3.7.2.3 <i>A utilização da terapia Anti-retroviral</i>	79
3.7.2.4 <i>Tempo de utilização dos ARVs</i>	79
3.7.2.5 <i>Percepção do estado de saúde após uso dos ARVs</i>	80
3.7.3 <i>Mundo do Trabalho</i>	83
3.7.3.1 <i>Ocupações dos sujeitos</i>	84
3.7.3.2 <i>Forma de inserção no mercado de trabalho</i>	91
3.7.3.3 <i>Afastamentos do trabalho para tratamentos de saúde</i>	92
3.7.3.4 <i>Vivência de situações de preconceito ou discriminação</i>	93
3.7.3.5 <i>Renda Mensal – Valores</i>	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE B - Aids e Trabalho: suas relações	114
ANEXO	
ANEXO A – Aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de História, Direito e Serviço Social/UNESP	117

INTRODUÇÃO

O presente estudo, intitulado **Retrato de desigualdade: o perfil dos usuários de 25 a 49 anos do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva/SP**, é fruto de reflexões sobre o perfil das pessoas adoecidas em decorrência da contaminação pelo vírus HIV¹, particularmente com relação à esfera do trabalho.

Pretende-se que os dados apresentados possam oferecer subsídios para aprofundar as discussões relacionadas ao trabalho e aos determinantes do processo saúde/doença dos trabalhadores, especificamente daqueles que são vítimas do vírus HIV, causador da AIDS², doença que surge em 1980 nos Estados Unidos e hoje se espalha por todos os países configurando-se como um problema de saúde pública.

Cabe pontuar que a escolha do tema se deu por dois motivos centrais, um deles pelo desafio de, enquanto assistente social que atuou por cerca de 4 anos no serviço, conhecer as dificuldades vivenciadas pelos usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva – pólo de referência para diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS da região. Dificuldades estas, de várias ordens como a financeira, de condições de saúde e as relacionadas ao preconceito e discriminação vinculadas à doença.

O outro motivo, e não de menor importância, foi a experiência pessoal de conviver com um ente querido vítima da síndrome, o que nos fez perceber que o que acontece do outro lado do mundo, pode acontecer a qualquer um de nós. E que sempre é possível aprender e recomeçar.

Durante o exercício profissional, inquietações surgiram a partir da percepção de que das várias questões relacionadas à saúde apresentadas pelos usuários do serviço (Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva) se imbricavam com a situação sócio-econômica, grande parte determinada pela inserção ou não no mundo do trabalho. Por muitas vezes, o tratamento de saúde indicava cuidados mínimos de higiene ou saneamento básico, ou ainda determinado tipo de alimentação, que não estavam ao alcance da pessoa atendida.

¹ *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH)

² *Acquired Immunodeficiency Syndrome* ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

Era também expressivo o número de usuários que procuravam o serviço em busca de orientações sobre os direitos do portador do vírus HIV/AIDS, particularmente os que envolviam alguma forma de recebimento de rendimentos como: Benefício de Prestação Continuada (BPC), aposentadoria, saques de valores do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Integração Social (PIS), auxílio-doença e outros. Chamava à atenção a quantidade de usuários que relatava não ter rendimentos suficientes para a própria manutenção e de sua família.

Também era inquietante saber que Catanduva era uma das cidades que se destacava no país devido ao grande número de casos da doença em relação ao total de habitantes do município.

Embora não seja nosso objetivo aprofundar as investigações sobre o preconceito e a discriminação, muitas pessoas atendidas apresentavam relatos sobre situações de discriminação ou preconceito na própria família e também no ambiente de trabalho, devido à situação sorológica.

Ressalta-se que o Serviço Social, profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, tem como objeto de intervenção a questão social e esta, como expressão das desigualdades da sociedade capitalista madura (IAMAMOTO, 2006, p. 28), se configura de diversas formas, entre elas a doença, a mortalidade e o desemprego.

A relevância que a questão social possui na configuração dos agravos à saúde é um dos pressupostos para a construção deste trabalho, aliada à inegável importância da inserção no mundo do trabalho enquanto determinante dos acessos à saúde, educação, alimentação e moradia.

O processo saúde/doença certamente influenciado pelo amplo contexto sócio-econômico, que interfere também no tratamento e na prevenção dos agravos à saúde, requer que o profissional conheça e reconheça os determinantes de sua demanda.

Nesse sentido, questionamentos quanto às condições de vida e de trabalho dos portadores de HIV/AIDS e suas famílias se fizeram presentes: Quais são as fontes de renda? Eles têm condições para o trabalho? Eles estão impedidos de trabalhar em razão do desenvolvimento da doença? O trabalho pode contribuir para a melhoria da saúde? Ocorreu a demissão após o diagnóstico de HIV/AIDS? Qual o nível de escolaridade e a ocupação mais freqüente entre os usuários? Qual o

impacto da Aids no acesso do portador ao mundo do trabalho? Qual o significado do trabalho para essas pessoas?

Para o mestrado, avaliamos que diante de uma epidemia permeada pela complexidade dos aspectos que a envolvem, a pesquisa quantitativa seria a mais adequada devido à sua objetividade, que inicialmente favorece o conhecimento da realidade concreta dos portadores do vírus HIV/AIDS da região de Catanduva.

A partir da opção metodológica, definimos critérios para estabelecer a amostra da pesquisa, sendo um deles que o portador do vírus HIV pertencesse à faixa etária de 25 a 49 anos por estar relacionada a um segmento de grande potencial produtivo, e também de maior índice de casos em nível nacional e da região (76,82%), o que possibilita visualizar um retrato mais fiel da população atendida.

É salutar pontuar que desconhecemos qualquer estudo realizado a respeito das pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS da região de Catanduva, além dos consolidados de dados do programa, que tratam do perfil epidemiológico e limitam-se às informações constantes nas fichas de notificação/investigação de AIDS, conforme encaminhadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A epidemia do HIV/AIDS diferencia-se das demais epidemias que já se instalaram no mundo pelas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Os números vinculados à AIDS chamam a atenção pela sua relevância: número de casos, óbitos, custos com tratamentos específicos e internações, benefícios e outros, no entanto, cabe ainda investigar e refletir sobre outros fatores como a escolaridade, a ocupação, a fonte e o valor da renda mensal das pessoas, a forma de inserção ou não no mundo do trabalho e a fragilidade da Seguridade Social brasileira, como contribuições para o entendimento dos determinantes da vulnerabilidade à doença.

Mediante o exposto, no primeiro capítulo deste estudo abordamos a centralidade do trabalho na vida do homem e sua importância na sociedade capitalista de produção. Discutimos ainda as mudanças ocorridas no mundo do trabalho que favorecem o aumento do desemprego, da exigência de qualificação dos trabalhadores e da desigualdade social – configurações da questão social.

Partindo, então, de algumas considerações acerca da questão social, este capítulo ainda traz elementos do histórico sobre os primeiros casos da AIDS no

Brasil e no mundo abordando a conexão entre fatores econômicos e sociais e a vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV/AIDS.

Em seguida, situamos o Serviço Social na área da saúde e tratamos brevemente do desafio enfrentado pelo profissional em articular sua ação em meio às contradições do contexto em que está inserido.

No segundo capítulo, são apresentadas algumas especificidades da doença e como o Estado e a sociedade civil brasileira se organizaram para enfrentar a epidemia de AIDS.

Discutimos ainda a disseminação da epidemia pelo interior do país – particularmente nas cidades do interior do estado de São Paulo, inclusive em Catanduva, o aumento do número de casos entre as mulheres, as condições sócio-econômicas das pessoas atingidas e o aumento do tempo de sobrevivência aliado ao tratamento com as medicações anti-retrovirais (ARV) a partir de 1996, o que possibilita a continuidade da realização do trabalho, conforme é protegido pelo ordenamento jurídico brasileiro.

No terceiro e último capítulo, apresentamos o cenário da pesquisa esclarecendo a localização, características da economia e dos recursos de saúde do município, o que determina que Catanduva seja pólo de referência em várias especialidades médicas para as cidades da região.

Em seguida é apresentado todo o processo metodológico. Inicialmente estabelecemos a amostragem da pesquisa a partir da verificação do número de usuários em acompanhamento pelos profissionais do serviço e que tivessem condições de serem abordados.

A escolha do questionário como instrumental para a coleta de dados, facilitou o processamento das informações. Outro facilitador para a aplicação do questionário foi o apoio dos profissionais do Programa, especialmente a psicóloga e a assistente social.

A seguir, são apresentados os dados coletados, organizados de forma a contemplar o perfil sócio-demográfico, o tempo de diagnóstico e tratamento voltados às condições de saúde na visão do sujeito e fatores relacionados ao mundo do trabalho como ocupação, renda, condição de segurado pela Previdência Social e condições de trabalho após o diagnóstico do vírus HIV.

Finalmente, são tecidas as considerações finais, marcadas pela importância da desigualdade social na configuração da epidemia de HIV/AIDS. Desigualdade esta,

em grande parte provocada pelas mudanças no mundo do trabalho, em decorrência do sistema de produção capitalista, fato este pouco perceptível na imediatividade do cotidiano.

Tem-se claro que vários são os limites deste trabalho, entretanto esperamos que as reflexões nele contidas possam contribuir, em algum nível, para o debate sobre as relações entre o processo saúde/doença e as mudanças econômicas e sociais derivadas do sistema capitalista de produção.

CAPÍTULO 1

O MUNDO DO TRABALHO E AS CONDIÇÕES DE VIDA

1.1 A Centralidade do Trabalho na Vida do Homem

O trabalho e sua centralidade na vida do homem são objetos de estudo de muitos pesquisadores que reconhecem sua importância como eixo estruturante da vida humana. Para iniciar reflexões a respeito do trabalho, é necessário conhecer os significados que ele assume em nossa sociedade.

Para Marx (2004, p. 211), é pelo trabalho que o homem se diferencia e se distancia da natureza, transformando-a através de ações conscientes e objetivas em produtos que possam satisfazer suas necessidades.

A partir desta visão, o trabalho constitui-se como a base da sobrevivência do homem e concretiza-se através de toda ação consciente e objetiva sobre a natureza de modo a transformá-la e, conseqüentemente, produzir uma nova realidade. Ao entrar em contato com a nova realidade, o homem passa a ter outras necessidades e busca meios para satisfazê-las utilizando os conhecimentos já adquiridos, e assim sucessivamente.

Sob essa ótica, os homens relacionam-se com a natureza por intermédio do trabalho.

De acordo com Iamamoto (2001, p. 26) e Antunes (1999a, p. 121), ao desenvolver o trabalho, além de produzir mercadorias, os homens estabelecem relações entre si tornando-se indivíduos sociais e distinguindo-se de todas as formas não humanas.

Iamamoto (2001, p. 30) chama de produção social as relações entre os homens para a produção. Ela destaca que tais relações se estabelecem em condições históricas determinadas, nas quais os elementos da produção articulam-se de forma específica. A partir desta articulação, ocorre a produção e reprodução das condições materiais e das relações sociais.

Para a autora, a produção social não trata apenas de produção de objetos materiais, mas de relação social entre pessoas e classes sociais que personificam determinadas categorias econômicas. Para ela, o capital também é uma relação social, mas que supõe o trabalho assalariado, ou seja, “capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos”. (IAMAMOTO, 2001, p. 31).

Segundo Marx (1975, p. 754):

Capital não é uma coisa material, mas uma determinada relação social de produção, correspondente a uma determinada formação histórica da sociedade, que toma corpo em uma coisa material e lhe infunde um caráter social específico. O capital é a soma dos meios materiais de produção produzidos. É o conjunto dos meios de produção convertidos em capital, que, em si, têm tão pouco de capital como o ouro e a prata, como tais, de dinheiro. É o conjunto dos meios de produção monopolizados por uma determinada parte da sociedade, os produtos e as condições de exercício da força de trabalho substantivados frente à força de trabalho viva e a que este antagonismo personifica como capital.

Desta forma, no modo de produção capitalista, permeado pelas relações sociais de poder e subordinação entre os indivíduos, “o capital se *expressa sob a forma de mercadorias: meios de produção* (matérias-primas e auxiliares e instrumentos de trabalho) *e meios de vida* necessários à reprodução da Força de Trabalho”. (IAMAMOTO, 2005 p. 32, grifo do autor)

Considerando que as mercadorias não são apenas valores de uso por serem produto do trabalho humano, a economia política burguesa encontra no trabalho uma mercadoria especial, a qual é geradora de valor.

Iamamoto (2005, p. 33), baseada em Marx, traz uma importante contribuição para a discussão sobre o valor das mercadorias, frutos do trabalho humano. Na sua concepção, os produtos assumem a forma de mercadoria porque são produtos de trabalhos realizados pelo homem, que necessitam ser trocados, entretanto, ela considera que as mercadorias não são apenas valores de uso, mas “grandezas ou magnitudes sociais que têm em comum o fato de serem produto do trabalho humano geral e indiferenciado (trabalho abstrato); são valores enquanto materialização de força humana de trabalho”, que se expressam na relação de troca.

A autora atribui um “caráter social” às mercadorias por serem produtos de um trabalho útil com o objetivo de satisfazer uma determinada necessidade social e também porque a mercadoria só pode satisfazer a necessidade de seu produtor à medida que possa ser trocada por outra mercadoria, também resultado do trabalho útil.

Segundo Iamamoto (2005), quando ocorrem as trocas de mercadorias, apenas os objetos se revelam, permanecendo ocultas as relações sociais necessárias à materialização de tais objetos.

Nas relações que os homens estabelecem através da troca de seus trabalhos equivalentes, materializados em objetos, o caráter social de seus trabalhos aparece como sendo relação entre produtos de seus trabalhos entre coisas, independentes de seus produtores.

O que aparece como relação entre objetos materiais é uma relação social concreta entre homens, oculta por trás das coisas. (IAMAMOTO, 2005, p. 34-35).

A partir do entendimento da produção enquanto atividade social, conclui-se que o processo capitalista de produção permite ao homem produzir e reproduzir tanto as condições materiais para sua subsistência como as relações sociais de poder para efetivar a produção.

No contexto da produção capitalista, a capacidade de trabalho é paga em forma de salário, o que contribui para incrementar a circulação e o consumo de mercadorias, entretanto os trabalhadores terminam o processo de produção como ingressaram, ou seja, apenas como força de trabalho, perpetuando-se a condição para sua dominação.

Conforme Iamamoto (2005, p. 55), “[...] o trabalhador produz e reproduz o capital; produz e reproduz a classe capitalista que o personifica, enfim, cria e recria as condições de sua própria dominação”.

Neste sentido, nessa sociedade, o trabalho é reificado, ou seja, deixa de ter o sentido de desenvolvimento das potencialidades humanas, para produzir a degradação do homem, que não se reconhece no que produz. Sua produção é voltada para a criação de mais-valia e não para a realização da sua emancipação.

Se o trabalhador estiver impossibilitado por algum motivo, de vender a única mercadoria que possui, sua força de trabalho, ele terá sua condição de vida comprometida no sentido da manutenção de sua própria subsistência. “O que os indivíduos são, depende portanto, das condições materiais da sua produção”. (MARX; ENGELS, 1989, p. 11).

Quando o trabalhador adoecer e não consegue trabalhar, ele não dispõe da sua força de trabalho para vender; então, o dono dos meios de produção muda de fornecedor, ou seja, contrata outro trabalhador que possa oferecer o que ele necessita.

O trabalho torna-se duas vezes necessidade na vida do homem. Necessidade objetiva à medida que garante as bases materiais de sua sobrevivência, e necessidade subjetiva, à medida do impacto que a sua falta causa na subjetividade do homem.

A preocupação central no mundo capitalista é manter a produção, o consumo de mercadorias e o acúmulo de capital.

As regras são estabelecidas de modo a se manter esse processo. As relações interpessoais, as necessidades psicológicas, sociais ou de sobrevivência dos trabalhadores não são consideradas. Apenas a busca pelo aumento da produção é incessante.

Com o aumento da produção, aumenta-se também a acumulação de capital e a lógica do sistema capitalista torna-se cada vez mais destrutiva. Os novos métodos de trabalho permitem manter os níveis de produção utilizando-se um número reduzido de trabalhadores. Surgem então grandes massas de trabalhadores disponíveis chamados por Marx (2004), de exército industrial de reserva.

A existência desse exército de reserva pressupõe uma pressão sobre os trabalhadores ativos obrigando-os a trabalharem mais e a cederem às pressões do capital: “O capitalista pode viver mais tempo sem o trabalhador do que este sem aquele”. (MARX, 2004, p.23).

Conforme pontua Marx (2004, p. 25), a luta do trabalhador é incessante, pois: “O trabalhador não tem apenas de lutar pelos seus meios de vida físicos, ele tem de lutar pela aquisição do trabalho, isto é, pela possibilidade, pelos meios de poder efetivar sua atividade.”

Verifica-se que ao longo do tempo a sociedade vai se transformando e adquirindo formas cada vez mais complexas e contraditórias, onde a vida social é cada vez mais baseada na violência que possibilita que uma classe viva do trabalho da outra.

Após o final da Segunda Guerra Mundial em 1945, até meados de 1970, ocorreu uma expansão da economia capitalista, sob a liderança do capital industrial, que foi marcada pelo desenvolvimento das grandes indústrias, em que, segundo Antunes (1999b, p. 19), predominou a organização de produção de bases fordistas e tayloristas³.

³ Para Antunes (1999a, p. 17) os elementos constitutivos básicos do fordismo eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro fordista e a produção em série taylorista, constitui-se pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões.

A tecnologia faz-se cada vez mais presente no mundo do trabalho onde se assiste à substituição do homem pelas máquinas em decorrência das transformações no processo produtivo.

Tais transformações em maior ou menor escala, de acordo com as condições específicas de cada país onde são vivenciadas, trazem significativas mudanças ao operariado industrial tradicional acarretando o que Antunes (1999a, p. 34) chama de “metamorfoses no *ser* do trabalho”.

O autor refere-se aqui, como citado anteriormente, a repercussões não só na *materialidade*, mas na *subjetividade* e, no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetando a *forma de ser* da “classe-que-vive-do-trabalho”. (ANTUNES, 1999a, p. 35).

Ao mesmo tempo em que os indivíduos são coagidos a integrar o mundo da produção, a fim de garantir um padrão de consumo, o trabalho atua como um fator de equilíbrio, que assegura a inserção e pertencimento à sociedade. Dessa forma, o trabalho apresenta uma grande contradição entre coação e liberdade.

É importante destacar que o padrão de produção, conforme citado por Antunes (1999a) esteve alinhado com um Estado que investiu em políticas sociais como forma de salários indiretos para assim garantir a manutenção de um mercado consumidor para sua produção.

Para que o consumo dos produtos fosse garantido, era prerrogativa do Estado impulsionar a expansão do emprego, o que Pereira (2006, p. 112) chama de “doutrina keynesiana⁴ do pleno emprego”.

Em países capitalistas do Primeiro Mundo, esse padrão de desenvolvimento possibilitou certas conquistas no campo do bem-estar social com o alargamento das políticas sociais, o que ficou conhecido como Welfare State⁵ (Estado de Bem-Estar Social).

⁴ Conforme Pereira (2006 p. 112), Keynes argumentava que o equilíbrio entre oferta e demanda somente seria assegurado se o Estado regulasse variáveis-chaves do processo econômico, como a propensão ao consumo e o incentivo ao investimento, em consonância com a seguinte lógica: o Estado deveria intervir na economia para garantir um alto nível de demanda agregada (conjunto de gastos dos consumidores, dos investidores e do poder público) por meio de medidas macroeconômicas, que incluíam o aumento da quantidade de moedas, a repartição de rendas e o investimento público suplementar.

⁵ Segundo Draibe (1988, p. 21, destaque do autor), o Welfare State, tem seu início efetivo exatamente com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa para compensar, por intermédio de políticas, a insuficiência do mercado em adequar os níveis de oferta e demanda agregada, controlar politicamente as organizações de trabalhadores e capitalistas e estimular a mercantilização da força de trabalho segundo padrões industriais (fordistas), ao administrar alguns dos riscos inerentes a esse tipo de relação de trabalho e ao transferir ao Estado parte das responsabilidades pelos custos de reprodução da força de trabalho.

Ao analisar diversas teorias que buscam explicar o papel do Welfare State nos países industrializados da América do Norte e da América Ocidental, Medeiros (2001) aponta que a maior parte delas o vê, ao menos em suas fases de surgimento e desenvolvimento, como um meio de compensar, por intermédio de políticas de cunho keynesiano, a insuficiência do mercado em adequar os níveis de oferta e demanda agregada, controlar politicamente as organizações de trabalhadores e capitalistas e estimular a mercantilização da força de trabalho segundo padrões industriais (fordistas).

Segundo o autor:

Determinam a configuração do Welfare State, nesses casos, o padrão e o nível de industrialização (ou modernização), a capacidade de mobilização dos trabalhadores, a cultura política de uma nação, a estrutura de coalizões políticas e a autonomia da máquina burocrática em relação ao governo. (MEDEIROS, 2001, p. 5, destaque do autor).

Com relação ao Brasil, que não chegou a concretizar o Estado de Bem-Estar Social, o autor enfatiza que, na fase inicial da industrialização a possibilidade de utilização do Welfare State como instrumento de controle da demanda agregada era reduzida, devido a pelo menos dois motivos. Primeiro, porque problemas de superprodução estavam muito mais relacionados ao comportamento do setor externo do que a flutuações na demanda nacional, e, segundo, porque o número restrito de beneficiários do sistema brasileiro limitava a efetividade das políticas como mecanismo de expansão do consumo.

Draibe (1989, p. 10) classifica o Welfare State brasileiro como “meritocrático, particularista-clientelista”, concordando com Sposati (1997, p. 11).

Em meados da década de 1970, a economia mundial apresentava sinais de estagnação, configurando-se uma crise do capital que se estendeu ao Estado de Bem-Estar Social.

A consolidação da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), entre 1945 a 1964, uma das primeiras instituições responsáveis pela Assistência Social no Brasil, contribuiu para tal classificação devido a suas formas de financiamento e funcionamento⁶.

⁶ Inicialmente as ações da LBA eram financiadas através de contribuições previdenciárias de empregados e empregadores, e depois passa a ser apenas dos empregadores, passando a receber ainda, doações de particulares. Quanto às intervenções, sustentavam-se, fundamentalmente, “[...] em princípios da beneficência e benevolência privadas.” (BOSCHETTI, 2006, p. 52).

A Assistência Social entendida como ação voltada aos segmentos pauperizados da população no Brasil existe há muito tempo, mas como política pública sua história é recente.

É importante destacar que embora as políticas sociais sejam provenientes de uma necessidade do sistema capitalista, contraditoriamente elas podem também representar o reconhecimento de direitos sociais da população excluída e a possibilidade de melhoria das condições de vida dos trabalhadores historicamente explorados.

A partir de uma visão mundial, em meados da década de 1970, a economia apresentava sinais de estagnação, configurando-se uma crise do capital que se estendeu ao Estado de Bem-Estar Social.

Conforme pontua Canôas (2003, p. 119), a recessão da economia dos anos 70, ficou conhecida como o “monumental processo de reestruturação produtiva”, que trouxe consigo um grande desenvolvimento tecnológico e por outro lado, diversas desregulações das relações de trabalho.

Ocorre então uma reorganização do capitalismo e a substituição do padrão fordista e taylorista pelo toyotista ou de acumulação flexível, que impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica destaca-se pelo trabalho em equipe com multivariabilidade de funções, estruturando-se com um número mínimo de trabalhadores e a realização de horas extras.

As empresas passam a produzir conforme a demanda do mercado e a manter um estoque mínimo com um contingente significativamente menor de trabalhadores contratados diretamente e reunindo em torno de si outras empresas menores que lhes fornecem produtos e serviços – terceirização.

A terceirização vem acompanhada da desregulamentação dos direitos do trabalho e de estratégias de informalização da contratação de trabalhadores.

Evidenciam-se a polarização e a fragmentação da classe trabalhadora em parcelas: uma dotada de força de trabalho qualificada com acesso a direitos trabalhistas e sociais e outra maior que a primeira, com trabalho precário, temporário, subcontratado, sem os direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora.

É cada vez mais freqüente a substituição dos homens pelas máquinas, o que aumenta o exército de reserva da força de trabalho. Esse aumento acelerado do

exército de reserva tem impacto significativo causando o agravamento da questão social e a desarticulação dos trabalhadores.

Arcoverde (1999, p. 81) pontua que já se fala em sobrantes, “nova categoria social constituída pelos que não tem vez, nem lugar na sociedade”.

Segundo Antunes, (1999a, p. 35), os sindicatos ficaram enfraquecidos com o crescimento das taxas de desemprego, a desregulamentação, a flexibilização e as tendências de individualização das relações de trabalho. Tal situação provocou um distanciamento entre os sindicatos e as ações classistas e os movimentos sociais.

Nesse contexto, Antunes (1999a, p. 35) cita a existência do “desemprego estrutural”. A esse respeito, (IAMAMOTO, 1999, p. 117) coloca:

Na sociedade brasileira, ao desemprego resultante das novas tecnologias soma-se o persistente desemprego estrutural, as relações de trabalho presididas pela violência, a luta pela terra, as relações de trabalho clandestinas, o trabalho escravo, que adquirem uma máscara de modernidade nesse país.

É salutar pontuar que ocorrem nesse período duas substituições simultâneas: o modelo fordista e taylorista pelo toyotista ou de acumulação flexível e o Estado de Bem-Estar Social pelo Estado Mínimo conforme as prerrogativas neoliberais.

Segundo Netto (1995, p. 77) o Estado Mínimo vem aos poucos substituindo o Estado de Bem-Estar Social, associado ao ideário neoliberal que contempla a “reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional”. Efetiva-se o “Estado Mínimo para o social e Máximo para o capital”. (NETTO, 1995, p. 56).

Ainda que a luta e a reivindicação dos trabalhadores e dos movimentos sociais tenha possibilitado algumas conquistas no campo das políticas sociais, no Brasil, o Estado as coloca como favores ou concessões e não como direitos. Ainda há uma distância entre o previsto nas legislações e a devida efetivação dos direitos.

Ao mesmo tempo em que as oportunidades de trabalho se tornam cada vez mais restritas, o acesso ao trabalho “continua sendo uma condição preliminar de sobrevivência da maioria da população, alijada de outras formas de propriedade que não seja a capacidade de trabalho”. (IAMAMOTO, 2001, p. 87).

Canôas (2003, p. 122), aponta um fenômeno importante que emerge junto ao grande número de desempregados, que é o longo tempo de duração da situação de

desempregado, o que dificulta o retorno ao mercado de trabalho. O autor relaciona ainda as mudanças no mundo do trabalho ao crescimento da pobreza:

A fragmentação do trabalho, a contratação em condições de eventualidade e a deterioração do mercado de trabalho geraram uma maior insegurança na renda e, as desigualdades sociais dão um salto na virada do século acarretando em milhões de desempregados, e conseqüentemente o crescimento da pobreza. (CANÔAS, 2003, p. 122).

Percebe-se pela análise, que a inserção no mundo do trabalho é determinante das condições de vida da população. As pessoas definem a si próprias e, conseqüentemente, são socialmente definidas pelo tipo de trabalho que exercem na esfera pública.

Tendo o trabalho um significado tão amplo e estruturante, a ausência deste na vida das pessoas acarreta conseqüências, principalmente quando uma limitação é imposta ao corpo do indivíduo e o impede de exercer uma atividade produtiva. Tais dificuldades ultrapassam a questão individual e se estendem à família e à sociedade.

1.2 As expressões da questão social e os desafios para o assistente social

Entendemos que a questão social não se constitui em um problema isolado do indivíduo, mas estende-se sobre toda a sociedade e configura-se através do desemprego, da fome, da miséria, da violência e da doença.

Para melhor compreendermos a relação entre as manifestações da questão social e de saúde, faz-se necessário primeiramente, entendermos o termo “questão social”. Utilizaremos então, a definição de lamamoto (2000, p. 27):

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Entendemos que as questões sociais, estão estreitamente relacionadas ao processo de produção capitalista conforme salienta Netto (2001, p. 45), ao afirmar:

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social e esta apresenta diferentes estágios e manifestações. Sua existência e manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante.

Referindo-se ao tema, Barroco (2005, p. 83) salienta que a questão social não se refere apenas à existência de desigualdades, mas às formas históricas de seu equacionamento, em face do significado político das lutas proletárias.

A autora entende que as formas de equacionamento das manifestações da questão social são as políticas públicas enquanto respostas do Estado e das classes dominantes para evitar manifestações que possam pôr em questão a ordem vigente.

Devido às várias mudanças históricas no campo político, econômico e social, alguns autores defendem o surgimento de uma “nova questão social” a partir da ruptura do período capitalista contemporâneo com o período capitalista industrial na primeira metade do século XIX, e o surgimento do pauperismo na Europa Ocidental.

Concordamos com Pastorini (2004, p. 14), que é contrária a essa idéia. A crítica da autora parte do pressuposto de que a idéia de “nova questão social” pode dar a entender que a “antiga” questão social foi superada, o que de fato não ocorreu.

A extrema desigualdade que deflagra a questão social permanece e acentua-se historicamente, alterando-se apenas as expressões da questão social que apresentando-se fragmentada, esconde suas verdadeiras raízes.

Para a autora, a “questão social” contemporânea nas sociedades capitalistas mantém a característica do século XIX, ou seja, “de ser uma expressão concreta das contradições e antagonismos presentes nas relações entre classes, e entre estas e o Estado”.

[...] essa exaltação do “novo” em oposição ao “antigo”, faz perder de vista a processualidade dos fatos, ou seja, essa ênfase colocada na “novidade”, não permite compreender as continuidades e as rupturas, assim como tampouco possibilita capturar aqueles elementos que se repetem e que permanecem ao longo da história e aqueles outros que mudam acompanhando o ritmo das transformações societárias. (PASTORINI, 2004, p. 11-12, destaques do autor).

Com relação à questão social no Brasil, Iamamoto (2006, p.37), afirma que a desigualdade é uma particularidade histórica que preside o processo de desenvolvimento do nosso país onde “o moderno se constrói por meio do arcaico, recriando nossa herança histórica brasileira ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformando-as no contexto da globalização”.

Para a autora, esse processo de mudança tem um ritmo histórico particular em que tanto o novo quanto o velho se alteram e fazem com que a questão social

apresente, hoje, “tanto marcas do passado quanto do presente, radicalizando-a”. (IAMAMOTO, 2006, p. 37).

Vários autores constatarem que as alternativas às expressões da questão social têm sido as conhecidas políticas compensatórias por meio das quais se procura atenuar os efeitos danosos do modelo econômico.

O clientelismo consolidara uma cultura política tuteladora que não favorece a emancipação de classes em nossa sociedade. O modelo atual reforça as abordagens despolitizadas da questão social, colocando-a fora da esfera pública e de direitos, portanto distante da efetivação da cidadania.

No Brasil, até 1988 o acesso a direitos sempre esteve atrelado à inserção no mundo do trabalho (cidadania regulada), a exemplo do acesso à saúde e à previdência.

Cohn (2005) aborda essa questão ao examinar a trajetória do sistema previdenciário brasileiro e a lógica que o regeu desde 1923 com a instituição no Brasil das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁷.

A Carta Constitucional Brasileira de 1988 preserva e amplia conquistas no campo dos direitos sociais, com o capítulo sobre a Seguridade Social: Saúde, Assistência e Previdência Social.

A assistência social passa ao campo dos direitos sociais, com o status de política pública de responsabilidade do Estado, configurando-se pela primeira vez como direito dos que dela necessitam, embora, como pontua Yazbek (2006, p.55) [...] “dentro de uma concepção restritiva (apesar de prioritária) de seu destinatário. Seu alvo é a carência, que perpassa também as outras políticas, mas aqui se trata da carência dos absolutamente excluídos”.

Na área específica da saúde, passa-se de um sistema baseado na contribuição, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – em que o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica, dependiam da condição de filiado ao seguro social - para um Serviço Único de Saúde (SUS), onde seu acesso independe de contribuição, com a garantia da participação comunitária através de entidades representativas, administração descentralizada e saúde enquanto direito universal.

⁷ Desde 1923 com a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado em que, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes. (COHN, 2005, p. 14).

A nova Carta Constitucional, de 1988, apresenta significativos avanços no tocante ao sistema de proteção social: nela estão presentes a *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a *equidade* ao acesso e na forma de participação no custeio, a *uniformidade* e *equivalência* dos benefícios e serviços, a *irredutibilidade* do valor dos benefícios, a *diversidade* da sua base de financiamento, e a gestão administrativa *descentralizada*, com participação da comunidade. (COHN, 2005, p. 30-31, grifos do autor).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece:

Art. 196. [...] a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação. (BRASIL, 2000, p. 132).

A saúde no Brasil, enquanto sistema único foi regulamentado através da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, deixando para trás um passado histórico em que a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê de grandes epidemias.

Somente a partir do século XX, especialmente de 1948, com a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde adquiriu novos significados e passou a abranger um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

O novo sistema de saúde – SUS, prevê o acesso e o atendimento integral a todos os cidadãos com equidade, entretanto isso nem sempre ocorre na prática, visto que os serviços são precários e a qualidade e a quantidade dos mesmos são insuficientes face à demanda. Grandes dificuldades na operacionalização do SUS, foram foco de atenção do Ministério da Saúde.⁸

Segundo Cohn (2005, p.34), os indicadores de saúde do país continuam a demonstrar uma realidade alarmante, produto do modelo de desenvolvimento excludente que prevalece no Brasil e tradução da ineficiência das políticas públicas no setor, que vêm acompanhando o padrão das demais.

⁸ O lançamento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001 pelo Ministério da Saúde teve como um de seus objetivos auxiliar no processo de operacionalização do SUS, especialmente no que se refere à descentralização e regionalização da organização dos serviços de saúde, ampliando as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica à saúde.

Com relação aos casos de HIV/AIDS⁹ no Brasil, foco desse estudo, a constatação dos primeiros casos da doença se deu entre 1982 e 1984, momento em que se acentuava o desenvolvimento tecnológico e instaurava-se um novo padrão produtivo e organizacional em nível mundial, denominado por Mattoso (1995) de Terceira Revolução Industrial.

A epidemia de HIV/AIDS emergiu durante o mesmo período histórico em que tais mudanças econômicas e sociais maciças se destacaram. Para Parker e Camargo Junior (2000, p. 92), “pode ter sido originalmente um acidente histórico”, entretanto concordamos que existem relações entre a evolução da epidemia e as mudanças históricas.

O HIV ultrapassa fronteiras, sejam elas geográficas, econômicas, sociais ou culturais. É uma epidemia que afeta a todos os continentes.

A caracterização inicial da AIDS como doença contagiosa, incurável, mortal e ligada principalmente à homossexualidade, fez associar à doença vários estigmas e preconceitos socialmente vividos no passado em face de outras enfermidades como a hanseníase, a tuberculose e a sífilis. Nesse contexto, as pessoas vivendo com HIV/AIDS foram atingidas pela doença e também pela discriminação.

Estudos epidemiológicos focalizados para a perspectiva de risco de contaminação pelo vírus HIV, analisam a “vulnerabilidade” das populações com o objetivo de compreender e controlar a cadeia de transmissão da doença.

Sánchez e Bertolozzi (2007, p. 323, destaque do autor) concluíram que o termo “vulnerabilidade” supera o conceito de risco, tradicionalmente empregado no âmbito da Epidemiologia Clássica:

[...] supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas.

⁹ É importante entendermos que existe diferença entre ter HIV e ter AIDS: HIV- “O Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (sigla originada do inglês: *Human Immunodeficiency Virus*), é um vírus pertencente à classe dos retrovírus e causador da aids. Ao entrar no organismo humano, esse vírus pode ficar silencioso e incubado por muitos anos. Esta fase denomina-se assintomática e relaciona-se ao quadro em que uma pessoa infectada não apresenta nenhum sintoma ou sinal da doença. O período entre a infecção pelo HIV e a manifestação dos primeiros sintomas da aids irá depender, principalmente, do estado de saúde da pessoa”. AIDS – “A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é a manifestação clínica (manifestação de sinais, sintomas e/ou resultados laboratoriais que indiquem deficiência imunológica) da infecção pelo vírus HIV que leva, em média, oito anos para se manifestar.” (BRASIL, 2004b, on-line, destaques do autor).

Destacamos o significado do termo vulnerabilidade como abordado por Ayres et al (1999), em que os autores não enfatizam excessivamente a determinação individual, mas ao indivíduo-coletivo, ou seja, superam o modelo biológico tradicional propondo como unidade analítica o plano coletivo e a interpretação crítica dos dados, o que deve contribuir positivamente com as pesquisas sobre saúde.

No mesmo sentido, Parker e Camargo Junior (2000, p. 94), aborda a conexão entre o subdesenvolvimento econômico e a vulnerabilidade ao HIV, e conclui que o próprio processo de desenvolvimento cria, com freqüência, formas de deslocamento social, as quais, por seu turno, produzem ações e práticas sociais que aumentam o risco de infecção pelo HIV.

O autor cita a análise histórica empreendida por Joseph Decosas em 1995, de como a construção da barragem Akosombo, em Gana, nos anos de 1980 e 1990 contribuiu para a epidemia de HIV/AIDS no povo Krobo, de Gana. Parker e Camargo Junior (2000) refere-se ainda à pesquisa antropológica de longo prazo de Paul Farmer (1992), no Haiti, onde documenta como os deslocamentos causados por iniciativas de desenvolvimento de larga escala podem impulsionar a disseminação da infecção pelo HIV.

Estudos internacionais e também nacionais analisados por Parker e Camargo Junior (2000), têm associado a pobreza à migração e à mobilidade, sugerindo que a migração, em resposta a dificuldades econômicas, está associada a maior vulnerabilidade ao HIV em diferentes contextos e lugares: Decosas (1995) analisou trabalhadores sazonais na África Ocidental, Anarfi (1993) pesquisou trabalhadoras do sexo em Gana e finalmente Larvie (1997) e Parker (1993 e 1997) pesquisaram trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens no Brasil.

Tais exemplos da relação entre pobreza, migração, e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-econômicos impulsionam a epidemia de HIV/AIDS e estão, sobretudo, associados a fatores estruturais e ambientais como os movimentos migratórios, a falta de poder das mulheres sujeitas à opressão econômica e de gênero, o encolhimento do mercado formal de trabalho, as políticas neoliberais, o mundo globalizado e desigual e a violência produzida pelo crime organizado e o tráfico de drogas.

Entendemos que as condições de saúde, de um modo geral, são determinadas pela realidade social local, que está ligada e recebe os impactos das

alterações globais. Entretanto é necessário se ter o cuidado de evitar generalizações que possam levar a uma leitura errônea da realidade.

1.3 Serviço Social e Saúde

Segundo Bravo (1996), o campo da saúde pública tem registrado historicamente a maior concentração de profissionais do Serviço Social.

Nessa área, o profissional atua em diferentes programas, como: saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, saúde da gestante, da mulher, vigilância epidemiológica, HIV/AIDS e tantos outros.

Inicialmente, a atuação profissional na saúde, por influência do conservadorismo europeu e norte-americano¹⁰, se dava no âmbito curativo e com abordagem individual, tendo como finalidade principal auxiliar o tratamento médico. As ações centravam-se na identificação e tratamento de problemas de ordem psicossocial que interferiam na saúde. (BRAVO; MATOS, 2004).

A influência do Serviço Social norte-americano e sua proposta de trabalho permeada pelo caráter conservador da teoria social positivista, objetivava uma “análise de cunho psicológico da população cliente” e também reforçar a aceitação do “cliente ao tratamento”. (BRAVO; MATOS, 2004).

Neste tipo de abordagem, o contexto em que a situação de saúde/doença ocorre não é considerado e o indivíduo acaba sendo responsabilizado pela sua condição de saúde.

Esta forma de atuação e mesmo de visão profissional, sofreu alterações com o processo de ruptura da profissão com a tradição conservadora, num momento de revisão interna da profissão.

Segundo Bravo e Matos, (2004), foi um momento que veio favorecer a negação do fazer profissional tradicional, que se manteve presente na profissão durante toda a década de 1970 e se consolida durante a década de 1980.

Cabe ressaltar que o processo de construção de novos referenciais teórico-metodológicos e interventivos para a profissão ocorre em amplo debate, em diferentes fóruns e implica o diálogo entre diferentes paradigmas, mas que supõe uma direção hegemônica, a tradição marxista. (COUTINHO,1991).

¹⁰ A respeito do período denominado de Serviço Social conservador, consultar: lamamoto e Carvalho, 2005; lamamoto, 1994; Netto,1996a.

Vários autores apontam que desta fase de revisão e do repensar das bases tradicionais, origina-se a construção do projeto ético-político da profissão, que é a essência do Código de Ética dos Assistentes Sociais de 1993. (BRAVO; MATOS, 2004; NETTO, 1996).

O projeto ético-político da profissão busca a defesa da equidade e da justiça social, a consolidação da democracia, na perspectiva da universalização do acesso de bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Para a efetivação de tal projeto, consideramos que, necessariamente, deve ocorrer a revisão da prática profissional tradicional.

Bravo e Matos (2004, p. 38) compartilham a idéia de que o projeto ético-político da profissão exige do profissional, ações no sentido da democratização de acesso às unidades e serviços, atendimento humanizado, maior interação da instituição da saúde com a realidade, interdisciplinaridade, acesso dos usuários a informações, trabalhos em grupo e também ações no sentido de estimular a participação social nas decisões das políticas de saúde.

Todavia, os autores apontam que os profissionais verbalizam um compromisso com os usuários, mas não conseguem praticá-lo, pois ainda existe uma preocupação excessiva por parte dos profissionais em reforçar os objetivos institucionais, numa perspectiva conservadora. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 38).

No cotidiano de trabalho, o assistente social enfrenta muitos desafios para desenvolver sua prática nos processos de efetivação da saúde enquanto direito social, conforme determina a Constituição Federal de 1988 e o projeto ético-político da profissão.

A atuação profissional ocorre no processo saúde/doença, ou seja, quando se materializam as carências sócio-econômicas ou questões sociais em forma de doenças ou agravos de saúde.

As desigualdades entre as necessidades dos usuários e os serviços ofertados se apresentam concretamente e a população tem necessidades que as políticas públicas não têm condições de atender, ou o fazem de forma precária.

Ousamos apontar que um dos maiores desafios do assistente social na área da saúde é articular sua ação profissional onde se determinam as condições de saúde:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990, on-line).

Para enfrentar tal desafio, mais do que atuar em situações pontuais, o assistente social necessita ultrapassar a ocupação dos espaços no âmbito das unidades, programas e serviços de saúde, buscar a articulação entre a população e organizações da comunidade.

É importante salientar que tais ações, muitas vezes não são efetivadas, conforme pontuam Bravo e Matos (2004, p. 38), porque são opostas às políticas neoliberais que impõem ao assistente social, trabalhos com critérios seletivos e excludentes.

Nesse sentido, segundo Vasconcelos (2002, p. 417), os trabalhos do assistente social se resumem a “[...] verificar o grau de pobreza necessária para inserir o usuário nos critérios de exclusão determinados pela política social [...]”.

Além disso, mesmo não detalhando tal viés do trabalho profissional, é importante apontar que tais políticas também impactam nas condições de trabalho do assistente social com o achatamento salarial, a flexibilização das modalidades de contrato de trabalho e a falta de recursos materiais e humanos.

Na imediaticidade dos atendimentos, muitas vezes não se tem clareza de que a situação posta está atrelada aos processos societários, entretanto Bezerra e Araújo (2007, p. 207-208) apontam a necessidade do assistente social refletir sobre a sua prática mediante a análise das contradições do contexto econômico, sócio-histórico e cultural em que está inserido:

Assim, os assistentes sociais como sujeitos históricos necessitam efetivar o seu exercício profissional, procurando buscar articular o miúdo do cotidiano com as questões afetas ao ajuste neoliberal e suas perspectivas mercadológicas e privatizantes. Assim, é fundamental que os profissionais tenham clareza dos projetos que estão postos, o que eles significam e suas conseqüências. Isso quer dizer que o assistente social, como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, pode no seu exercício profissional reforçar o projeto neoliberal com suas políticas seletivas, excludentes e focalistas, que visam ampliar a esfera privada em detrimento da esfera pública, contribuindo para minar os direitos daqueles que demandam seu trabalho para o atendimento de suas necessidades; ou, ao contrário, reforçar o projeto que defende o acesso universal, igualitário, integral e de qualidade das populações demandantes das políticas sociais públicas, contribuindo para que o seu trabalho efetive ações que apontem para o fortalecimento dos sujeitos coletivos dos direitos sociais.

Compreende-se que existem grandes dificuldades para o enfrentamento da problemática de saúde no Brasil, entretanto é nessa realidade de desigualdades, reforçada pelas políticas neoliberais, que o assistente social atua e organiza respostas às demandas postas ao seu exercício profissional.

Ao trabalhar com a epidemia do HIV/AIDS, mais um desafio se apresenta ao profissional, a começar pelos aspectos sociais que acompanham a doença. Nesse sentido, o Serviço Social poderá contribuir explicitando através de pesquisas, as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população.

Tais ações podem auxiliar na determinação de estratégias de prevenção de doenças e agravos e também na promoção, proteção e recuperação da saúde na perspectiva de melhores condições de vida.

CAPÍTULO 2

A EPIDEMIA DA AIDS

2.1 HIV/AIDS: O enfrentamento da epidemia

O vírus HIV e a AIDS¹¹ são uma realidade na vida de muitas pessoas.

Estima-se que desde o início da epidemia, 20 milhões de pessoas faleceram e que atualmente, 40 milhões estejam vivendo com HIV/AIDS no mundo. A África Sub-Saariana apresenta trinta milhões de casos e estima-se que na Ásia, 5 milhões e 600 mil pessoas estejam contaminadas pelo HIV, enquanto Rússia e China estão em franca imersão na epidemia com números alarmantes de casos (ROCHA, 2003, p. 36).

No Brasil, os primeiros casos de HIV/AIDS foram constatados entre 1982 e 1984.

Em 1984, cientistas comprovam que a etiologia da doença é viral (GRANGEIRO, 1994, p. 99) e que o vírus HIV é transmitido de três maneiras:

- por meio de relações sexuais;
- através do sangue (principalmente transfusões sanguíneas e uso de seringas e agulhas infectadas pelo vírus HIV);
- da mãe contaminada pelo vírus HIV para os filhos (na gestação ou parto e também através do aleitamento materno).

Como consequência dessa comprovação, se rompem os limites de definição sexual e gênero que a epidemia inicial propunha. A doença não é exclusividade de pessoas dos chamados “grupos de risco” (homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos), mas de qualquer pessoa que tiver um “comportamento de risco”.

O comportamento de risco pode ser adotado por qualquer pessoa à medida que ela se exponha à ação do vírus HIV sem proteção, ou seja, se o vírus é transmitido por via sexual, qualquer indivíduo que mantiver relações sexuais sem o uso de preservativos está vulnerável à doença, assim como também estão

¹¹ A AIDS, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença infecciosa, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: 1. infecção aguda; 2. fase assintomática, também conhecida como latência clínica (que não corresponde a uma latência do ponto de vista da replicação viral e dinâmica imunológica); 3. fase sintomática inicial ou precoce; e 4. síndrome clínica propriamente dita (AIDS). (FONSECA et al, 2003).

vulneráveis os que fazem uso de seringas ou agulhas já utilizadas ou recebam transfusão de sangue contaminado.

A gestante contaminada pelo vírus HIV também pode transmitir o vírus para seu filho durante a gestação ou parto. A amamentação também é considerada um comportamento de risco uma vez que o vírus é transmitido através do leite materno da pessoa contaminada.

É relevante pontuar que a constatação dos primeiros casos de HIV/AIDS ocorreu num período em que se rompiam modelos tradicionais de pensamento e comportamento, principalmente no campo sexual. Segundo análise de Ventura:

Estávamos no fim de um período marcado pela ampliação do conteúdo das liberdades individuais (das mulheres, da afirmação da sexualidade fora do casamento, manifestações de orientações sexuais fora dos parâmetros tradicionais, entre elas, a homossexualidade), conquistas trabalhadas arduamente por esses segmentos sociais. (VENTURA, 1999, p. 280).

A autora salienta que o HIV/AIDS é a primeira epidemia mundial na era moderna dos direitos humanos, onde os modelos tradicionais de prevenção e assistência, – “baseados em medidas restritivas de direitos, que visam identificar os indivíduos infectados, isolá-los e paralisar a cadeia de transmissão através de um sistema jurídico-punitivo de exclusão” – se chocam com o novo modelo centrado nos direitos humanos, que busca a defesa de grupos e indivíduos fragilizados. (VENTURA, 1999, p. 280).

A organização e o movimento de grupos da sociedade civil, nacionais e internacionais, em defesa dos direitos humanos, atuaram no sentido da proteção de vários segmentos estigmatizados socialmente devido à contaminação pelo vírus HIV, como é o caso dos homossexuais e hemofílicos, por exemplo.

Aos poucos o mundo começa a se organizar para enfrentar a AIDS. Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 133-153, 242-255) analisaram os programas nacionais de combate à AIDS de vários países, e constataram que a resposta à AIDS iniciou-se de maneiras distintas entre os diversos países do mundo, entretanto os governos só começaram a atuar quando ficou evidente que toda população poderia ser afetada pelo vírus HIV e pela AIDS. Inicialmente as ações de combate à epidemia consistiam em intervenções concentradas a grupos e comunidades possivelmente contaminados pelos vírus HIV/AIDS, na época: homens homo ou

bissexuais, receptores de sangue e derivados e, em menor escala, usuários de drogas injetáveis.

Segundo os autores, a maioria dos programas de combate à epidemia foi criada a partir de 1987, após a criação do Programa Global de AIDS (PGA) pelos países membros da OMS. Neste ano, a OMS estabeleceu critérios para definição de um Programa Nacional (PN) de Combate à AIDS.¹² (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p. 146).

O Brasil antecipou-se com relação à criação de um programa nacional e, em maio de 1985, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para o Programa de Controle da AIDS, e atribuiu uma estrutura organizativa para a sua gestão nacional. Inicialmente as ações governamentais foram voltadas para a vigilância epidemiológica, a assistência médica e a divulgação de mensagens de alerta e de não discriminação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 32).

Em 1987, foi criada a Comissão Nacional de AIDS, integrada por representantes da comunidade científica e da sociedade civil organizada e a partir de 1988 se constitui e consolida o programa nacional, com a inclusão das Doenças Sexualmente Transmissíveis, passando a ser chamado de Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS).

Paralelamente à epidemia da AIDS, o cenário político brasileiro movimentava-se em torno da instalação da Assembléia Nacional Constituinte.

A população em geral começou a se articular em relação ao enfrentamento da epidemia antes mesmo dos órgãos oficiais de saúde, movimento que se evidenciou através da criação de organizações sem fins lucrativos para promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS em diversos aspectos.

Segundo Ventura, as associações surgem num momento crucial:

Os partidos políticos, sindicatos e conselhos profissionais (canais institucionais formais) já há algum tempo não respondem aos anseios de determinados grupos sociais, fazendo surgir novos atores, que se insurgem contra a ação imposta pelas instituições “oficiais” e/ou “estamentais”, iniciando um controle próprio da efetividade do Direito. (VENTURA, 1999, p. 286, destaques do autor).

¹² Critérios para definição de um Programa Nacional de Combate à AIDS:

- a formação de um Comitê Consultivo Nacional de Combate à AIDS;
- a indicação de um gerente para o ponto focal/programa;
- a formulação de um plano coerente com a estratégia global aprovada pelos membros da OMS, incluindo objetivos, metas e um plano de implementação;
- a alocação de um orçamento para o programa (MANN, et al. 1993, p.146).

O fenômeno do surgimento dessas organizações ocorre em diferentes continentes onde se pode observar um recuo do Estado com relação às políticas públicas, resultado da proposta neoliberal.

As primeiras Organizações Não-Governamentais (ONGs) voltadas a trabalhos com pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS no Brasil surgiram em São Paulo, no ano de 1985: o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), com ações voltadas para o combate à discriminação e campanhas de prevenção; a Casa de Apoio Brenda Lee, com proposta de oferecer assistência a pessoas infectadas que não contavam com apoio familiar e recursos financeiros e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), de auto-ajuda.

No Rio de Janeiro, surge em 1986 a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), com uma proposta interdisciplinar de tematizar a AIDS no contexto das políticas públicas e o Grupo Pela Valorização e Integridade do Doente de AIDS (Pela VIDDA) (VENTURA, 1999, p. 286).

Até agosto de 2004, o PN DST/AIDS tinha cadastrado 1884 ONGs que desenvolviam trabalhos relacionados à população portadora do vírus HIV. Os dados são indicadores da interação entre o PN e a sociedade civil (BRASIL, 2004b).

As ONGs tiveram importante participação política nos anos de 1987/88 em torno das questões relacionadas à qualidade do sangue disponível nos bancos de sangue do país.

Por meio de mobilização social apoiada pela significativa cobertura da imprensa, essas organizações levaram ao conhecimento do público em geral a importância dessa questão para o controle da epidemia. Por fim, através da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, fica proibida a comercialização de sangue e seus derivados (VENTURA, 1999).

Embora tenha inicialmente atingido as regiões metropolitanas, a epidemia se expandiu para todos os estados brasileiros e o número de casos notificados aumentou rapidamente. Segundo dados do Boletim Epidemiológico: AIDS e DST (2006, p. 3), foram notificados no Brasil, 433.067 casos de AIDS até junho de 2006 e 183.074 mortes em decorrência da AIDS até o final de 2005.

O Boletim indica que a epidemia no país encontra-se em patamares elevados, tendo atingido em 2003, a incidência de 25,4 por 100.000 habitantes entre os homens e 16,1 por 100.000 habitantes entre as mulheres.

Destacamos a incidência da doença na faixa etária de 25 a 49 anos de idade de ambos os sexos em que se identificam aproximadamente 75% dos casos de AIDS do país. A faixa etária corresponde a um segmento de grande potencial produtivo.

Tabela 1 - Casos de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1980 – 2006 ¹

Faixa etária:	1980-94 ²	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Masculino														
< 5 anos	1435	408	513	539	581	490	506	432	537	598	575	577	218	7409
05 a 12	514	81	88	140	108	135	150	155	275	319	311	249	97	2622
13 a 19	2158	278	236	266	290	243	246	233	261	290	255	194	84	5034
20 a 24	8557	1411	1370	1492	1487	1310	1333	1271	1336	1430	1220	1167	449	23833
25 a 29	15856	3418	3440	3418	3521	3041	3101	2815	2920	3000	2948	2598	1099	51175
30 a 34	16254	3668	4196	4423	4695	3999	4159	3894	4141	4262	3928	3513	1343	62475
35 a 39	11659	2839	3118	3291	3645	3351	3689	3517	4145	4373	4054	3694	1409	52784
40 a 49	11454	2812	3149	3399	3864	3434	4074	3958	4868	5373	5362	5229	2037	59013
50 a 59	3511	824	939	992	1173	1154	1319	1297	1654	1825	1938	1930	730	19286
60 e mais	1258	314	333	337	439	397	470	443	565	647	665	614	246	6728
Ignorado	206	48	22	18	22	7	10	20	30	35	52	53	35	558
Total ³	72862	16101	17404	18315	19825	17561	19057	18035	20732	22152	21308	19818	7747	29091
7														
Feminino														
< 5 anos	1406	439	538	600	560	546	522	480	563	585	516	470	189	7414
05 a 12	217	77	88	102	107	133	164	172	277	336	312	289	106	2380
13 a 19	706	181	193	264	340	313	332	349	329	374	345	311	151	4188
20 a 24	2800	731	934	1076	1243	1164	1305	1324	1390	1418	1331	1141	472	16329
25 a 29	3879	1251	1547	1842	2066	1809	2156	2037	2296	2457	2243	2052	886	26521
30 a 34	3235	1192	1527	1785	2101	1927	2149	2099	2444	2599	2426	2341	984	26809
35 a 39	2147	813	1076	1279	1530	1544	1656	1629	2120	2347	2205	2157	856	21359
40 a 49	2061	816	1033	1337	1577	1562	1862	2012	2479	2882	2988	2932	1156	24697
50 a 59	741	290	330	491	544	523	670	720	873	1071	1112	1212	486	9063
60 e mais	289	100	114	164	191	193	248	269	340	335	380	397	170	3190
Ignorado	36	26	4	8	5	1	2	4	19	17	34	21	11	188
Total ³	17517	5916	7384	8948	10264	9715	11066	11095	13130	14421	13892	13323	5467	14213

8

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTAS: ¹ Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005. Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

² Para os anos de 1980 a 1994, consultar Boletim Epidemiológico Aids anteriores ou para maiores detalhes acessar <http://www.aids.gov.br> no menu ÁREA TÉCNICA/EPIDEMIOLOGIA/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.

³ Excluídos 12 casos com sexo ignorado.

Segundo Ventura (1999, p. 294), os indicadores de monitoramento da situação da AIDS no Brasil, no final da década de 1980 e início dos anos 90, apontam o aumento do número e proporção dos casos de HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), bem como ocorre o aumento dos casos pela transmissão heterossexual, principalmente entre parceiras de UDI do sexo masculino.

Mesmo diante de números tão expressivos, a autora pontua que:

[...] os muitos problemas nacionais, como a fome, desemprego e a falta de assistência geral à saúde, levam a uma minimização e banalização da AIDS, que passa a ser mais um problema, fazendo com que privilegiem outras pautas, considerando erradamente a inclusão da AIDS na discussão de pautas mais amplas desnecessária. (VENTURA, 1999, p. 294).

É importante considerar que muitas ações e pesquisas com o objetivo de conter o avanço da doença são efetivadas em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Várias campanhas publicitárias são veiculadas no sentido de estimular o uso de preservativos durante as relações sexuais, à não-discriminação das pessoas contaminadas e à não-reutilização de seringas e agulhas.

Uma grande conquista, não apenas brasileira, foi a descoberta dos medicamentos Anti-Retrovirais (ARV) que impedem ou dificultam a multiplicação do vírus no organismo humano.

Com relação ao tratamento da doença, entre 1991 e 1996, ONGs, autoridades de saúde, instituições envolvidas em promoção da saúde e direitos humanos e indivíduos vivendo com HIV/AIDS reivindicaram para que os medicamentos ARV mais potentes, de custo elevado, e recentemente fabricados, fossem distribuídos de forma gratuita no país.

O resultado das reivindicações surgiu em 1996, com a Lei Federal nº 9.313, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Nesse caso, podemos destacar uma vitória brasileira.

Art. 1º - Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º - O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

Os custos dos novos medicamentos ARV e o aumento do número de pacientes têm desafiado o Ministério da Saúde a manter o acesso universal à terapia a partir de 1999.

Conforme pontua Szwarcwald (2004, p. 73), o Brasil adotou estratégias para reduzir os custos do tratamento ARV, entre elas a produção local de genéricos, acordos com companhias internacionais para obtenção de preços diferenciados, e investimentos conjuntos entre firmas internacionais e produtores locais.

Como resultado dessas estratégias, os preços dos medicamentos não escalonaram, como originalmente previsto nas estimativas de custo da terapia ARV. Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS, em 1997, quase 36 mil pacientes recebiam gratuitamente a terapia ARV, sendo gasto pelo governo um total de 224 milhões de dólares com a aquisição dos medicamentos ARV. Já em 2003, mais de 133 mil pacientes foram beneficiados com a terapia ARV, e o gasto foi estimado em 183 milhões de dólares (BRASIL, 2004b, on-line).

Sobre a evolução da AIDS no estado e na cidade de São Paulo, destacamos os estudos de Santos et al (2002), e de Grangeiro (1994), sobre as mudanças no perfil da epidemia.

Santos et al (2002), analisaram dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica de DST/AIDS do Estado de São Paulo até dezembro de 2001, com o intuito de discutir os termos juvenilização, pauperização, heterossexualização e feminização, introduzidos no discurso sobre a epidemia, para acompanhar as mudanças de seu padrão epidemiológico.

O estudo demonstrou que os 106.873 casos notificados da doença no estado, até 2001, representam cerca de 50% do total de notificações do país e se referem a indivíduos de 30 a 39 anos, “sendo que tanto o número de casos como o de óbitos mostra um ligeiro aumento nas idades mais avançadas, indicando um leve ‘envelhecimento’ da epidemia” (SANTOS et al, 2002, p. 286, destaque do autor).

A relação entre os casos masculinos e femininos, tanto no número de casos quanto no de óbitos por AIDS, demonstrou avanço da epidemia entre as mulheres no estado. A AIDS foi a principal causa de mortalidade entre as mulheres em idade fértil de 1991 a 1998 e em 1999 a 2000, a segunda causa de morte para as mulheres entre 15 e 49 anos, no Estado de São Paulo.

Quanto à escolaridade, os autores apontam o aumento do número de casos com escolaridade mais baixa, destacando-se que os casos masculinos apresentam maior número de indivíduos com nível superior do que os femininos, especialmente nos primeiros anos da epidemia. Quanto ao tipo de ocupação, os autores não as descrevem detalhadamente, apenas citam que ao longo dos anos tem havido um aumento do número de casos “com ocupações menos qualificadas” (SANTOS et al 2002, p. 286).

Cabe ressaltar que segundo o estudo, a partir de 1990, a proporção de pessoas com primeiro grau completo e incompleto cresce entre os casos masculinos, período que corresponde ao aumento dos casos transmitidos pelo uso de drogas injetáveis, “que está sabidamente relacionada com uma parcela menos privilegiada, do ponto de vista sócio-econômico da população” (SANTOS et al 2002, p. 302).

Grangeiro (1994, p. 99), ao analisar o perfil dos primeiros casos de AIDS do município de São Paulo, questiona se houve mudanças quanto às condições sócio-econômicas das pessoas contaminadas ou se a epidemia encontra-se, desde 1982 – primeiro caso a ser publicamente diagnosticado no Brasil, “relativamente difundida nos diversos setores sociais”.

O autor observou que nos anos de 1982 e 1983, alguns aspectos podem ter contribuído para a determinação de um padrão epidemiológico “falseado”:

[...] o imaginário social que identificava em segmentos reduzidos o risco de infecção; a estrutura dos serviços de saúde que impossibilitava o diagnóstico dos indivíduos que adoeciam; e a referencialização em padrões comportamentais – homo, bi, heterossexualidade – que não encontram amplo reflexo na cultura brasileira. Não obstante, a partir de 1985, em decorrência da alteração das matrizes discursivas tanto da imprensa como dos serviços públicos, da estruturação e ampliação dos serviços de assistência e diagnóstico, da introdução de recursos laboratoriais como apoio ao diagnóstico e da participação mais efetiva da sociedade civil no controle da epidemia, inaugura-se em período onde, paulatinamente, cria-se uma estrutura que propiciará, em tese, uma produção de conhecimento mais circunscrito ao que de concreto estava ocorrendo no país, como pode ser percebido na descrição de alguns fatos [...]. (GRANGEIRO, 1994, p. 99).

Embora apresentando tais considerações, Grangeiro (1994, p. 99) descreve mudanças no perfil dos indivíduos com AIDS no município de São Paulo, de acordo com a ocupação exercida quando da notificação da doença, no período entre 1985 a 1990. O autor identifica que no início da epidemia predominavam indivíduos

inseridos em “ocupações técnico-científicas”, o que foi progressivamente se reduzindo, com o aumento proporcional de indivíduos com ocupações que, de acordo com as exigências do mercado, não necessitam de qualificação profissional. As categorias de transmissão por uso de drogas endovenosas e prática heterossexual associaram-se mais a este tipo de atividade ocupacional, seguindo a mesma tendência do contexto nacional.

2.1.1 A disseminação da epidemia pelo interior do país

No sentido de conhecer melhor a dinâmica da epidemia da AIDS no Brasil, alguns autores investigam sobre a “interiorização” da epidemia devido à incidência proporcional com relação ao número de habitantes do município.

De acordo com o Ministério da Saúde (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006), na década de 1990, a velocidade de expansão da AIDS variou inversamente ao tamanho da população dos municípios, ou seja, os municípios com mais de 500 mil habitantes apresentaram as menores taxas de crescimento, enquanto os municípios de menor porte populacional mostraram as maiores taxas de crescimento.

Verifica-se através do Boletim Epidemiológico de 1999, (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000, p. 91), que a incidência em termos absolutos mostra a concentração de casos de AIDS nas duas maiores cidades brasileiras – Rio de Janeiro e São Paulo, entretanto, observa-se no quadro das cidades com maiores incidências por 100 mil habitantes no país, que apenas uma delas é capital de Estado (Florianópolis).

Ressaltamos ainda, no quadro abaixo, o avanço da doença no interior de São Paulo com a colocação de seis cidades do estado entre as nove com maior incidência da doença no Brasil, entre elas, a cidade de Catanduva, foco deste estudo.

Tabela 2 - Incidência de casos de AIDS por 100 mil habitantes, cidades com os maiores coeficientes de incidência, Brasil, 1999

Cidade	Coeficiente de Incidência
Itajaí (SC)	854,8
Balneário Camboriú (SC)	721,4
São José do Rio Preto (SP)	665,3
Florianópolis (SC)	651,9
Santos (SP)	636,3
Ribeirão Preto (SP)	626,6
Bebedouro (SP)	579,8
Barretos (SP)	526,8
Catanduva (SP)	474,7
Brasil	218,0

Fonte: Boletim Epidemiológico – CNDST/AIDS, 1999.

Sobre a discussão a respeito da hipótese de interiorização da doença, Parker e Camargo Junior (2000, p. 89-102), embora assinalem importante disseminação geográfica, discorda desta hipótese, “dadas às características da população brasileira – tornada maciçamente urbana ao longo dos últimos 40 anos”, reflexo do sistema de produção capitalista.

Segundo dados do IBGE (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, on-line), sobre o contexto sóciodemográfico, o Brasil é geograficamente dividido em cinco regiões distintas, de diferentes aspectos físicos, demográficos e socioeconômicos.

A região Norte é composta por 7 estados, ocupa 45% do território brasileiro, mas sua representatividade populacional se resume a 8%, por ter sua área abrangendo, predominantemente, a bacia do Rio Amazonas.

A região Nordeste tem 9 estados e ocupa 18% do território nacional, com 27% da população brasileira. As regiões Norte e Nordeste apresentam os piores níveis de desenvolvimento socioeconômico.

A região Sudeste, de maior importância econômica, concentra 44% da população, e é formada por 4 estados, dentre eles, São Paulo e Rio de Janeiro, que têm as maiores taxas de densidade demográfica do país. A região Sul, embora com a menor taxa territorial e apenas 3 estados, representa 14% da população total e caracteriza-se pelo melhor nível de educação da população.

A região Centro-Oeste, compreendendo o Planalto Central brasileiro, é formada por 3 estados, é sede também do Distrito Federal. Essa região apresenta em termos relativos, nível intermediário de desenvolvimento socioeconômico, e um ritmo acelerado de desenvolvimento, o que a tem aproximado das regiões Sul e Sudeste, estabelecendo uma desigualdade ainda maior entre as regiões Centro-Sul com o Norte-Nordeste.

Sobre a concentração de casos de AIDS no país, o Boletim Epidemiológico (2006) informa que dos 433.067 casos notificados de AIDS até junho de 2006, 62,3% (269.910 casos) se concentram na região Sudeste¹³, 17,9% (77.639 casos) na região Sul, 11% (47.751 casos) no Nordeste, 5,6% (24.086 casos) no Centro-Oeste e 3,2% (13.681 casos) no Norte.

É importante ressaltar que no mesmo Boletim, divulga-se que a taxa de incidência da doença, varia de acordo com a região do país. A região Sudeste se mantém em processo de estabilização, a região Norte vem apresentando taxas maiores que a Nordeste e a região Centro-Oeste, nos três anos anteriores a 2006, tem estado próxima às médias do Brasil. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006).

Embora a epidemia se caracterize pela importante concentração nos grandes centros urbanos, a participação proporcional desses municípios vem se reduzindo ao longo dos anos, ao mesmo tempo em que se destaca o número de casos da doença em municípios com menos habitantes localizados no interior dos estados.

2.1.2 Heterossexualização: o aumento do número de casos entre as mulheres e os homens heterossexuais

De acordo com o Ministério da Saúde (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006), o aumento de casos da doença entre heterossexuais foi acompanhado pela expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico. Dentre elas, destacam-se as mulheres negras, tanto na

¹³ O município de Catanduva, foco deste estudo com relação aos casos de HIV/AIDS, localiza-se na região Sudeste do país, à noroeste do estado de São Paulo. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006, p. 7).

incidência do vírus HIV, quanto no que se refere à morbidade e mortalidade por AIDS.

Tal fato pode ser constatado pela progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição: de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006, p. 7).

Tabela 3 - Casos de aids (nº e razão de sexo) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1986 – 2006 ¹

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão M/F
	Masculino	Feminino	Total ²	
1986	1105	73	1178	15,1
1987	2653	295	2948	9,0
1988	4107	632	4739	6,5
1989	5631	956	6587	5,9
1990	7921	1477	9398	5,4
1991	10132	2229	12361	4,5
1992	12512	3202	15714	3,9
1993	13534	3989	17523	3,4
1994	14563	4634	19197	3,1
1995	16101	5916	22017	2,7
1996	17404	7384	24789	2,4
1997	18315	8948	27263	2,0
1998	19825	10264	30091	1,9
1999	17561	9715	27277	1,8
2000	19057	11066	30124	1,7
2001	18035	11095	29132	1,6
2002	20732	13130	33865	1,6
2003	22152	14421	36573	1,5
2004	21308	13892	35201	1,5
2005	19818	13323	33142	1,5
2006	7747	5467	13214	1,4

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: ¹ Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 30/06/2006 e no SIM de 2000 a 2005. Dados preliminares para os anos de 2000 a 2006.

² Incluídos 12 casos com sexo ignorado.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS <www.datasus.gov.br/informações em saúde/demográficas e Socioeconômicas> acessado em 29/08/2006.

Santos (2002, p.304) aponta que a “heterossexualização” da epidemia se dá devido ao crescimento dos casos entre homens heterossexuais, e entre as

mulheres, sendo que a participação feminina trouxe como consequência o aumento da transmissão do vírus HIV da mãe para o filho.¹⁴

A AIDS figura entre as principais causas de mortalidade, no município e no Estado de São Paulo, tendo sido a principal causa de mortalidade entre as mulheres em idade fértil de 1991 a 1998. De 1999 a 2000, a segunda causa de morte para as mulheres entre 15 e 49 anos no estado de São Paulo, sendo a primeira causa, as doenças cérebro-vasculares (SANTOS et al. 2002).

Conforme aponta Bastos e Szwarcwald (2000, p. 69), do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV devido à exposição da superfície da mucosa vaginal ao sêmen (que apresenta alta concentração do vírus), durante a relação sexual. Além disso, as DSTs são mais freqüentemente assintomáticas nas mulheres do que nos homens, o que retarda o tratamento e determina a fragilização das barreiras naturais à infecção pelo vírus HIV.

Considerando ainda o avanço ocorrido com relação à utilização do preservativo feminino, seu uso ainda é restrito, pois o preço é elevado e não está largamente disponibilizado nos serviços públicos de saúde. Segundo Bastos e Szwarcwald (2000, p. 70), a utilização deste recurso está condicionada a mulheres que dispõem de maior informação e têm parcerias e contextos culturais mais receptivos à inovação e à iniciativa feminina.

O autor considera ainda as "regras" de pareamento entre os gêneros (homens mais velhos interagindo com mulheres mais jovens), como fator determinante do crescimento da epidemia entre as mulheres:

Epidemiologicamente, as "regras" de pareamento entre os gêneros de óbvia determinação sócio-econômica e cultural, vigente na ampla maioria das sociedades, tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento, fazem com que mulheres mais jovens mantenham habitualmente relações sexuais e estabeleçam parcerias com homens mais velhos. Com isso, coortes etárias mais jovens de mulheres estão sob risco ampliado de se infectarem com o HIV (e demais DST) ao fazerem sexo desprotegido com um *pool* de homens (mais velhos) que apresentam níveis de prevalência para o HIV (e demais DST) mais elevados. Além das repercussões diretas na população feminina, esta assimetria de pareamento determina epidemias mais extensas e mais dilatadas no tempo, se comparadas a uma epidemia hipotética em comunidade na qual vigorasse o pareamento simétrico. (BASTOS; SZWARC WALD, 2000, p. 70, grifos do autor).

¹⁴ O Ministério da Saúde (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST, 2006, p. 8), com base em estudo específico sobre as gestantes com sorologia positiva para o vírus HIV, divulgou que foram notificadas 31.921 gestantes soropositivas de 2000 até 30 de novembro de 2006.

É importante considerar que as mulheres vêm ocupando seu espaço no mercado de trabalho em grandes proporções e têm obtido ganhos importantes com relação aos direitos civis e políticos na maioria dos países, entretanto, as questões ligadas às diferenças entre homens e mulheres, continuam ligadas a muitas desigualdades.

Neste estudo, nos referimos ao termo gênero segundo Olinto (1998, p. 161). A autora evidencia que em estudos epidemiológicos, as variáveis sexo e/ou gênero representam objetos diferentes e como tal devem ser tratados.

Gênero é um conceito das Ciências Sociais surgido nos anos 70, relativo à construção social do sexo [...] O uso do termo gênero expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas que transcende a diferença biológica. O termo sexo designa somente a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos.

Um exemplo sobre a desigualdade entre homens e mulheres é citado por Fonseca et al (2003, p.678), ao analisar a escolaridade dos casos de AIDS notificados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), de 1989 a 1997. O estudo demonstrou que as mulheres apresentaram menor escolaridade do que os homens em todos os anos analisados e em todos os municípios do país, sendo importante considerar que a multiplicidade de parceiros sexuais também está relacionada a uma escolaridade mais baixa como constatado também por Bastos e Szwarcwald (2000).

Verifica-se que, quanto a feminização da doença, a desigualdade entre os gêneros, presentes em instâncias diversas, têm lugar tanto no âmbito das parcerias sexuais e das famílias, como da sociedade, e em se tratando da infecção pelo vírus HIV, a histórica desvantagem das mulheres, favorece a vulnerabilidade à doença.

2.1.3 As condições sócio-econômicas das pessoas com HIV/AIDS

Poucos estudos brasileiros abordam as eventuais mudanças das condições sócio-econômicas dos casos de AIDS, entretanto, o grau de escolaridade e a ocupação têm sido utilizados como indicadores do nível sócio-econômico dos indivíduos e seu impacto sobre a saúde:

A escolaridade mostra-se um indicador mais estável ao longo da vida do indivíduo por sofrer poucas interferências em função de mudanças conjunturais vivenciadas pelas populações e grupos ou eventuais conseqüências advindas do próprio processo de adoecimento (FONSECA et al, 2003. p. 679).

Fonseca et al (2003) descreveram o aumento relativo dos casos de AIDS com menor escolaridade no início da década de 1990.

Nesse sentido, Santos (2002, p. 302) acrescenta que, embora todas as categorias de transmissão apareçam entre as diversas camadas sociais, o uso de drogas injetáveis destaca-se entre os pacientes com baixa escolaridade e ocupações que exigem menor qualificação, e a transmissão sexual é proporcionalmente mais importante nos indivíduos de escolaridade mais alta, em ambos os sexos.

Fonseca et al (2000) descreveram a inversão da incidência de AIDS por grau de escolaridade, entre 1989 e 1996, com aumento progressivo das taxas de incidência nos indivíduos com menor escolaridade, até ultrapassar aquelas encontradas para os indivíduos com maior escolaridade, fato que se evidencia na região Sudeste.

Um fator importante observado por Santos et al. (2002), com relação aos dados referentes à escolaridade feminina é que, diferentemente dos homens que apresentaram acentuada diminuição do nível de escolaridade com o passar do tempo, “a epidemia entre as mulheres está pauperizada desde o seu início, mantendo entretanto uma porcentagem de casos entre as mulheres universitárias mais ou menos constante ao longo dos anos”.

Evidências favoráveis à tese de “pauperização” da doença no Brasil foram novamente apresentadas por Fonseca et al (2003) com base em estudo sobre a distribuição social da AIDS, considerando a participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico das pessoas infectadas.

A autora verificou em seu estudo a dinâmica da epidemia a partir do banco de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, embora a informação sobre ocupação utilizada seja codificada mediante informações constantes na Ficha de Notificação de Casos de AIDS, que não contém instruções específicas de como definir a ocupação dos casos.

Cassano, Frias e Valente (2000) também relatam elevada proporção de casos com informação pouco específica sobre a ocupação, informada pelo SINAN/AIDS, como, por exemplo, “bancário”, “autônomo”, “funcionário público”, “militar”, impedindo sua classificação na categoria ocupacional correta na conversão para a Classificação de Ocupações do IBGE, o que dificulta as análises a respeito do status sócio-econômico da população atingida pelo vírus HIV/AIDS no Brasil.

Szwarcwald et al. (2001) descreveram o processo de expansão dos casos de AIDS para municípios de pequeno porte, em geral, de menor status sócio-econômico, bem como para áreas empobrecidas do município do Rio de Janeiro, afetando mais intensamente, nestas áreas, as mulheres.

Os estudos demonstram relevância em identificar a escolaridade, ocupações ou categorias ocupacionais em que há maior incidência da doença uma vez que as ocupações têm relação direta com as classes sociais, as quais por sua vez determinam hábitos, costumes, comportamentos e condições gerais para a manutenção do estado de saúde ou doença.

2.1.4 Aumento do tempo de sobrevida

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento que garantiu o acesso universal à terapia ARV, o que contribuiu de maneira significativa para o aumento da sobrevida, redução nas taxas de letalidade e de hospitalizações das pessoas com HIV/AIDS (KALICHMAN; GIANNA; TEIXEIRA, 2000).

Entre 1982 e 1989 a sobrevida mediana entre casos adultos de AIDS foi estimada em 5,1 meses. Importante mudança é verificada entre os casos diagnosticados em 1995 (18 meses) e para casos adultos diagnosticados em 1996 (58 meses), sendo que a terapia ARV mostrou-se o fator mais significativamente associado ao aumento na sobrevida. (BRASIL, 2004b, p. 87).

A partir da análise dos indicadores de monitoramento do PN DST/AIDS, Szwarcwald et al. (2004b), apontam a diminuição da taxa de hospitalizações por AIDS, por paciente em terapia ARV, de 0,63 em 1998, a 0,30 em 2003. A taxa de mortalidade entre os casos adultos de AIDS diagnosticados no ano anterior ao do

óbito decresceu de 0,84 em 1987, a 0,35 em 2001 e a taxa de benefícios¹⁵ concedidos por AIDS por paciente em terapia ARV, passou de 0,16 em 1997, para 0,09 em 2001.

Tabela 4 - Benefícios concedidos para pessoas com Hiv/Aids

Indicador	1997	1998	1999	2000	2001
Taxa de benefícios concedidos para Aids por paciente em TARV	0,16	0,13	0,12	0,10	0,09

Fonte: PN DST e Aids, 2001 (MONITORAIDS, 2004).

Cabe salientar que a diminuição dos benefícios previdenciários e de prestação continuada concedidos por AIDS por paciente em Terapia Anti-Retroviral (TARV), não significa necessariamente que as pessoas contaminadas estejam adoecendo menos e não necessitam se aposentar ou se afastar do trabalho por problemas de saúde. Deve-se, sobretudo, considerar que as políticas neoliberais favorecem o trabalho precário, temporário e subcontratado, que não assegura o benefício ao portador, exceto o amparo à pessoa com deficiência, que é concedido por critérios extremos de exclusão.

Nesse sentido, Rocha (2003, p.37) salienta que além do acesso universal aos medicamentos, enfrentam-se outras questões: “em muitas regiões o fato de as pessoas não terem o que comer deixa-as impossibilitadas de darem uma boa resposta terapêutica”.

Szwarcwald et al. (2004, p. 88) apresentam alguns fatores que podem estar relacionados à aderência ao tratamento:

- fatores relacionados à dispensa dos medicamentos, em que podem ocorrer falhas ou interrupção na entrega dos mesmos devido a erro no planejamento da compra ou produção dos ARV, seja por subestimação do número de casos ou pouca capacidade laboratorial;
- fatores relacionados ao paciente, como as características da doença, o esquema de tratamento incluindo a quantidade de pílulas; fatores

¹⁵ Szwarcwald, et al. (2004), ao citar os benefícios concedidos em decorrência da AIDS, refere-se ao Auxílio Doença, Aposentadoria por invalidez e por Amparo Assistencial – garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

psicossociais; características sócio-demográficas; além da relação que o paciente possui com o serviço de saúde.

É importante destacar que não foram encontrados estudos que abordassem diretamente o portador do vírus HIV/AIDS, e que investigassem em que condições essas pessoas estão vivendo, se elas identificam melhoras no estado de saúde após o início do tratamento ou se conseguem manter suas atividades de rotina como o trabalho, por exemplo. Os estudos apenas verificam os custos da terapia ARV, a diminuição da letalidade e do número de internações hospitalares, não abordando as condições em que ocorre essa sobrevivência.

Ainda que não seja o objeto desse estudo, há que se considerar o conceito de saúde da OMS, que, em sentido amplo, não significa apenas ausência de doenças, mas o completo bem-estar físico, mental e social, para embasar reflexões acerca das condições de vida das pessoas e de suas reais dificuldades e sofrimentos.

2.1.5 Trabalho e HIV/AIDS

Segundo Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 141), nos países maciçamente afetados pelo HIV/AIDS, o impacto da doença em adultos jovens produtivos e seus filhos, colocará em risco o desenvolvimento nacional – como é o caso da África atualmente.

Nesta perspectiva, a epidemia do HIV/AIDS atinge de forma decisiva a estrutura social, econômica e cultural dos países, além de afetar a vida dos trabalhadores, de suas famílias, das empresas e da economia nacional.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgou os resultados de uma pesquisa realizada em 2004 em nível mundial sobre o vírus HIV/AIDS e o mundo do trabalho. Os resultados indicam que a maioria das pessoas que vivem com o vírus tem entre 15 e 49 anos de idade e que, até 2005, 28 milhões de trabalhadores em todo o mundo perderam suas vidas em consequência da AIDS (OIT, 2001).

O impacto da epidemia de AIDS para a economia de um país é algo muito extenso que este trabalho não pretende analisar. No entanto, destacamos a

disseminação da doença na faixa etária economicamente ativa¹⁶, conforme apresentado na Tabela 1, considerando a importância do trabalho na vida humana enquanto fonte de subsistência.

Vários estudos constataam a existência da grande massa de desempregados, o que favorece ainda mais a exploração e terceirização da mão de obra, o achatamento dos salários, as subcontratações e a desregulamentação dos direitos trabalhistas (ANTUNES, 1999a; IANNI, 1998; IAMAMOTO, 2000).

Tal situação não se restringe às pessoas com HIV/AIDS, mas aos trabalhadores de forma geral, cada vez mais explorados pelo sistema de produção capitalista. Entretanto não podemos nos furtar a refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores soropositivos, que além das dificuldades de ingressar e se manter no mercado de trabalho, às vezes vivenciam situações de exclusão, isolamento, rejeição e preconceito devido à sua situação sorológica.

O próprio Estado, enquanto empregador, por ocasião da realização de concursos públicos já exigiu apresentação de teste que identificava a presença do vírus HIV para a contratação de trabalhadores, “[...] deixando de admitir aqueles que apresentassem sorologia positiva ou que se recusassem a submeter-se ao teste” (SOUZA, 2001, p. 202).

De acordo com Souza (2001, p.202), tal situação só foi resolvida através de Portaria Interministerial¹⁷, de agosto de 1992, que proibiu, no âmbito do serviço público federal, a exigência de teste para detecção do vírus HIV nos exames de saúde pré-admissionais e periódicos.

Ao analisar estudos pontuais sobre a população portadora do vírus HIV/AIDS, Grangeiro (2003, p. 260) constatou que a taxa de desemprego é 50% maior na população de pessoas vivendo com HIV/AIDS do que na população em geral.

O alto índice de desemprego, somado à estigmatização que a AIDS provoca, produz processos sociais de discriminação, que historicamente conduz à marginalização pessoas portadoras de qualquer deficiência.

Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 246) fazem pontuações sobre a relação da epidemia com o medo e a estigmatização:

¹⁶ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica como População Economicamente Ativa (PEA) o conjunto de pessoas de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa.

¹⁷ De acordo com Souza (2001, p.202), a Portaria Interministerial que refere-se ao assunto é a de número 869, de 11 de agosto de 1992.

[...] o medo da AIDS estimulou o público a apoiar medidas coercitivas e restritivas que talvez não tenham sido toleradas em outras áreas. Portanto, as pesquisas de opinião pública mostram muitas vezes um apoio relativamente forte à discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV, embora a visão, amplamente difundida, de que a AIDS é uma doença inflingida a si mesmo reforce ainda mais atitudes discriminatórias. Paradoxalmente, o medo da exposição pública é outro motivo de escassez de informações. Na maioria das vezes, as pessoas vitimadas ficam com muito medo da estigmatização maior ao buscarem ajuda. O silêncio, como sempre ocorre na atividade de direitos humanos, permite a continuidade incontestada das violações.

No Brasil, a OIT tem apoiado ações de prevenção, assistência e combate à discriminação relativa ao HIV/AIDS, em particular para a aplicação do “Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho”, lançado durante a Seção Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNGASS-AIDS), realizada em Nova York, em junho de 2001.

O Repertório estabelece as diretrizes¹⁸ para o enfrentamento do HIV/AIDS no local de trabalho, promovendo a não-discriminação, continuidade da relação de emprego, ambiente de trabalho saudável, confidencialidade, prevenção, assistência, apoio e reconhecimento do HIV/AIDS como questão relacionada ao local de trabalho (PIMENTA, et al 2002).

Embora no Brasil não existam leis específicas sobre a AIDS nas relações de emprego, Souza (2001, p. 195) relaciona alguns dos recursos legais que podem ser utilizados pelo trabalhador doente ou infectado pelo vírus HIV, no intuito de garantir seus direitos:

[...] a Lei nº 7670, de 08 de setembro que em seu art. 1º estendeu aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS os benefícios seguintes: I – a concessão de: a) licença para tratamento de saúde prevista nos artigos 104 e 105 da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952; b) aposentadoria, nos termos do artigo 178, inciso I, alínea b, da Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952; c) reforma militar, na forma do disposto no artigo 108, inciso V, da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980; d) pensão especial nos termos do artigo 1º da Lei nº 3.738, de 4 de abril de 1960; e) auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes; II – levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, independentemente de rescisão do contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito (SOUZA, 2001, p. 196).

¹⁸ As diretrizes nas quais se funda o Repertório são: (a) prevenção do HIV/AIDS; (b) gestão e a atenuação dos efeitos do HIV/AIDS no local de trabalho; (c) assistência e apoio aos trabalhadores infectados pelo HIV ou doentes de AIDS; e, (d) erradicação do preconceito e da discriminação contra as pessoas portadoras ou supostamente infectadas pelo vírus HIV (OIT, 2001).

Ocorre que muitos portadores do vírus HIV/AIDS não são segurados pela Previdência Social, e não tem condições para o trabalho. Nesse caso, a única forma de inclusão é o benefício de caráter assistencial - Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993.

Para fins de concessão do benefício, cabe destacar que a deficiência ou incapacidade para o trabalho, é avaliada pela perícia médica da Previdência, que utiliza critérios próprios e específicos para deferir ou não o pedido do BPC.

Ainda que o direito ao trabalho seja protegido pelo ordenamento jurídico brasileiro, e que de acordo com Souza (2001), atitudes de desrespeito à dignidade do trabalhador e de seu direito ao trabalho sejam contrárias à legislação, torna-se difícil a qualquer pessoa, conseguir provas concretas de que está sendo discriminado no ambiente de trabalho.

É fundamental considerar que a infecção pelo vírus HIV não significa, por si só, limitação para o trabalho, principalmente porque não se transmite a doença por contato social. No Brasil, as pessoas com HIV/AIDS contam ainda com os medicamentos ARV's, e com eles a possibilidade de dar continuidade às suas vidas.

A pessoa contaminada pode continuar vivendo e convivendo com seus familiares, amigos e companheiros de trabalho após o diagnóstico, podendo se ausentar do trabalho para tratamento de saúde como qualquer outro trabalhador e retomar suas atividades quando estiver em condições de fazê-lo.

Estando inseridos no mercado de trabalho formal ou não, o apoio das pessoas próximas é fundamental para enfrentar a doença e afastar o estigma e o preconceito que acompanham a AIDS desde o seu início.

CAPÍTULO 3

OS PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS USUÁRIOS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS DE CATANDUVA/SP

3.1 O cenário temático da pesquisa

A região de Catanduva é considerada estratégica no controle da epidemia de HIV/AIDS, por apresentar taxas de incidência¹⁹ da doença, maior que a média nacional. Segundo dados do Programa Municipal de DST/AIDS, a incidência média de casos para o município de Catanduva, no período de 2000 a 2004, foi de 42,40 casos por cem mil habitantes, sendo a média nacional de 2001 de 15,20 casos por cem mil habitantes.

Tais dados chamam a atenção, considerando a distância entre o município e os grandes centros urbanos, locais que inicialmente se concentravam os casos de AIDS do país. Catanduva localiza-se na região Noroeste do Estado de São Paulo, teve sua emancipação política em 1918 e possui uma população aproximada de 116.000 habitantes. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2006).

O município teve seu processo de urbanização vinculado à expansão da economia, resultado da disseminação da cultura cafeeira, e privilegiada pela extensão dos trilhos da Estrada de Ferro Araraquarense, o que facilitava o escoamento da produção e o surgimento de pequenas cidades.

A decadência da cultura cafeeira a partir da crise de 1929 e o processo de industrialização no país trouxeram muitas mudanças para a região, principalmente a partir da produção canavieira iniciada de forma mais efetiva na década de 1950.

¹⁹ Segundo Laprega e Dal Fabbro (2005, p. 119-150), sobre os índices mais usados em epidemiologia, a incidência de uma doença é definida como o número de casos novos que ocorrem em um determinado período de tempo, em uma população exposta ao risco de adoecer. A incidência é uma medida de eventos, o que significa que a doença se desenvolve em pessoas previamente não-doentes. São casos novos e não se pode incluir no numerador casos que já vinham sendo acompanhados em período anterior. A incidência nos informa sobre a dinâmica de entrada de casos novos e permite uma estimativa do risco de adoecer da população exposta. A prevalência é uma “fotografia instantânea” da população, com relação a uma determinada doença ou agravo, ou seja, a prevalência é a soma de casos novos e antigos, que permanecem na comunidade no período estudado. A prevalência informa sobre a situação da doença em um instante ou em um período, mas não estima o risco de adoecer, porque casos novos e casos já existentes na população são contados em conjunto. O cálculo da prevalência soma os casos antigos e novos, excluindo-se os óbitos, curas e perdas de acompanhamento.

As primeiras usinas de açúcar e álcool foram implantadas na região na década de 1950, porém, a consolidação da cultura da cana-de-açúcar ocorreu após 1975, com o Proálcool²⁰ e a instalação de destilarias.

A substituição da principal cultura da região (o café) pela cana-de-açúcar, trouxe modificações expressivas no campo e nas cidades provocando transformações que variam entre o local de moradia da população, com a destruição de casas, colônias e antigas usinas, até a própria paisagem, que foi substituída por imensos canaviais. A implementação de infra-estrutura rodoviária também facilitou o deslocamento da produção e da força de trabalho (BERNARDELLI, 2003).

Hoje, a economia do município está voltada basicamente para a agroindústria canavieira e da laranja, além de contar com diversificada rede de pequenas e médias indústrias de transformação. (SÃO PAULO, on-line).

A maior parte da população de Catanduva vive na cidade (98,86%). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,833, portanto, superior à média do Estado de São Paulo (0,814). (SÃO PAULO, on-line).

Várias usinas de beneficiamento de açúcar e álcool e destilarias, além de fábricas de ventiladores desenvolvem suas atividades na região gerando postos de trabalho, grande parte temporários, o que provoca a migração de trabalhadores sazonais.

Segundo Bernardelli (2003), todos os anos, de fevereiro a dezembro, a região de Catanduva recebe aproximadamente 12 mil cortadores de cana vindos do Nordeste do país. Cerca de 70% deles são baianos e se concentram em casas ou alojamentos na cidade de Palmares Paulista, enquanto um número expressivo de paraibanos se concentra na cidade de Novo Horizonte.

No caso específico da cana-de-açúcar o período de safra corresponde a cerca de 7 a 8 meses do ano (geralmente, inicia em abril ou maio e estende-se até o mês de novembro).

É comum que os trabalhadores das usinas de cana-de-açúcar tenham contratos de trabalho por tempo determinado, ou seja, nos períodos da entressafra,

²⁰ “O Programa Nacional do Álcool ou Proálcool foi criado em 14 de novembro de 1975 pelo decreto nº 76.593, com o objetivo de estimular a produção do álcool, visando o atendimento das necessidades do mercado interno e externo e da política de combustíveis automotivos. De acordo com o decreto, a produção do álcool oriundo da cana-de-açúcar, da mandioca ou de qualquer outro insumo deveria ser incentivada por meio da expansão da oferta de matérias-primas, com especial ênfase no aumento da produção agrícola, da modernização e ampliação das destilarias existentes e da instalação de novas unidades produtoras, anexas a usinas ou autônomas, e de unidades armazenadoras.” (PRÓALCOOL ..., on-line).

grande parte desses trabalhadores busca outras ocupações, retorna aos estados de origem, ou ainda permanece na região aguardando a próxima safra. Tal situação favorece o aumento da demanda por serviços públicos de diversas naturezas, inclusive para a área da saúde.

Cabe ressaltar que, embora não fossem encontrados estudos que mensurassem tais demandas no município de Catanduva, Sant'Ana e Sant'Ana (2005, p. 128) pesquisaram sobre esta questão no município de Pitangueiras²¹ e concluíram que há um aumento na procura pelo plantão social desenvolvido pela Secretaria Municipal de Promoção Social em cinco vezes no período de entressafra comparando com o período de safra.

Catanduva apresenta maior número e variedade de recursos de saúde do que os municípios da região. O fato de ser o maior município em número de habitantes, conforme apresentado a seguir, sede de um hospital universitário e de várias faculdades, colabora para a configuração de tal realidade no setor saúde.

Segundo dados da Prefeitura Municipal, Catanduva dispõe de 45 estabelecimentos de saúde: 19 públicos e 26 privados, destacando-se que entre os recursos privados, alguns prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, 26 estabelecimentos de saúde do município prestam serviços de saúde gratuitos através do SUS (CATANDUVA, on-line). Entre os 5 estabelecimentos que dispõem de serviços para internação, todos são particulares, mas prestam serviços ao SUS, inclusive o Hospital Escola Emílio Carlos, mantido pela Fundação Padre Albino, onde são realizados os atendimentos ambulatoriais e as internações das pessoas com DST e HIV/AIDS.

Um total de 14 Unidades de Saúde da Família atende a população de Catanduva, sendo esse serviço exclusivo aos moradores do município.

Catanduva é um dos municípios pertencentes à Direção Regional de Saúde – DIR XXII – de São José do Rio Preto, sendo considerado pólo de referência para diagnósticos e tratamentos de saúde a outros 18 municípios da micro-região, inclusive para o HIV/AIDS.

²¹ O município de Pitangueiras, localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, com 34.190 habitantes, pertence à região administrativa de Ribeirão Preto e a microrregião de Jaboticabal (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2007, on-line). A região de Ribeirão Preto, situada no nordeste do Estado de São Paulo, é considerada a responsável por capitanear o processo de modernização das usinas de açúcar e álcool mediante a mecanização da cana-de-açúcar. Ribeirão Preto é conhecida há tempos como “Califórnia Brasileira” e mais recentemente como a “Capital do Agronegócio”.

Referimos abaixo a estimativa da população regional, incluindo Catanduva.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ARIRANHA	8.683
CATANDUVA	116.984
CATIGUÁ	6.772
ELISIÁRIO	2.606
FERNANDO PRESTES	5.625
IBIRÁ	9.990
IRAPUÁ	7.076
ITAJOBÍ	15.007
MARAPUAMA	2.536
NOVAIS	3.325
NOVO HORIZONTE	33.900
PALMARES PAULISTA	9.262
PARAÍSO	5.943
PINDORAMA	13.652
PIRANGI	10.164
SALES	5.158
SANTA ADÉLIA	14.065
TABAPUÁ	10.886
URUPÊS	12.441
TOTAL	294.075

Quadro 1 – Municípios da micro-região de Catanduva e população estimada*

* Estimativas das populações residentes, em 01.07.2006, segundo os municípios
Fonte: MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2006, on-line.

O Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva deu início às suas atividades no ano de 1987, sendo instalado nas dependências do prédio do Centro de Saúde I – Dr. José Perri, no centro da cidade. Inicialmente o serviço contava com uma equipe de profissionais bastante reduzida: médico, assistente social e psicólogo.

Os atendimentos eram realizados no próprio Centro de Saúde e, em caso de necessidade de internação hospitalar, o usuário era encaminhado à enfermaria de moléstias infecto-contagiosas do Hospital Escola Emílio Carlos – Faculdade de Medicina de Catanduva.

O atendimento era prestado às pessoas que procuravam o serviço espontaneamente ou eram encaminhadas por outros serviços de saúde municipais ou da região.

Devido ao aumento da demanda pelo serviço, no ano de 1989 o Programa Municipal de DST/AIDS foi transferido para as dependências do Hospital Escola Emílio Carlos, no mesmo prédio da unidade de internação das pessoas com AIDS.

Na época, muito se falava sobre AIDS, mas o medo e o preconceito imperavam. A perspectiva de vida do portador do HIV não era nada animadora, sobretudo porque não havia previsão para o uso de medicamentos específicos que controlassem a doença e tampouco de uma vacina que curasse o soropositivo eliminando o vírus de seu organismo.

O tratamento da doença era de certo modo paliativo. Restava controlar as infecções que surgiam à medida que o organismo se enfraquecia devido ao avanço da doença.

Em 1996, a rede pública de saúde iniciou a distribuição dos modernos medicamentos anti-retrovirais (ARVs), conhecidos popularmente como “coquetel”, sendo o programa catanduvense, referência para a distribuição dos mesmos na região.

Atualmente o programa tem um quadro ampliado de profissionais que desenvolvem ações de prevenção, assistência, acompanhamento e aconselhamento sobre DST/AIDS.

É importante destacar que, na cidade de Catanduva, o profissional do Serviço Social faz parte da equipe técnica do Programa Municipal de DST/AIDS desde o início das atividades em 1987, que conta hoje com duas profissionais.

3.2 A pesquisa proposta

Neste estudo, foram analisados dados quantitativos, de modo que os resultados nos fornecessem subsídios para discutir as múltiplas determinações dos aspectos sócio-demográficos resultantes da questão social e a epidemia de AIDS. Nesse sentido, buscamos apreciar o contexto histórico em que se configuram os dados analisados, de forma a contemplar a realidade vivida pelas pessoas com o vírus HIV/AIDS na região de Catanduva.

Optamos por essa linha metodológica para elucidar, a partir da observação e análise dos dados coletados, o perfil do portador do vírus HIV/AIDS da região de Catanduva com relação à ocupação, escolaridade, renda mensal, vivência de situações de discriminação ou preconceito no ambiente do trabalho e acesso a terapia ARV.

Longe de admitir um paradigma único de legitimação dos conhecimentos, concordamos que “[...] a pesquisa quantitativa não deve ser oposta à pesquisa qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementaridade mútua” (CHIZZOTTI, 2005, p. 34).

3.3 A amostragem

Após revisão de literatura pertinente ao tema, que forneceu informações para situar o contexto social, histórico, econômico e cultural em que surgiram os primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil e no mundo, analisamos o perfil epidemiológico dos portadores do vírus HIV/AIDS, usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva.

A partir do consolidado de dados do Programa, verificamos que se contabilizam 1449 casos notificados de HIV/AIDS, desde o início da epidemia (1985) até dezembro de 2005. Desse total, 1019 (70,32%) pessoas são domiciliadas em Catanduva, 288 (19,88%) nos municípios da micro-região e 142 (9,80%) em municípios de outras regiões do Estado.

A proporção acumulada aproximada entre masculino e feminino é de 2/1 e assim é dividida: 960 pessoas do sexo masculino, 453 do sexo feminino e 36 crianças sem identificação de sexo.

A faixa etária predominante não difere da distribuição nacional, sendo mais freqüente entre 25 a 49 anos (76,82%), o que corresponde a 1104 pessoas. Somam-se 36 pessoas (2,50%) menores de 13 anos; entre 13 a 24 anos temos 197 pessoas (13,60%) e entre os maiores de 50 anos, 100 pessoas (6,95%).

O modo de transmissão prevalente, entre todos os casos notificados, é o contato heterossexual (53,06%). Esta é a forma de contágio mais freqüente para ambos os sexos, destacando-se essa via de transmissão entre as mulheres com a porcentagem de 90,07%, enquanto os homens chegam à marca dos 38,75% .

Entre os menores de 13 anos predomina a transmissão perinatal, também conhecida por vertical ou da mãe para o filho, através da gestação, parto ou aleitamento materno (91,66%).

Cabe destacar que mesmo que o perfil epidemiológico não seja foco específico de nosso estudo, os dados fornecidos pelo programa não permitiram

analisar a relação entre variáveis de forma a apontar, por exemplo, entre os casos de menor escolaridade, qual a forma de contágio mais freqüente.

Segundo informações do serviço, obtidas em janeiro de 2007, no ano de 2006, 590 pessoas de diversas faixas etárias estavam em acompanhamento no Programa.

Diante das inquietações suscitadas pelos achados de Fonseca et al (2003) e Cassano, Frias e Valente (2000), com relação à informação pouco específica sobre a ocupação das pessoas com HIV/AIDS no país, decidimos verificar através do banco de dados do serviço, a existência de informações a respeito da ocupação destes 590 usuários e assim constatar se o Programa de Catanduva também vivencia tal realidade.

De acordo com a nomenclatura utilizada pelo Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva, observamos que entre as pessoas em acompanhamento, 13 constam como desempregados, 09 como autônomos, 10 como desocupados, 15 como aposentados, 134 do lar, 30 ignorados e 379 pessoas têm ocupações diversas, muitas vezes sem indicação de que tipo de trabalho é desenvolvido, como por exemplo: funcionário público.

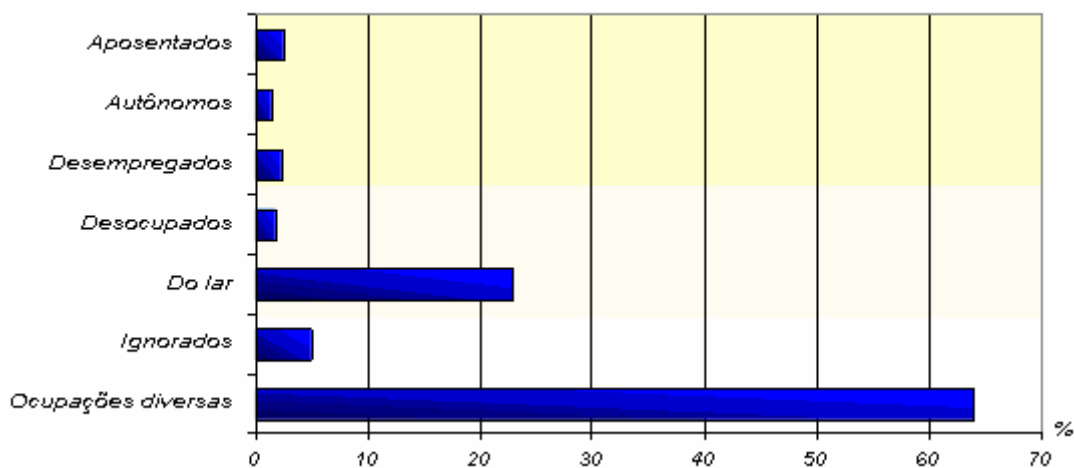


Gráfico 1 - Ocupações

Fonte: Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva

Os dados demonstram que em mais de 60% dos casos, foi referido algum tipo de ocupação. Entretanto, assim como os autores constataram em seus estudos, não existe padronização das informações, o que permite erros de classificação.

No caso dos autônomos, não há menção sobre o tipo de atividade exercida, o mesmo ocorrendo com os desempregados e aposentados. Quanto aos desocupados, não há critérios que justifiquem a classificação do usuário nesta condição.

Para fins deste estudo e diante da necessidade de informações que nos fornecessem mais do que dados de investigação epidemiológica, torna-se necessário o contato direto com os sujeitos da pesquisa.

Devido à impossibilidade de abordagem do universo total de usuários em acompanhamento pelo Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva, consideramos que a “amostra de conveniência”, conhecida também por “não-aleatória”, “intencional”, ou ainda “selecionada”, atende nossas necessidades (PEREIRA, 1995. p. 342).

Cientes de que este tipo de amostra não permite a generalização plena dos resultados para a totalidade de pacientes, nos amparamos no fato de que se “[...] a maneira de interrogar – ou examinar, se for o caso – seja a correta, os resultados informam sobre a existência ou não do problema, e mesmo conferem noção de sua magnitude e importância” (PEREIRA, 1995, p. 342).

A seguir, considerando a listagem dos 590 usuários em acompanhamento, estabelecemos os critérios para a seleção da amostra: ser portador do vírus HIV, estar em acompanhamento dos profissionais do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva nos últimos 6 meses do ano de 2006 e pertencer à faixa etária de 25 a 49 anos.

A faixa etária foi estipulada por estar relacionada a segmento de grande potencial produtivo, ao maior índice de contaminação nacional e também da região (76,82%).

Para o estabelecimento da frequência ao serviço nos últimos 6 meses como critério de participação na pesquisa, consideramos as limitações da pesquisadora em relação ao prazo para conclusão do estudo e a possibilidade de frequência do usuário ao serviço no primeiro semestre de 2007, data limite para a abordagem dos sujeitos.

Assim sendo, foram considerados faltosos aqueles que não compareceram ao serviço nos últimos 6 meses do ano de 2006.

A partir do critério faixa etária (25 a 49 anos), a listagem de 590 pessoas se reduziu a 491, sendo 291 homens e 200 mulheres.

Com relação ao critério frequência ao serviço nos últimos 6 meses, buscamos informações mais consistentes a respeito, através dos profissionais do ambulatório do Programa, conforme apresentamos a seguir.

Informação	Homens	Mulheres	Total Geral
Faltoso(a)	79	31	110
Presidiário(a)*	05	04	09
Mudou-se de endereço	18	20	38
Tratamento Particular	11	03	14
Total	113	58	171

Quadro 2 - Informações a respeito da frequência dos usuários de 25 a 49 anos ao serviço

* Termo utilizado pelos profissionais do serviço.

Fonte: - Informações dos profissionais do Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas / Hosp. Escola Emílio Carlos – Progr. Munic. DST/AIDS Catanduva (jan.2007).

As 09 pessoas que fazem parte da população carcerária ou presidiários, conforme termo utilizado pelos funcionários do programa, não foram consideradas prováveis participantes do estudo, devido à rara frequência ao serviço.

Embora seja garantido o tratamento dessas pessoas, o seu comparecimento ao serviço é restrito às datas em que é necessária a consulta médica ou a realização de exames. Os medicamentos ARVs, retirados mensalmente para o controle da doença, são entregues aos funcionários da cadeia municipal.

A informação sobre as 38 pessoas que mudaram de endereço foram obtidas a partir das várias tentativas dos profissionais do serviço em localizar tais pessoas. Foram enviadas correspondências que retornaram indicando que o destinatário havia se mudado. Visitas ao domicílio foram realizadas pelos profissionais para confirmar a informação.

Quanto às 14 pessoas em tratamento particular, são as que fazem o acompanhamento de saúde em consultórios médicos particulares e seu comparecimento ao serviço é esporádico.

Diante das informações, do total masculino de 291 pessoas, subtraímos os que têm pouca ou nenhuma possibilidade de participar da pesquisa, ou seja, 113. Do total feminino de 200 pessoas, subtraímos 58 em igual situação.

Dessa forma temos o total de 320 usuários na faixa etária determinada que freqüentam o serviço regularmente: 178 homens e 142 mulheres. Estabelecemos

então, que seriam abordados no mínimo 10% destes usuários de ambos os sexos, ou seja: 18 homens e 14 mulheres.

Foi definido que não seria feita solicitação de comparecimento das pessoas ao serviço apenas para participarem da pesquisa, mas que seriam convidados os que lá estivessem por algum motivo.

A direção do Grupo de Apoio ao Paciente com AIDS (GASA), ONG que desenvolve trabalhos junto ao portador do vírus HIV/AIDS em Catanduva, permitiu que a pesquisadora utilizasse o espaço físico da instituição para a realização da pesquisa junto às pessoas assistidas no local, uma vez que também são usuárias do Programa. A assistente social da instituição também participou ativamente da abordagem aos usuários.

3.4 A escolha do instrumental

Considerando o objetivo da pesquisa e a necessidade de informações claras para a análise, optamos pela escolha de um instrumental que possibilitasse a “interlocução planejada” com os sujeitos da pesquisa: o questionário, composto por questões objetivas.

O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre assunto que os informantes saibam opinar ou informar (CHIZZOTTI, 2005, p. 55).

A aplicação do questionário foi feita pela pesquisadora e profissionais do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva e do GASA: psicóloga e assistente social.

Segundo Minayo (1994a, p. 14), o “objeto de estudo das Ciências Sociais possui consciência histórica”, assim, as questões propostas no questionário (apêndice) têm como objetivo oferecer subsídios para reflexões sobre o portador do vírus HIV/AIDS, com relação às seguintes variáveis: inserção no mundo do trabalho, sexo, idade, local de nascimento e moradia, escolaridade, profissão, fonte de renda, tempo de conhecimento da sorologia positiva para o vírus HIV, uso de medicações ARV, afastamentos do trabalho para tratamentos de saúde e vivência de situações de discriminação em decorrência da doença no ambiente de trabalho.

3.5 Aspectos éticos: Recrutamento dos Participantes

A participação voluntária no estudo não ofereceu riscos para os entrevistados ou pesquisadores.

Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como foram esclarecidas as dúvidas sobre seus itens e garantido o anonimato.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de História, Direito e Serviço Social/UNESP - Campus de Franca/São Paulo (**anexo...**)

Entre os usuários convidados a participar da pesquisa, 14 se recusaram, sendo 11 homens e 03 mulheres.

Nenhum participante solicitou que a coleta de dados fosse interrompida.

Entre as pessoas abordadas, nenhuma delas fazia parte do grupo considerado com dificuldades ou impossibilidades para participar.

3.6 A coleta de dados: tabulação e análise dos Resultados

A aplicação dos questionários ocorreu entre os meses de março a junho de 2007.

Conforme estabelecido, buscamos abordar o mínimo de 10% de usuários de ambos os sexos, em acompanhamento no serviço, para responder o questionário. Entre homens e mulheres, o índice de participação ultrapassou esse percentual.

Totalizamos entre os homens 28 participações, ou seja, foram atingidos 16% dos prováveis participantes (178). Entre as mulheres, 17 pessoas participaram, o que corresponde a 12% do total de 142.

As respostas foram analisadas “estabelecendo-se a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos” (MINAYO, 1994b, p. 24).

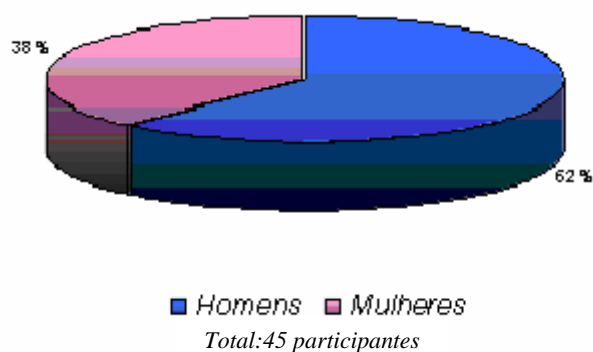


Gráfico 2 - Entrevistados

Verifica-se que, entre os participantes, os homens predominam na razão aproximada de 1,7 (homens) para cada mulher. Por esse motivo a análise pretende contemplar as particularidades de homens e mulheres.

O questionário apresenta 20 questões e, como dito anteriormente, foram aplicados pela pesquisadora com a colaboração dos técnicos do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva e do GASA.

Preferimos assim fazê-lo de modo a garantir a participação das pessoas com dificuldades de leitura e escrita decorrentes da baixa escolaridade, e também de condições de saúde.

As respostas relativas ao questionário foram tabuladas manualmente.

3.7 Os portadores do vírus HIV/AIDS usuários do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva

Em função dos conteúdos ou temas abordados no questionário, optamos por agrupar e organizar as respostas de modo que contemplassem o perfil sócio-demográfico, a inserção no mundo do trabalho, a discriminação porventura vivenciada nesse ambiente devido à doença e a percepção das condições de saúde.

Tecemos comentários pertinentes, tendo em vista esses resultados, incluindo o diálogo com outros autores e nossas próprias reflexões.

3.7.1 O perfil sócio-demográfico

3.7.1.1 Faixa Etária

O olhar atento sobre a faixa etária dos 45 participantes, revelou que entre as mulheres, destacam-se as de 30 a 34 anos, representando 47% do total feminino. A seguir, com 23%, temos a faixa etária de 35 a 39 anos, seguido das participantes de 45 a 49 anos com 18% e de 40 a 44 anos com 12%. Entre as mulheres, não havia participantes com menos de 30 anos.

Entre os homens, verifica-se que a maioria tem mais de 35 anos, destacando-se a faixa etária de 45 a 49 anos com um índice de 32%. O segundo grupo etário mais significativo em nossa amostra, é o de 35 a 39 anos com 29%; seguido pelo grupo de 40 a 44 anos com 25%; de 30 a 34 anos, com 11% e de 25 a 29 anos com 3%.

Observa-se que a faixa etária mais jovem, 25 a 29 anos é a de menor pontuação entre homens e também mulheres.

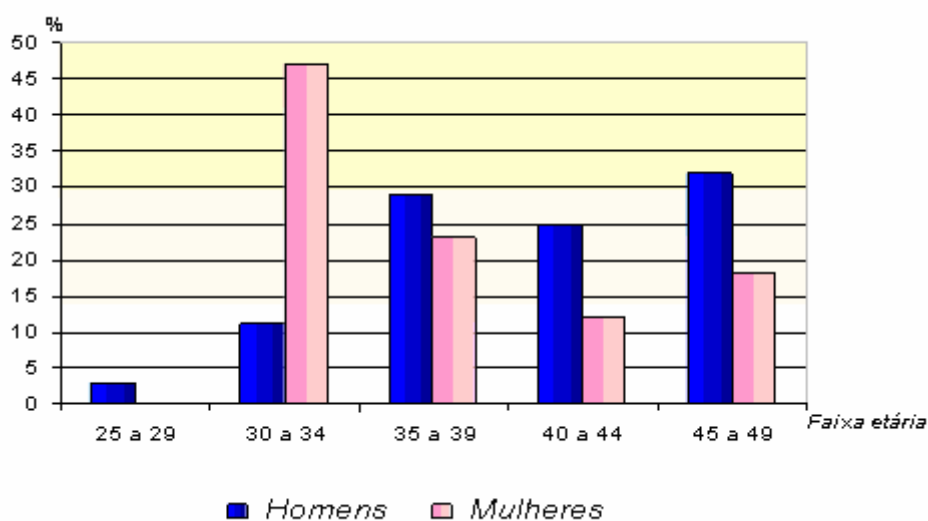


Gráfico 3 – Faixa etária

A hipótese de juvenilização da doença no Brasil, conforme termo utilizado por Santos et al (2002, p. 300), não pode ser confirmada a partir dos casos de HIV/AIDS da região de Catanduva participantes deste estudo, principalmente entre os homens.

O mesmo foi constatado pela referida autora, em relação aos casos diagnosticados no estado de São Paulo, de 1980 a 1998. No estudo citado, a

faixa etária dos 30 aos 39 anos apresenta os maiores coeficientes de incidência entre os homens do período estudado, destacando-se também o aumento dos casos nas faixas etárias de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

Entre as mulheres, observa-se situação semelhante, destacando-se o crescimento dos coeficientes de incidência na faixa etária de 30 a 39 anos, de 22,42 casos por 100.000 mulheres em 1994 para 46,99 em 1998 (SANTOS, 2002, p. 300).

Ao relacionarmos os dados, percebe-se que a faixa etária das mulheres é inferior à dos homens, corroborando com os achados sobre as regras de pareamento citadas por Bastos e Szwarcwald (2000, p. 70).

3.7.1.2 Naturalidade e local de moradia atual

Um grande número de trabalhadores rurais migra de outras regiões do país e permanece na região de Catanduva no período de safra da cana-de-açúcar (de 7 a 8 meses ao ano). Tal realidade instiga o questionamento quanto à relação entre migração do trabalhador e AIDS, principalmente se considerarmos o fato de a grande maioria desses homens deixarem suas famílias nas cidades de origem, para se instalarem em alojamentos conjuntos, geralmente em condições precárias.

No entanto, os dados coletados demonstram que quanto à naturalidade, 86% dos homens e 65% das mulheres, nasceram na cidade de Catanduva e região. Nasceram em outras regiões do estado de São Paulo 14% dos homens e 29% das mulheres. Apenas um participante do sexo feminino é natural de outro estado, o que corresponde a 6% da amostra feminina.

Conclui-se então, que a maioria dos participantes do estudo tem sua origem na região de Catanduva.

Diante de tal constatação, não se pode afirmar que a migração de pessoas de outras regiões do país, provocadas pela busca ao trabalho sazonal na cana-de-açúcar, seja um fator preponderante na transmissão do vírus HIV nesta localidade. Embora formas de deslocamento social como as que ocorrem na região, possam contribuir para o aumento do risco de infecção pelo HIV, como constatou Parker e Camargo Júnior (2000).

Quanto ao local de residência atual dos participantes, 68% dos homens e 59% das mulheres residem na cidade de Catanduva. Na região, residem 28% dos

homens e 41% das mulheres. Apenas um participante do sexo masculino mora em outra região do Estado.

Com relação aos bairros de moradia, observa-se que 94% das mulheres residentes em Catanduva e região moram em bairros localizados na periferia das cidades. Situação semelhante foi constatada entre os homens: 64% residem em bairros periféricos de Catanduva e região, 32% em bairros centrais e 4%, o que corresponde a um usuário, residem na capital do Estado.

Os bairros periféricos, geralmente mais distantes de recursos de saúde, educação, saneamento básico e também de postos de trabalho, se constitui nos locais de moradia da maioria dos participantes.

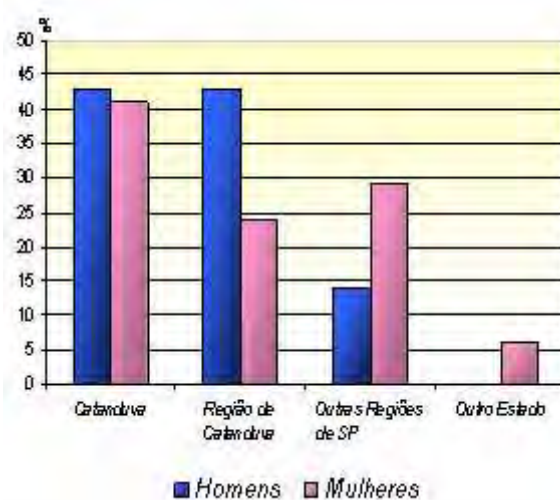


Gráfico 4 – Origem

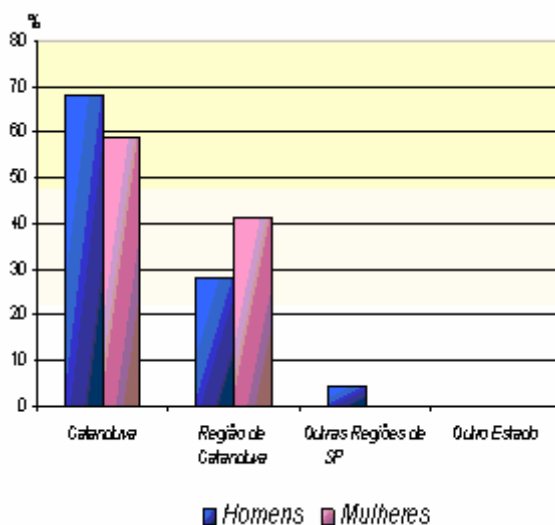


Gráfico 5 – Residência atual

3.7.1.3 Escolaridade

Como indicador considerado “estável” ao longo da vida, conforme termo utilizado por Fonseca et al (2003, p. 679), a escolaridade ligada à qualificação profissional é fator importante para a inserção no mercado de trabalho e para a determinação dos níveis salariais, principalmente com a competitividade inerente ao modelo capitalista.

Estudos epidemiológicos utilizam a variável escolaridade para relacioná-la ao nível sócio-econômico dos indivíduos e seus impactos sobre a saúde. A escolaridade expressa ainda um indicador do nível de conhecimento e de acesso à informação, e é preservada até mesmo na presença de problemas de saúde que têm lugar na idade adulta.

Em nossa amostra, observa-se que os homens apresentam percentuais de escolaridade maiores ou iguais às mulheres em todos os níveis, exceto no ciclo 2 do ensino fundamental, o que demonstra a desvantagem feminina nesse aspecto.

Situação semelhante foi apontada por Santos et al (2002, p. 303), em relação às mulheres com HIV/AIDS no Estado de São Paulo e por Fonseca, Bastos e Szwarcwald (2002, p. 680), em relação ao Brasil, com destaque para a relação entre menor escolaridade, multiplicidade de parceiros sexuais e uso de drogas injetáveis.

Nota-se ainda em nosso estudo, que entre os homens há mais analfabetos do que entre as mulheres (7% e 6% respectivamente), embora a diferença encontrada seja de apenas 1%.

Pequena diferença sobre o índice de analfabetismo também foi verificada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2005, que aponta taxa de 10,5% de analfabetismo entre os homens e 9,9% entre as mulheres com 10 anos ou mais de idade (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2005b, on-line).

Apenas os homens pontuaram, embora timidamente, com relação aos cursos superiores completos e incompletos, e também no ensino médio completo.

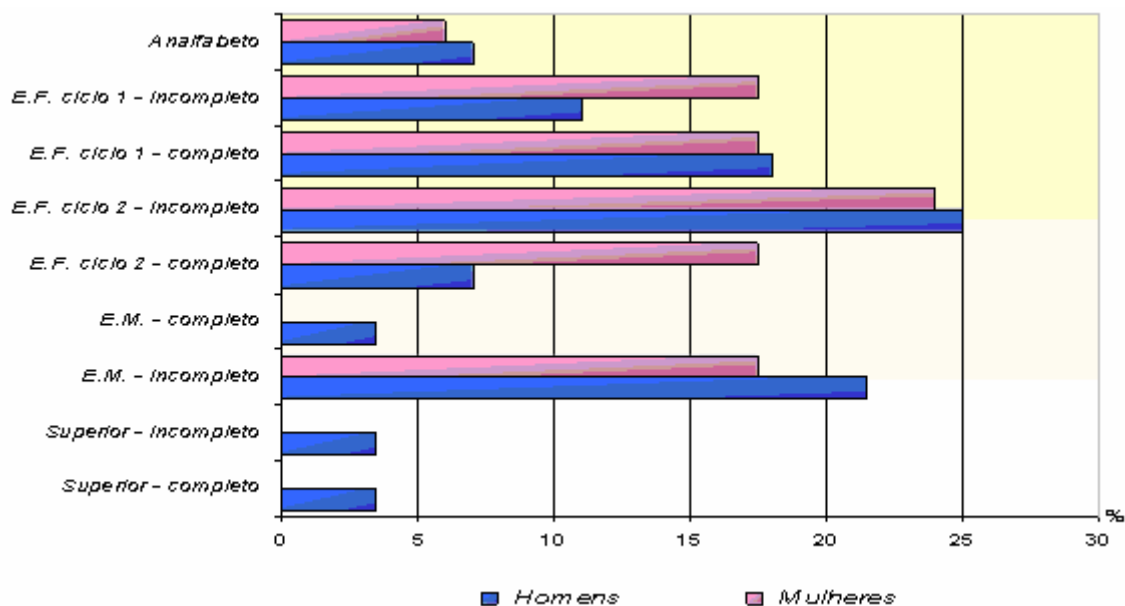


Gráfico 6 - Escolaridade

Entre as mulheres, 12%, o que corresponde a duas pessoas, estudam ou fazem algum tipo de curso atualmente. Uma delas frequenta curso de informática e a outra faz tele-curso do ensino fundamental – ciclo 2.

Entre os homens, 11% cursam atualmente: graduação em ciências contábeis, curso técnico em mecânica e supletivo do ensino fundamental – ciclo 2.

Ainda que não possamos afirmar ou relacionar tal achado à necessidade de inserção no mercado de trabalho, ou à busca de melhores rendimentos, ou simplesmente à aquisição de novos conhecimentos, os dados demonstram que alguma razão move os participantes a investirem suas energias na melhora do nível de escolaridade.

Cabe destacar que muitas conquistas são possíveis graças à terapia ARV, que trouxe aos portadores do vírus HIV/AIDS a possibilidade de viver cada vez mais, desenvolver projetos de vida ou trilhar novos caminhos.

3.7.2 Diagnóstico e tratamento: as condições de saúde na visão do sujeito

Nessa parte da análise, agrupamos questões que abordam o tempo de conhecimento do diagnóstico da síndrome, o desenvolvimento de doenças oportunistas em decorrência da AIDS e a utilização dos medicamentos ARVs.

As questões que enfocam tais assuntos contemplam alguns aspectos subjetivos do portador do vírus HIV, no sentido da compreensão da doença e do uso e percepção dos efeitos da medicação utilizada no tratamento.

Os participantes que responderam positivamente à utilização de ARVs, foram questionados a respeito da percepção de melhora nas condições físicas após início do tratamento.

3.7.2.1 Tempo de Diagnóstico do vírus HIV/AIDS

No Gráfico 7 observa-se, em anos, o tempo que os participantes têm conhecimento sobre o diagnóstico do vírus HIV/AIDS.

É salutar pontuar que o esclarecimento do diagnóstico é feito em momentos diferentes para cada pessoa, em relação ao histórico do desenvolvimento da doença. Algumas pessoas realizam o exame anti-HIV, para detectar a presença do vírus no organismo, antes de apresentar qualquer sintoma da doença, enquanto outras pessoas realizam o teste porque apresentaram algum agravo de saúde relacionado à AIDS.

Os dados demonstram que a maioria dos entrevistados teve conhecimento da sorologia positiva para o vírus HIV, no período compreendido entre 6 e 10 anos atrás, sendo 29% dos homens e 41% das mulheres.

Entre as mulheres destacam-se a seguir, 35% dos diagnósticos realizados há até 2 anos, repetindo-se a porcentagem de 12% nos diagnósticos realizados entre 3 a 5 anos e acima de 10 anos.

Os homens participantes do estudo apresentam como segundo período de diagnóstico mais comum, após os 29% compreendidos na faixa de 6 a 10 anos, a porcentagem de 25% com diagnóstico realizado há mais de 10 anos e 21% nos períodos de 3 a 5 anos e menores de 2 anos. Entre os participantes, 4% não souberam responder à questão.

Conforme estudos sobre o aumento de sobrevivência dos portadores do vírus HIV/AIDS, esse tempo tem aumentado substancialmente em comparação com os casos iniciais – de 5,1 meses para casos diagnosticados entre os anos de 1982 e 1989 para 58 meses em casos diagnosticados em 1996. (BRASIL, 2004b, p. 87).

Observa-se através dos dados coletados, que o tempo de diagnóstico de 41% das mulheres ultrapassa os 58 meses de sobrevida estimados para diagnósticos realizados em 1996, uma vez que 6 anos já totalizam 72 meses.

A população masculina com o percentual de 25% dos casos, com mais de 10 anos de diagnóstico também se destaca, pois são pelo menos 120 meses de sobrevida.

A análise dos dados sugere que além do tempo de sobrevida estar relacionado ao tratamento, o diagnóstico pode estar sendo feito precocemente, o que não ocorria no início da epidemia devido ao desconhecimento da própria doença e seus sintomas, o medo, o preconceito, o despreparo dos profissionais de saúde dentre outros fatores.

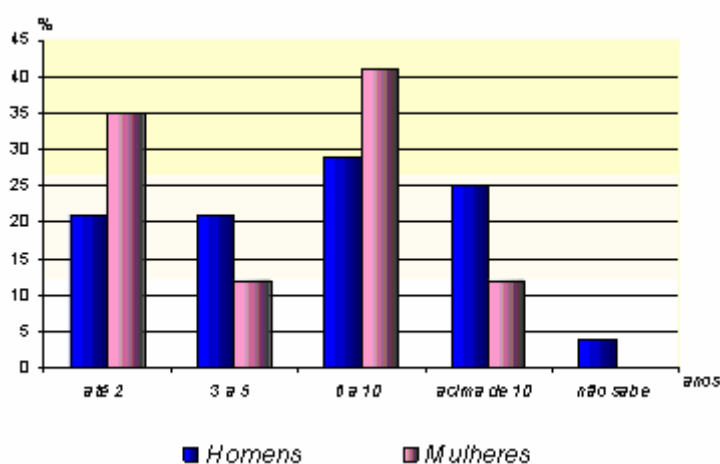


Gráfico 7 – Tempo de diagnóstico de HIV

3.7.2.2 Percepção do desenvolvimento da doença

Os agravos à saúde decorrentes do avanço da doença, desestabilizam o sistema imunológico do portador do vírus HIV e o tornam vulnerável a várias doenças.

Certamente não é tarefa fácil para a pessoa portadora do vírus HIV perceber-se suscetível à ação da doença. Para muitos um exame com sorologia positiva para o HIV, transforma-se num “atestado de óbito” antecipado.

Por mais assustador que o diagnóstico possa parecer, ele passa a se tornar concreto quando é sentido no próprio corpo, quando a doença passa a deixar suas marcas: visíveis às outras pessoas ou apenas sentidas internamente pelo indivíduo.

Temos conhecimento através da vivência pessoal e profissional, que muitas vezes o soropositivo tem dificuldades de relacionar as doenças que surgem em decorrência do avanço da doença, à própria AIDS.

A diversidade de agravos à saúde que a doença pode acarretar, aliadas ao desconhecimento e muitas vezes à negação, pode contribuir para tal dificuldade.

Para analisar a percepção dos sujeitos sobre o desenvolvimento da doença, foi proposta uma questão a respeito, e a partir das respostas, verificou-se que o desenvolvimento de doenças relacionadas à AIDS foi citado por 61% dos homens (Gráfico 8) e 53% das mulheres participantes (Gráfico 9).

Embora os números apresentados sejam significativos do ponto de vista quantitativo, os muitos significados existentes no contexto da AIDS, justificam a necessidade de investigação mais aprofundada sobre a questão no campo das representações sociais.

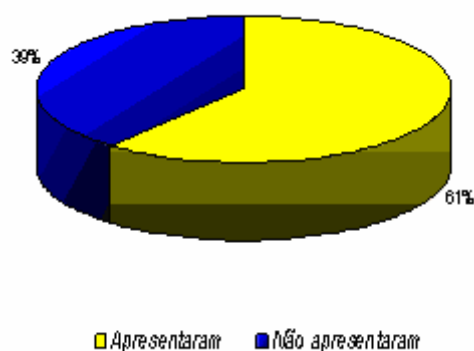


Gráfico 8 - Doenças relacionadas à AIDS: percepção dos homens

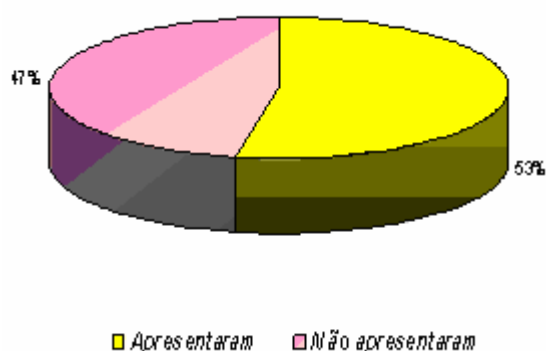


Gráfico 9 - Doenças relacionadas à AIDS: percepção das mulheres

3.7.2.3 A utilização da terapia Anti-retroviral

A utilização dos medicamentos ARVs é citada em vários estudos como um dos fatores que contribuíram significativamente para o aumento de sobrevivência dos portadores do vírus HIV/AIDS.

Os usuários em acompanhamento no Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva têm acesso gratuito aos medicamentos ARVs, quando indicado pelo médico assistente. A distribuição é feita no próprio ambulatório do Programa que é uma das 480 unidades dispensadoras de ARVs do país (BRASIL, 2004).

Entre os sujeitos, 73% referiram a utilização dos medicamentos. Entre os homens o percentual é de 71% e entre as mulheres, 76%, valores significativos do ponto de vista quantitativo.

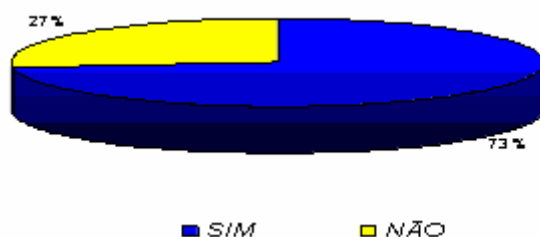


Gráfico 10 – Pacientes usuários de ARV

• 45 entrevistados: 28 homens e 17 mulheres

3.7.2.4 Tempo de utilização dos ARVs

É importante destacar que a terapia ARV não é realizada pelo total de sujeitos, mas por 73% deles.

Quanto ao tempo de uso dos medicamentos ARVs, observa-se que os tratamentos iniciados entre 6 a 10 anos atrás são os mais frequentes para 40% dos homens e 38% das mulheres.

O segundo período que se destaca entre as mulheres é o do tratamento iniciado há até 2 anos, com resposta de 38% das participantes. A seguir verifica-se que 16% dos casos iniciaram tratamento de 3 a 5 anos atrás e 8% acima de 10 anos.

Entre os homens, após o período de 6 a 10 anos (40%), destacam-se os tratamentos iniciados entre 3 a 5 anos, com 25% e, há até 2 anos, com 15% das respostas. O total de 5% dos homens não souberam dizer há quanto tempo iniciaram a terapia ARV.

Não se pode negar que a continuidade do tratamento ARV esteja vinculada ao vencimento de várias dificuldades como a grande quantidade de pílulas a ser ingerida – questão apontada por Szwarcwald, et al(2004, p.88), a necessidade de uma alimentação adequada e a disciplina com relação aos horários de tomada das pílulas. Ainda assim, entretanto, observa-se que os participantes têm conseguido manter os tratamentos por um período significativo de tempo, o que se reflete na sobrevivência desta população.

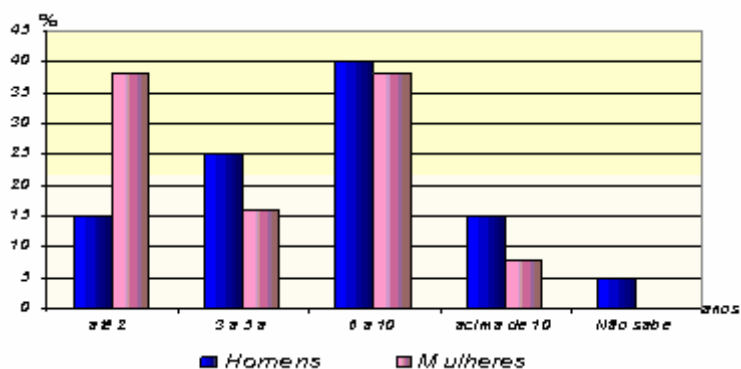


Gráfico 11 – Tempo de uso de ARVs (em anos)
 Obs.: Cálculos sobre 20 homens e 13 mulheres usuários de ARVs

3.7.2.5 Percepção do estado de saúde após uso dos ARVs

Além do tempo de conhecimento do diagnóstico e tratamento, questionamos os participantes que utilizam a terapia ARV, sobre a percepção de melhora das condições físicas a partir do início do tratamento ARV.

Cabe destacar que a percepção é algo subjetivo, mas que consideramos importante, diante de uma epidemia que trás consigo um histórico de medos e incertezas, tanto por parte das pessoas em relação ao portador e à doença, quanto do próprio portador em relação ao vírus HIV.

De acordo com as informações coletadas junto aos participantes, a maioria referiu a percepção de alguma melhora após início do tratamento, destacando-se que um maior número de homens do que mulheres apontam tal situação.

Entre os homens que utilizam os medicamentos, 75% consideram que melhoraram a saúde física, enquanto 61,5% das mulheres referem a mesma percepção. Apenas 5% dos homens consideram que não melhoraram, enquanto entre as mulheres, 23% não perceberam melhora.

Do total de participantes, 20% de homens e 15,5% das mulheres não souberam responder se houve alteração do estado de saúde após início do tratamento.

Os participantes que não souberam avaliar se houve melhora ou não do estado de saúde, justificaram a resposta pelo fato de iniciarem o tratamento sem nunca ter desenvolvido nenhuma doença oportunista, sendo possível então manter as mesmas condições de saúde anteriores ao diagnóstico. Nesses casos, o tratamento pode ter sido indicado antes de se instalar um agravo de saúde relacionado à AIDS.

Desta forma, podemos considerar a possibilidade de que o medicamento possa estar retardando ou impedindo o avanço da doença, contendo a multiplicação do vírus HIV no organismo dessas pessoas.

Em termos simples, os medicamentos auxiliam as pessoas a satisfazerem uma de suas necessidades humanas básicas: a saúde física; entendida por Pereira (2006, p.83), como uma conotação que supera a sobrevivência devido a todos os fatores que a envolvem.

Apresentamos abaixo a percepção dos participantes sobre o impacto da terapia ARV na saúde.

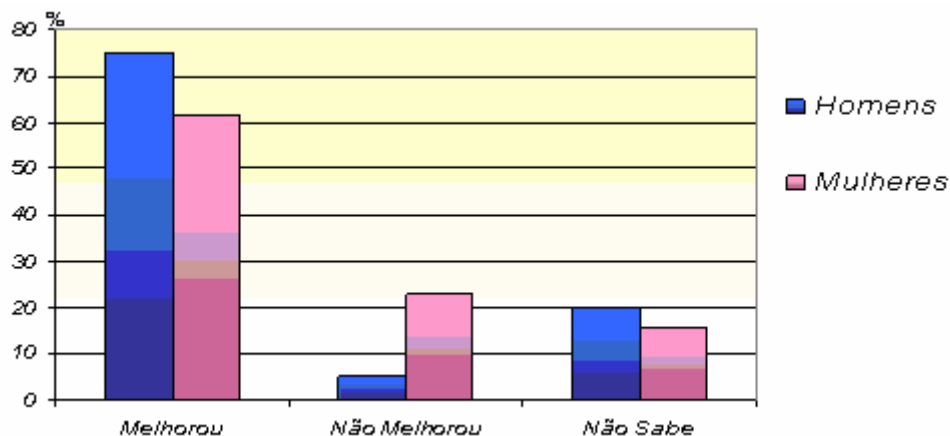


Gráfico 12 – Percepção das condições físicas com tratamento ARV
Cálculos feitos sobre 20 homens e 13 mulheres, usuários de ARVs

No gráfico seguinte, estão representadas as considerações dos participantes com relação às condições para desempenhar o mesmo tipo de trabalho que desenvolviam até o momento do diagnóstico.

Para fins de confirmação da percepção dos participantes sobre sua condição física é necessário o auxílio da equipe médica do serviço. Contudo, nosso enfoque nessa questão é simplesmente a percepção dos sujeitos, ainda que não seja confrontada com evidências clínicas ou laboratoriais.

De acordo com as respostas, 50% dos homens e 47% das mulheres têm as mesmas condições físicas para realizar o trabalho que desenvolviam na época do diagnóstico do HIV/AIDS. Esse percentual praticamente se repete em relação aos que consideram não ter as mesmas condições, ou seja: 46% dos homens e 47% das mulheres. O restante, 4% dos homens e 6% das mulheres não souberam responder a esta questão.

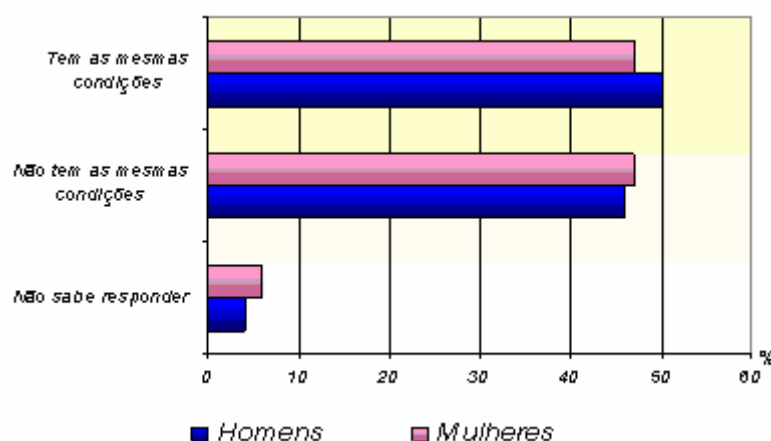


Gráfico 13 – Condições para o trabalho X HIV/AIDS

3.7.3 Mundo do Trabalho

Nas questões relacionadas ao trabalho, procuramos investigar, além das ocupações mais atingidas, a existência do trabalho formal, o trabalho enquanto fonte de subsistência, outras fontes de renda além do trabalho, valores dos rendimentos mensais e afastamentos para tratamento de saúde.

A vivência de situações de discriminação ou preconceito no ambiente de trabalho também foi investigada.

É importante esclarecer que a importância do trabalho na vida do homem, tanto objetivamente como subjetivamente, nos remeteu a esses questionamentos.

Entendemos que o trabalho na sociedade capitalista e nos marcos da reestruturação produtiva torna-se cada vez mais escravizante, exigindo dos trabalhadores novas competências ao mesmo tempo em que se precarizam as relações de trabalho, achatam-se os salários e limitam-se ou negam-se os direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Nessa sociedade, a sobrevivência dos trabalhadores e de suas famílias está atrelada à venda da força de trabalho. Trabalho que se tornou mercadoria, mas que continua sendo uma forma de garantir elementos básicos como alimentação e habitação.

A população estudada, embora seja portadora de uma doença ainda sem cura, no mundo do trabalho está supostamente em igualdade de condições com outros trabalhadores. O fato da existência do HIV no organismo, por si só não impede que o indivíduo tenha uma vida normal, convivendo, trabalhando e enfrentando suas próprias dificuldades.

Enfim, vários estudos sobre os indicadores sócio-econômicos das pessoas com HIV/AIDS apontam condições desfavoráveis a esse respeito, o que suscitou o interesse em investigar algumas variáveis que possam sugerir o perfil desta população na região de Catanduva.

3.7.3.1 Ocupações²² dos sujeitos

Conforme colocado anteriormente, a ocupação das pessoas com o vírus HIV/AIDS vem sendo investigada nos estudos epidemiológicos. Vários autores apontam as relações das ocupações com as classes sociais no sentido de que estas, com sua gama de desigualdades, podem contribuir para a maior vulnerabilidade das pessoas ao HIV/AIDS (CASSANO; FRIAS; VALENTE et al, 2000 p. 54; FONSECA et al, 2003, p. 1352; GRANGEIRO, 1994, p. 103).

[...] As ocupações guardam relação direta com as classes sociais, as quais, por sua vez, determinam hábitos, costumes e comportamentos, possibilitando que a expressão da morbidade esteja dentro do contexto social e ambiental da ocupação. (CASSANO; FRIAS; VALENTE, 2000, p. 54).

Entretanto, considerando a dinâmica do mundo moderno, a ocupação, assim como a renda, pode ser mudada por vários motivos no decorrer da vida das pessoas, inclusive pelas próprias condições de saúde.

Grangeiro (1994, p.102), a partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica, analisou a distribuição dos casos da doença na cidade de São Paulo de 1980 a 1990 em sete grandes grupos ocupacionais e observou que “o estrato de ocupações técnico-científicas é a que proporcionalmente aglutina o maior número de casos (20,2%)”.

O mesmo estudo demonstra que nos anos de 1986 e 1990, as ocupações em produções industriais e transportes foram as mais referidas, enquanto as ocupações técnico-científicas diminuíram proporcionalmente sua participação entre o total de casos notificados ano a ano. Já as ocupações em produções industriais e serviços gerais “aumentaram gradativamente sua significância, 17,6% e 5,6%, respectivamente” (GRANGEIRO, 1994, p. 103).

Cassano, Frias e Valente (2000, p. 57) fizeram classificação da ocupação dos casos de AIDS notificados no Brasil no ano de 1995 a partir da compatibilização das classificações de ocupações do SINAN, com um total de 3.564 ocupações, e do IBGE com 8.300 ocupações. Os autores demonstraram a incidência da doença nos 9 grandes grupos ocupacionais definidos pelo IBGE, destacando-se:

²² Conceito do termo Ocupação utilizado no PNAD: Definiu-se ocupação como sendo o cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa.

[...] no Brasil, o grande grupo das ocupações Técnicas, Científicas, Artísticas e Assemelhadas apresenta elevadas incidências nos Cientistas Sociais (176,1), nos Escritores e Jornalistas (114,3), nos Químicos, Farmacêuticos, Físicos e Especialistas Assemelhados (111,9), nos Auxiliares da Medicina e Odontologia (113,4), nos Professores (87,3) e nos Artistas e Ocupações Afins e Auxiliares (74,7). No subgrupo de outras ocupações encontra-se também valor bem elevado (160,6). (CASSANO; FRIAS; VALENTE, 2000, p. 57).

Fonseca et al (2003, p. 1352) também realizaram um estudo sobre as ocupações dos casos de AIDS notificados pelo SINAN, sendo incluídos os casos de 20 a 49 anos de idade, por corresponderem “aos adultos em idade produtiva”, com diagnóstico entre 1987 e 1998. Os autores também apontam as dificuldades com relação à classificação das ocupações, tendo elaborado abordagens distintas para a classificação dos casos.

Parece-nos muito interessante tal estudo, pois classifica as ocupações em manual e não-manual a partir de uma dicotomia setorial (setor primário, tipicamente rural, setor secundário e terciário, tipicamente urbanos) considerando também para o estudo, o “valor que a opinião pública atribui a cada ocupação (prestígio)”, as exigências educacionais, e o valor no mercado de trabalho de cada ocupação (FONSECA et al, 2003, p. 1354).

Para a classificação das ocupações entre manuais e não-manuais, os autores utilizaram abordagens distintas e várias classificações²³ definidas a partir da agregação de códigos de ocupação do IBGE conforme apresentamos a seguir:

- Não-manual: proprietários rurais; profissionais liberais “clássicos” (tais como advogados, médicos e engenheiros); outros profissionais universitários (como enfermeiros, psicólogos e analistas de sistemas); empregadores; empresários por conta própria; dirigentes (como diretores); ocupações técnicas e artísticas (professores, práticos de enfermagem e dançarinos); ocupações não-manuais

²³ A ocupação do caso no SINAN/AIDS é codificada de acordo com a lista de ocupações da *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do Ministério do Trabalho. Para a análise das ocupações dos casos, procedeu-se à conversão das ocupações da CBO para a *Classificação de Ocupações* do IBGE. A primeira abordagem se baseia no valor que a opinião pública atribui a cada ocupação (prestígio); outra se baseia nas exigências educacionais e valor no mercado de trabalho de cada ocupação. Com relação à última, a categoria ocupacional é uma medida da condição econômica atual. Na primeira, utilizou-se uma adaptação dos autores à classificação de ocupações desenvolvida por N. V. Silva (*Mudanças Sociais e Estratificação no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. 2002), com objetivo de analisar as desigualdades e a mobilidade social no país. Esta classificação tem como referência os dados sobre ocupação dos indivíduos disponíveis na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) (FONSECA et al. 2003, p. 1352).

de rotina (como auxiliares administrativos, secretários e comerciários); supervisores do trabalho manual (como inspetores gerais e encarregados de obras);

- Manual: trabalhadores rurais; trabalhadores da indústria moderna (como técnicos gráficos e encadernadores e da indústria eletrônica); trabalhadores da indústria tradicional (como pedreiros, carpinteiros e costureiros); trabalhadores no comércio ambulante (como feirantes e vendedores ambulantes); trabalhadores nos serviços pessoais (como cabeleireiros, cozinheiros e manicures); trabalhadores nos serviços gerais (como faxineiros, seguranças e motoristas); trabalhadores nos serviços domésticos (como empregadas domésticas e babás).

Neste estudo, diferentemente de todos os outros consultados, Fonseca et al (2003, p. 1354) analisaram os casos considerados não-ocupados: os desempregados, estudantes, afazeres domésticos, aposentados e ou pensionistas. Os autores observaram o aumento dos casos entre todas as categorias, sendo que os “estudantes” e “aposentados/pensionistas” apresentaram as maiores taxas de incidência em quase todos os períodos analisados destacando-se o grupo dos desempregados de 1991 a 1996. “Enquanto para os ocupados manteve-se a tendência de crescimento de 8,6% ao ano, no período 1991-1996, os não-ocupados apresentaram incremento bem maior, de 18,9%, entre 1991 e 1995.” (FONSECA et al, 2003, p. 1354).

Em nosso estudo, na tentativa de apontar o perfil dos sujeitos em relação ao tipo de ocupação habitualmente desenvolvida, não excluimos ou diferenciamos os casos desempregados, aposentados ou pensionistas, considerando todas as pessoas, dentro e fora do mercado de trabalho.

Ocupação	Quantidade	%
<i>Pedreiro/Servente</i>	6	22
<i>Auxiliar de Serviços Gerais</i>	6	22
<i>Lavrador/trabalhador rural</i>	3	10,5
<i>Motorista</i>	2	7
<i>Operador de Máquinas Industriais</i>	1	3,5
<i>Técnico Agrícola</i>	1	3,5
<i>Auxiliar de Cozedor</i>	1	3,5
<i>Policia Militar</i>	1	3,5
<i>Carpinteiro</i>	1	3,5
<i>Funileiro de Autos</i>	1	3,5
<i>Corretor de Imóveis</i>	1	3,5
<i>Vendedor Ambulante</i>	1	3,5
<i>Sorveteiro</i>	1	3,5
<i>Coletor de Lixo</i>	1	3,5
<i>Do Lar</i>	1	3,5
TOTAL	28	100

Quadro 3 – Ocupação desenvolvida pelos homens

Ocupação	Quantidade	%
<i>Do Lar – afazeres domésticos</i>	5	29
<i>Empregada Doméstica</i>	4	24
<i>Auxiliar de Serviços Gerais</i>	3	17
<i>Embaladeira de frutas</i>	2	12
<i>Moto taxista</i>	1	6
<i>Técnico em enfermagem</i>	1	6
<i>Garçonete</i>	1	6
TOTAL	17	100

Quadro 4 – Ocupação desenvolvida pelas mulheres

Observa-se que, entre os homens, os pedreiros/serventes, trabalhadores da construção civil e os auxiliares de serviços gerais, pontuam igualmente 22%, seguidos pelos lavradores/trabalhadores rurais com 10,5%. Os motoristas aparecem a seguir com 7% de casos. Surgem com apenas 3,5% dos casos as seguintes ocupações: operador de máquinas, Técnico Agrícola, Auxiliar de Cozedor, Militar, Carpinteiro, Funileiro de Autos, Corretor de imóveis, Vendedor Ambulante, Sorveteiro, Coletor de Lixo e do Lar.

Cabe ressaltar que entre os lavradores/trabalhadores rurais, apenas 3,5% trabalham na lavoura da cana-de-açúcar, entretanto somando-se às ocupações:

auxiliar de cozedor e técnico agrícola, temos 10,5% de trabalhadores na cana-de-açúcar entre os homens.

Entre as mulheres destacam-se as do lar ou afazeres domésticos, com 29% do total de casos analisados. As pessoas que têm esse tipo de ocupação são consideradas pessoas não economicamente ativas²⁴ pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2001).

Em seguida observa-se que as empregadas domésticas somam 24%. As auxiliares de serviços gerais, que desenvolvem trabalhos relacionados à limpeza de escritórios e empresas, pontuam 17% e as embaladeiras de frutas, 12%. Com a mesma pontuação, 6%, temos moto-taxista, técnica em enfermagem e garçonete.

Não houve por parte dos participantes a referência da ocupação estudante²⁵.

Com o objetivo de comparar a distribuição das ocupações com os achados de Fonseca et al (2003, p. 1353), procedemos a classificação conforme proposta pelos autores: ocupações manuais e não-manuais.

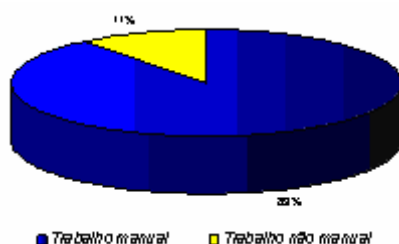


Gráfico 14 – Classificação das ocupações masculinas

²⁴ Segundo os conceitos e definições da PNAD, foram definidas como não economicamente ativas as pessoas que não foram classificadas como ocupadas nem desocupadas no período de referência da pesquisa. Foram classificadas como ocupadas as pessoas que tinham trabalho durante todo ou parte do período. Incluíram-se, ainda, como ocupadas as pessoas que não exerceram o trabalho remunerado que tinham no período especificado por motivo de férias, licença, greve, etc. Foram classificadas como desocupadas as pessoas sem trabalho que tomaram alguma providência efetiva de procurar trabalho no período de referência.

²⁵ É considerada estudante a pessoa que frequenta curso regular (do ensino fundamental, ensino médio, primeiro grau, segundo grau ou superior de graduação), de mestrado ou doutorado, pré-escolar, de alfabetização de adultos, supletivo ministrado em escola ou pré-vestibular. A pessoa que frequenta somente curso de especialização profissional, de extensão cultural (idioma, costura, datilografia etc.) ou supletivo por meio de rádio, televisão ou correspondência não foi classificada como estudante (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2001).

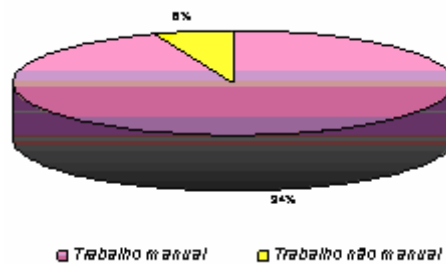


Gráfico 15 – Classificação das ocupações femininas

Conforme demonstra o gráfico, a grande maioria dos usuários de ambos os sexos, foram classificados como pertencentes à categoria de trabalhadores manuais, ou seja, 89% dos homens e 94% das mulheres, o que se assemelha com os estudos de Fonseca et al (2003), que verificaram na evolução temporal dos casos, o aumento entre todas as categorias ocupacionais destacando-se os trabalhadores manuais entre homens e mulheres.

Entre os ocupados, os trabalhadores pertencentes à categoria “não-manual” apresentaram incremento percentual aproximado de 7% ao ano, no período de 1991-95, com tendência de decréscimo significativo (variação anual de -6%) após o ano de 1995. Já aqueles pertencentes à categoria “manual” apresentaram acréscimo anual de 11,5% até 1996, com tendência à estabilidade nos anos seguintes (FONSECA et al, 2003, p. 1354, destaque do autor).

A inserção dos sujeitos nas ocupações manuais reflete a relação com os achados sobre escolaridade, uma vez que para as ocupações manuais, a princípio não é exigido nível de escolaridade elevado.

Cabe destacar que muitas vezes o trabalho não é resultado de uma escolha, mas uma forma de ter o que comer, de abrigar-se, enfim, de sobreviver, de ser, de adquirir uma identidade social.

Prova disso é que pessoas aposentadas, pensionistas e também as afastadas do trabalho por problemas de saúde (atualmente recebendo o benefício de Auxílio-Doença) desenvolvem atividades que geram renda, conforme apresentamos a seguir.

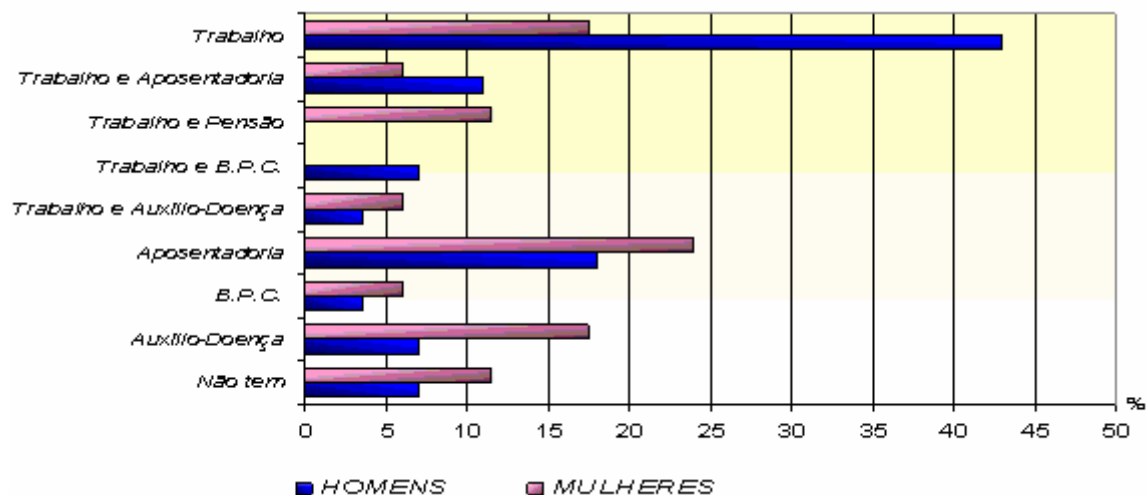


Gráfico 16 – Fonte de renda atual

É necessário salientar que consideramos no item trabalho, os casos que têm apenas este recurso como fonte de renda, destacando-se a porcentagem de 43% dos homens e 17,5% das mulheres nesta condição.

É salutar ressaltar ainda, que todas as pessoas aposentadas participantes deste estudo, foram aposentadas por invalidez.

Observa-se que entre os homens aposentados (29%), 11% continuam trabalhando; dos 10,5% que recebem Benefício de Prestação Continuada²⁶ (BPC), 7% também trabalham, assim como os 3,5% das pessoas em Auxílio-Doença, que totalizam 7%.

Quanto às mulheres, das 30% aposentadas, 6% trabalham; as pensionistas, que totalizam 11,5%, também trabalham. Das 23,5% em Auxílio-Doença, 6% trabalham mesmo nesta condição. Entre as que recebem o BPC – 6%, não foi referida outra forma de renda, sendo que 11,5% não têm renda própria.

O fato de as pessoas continuarem a desenvolver algum tipo de trabalho após aposentadas por invalidez ou afastadas do trabalho por motivos de saúde ou ainda inseridas no BPC, por um lado pode demonstrar que têm condições físicas para o trabalho ou, por outro lado, que os valores das pensões, aposentadorias e certamente do BPC, são insuficientes.

²⁶ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é voltado para pessoas com deficiência e idosos (com idade igual ou acima de 65 anos), sem condições de prover a sua subsistência e nem tê-la provida pela sua família. No caso da pessoa com deficiência além da idade e do critério de renda exige-se que esteja incapacitada para o trabalho e para a vida independente. Muitas pessoas com AIDS recebem o benefício. O critério de renda para obtenção do BPC é o de menos de um quarto do salário mínimo per capita por membro da família solicitante (BRASIL, 2004).

3.7.3.2 *Forma de inserção no mercado de trabalho*

Para investigar a respeito da forma de inserção no mercado de trabalho, questionamos sobre a contribuição à Previdência Social ou o trabalho com carteira assinada em algum momento da vida dos participantes.

Destacamos que nesta análise foi considerado o total de participantes do estudo.

Conforme visualizamos no Gráfico 17, a maioria dos participantes teve ou tem registro em carteira de trabalho, o que sugere a contribuição atual ou anterior junto à Previdência Social.

Esta observação demonstra que em algum momento da vida dessas pessoas, houve a inserção no mundo do trabalho formal, o que possibilita, mediante critérios²⁷, a garantia de alguma renda para subsistência se porventura o trabalhador adoecer e precisar afastar-se temporária ou definitivamente de suas atividades.

Nesse sentido, a previdência social apresenta-se com o princípio da condicionalidade, ou seja, o direito aos benefícios como a aposentadoria e o auxílio-doença, por exemplo, está condicionado à contribuição mensal.

Os dados demonstram que entre os homens, 46,5% têm registro em carteira profissional atualmente, estando excluídos os aposentados e incluídas as pessoas em auxílio-doença. A mesma porcentagem de 46,5% se repete em relação aos que tiveram em algum momento tal condição e 7% nunca tiveram carteira assinada.

Entre as mulheres, atualmente 35% têm registro em carteira de trabalho, 53% já tiveram em algum momento e 12% nunca tiveram.

Entre os participantes, 54% dos homens e 76,5% das mulheres referem ser empregados. Os autônomos ou trabalhadores por conta própria somam 43% dos homens e 23,5% das mulheres, enquanto não foi constatada a presença de empregadores entre os participantes.

É interessante notar que a porcentagem de pessoas que referem ser empregadas não é a mesma que afirma contribuir com a Previdência. O número de pessoas empregadas é maior que o número de contribuintes da Previdência, o que revela a existência de trabalhadores desprovidos das condições de segurados.

²⁷ Quanto aos critérios da Previdência Social para fins de concessão de benefícios, são consideradas seguradas as pessoas que contribuem com o Instituto atualmente e as que deixaram de contribuir há até 12 meses. Após esse período sem novas contribuições, a pessoa perde a condição de segurado e por consequência, o direito aos benefícios: aposentadoria por invalidez ou tempo de serviço e auxílio-doença, por exemplo. (Art. 13 Cf. BRASIL. Decreto nº 3.048, 1999).

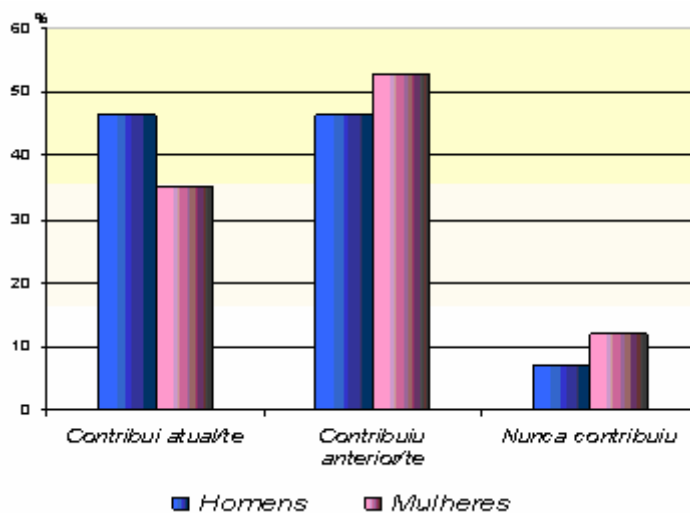


Gráfico 17 – Contribuição Previdência Social

3.7.3.3 Afastamentos do trabalho para tratamentos de saúde

Ainda que a possibilidade de utilização dos medicamentos ARVs contribua para a melhoria das condições físicas do portador do vírus HIV, não-raras vezes essas pessoas são acometidas por doenças ou sofrem com os efeitos colaterais dos medicamentos e são obrigadas a se afastar de suas atividades, inclusive do trabalho.

Diante de tal realidade no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, questionamos se houve a necessidade de afastamento do trabalho em decorrência da AIDS. As pessoas que responderam afirmativamente informaram também qual o período do afastamento.

Quanto aos afastamentos do trabalho para tratamentos de saúde, observa-se que entre o total de homens participantes, 28 pessoas, apenas 17 referem ter desenvolvido doenças ligadas à AIDS. Entretanto, destas 17 pessoas, 16 necessitaram se afastar do trabalho, o que significa o percentual de 94% de afastamentos do trabalho entre homens que desenvolveram doenças.

Quanto às mulheres, do total de 17, ficaram doentes em decorrência da AIDS, 9 delas. Entre as 9, o total de 7 também se afastaram do trabalho, ou seja, 78% das mulheres que adoeceram se afastaram do trabalho.

De acordo com os dados coletados, verifica-se que quando surgem os sintomas da AIDS, o afastamento das atividades ligadas ao trabalho é freqüente entre os participantes. Grande parte dos afastamentos gerou aposentadoria (43%

das mulheres e 12,5% dos homens) ou afastamentos por período superior a um ano (43% das mulheres e 25% dos homens). Entre os homens, 44% estão afastados do trabalho por período superior a 30 dias a até um ano. Os afastamentos inferiores a 30 dias, foram as respostas de 6% dos homens e de 14% das mulheres.

Espera-se que com o aperfeiçoamento dos medicamentos ARVs, tal realidade possa ser diferente não apenas do ponto de vista da capacidade para o trabalho, mas para todas as atividades que envolvem a vida em sociedade.

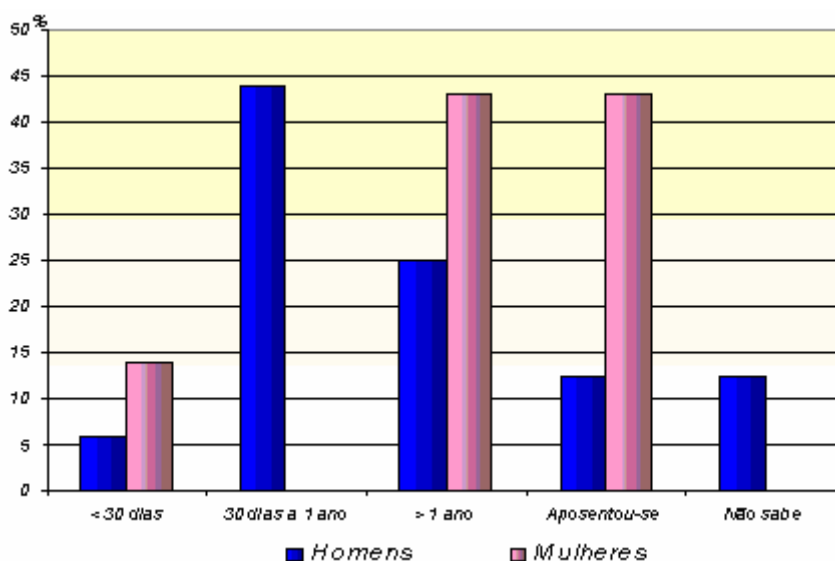


Gráfico 18 – Afastamento do trabalho para tratamentos de saúde após diagnóstico de HIV

* Cálculos sobre 16 homens e 7 mulheres que necessitaram afastamento do trabalho

3.7.3.4 Vivência de situações de preconceito ou discriminação

O preconceito em relação às pessoas contaminadas pelo vírus HIV faz parte do cenário mundial desde as primeiras tentativas de explicação da epidemia, inicialmente conhecida como peste gay. Rapidamente alastrou-se pela divulgação da noção de grupos de risco, cujo contato deveria ser evitado: os homossexuais e logo os bissexuais, os que vivem da prostituição, os usuários de drogas injetáveis, além dos hemofílicos.

Com o passar do tempo, o avanço da doença em nível mundial fez com que as pessoas percebessem que a doença já não está distante. Este fato, algumas

vezes causa mais pânico do que permite a reflexão sobre os contextos que envolvem a doença e as pessoas acometidas por ela.

As situações de discriminação com relação à AIDS são uma realidade até mesmo entre membros da mesma família. Vários exemplos podiam ser encontrados na Casa de Apoio Brenda Lee em São Paulo, que oferecia abrigo a pessoas que não tinham apoio familiar.

No âmbito das relações de trabalho, onde nem sempre o ambiente é amistoso, muitas batalhas judiciais são travadas em nome da luta contra o preconceito e pela garantia dos direitos do trabalhador (SOUZA, 2001 p. 215; VALENTIM, 2002 p. 70).

Considerando a possibilidade dos sujeitos terem enfrentado situações desta natureza, decidimos incluir questões que abordassem o assunto.

De acordo com as informações dos participantes, a vivência de situações de preconceito e discriminação no ambiente do trabalho foi referida por 21% dos homens e 29% das mulheres, enquanto 7% dos homens e 6% das mulheres não souberam responder a questão por não saberem se os colegas de trabalho tinham informação sobre a sorologia positiva para o vírus HIV.

As pessoas que referem ter tido esta vivência, apontam como atos preconceituosos e discriminatórios, os seguintes: demissão sem justa causa (o que dificulta comprovar que é devido ao HIV/AIDS), mudança de setor ou tipo de serviço, além de insultos e comentários entre os colegas de trabalho.

Questionamos os motivos da saída do último emprego a todos os participantes, independente do trabalho ser formal ou não. As respostas foram as seguintes: 28,5% dos homens e 29% das mulheres foram aposentados por invalidez, 11% dos homens e 24% das mulheres recebem auxílio – doença da Previdência Social, 3,5% dos homens e 6% das mulheres foram demitidos sem justa causa; 6% das mulheres pediram demissão.

No item “outros motivos”, foram consideradas várias respostas como vencimento de contrato de trabalho por tempo determinado, mudança de cidade de moradia, falência da empresa, agravamento do estado de saúde. Optaram por essa resposta 7% dos homens e 6% das mulheres.

Entre os participantes, 50% dos homens e 29% das mulheres permanecem no mesmo local de trabalho que estavam antes do conhecimento do diagnóstico, conforme se observa a seguir:

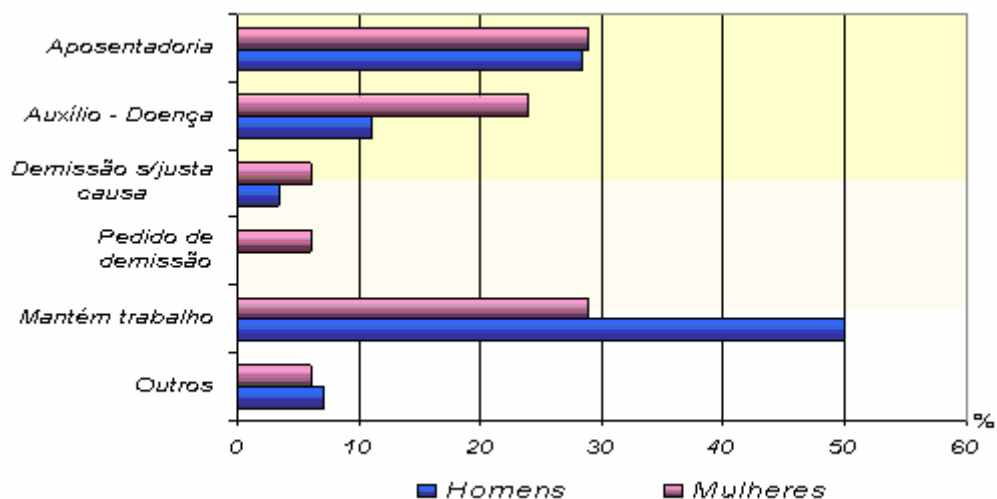


Gráfico 19 – Causas de demissões/afastamentos

Quanto ao conhecimento da sorologia positiva para o vírus HIV por parte do empregador, 32% dos homens e 17% das mulheres acreditam que o empregador sabia de sua situação sorológica. Referem que o empregador desconhecia o assunto 57% dos homens e 47% das mulheres. Entre os que não souberam responder, somam-se 7% dos homens e 24% das mulheres. Referem não ter patrão, 4% dos homens e 12% das mulheres e, portanto, negam ter vivenciado tal situação.

3.7.3.5 Renda Mensal – Valores

Assim como a ocupação e a escolaridade, a renda também é considerada um indicador do nível sócio-econômico da pessoa ou população, embora segundo Fonseca et al (2003, p. 19), em determinadas situações não seja possível distinguir “se a renda mais baixa constitui parte do processo de saúde/doença ou é antes uma decorrência dos problemas de saúde do indivíduo”.

Embora tanto a renda quanto a ocupação possam se alterar ao longo do tempo, nesse estudo o qual nos referimos aos valores da renda mensal, será considerada a renda individual dos participantes, e não a familiar.

Achamos por bem não apresentar as alternativas em salários mínimos, e sim questionar o valor em reais, procedendo posteriormente a esta conversão de modo a evitar o sugestionamento da resposta.

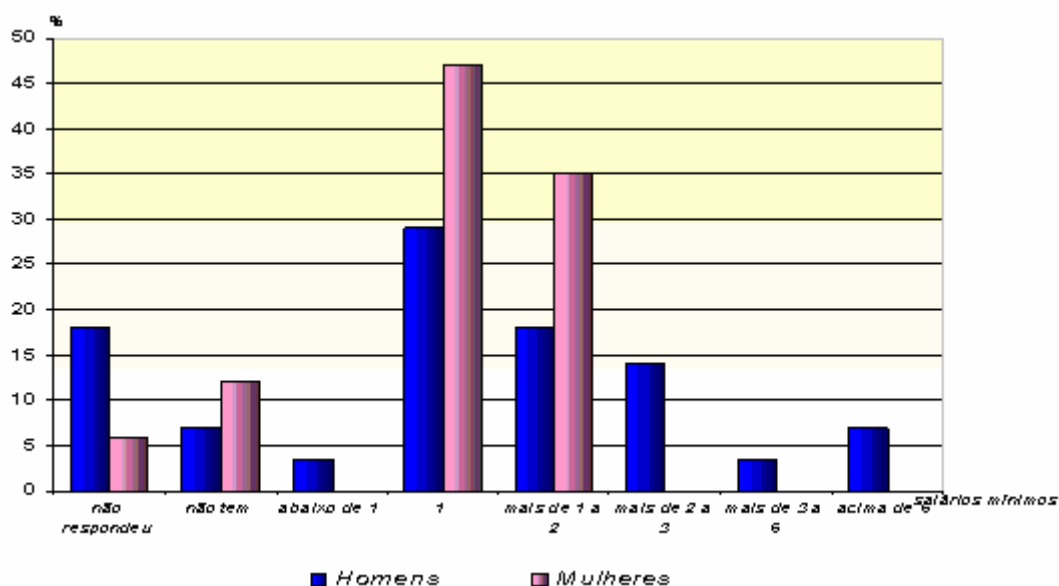


Gráfico 20 – Renda em salários mínimos

Destaca-se o rendimento de um salário mínimo de 29% dos homens e 47% das mulheres. Em seguida, observa-se que 18% dos homens e 35% das mulheres têm renda entre 1 e 2 salários mínimos. Apenas os homens sinalizaram renda maior que 2, até 3 salários, o que corresponde a 14%.

Novamente, apenas os homens pontuam renda maior que 3 até 5, e maior que 5 salários mínimos, respectivamente: 3,5% e 7%.

Verifica-se ainda, que 18% dos homens e 6% das mulheres preferiram não responder a esta questão, enquanto 7% dos homens e 12% das mulheres não têm renda individual e 3,5% dos homens têm renda inferior a um salário mínimo.

A situação de desvantagem das mulheres, não se dá apenas na região de Catanduva, mas no país todo. Segundo dados do IBGE (2006), o salário médio das mulheres corresponde a 63% do recebido pelos homens, embora a participação da mulher na população economicamente ativa, na década de 1986 a 1996, tenha aumentado de 31% para 35%.

Mais uma vez, os dados refletem a desvantagem das mulheres em relação aos homens, principalmente ao evidenciar-se que a maior renda entre as participantes do estudo chega a, no máximo, 2 salários mínimos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reafirma a centralidade do trabalho na vida do homem e sua importância na sociedade capitalista de produção, visto que é uma condição para a sobrevivência dos que vivem da venda da força de trabalho.

A relação capital versus trabalho gera a desigualdade social, intrínseca ao sistema capitalista de produção ao basear-se na produção coletiva e na apropriação individual da riqueza produzida (IAMAMOTO, 2000, p.27). Tal relação aprofunda os abismos existentes entre uma minoria detentora dos meios de produção e uma grande maioria que sobrevive do trabalho.

Essa situação torna-se mais alarmante com o desemprego estrutural (ANTUNES, 1999a, p. 35 e IAMAMOTO, 1999, p.17) e com a adoção das políticas neoliberais que globalizam as desigualdades.

A inserção no mundo do trabalho determina, para os que dele vivem, a garantia de suas necessidades humanas, como a alimentação, moradia, lazer, educação e saúde. Portanto, o desemprego e/ou a falta de condições para o trabalho compromete o atendimento às suas necessidades, principalmente num país que até 1988, viveu uma história em que o acesso a direitos estava condicionado à inserção no mundo do trabalho.

A questão social derivada da dinâmica perversa entre capital e trabalho se configura de várias formas como a fome, a miséria, a violência e a doença; que são mais evidentes em países em desenvolvimento por se abaterem sobre populações mais vulneráveis socialmente (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000 e AYRES et al, 1999).

Com relação às grandes epidemias, no caso específico da AIDS, evidenciam-se inúmeros problemas sociais agravados pelo forte estigma que a doença carrega desde a constatação dos primeiros casos. Inicialmente concentrada nos grandes centros urbanos, aos poucos a epidemia instalou-se no interior do país, destacando-se várias cidades do estado de São Paulo como Catanduva e São José do Rio Preto.

Este trabalho dedicou-se principalmente a conhecer o perfil das pessoas com HIV/AIDS da região de Catanduva e sua relação com o trabalho a partir de sujeitos na faixa etária de 25 a 49 anos, que pertencem à população de maior força produtiva

do país, além de concentrar o maior índice de contaminação nacional (PIMENTA, 2002, p.12).

Nosso estudo aproximou-se de 45 pessoas da faixa etária referida, sendo que os dados coletados demonstram que o grupo etário mais significativo se difere entre homens e mulheres, sendo mais freqüente os maiores de 30 anos entre mulheres e maiores de 35 entre os homens.

A análise do local de nascimento e moradia dos participantes permitiu explicitar que grande parte dos sujeitos são naturais do estado de São Paulo (100% dos homens e 94% das mulheres), entre eles, muitos nascidos na cidade de Catanduva (86% dos homens e 65% das mulheres), o que pressupõe que a migração e a permanência de trabalhadores de outras regiões do país na imensa lavoura de cana-de-açúcar da região pode não ser um fator preponderante para o aumento dos casos de HIV na localidade, já que os sujeitos da pesquisa são nascidos na região e não são parte da legião que vem em busca de trabalho e acaba por permanecer na localidade. Tal questão merece ser melhor investigada.

Tal observação corrobora com os dados sobre o local de domicílio do total de casos de HIV/AIDS fornecidos pelo Programa Municipal de Catanduva, o que demonstra a credibilidade das informações dos sujeitos da pesquisa.

Quanto à escolaridade, uma das variáveis utilizadas para análise do nível sócio-econômico dos indivíduos, os achados demonstram claramente a precariedade do nível de instrução dos sujeitos, com destaque para a desvantagem feminina que pontua o Ensino Fundamental – ciclo 2 como sua melhor marca.

Neste sentido, mais do que indicador sócio-econômico, a análise revela a necessidade de avaliação sobre o alcance das ações de prevenção à AIDS à população de menor nível de escolaridade.

Não se pode negar que os avanços da medicina com relação ao diagnóstico e tratamento da AIDS sejam dos mais significativos. O tempo de sobrevivência das pessoas com a doença tem aumentado, prova disso é que entre os entrevistados, mais da metade dos homens e mulheres (54% e 53% respectivamente) vivem sabidamente há mais de 6 anos com o vírus HIV, ou seja, parte dos sujeitos ultrapassaram a média dos 58 meses de sobrevivência atingida em 1996 (BRASIL, 2004b, p. 87).

É relevante destacar a contribuição dos medicamentos ARVs para o aumento do tempo de sobrevivência das pessoas com a doença, conforme vêm sendo

distribuídos gratuitamente no Brasil, desde 1996. Por outro lado, é fato que a manutenção do tratamento traz gastos ao país (183 milhões de dólares em 2003, segundo BRASIL, 2004b) e ao usuário, que além de ter que “engolir” grande quantidade de pílulas diariamente, convive com os efeitos colaterais da medicação. Segundo informações dos sujeitos da pesquisa, 73% deles utilizam os medicamentos ARVs.

De fato, reconhece-se a importância do custeio do tratamento pelo estado brasileiro, mas há que se ressaltar que ao mesmo tempo em que se investe em medicações de preço elevado, não são efetivados gastos com políticas públicas que tratem de questões fundamentais como a pobreza, que a médio e longo prazo, certamente contribuiria para a diminuição ou o controle dos casos e dos milhões de dólares gastos com AIDS.

É importante a percepção dos participantes sobre a melhoria das condições de saúde com o uso dos ARVs, o que permitiria, segundo 50% dos homens e 47% das mulheres, realizar o mesmo tipo de trabalho que desenvolviam na época do diagnóstico.

Tais percepções de melhoria das condições de saúde não significam a garantia de acesso ao trabalho, principalmente no mercado atual, que já sente os reflexos da reestruturação produtiva que assola vários processos de produção.

Considerando as dificuldades com relação às informações pouco específicas sobre a ocupação dos casos de HIV/AIDS citadas por vários autores (CASSANO, FRIAS; VALENTE, 2000, p. 54; FONSECA et al, 2003, p.1352 e GRANGEIRO, 1994, p.103), em nossa análise investigamos as ocupações habituais dos sujeitos e não necessariamente se estão sendo realizadas atualmente.

Desta forma, pode-se contabilizar 22 tipos diferentes de ocupações, sendo que a ausência de uma classificação única torna difícil qualquer comparação com outros estudos. Nesse sentido, a sistematização utilizada por Fonseca et al (2003, p.1353), permitiu classificar as ocupações em manuais e não-manuais, o que possibilitou constatar que indivíduos que desenvolvem determinadas ocupações foram mais afetados pela epidemia, como pedreiros/serventes e auxiliares de serviços gerais entre os homens, e as donas de casa/do lar e empregadas domésticas entre as mulheres, ambos classificados nas ocupações manuais.

A análise revela, além das ocupações mais afetadas, a importância de as pessoas que estão fora do mercado de trabalho, estarem incluídas nas pesquisas

sobre saúde/doença. Os casos de HIV/AIDS em donas de casa/do lar evidenciam a necessidade de considerar tal argumento, à medida que elas representam proporção significativa da população brasileira, vítima histórica de vários tipos de exclusão.

A importância do trabalho na vida do homem novamente se verifica a partir dos achados sobre a fonte de renda dos sujeitos da pesquisa. A análise demonstrou que o trabalho enquanto fonte de renda está presente na vida dos participantes atualmente, entre eles, pessoas aposentadas, afastadas do trabalho para tratamento de saúde e beneficiários do BPC.

Tal dado aponta para duas faces distintas que merecem ser investigadas. A primeira em que as pessoas acompanhadas pelo serviço de saúde possam estar tendo boas respostas terapêuticas e manter condições para o trabalho, e a segunda, que diz respeito ao grupo de aposentados, pessoas em auxílio-doença e beneficiários do BPC que, devido às políticas públicas excludentes e insuficientes e o achatamento dos salários e conseqüentemente dos benefícios, se vêem sem alternativa de garantia da sua subsistência senão o trabalho, muitas vezes sem ter condições para desenvolvê-lo.

Neste caso, o trabalho apresenta-se como imperativo diante da insuficiência da proteção social oferecida pelo Estado, o que revela a fragilidade da articulação entre as bases do tripé da Seguridade Social.

Pode-se perceber que quando surgem as manifestações da doença, ocorrem longos afastamentos do trabalho, geralmente levando à aposentadoria por invalidez.

No contexto atual do mercado de trabalho, que exige além da qualificação do funcionário, habilidades para múltiplas funções, não é surpreendente que os empregadores utilizem critérios excludentes para a seleção de funcionários dando preferência aos mais qualificados.

Além do desafio de se manter no mercado de trabalho não dispondo de qualificação, os trabalhadores sujeitos da pesquisa, apontam o enfrentamento de situações de discriminação e preconceito com relação à situação sorológica, o que sugere a necessidade da inclusão de ações educativas voltadas à prevenção e à não-discriminação dos trabalhadores com HIV/AIDS nos locais de trabalho, conforme orientações da OIT (VALENTIN, 2002, p. 71).

Urge o estabelecimento de parcerias entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho para a efetivação de ações nesse sentido.

A utilização de dados primários permitiu analisar o valor da renda mensal atual dos sujeitos, embora seja necessário salientar que possa ter ocorrido uma variação desses valores da data do diagnóstico até os dias atuais, sobretudo em decorrência dos problemas de saúde provocados pelo avanço da doença.

Cabe destacar que uma limitação com relação à análise dos dados da pesquisa, foi a impossibilidade de avaliar a evolução dos dados ano a ano.

Ainda assim, a partir dos dados coletados, constata-se que um salário mínimo é a renda da maior parte dos sujeitos, principalmente entre as mulheres que também são as que mais pontuam não ter renda. Tal análise permite visualizar a desigualdade na distribuição de renda, fruto do sistema capitalista de produção, e também a desigualdade entre os gêneros, novamente com a desvantagem das mulheres.

São muitos os desafios para que as políticas públicas existentes possam ofertar proteção social a este segmento, bem como ao conjunto da população no atual estágio do sistema capitalista de produção. Entretanto, ao assistente social cabe o desafio de atuar nos liames das contradições em que está inserido e colocar em prática o projeto ético-político da profissão.

Na área da saúde, como por ironia, o profissional se depara com os processos da doença e com políticas sociais restritivas, todavia para que tenha capacidade de responder à demanda é necessário conhecer o contexto social, histórico e cultural em que surgem os agravos de saúde, além dos conhecimentos específicos da profissão.

Isto posto, mesmo com tantos limites diante de uma epidemia que segue carregada de mistérios e descobertas, deve-se reconhecer que a análise quantitativa foi a que nos sentimos seguros a realizar. Entretanto, inquietações nos despertam para a pesquisa qualitativa no sentido de aprofundar as análises, pois os dados parecem não ter sido esgotados e necessitam dessa abordagem, o que aponta para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. **Adeus ao trabalho?**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999a.

_____. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Módulo 1. Brasília, DF: CEAD, 1999b.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. Questão social no Brasil e Serviço Social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: reprodução social, trabalho e Serviço Social. Módulo 2. Brasília, DF: CEAD, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003a.

_____. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003b.

_____. **NBR 6028**: informação e documentação: resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003c.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina Maria, PARKER, Richard. (Org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 1999.

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BASTOS, Francisco Inácio, BARCELLOS, Christovam. Geografia social da Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, fev. 1995.

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.

BERNARDELLI, Mara Lúcia Falconi da Hora. Os papéis urbanos na região de catanduva/sp: relações entre a produção de moradia e o trabalho volante . **Scripta Nova**: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales Barcelona, v. 7, n. 146 (081), ago. 2003. Disponível em: <[http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(081\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(081).htm)>. Acesso em: 5 fev. 2006.

BEZERRA, Suely; ARAÚJO, Maria Arlete. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **RAP**: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 187-209, mar./abr. 2007.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: AIDS e DST. Brasília, DF, ano 3, n. 1, jan./jun. 2006. 50 p.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília, DF: Letras Livres; Ed. UnB, 2006. (Política social, 1).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização, remissões, pesquisas e índices: Hécio Ricardo Cerqueira Cervi. Campinas: Mizuno, 2000.

_____. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 7 maio 1999. Disponível em <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 22 out.2007.

_____. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Distribuição Gratuita de Medicamentos aos Portadores do HIV e Doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9313.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2006.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). **Legislação brasileira para o serviço social**: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrução do assistente social. São Paulo: CRESS/SP, 2004a.

_____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Perfil do município CAGED**. 2007. Disponível em:
<http://perfildomunicipio.caged.gov.br/seleciona_uf_consulta.asp?uf=sp>. Acesso em: 17 nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **O outro como um semelhante: direitos humanos e AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Parcerias e mobilização social).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centers for Diseases Control and Prevention. **MonitorAIDS: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/m&a/biblioteca/monitoraids.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____.; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. Inês S. et. al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2004.

BRUMATTI, Paula A. Pansa Brumatti. Aspectos de saúde: manifestações da questão social? In: CANÔAS, José Walter. (Org). **Mundo do trabalho e políticas públicas**. Franca: Unesp/FHDSS, 2007.

CANÔAS, José Walter. (Org). **Mundo do trabalho e políticas públicas**. Franca: Unesp/FHDSS, 2007.

_____.; LARA, Ricardo. A precarização do trabalho: o caso dos desempregados e subempregados acima de 40 anos do setor calçadista de Franca – SP. In: _____. (Org.). **Atitudes operárias no processo de reestruturação produtiva do capital**. Franca: Unesp/FHDSS, 2003.

_____. (Org). **Atitudes operárias no processo de reestruturação produtiva do capital**. Franca: Unesp/FHDSS, 2003.

CASSANO, Conceição; FRIAS, Luiz Armando de Medeiros; VALENTE, Joaquim Gonçalves. Classificação por ocupação dos casos de AIDS no Brasil – 1995. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 53-64, 2000.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CATANDUVA. **Prefeitura de Catanduva**. Disponível em:
<<http://www.catanduva.sp.gov.br/home/?PageGen8p01=24>>. Acesso em: em 12 jan. 2006.

CHAUÌ, Marilena. **O que é ideologia**. 24. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Primeiros passos).

CHEQUER, Pedro et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982 – 1989. **Aids**, London, v. 6, n. 5, p. 483–487, may 1992.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde**. Brasília, DF, 1990.

COSTA, Maria Dalva H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional. **Cadernos ABESS**, São Paulo, n. 4, p. 5-17, maio 1991.

DEMO, Pedro. Menoridade dos mínimos sociais: encruzilhada da assistência social no mundo de hoje. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 55, p.39-73, nov. 1997.

DRAIBE, Sonia. O Welfare State no Brasil, características e perspectivas. **Revista da ANPOCS**, São Paulo, n. 12, p. 13-61, 1988.

_____. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: PARA a década de 90: prioridade e perspectivas de políticas públicas: políticas sociais e organização do trabalho. Brasília, DF: IPEA : IPLAN, 1989. v. 4.

FONSECA, Maria Goretti et al. Aids e Grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 77-87, 2000.

_____. ; BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989 – 1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-85, dez. 2002.

_____. et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1351-1363, set./out. 2003.

GRANESMANN, Sara. Processos de Trabalho e Serviço Social I. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: reprodução social, trabalho e Serviço Social. Módulo 2. Brasília, DF: CEAD, 1999.

GRANGEIRO, Alexandre. O perfil sócio-econômico dos casos de Aids da cidade de São Paulo. In: PARKER, Richard et al. **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

_____. Políticas de financiamento das ações de controle da AIDS e desenvolvimento social. In: PASSARELLI, Carlos A. et al. **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Módulo 1. Brasília, DF: CEAD, 1999. p. 113 - 129.

_____. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 9-32, jan./jun. 2001.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília, DF, 2002.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IANNI, Octávio. **A sociedade global**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

KALICHMAN Artur O.; GIANNA, Maria Clara.; TEIXEIRA Paulo Roberto. Apresentação. In: TEIXEIRA Paulo Roberto; PAIVA Vera; Shimma Emi. (Org.). **Tá difícil de engolir?** São Paulo: Nepaids, 2000.

LAPREGA, Milton Roberto; DAL-FABBRO, Amaury Lelis. Coeficientes e índices mais usados em epidemiologia. In: FRANCO, Laércio Joel; PASSOS, Afonso Dinis Costa (Org.). **Fundamentos de Epidemiologia**. São Paulo: Manole, 2005.

LESSA, Ana Paula G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, Liduina. F. da. ; Lessa, Ana Paula G. (Org.). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Ed. UECE, 2003.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel, J. M.; NETTER, Thomas W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social: identidade e alienação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____.; ENGELS F. **A ideologia Alemã: Feuerbach**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990**. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão, 852).

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994a.

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 supl.1, 1994b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2007. (Pré-publicação).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade**. Brasília, DF, 1998.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Divisão política: o Brasil e suas regiões**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/CDBRASIL/ITAMARATY/WEB/port/divpol/apresent/apresent/index.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2007.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Programa brasileiro de DST e AIDS**. Brasília. DF, 2000.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **IBGE**: mapa do mercado de trabalho no Brasil: 1992-1997. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/mapa_mercado_trabalho/notastecnicas.shtml>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. **IBGE**: perfil dos municípios brasileiros 2005: assistência social. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2005a.

_____. **IBGE**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2005b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtml>>. Acesso em: 3 jul. 2006.

_____. **IBGE**: estimativas das populações residentes, em 01.07.2006, segundo os municípios. 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DO_U.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2008.

_____. **IBGE**: cidades: Pitangueiras. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=353950&r=2>>. Acesso em: 14 fev. 2008.

MISOCZKY, Maria Ceci. Equidade em saúde: uma revisão contextual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 55, p.131-142, nov. 1997.

MONTAÑO, Carlos E. O Serviço Social frente a neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, p.102-125, set. 1997.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996a.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996b.

_____. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporális**, Brasília, DF, ano, 2, n. 3. p.41-49, jan./jul. 2001.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OIT. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho**. Genebra, 2001.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 161-169, ago. 1998.

PARKER, Richard Guy; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil**. São Paulo: ABIA; Editora 34, 1999.

_____.; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2000000700008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2006.

PASSARELLI, Carlos A. et al. **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004. (Questões da nossa época; v.109).

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática: seleção dos participantes para estudo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 16.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PIMENTA, Maria Cristina et al. **HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira**. Brasília, DF: OIT, 2002.

PRÓALCOOL: Programa Brasileiro de Álcool. Disponível em: <<http://www.biodieselbr.com/proalcool/pro-alcool.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

ROCHA, Solange. Aids: uma questão de desenvolvimento? In: PASSARELLI, Carlos A. et al. **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

SANCHÉZ, Alba Idaly Muñoz. BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2007.

SANT'ANA, Raquel Santos; SANT'ANA, Antonio Lázaro. Serviço social e a questão agrária. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.14, n. 2, p.117-131, 2005.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 286-310, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. **SEADE**: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados: informação dos municípios paulistas. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 7 set. 2005.

SEVERINO, Antônio José. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, Mauro César M. **Aids e suas implicações nas relações de emprego**. 2001. 398 f. Tese (Doutorado em Direito do Trabalho) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 55, p. 9-38, nov. 1997.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 15-28, jan./mar, 1999.

_____. et al. A disseminação da epidemia de Aids no Brasil no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 7-19, 2000.

_____. et al. Dinâmica da epidemia de Aids no Município do Rio de Janeiro no período de 1988 a 1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1123-1140, set./out. 2001.

_____. et al. Situação da aids no Brasil : Uma análise dos indicadores de monitoramento. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e Aids – **MonitorAIDS**: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. Brasília (DF), 2004.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2007. (Pré-publicação).

TRINDADE, Rosa Prédes. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do serviço social**. 1999. 345 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

VALENTIM, João Hilário. Legislação nacional sobre HIV/AIDS no trabalho. In: PIMENTA, Maria Cristina et. al. (Org.). **HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira**. Brasília, DF: OIT, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VENTURA, Miriam. Direitos humanos e Aids: o cenário brasileiro. In: PARKER, Richard, GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. São Paulo: ABIA, 1999.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa que estou realizando no município de Catanduva.

Esta pesquisa tem por finalidade investigar como tem se estabelecido o acesso ao mundo do trabalho da população de 25 a 49 anos de idade, portadora do vírus HIV/AIDS.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder às questões propostas. A recusa não implicará nenhum prejuízo ao(a) senhor(a) e caso aceite, poderá se recusar a responder alguma questão ou desistir de participar a qualquer momento.

Tratando-se de um trabalho acadêmico, o mesmo não é confidencial, porém é garantido o anonimato das pessoas integrantes do estudo.

O benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para o debate sobre as mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões na saúde e na vida das pessoas.

Você poderá contatar os pesquisadores nos telefones abaixo se tiver qualquer dúvida: Paula (11) 9492 7585 ou Prof. Canôas (16) 3711 1893 – Seção de Pós-Graduação Unesp/Franca.

Obrigada,

Paula A. Pansa Brumatti – CRESS 28.725

Declaro que li a informação acima e concordo em participar desta pesquisa.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento

Data: __/ __/ ____

Nome

Assinatura

APÊNDICE B - Aids e Trabalho: suas relações

Paula A. Pansa Brumatti

Dissertação de Mestrado

Unesp/Franca - Serv.Social

Data: ____/____/____

Local: _____

Nome do profissional que aplica o questionário _____

QUESTIONÁRIO

1- Sexo

Masculino

Feminino

2- Idade: _____

3- Onde você nasceu?

Cidade _____

Estado _____

Onde você mora atualmente?

Cidade _____

Bairro _____

4- Até que série você estudou?

Não sabe ler nem escrever

completei a 4ª série

não completei a 4ª série

completei a 8ª série

não completei a 8ª série

completei o 3º colegial

não completei o 3º colegial

superior completo

superior Incompleto

Qual o curso? _____

5- Você estuda ou faz algum tipo de curso atualmente?

Sim Qual? _____

Não

6- Qual é sua ocupação?

Aux.Serviços Gerais

Pedreiro/Servente/Pintor

Do Lar

Escriturário/Balconista

Lavrador

Autônomo. Qual atividade? _____

Motorista

Outras. Qual? _____

Estudante

7- Você tem ou já teve algum tipo de trabalho com registro em Carteira Profissional?

Sim, trabalho registrado atualmente

Não

Sim, já tive trabalho com registro

Não sei

8- Você é autônomo? Trabalha por conta própria?

Sim

Não

Não sei

Recolhe INSS? (Você ou o empregador).

Sim

Não

Não sei

9- Qual o motivo de sua saída do último emprego?

Demissão Sem Justa Causa

Demissão por Justa Causa

Pedido de Demissão

Aposentadoria por Invalidez

Nunca trabalhei

Não sei

Sempre trabalhei por conta própria

Outros Qual? _____

10- Atualmente você desenvolve algum tipo de trabalho que gera renda?

Sim Não

11- Qual a sua fonte de renda atual?

Meu trabalho Benefício de Prestação Continuada

Aposentadoria Pensão

Licença Saúde – INSS Nenhuma

Outros. Qual? _____

12- Quanto você ganha por mês (em reais R\$)?

R\$ _____ Não tenho renda. Não quero responder

13- Há quanto tempo você sabe que é soropositivo para o HIV? _____

14- Você faz uso dos medicamentos anti-retrovirais (coquetel)?

Sim. Há quanto tempo? _____

Não

15- (Responder esta questão apenas se a pergunta anterior teve resposta sim).

Você acha que suas condições físicas melhoraram após o início do tratamento com os antiretrovirais (coquetel) ?

Sim Não Não sei

16- Você já teve alguma doença oportunista ou complicação com relação à sua saúde, por causa da Aids?

Sim. Quantas vezes? _____ Não

17- Você precisou afastar-se do trabalho neste período?

Sim. Por quantos dias? _____ Não

18- Hoje você tem condições (físicas e/ou psicológicas) para desempenhar o mesmo trabalho que desenvolvia antes de saber que era soropositivo?

Sim Não Não sei

19- Seu patrão ou ex-patrão sabe que você é soropositivo?

Sim Não Não sei

Não tenho / nunca tive patrão

20- Você acha que foi discriminado de alguma forma no seu trabalho pelo fato de ser portador do HIV?

Sim Não Não sei

De que forma?

Fui demitido

Fui obrigado a mudar de setor ou de tipo de serviço

Fui proibido de atender ao público

Fui insultado ou ridicularizado pelos colegas

Outras. Qual? _____

OBRIGADA !!!

ANEXO

**ANEXO A – Aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de História,
Direito e Serviço Social/UNESP**



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **Paula Antonia Pansa Brumatti** – aluna do Programa de Pós-graduação em Serviço Social, desta Faculdade, desenvolve pesquisa sob orientação do Prof. Dr José Walter Canoas, intitulada: *AIDS e trabalho: suas relações* - que tem por objetivo analisar junto à população portadora do vírus HIV/AIDS e usuária do Programa Municipal de DST/AIDS de Catanduva, como tem se estabelecido seu acesso ao mundo do trabalho. O estudo está programado para ser efetuado por meio de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa, através de questionários conforme modelo apenso ao projeto, mediante termo de consentimento, respeitando-se os preceitos éticos no curso da pesquisa. Isto posto, o estudo é legítimo e obedece aos padrões éticos para pesquisas em humanos, estando devidamente aprovado.

Franca, 4 de junho de 2007.


Prof. Dr. Pe. Mário José Filho
Presidente da Comissão de Ética da FHDSS