

# Ação anti AIDS

Número 50 – Março – Maio 2004

Publicado por **healthlink**  
WORLDWIDE

**ABIA**



## Atenção integral para as pessoas soropositivas

**P**ara marcar a 50ª edição do Ação Anti-AIDS no Brasil, publicado pela ABIA desde 1988, vamos abordar um tema que vem exigindo especiais cuidados em todo mundo: a atenção integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Esse tipo de atenção, sem dúvida contribui para melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a produtividade e contribuição dos soropositivos para o desenvolvimento da comunidade onde vivem.

O apoio prático, emocional e espiritual para as pessoas HIV+, suas famílias, cuidadores e comunidades, além do essencial acesso aos medicamentos anti-retrovirais, são essenciais para a pessoa soropositiva.

### Conteúdo

2. Acesso à atenção integral
4. Desafios para a gestão do SUS no interior
6. Pesquisa sobre tratamento de AIDS
7. Brasil: respostas e desafios
8. NIT Buddy
10. Interdisciplinaridade
12. Recursos

Da mesma forma, a atenção integral envolve as pessoas vivendo com HIV/AIDS como agentes ativos, empoderados e com capacidade de iniciativa, não apenas como “beneficiários” ou pacientes.

No Brasil, a maioria das pessoas que vivem com HIV/AIDS tem acesso aos medicamentos anti-retrovirais, mas há falta de serviços essenciais básicos e, eventualmente, de exames de CD4, carga viral e medicamentos para infecções oportunistas. O tratamento integral vai além da distribuição dos medicamentos anti-retrovirais e as medidas preventivas (uso de medicamentos para prevenir infecções e boa nutrição), curativas (diagnóstico e tratamento da tuberculose, por exemplo) e paliativas (como o controle da dor e dos sintomas no caso de doenças graves) não estão tendo o mesmo sucesso da distribuição de medicamentos.

A atenção integral deve ser um desafio que perpassa todos os níveis do sistema de saúde. Os países têm a obrigação de responder a essa demanda e prestar atendimento integral a todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Em 2001, os países latino-americanos firmaram a Declaração de Compromissos da Luta contra o HIV/AIDS durante a Sessão Especial sobre o HIV/AIDS da Assembléia Geral das Nações Unidas, comprometendo-se a garantir o tratamento para o ano de 2003.

Esta edição do Ação Anti-AIDS propõe diretrizes para as pessoas que trabalham em programas de saúde e HIV, de forma que possam oferecer efetivamente atenção integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS.



# Aperfeiçoando o acesso à atenção integral

O boletim Ação Anti-AIDS relacionou alguns dos principais pontos que os gestores de saúde necessitam levar em consideração para proporcionar uma atenção integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A atenção integral varia dependendo das necessidades locais e das fontes. As pessoas soropositivas devem ter acesso a um pacote básico de cuidados que inclui:

- ▶ Serviços de testes e aconselhamento voluntários;
- ▶ Uma alimentação balanceada;
- ▶ Serviços de saúde locais receptivos e acessíveis aos usuários, incluindo cuidados domiciliares ou comunitários, e um efetivo sistema de transferência entre esses serviços e os hospitais de referência;
- ▶ Medicamentos essenciais para o tratamento de infecções relacionadas ao HIV e para aliviar a dor;

Esse pacote de cuidados básicos deve estar disponível para todas as pessoas soropositivas, inclusive para os portadores assintomáticos. As pessoas, grupos de ajuda mútua e as organizações devem pleitear a efetivação desse pacote de serviços. Para isso é preciso persuadir os que detêm o poder, como os governantes ou as empresas, para que mudem suas políticas ou práticas no sentido de conhecer as necessidades das pessoas soropositivas.

## Diretrizes principais para a atenção integral

As seguintes diretrizes podem ajudar os gestores de saúde a assegurar que as pes-



Pilar Bobadilla

soas da sua área tenham acesso ao pacote básico de cuidados.

### ▶ Priorizar os serviços de atendimento.

Isso significa envolver as pessoas soropositivas e os trabalhadores de saúde na determinação das necessidades e recursos locais, decidindo quais são as necessidades mais importantes e a melhor maneira de responder a elas. A longo prazo, é preciso ver quais os custos e benefícios das diferentes dimensões da atenção, incluindo atividades de prevenção e tratamento do HIV e doenças associadas.

## ELEMENTOS DA ATENÇÃO INTEGRAL

A atenção integral em HIV/AIDS consta de quatro elementos inter-relacionados (van Praag & Tarantola, 1999)



Rosa Álamo/ Concurso Imagens de Vida

▶ **MANEJO CLÍNICO:** diagnóstico precoce e acertado. Inclui exames, tratamento racional e acompanhamento.

▶ **ACONSELHAMENTO E APOIO EMOCIONAL:** apoio psicossocial e espiritual, especialmente para a redução do estresse e da ansiedade; planejamento da redução do risco; suscitar na pessoa a capacidade de enfrentar a doença, de aceitar seu estado sorológico quanto ao HIV e a forma de comunicá-lo a outras pessoas; viver sendo HIV positivo e planejar o futuro da família.



Pilar Bobadilla

▶ **Cuidados de enfermagem:** promoção de práticas adequadas de higiene e de nutrição, cuidados paliativos, atendimento domiciliar; capacitação para os provedores de atenção domiciliar e para a família; promoção das medidas universais de precaução.

▶ **Apoio social:** informação, provisão de apoio de outros membros da comunidade; serviços de beneficência; apoio espiritual e assessoria legal.



Flor Ruiz/ Concurso Imagens de Vida



Pilar Bobadilla

## PRINCÍPIOS BÁSICOS

Para satisfazer as necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas das pessoas soropositivas, a atenção deveria reger-se pelos seguintes princípios:

▶ **Respeito:** pelos direitos humanos e pela dignidade individual.

▶ **Acesso e disponibilidade:** proporcionar a atenção apropriada no nível local.

▶ **Equidade:** Prestar serviços de atenção à saúde a todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS, independentemente de sexo, idade, raça, etnia, orientação sexual, padrão de renda e local de moradia.

▶ **Coordenação e integração:** Cuidar para que haja uma gama contínua de atenção à saúde por parte de todos os provedores e a todos os níveis do sistema de cuidados.

▶ **Eficiência e eficácia:** Dar atenção eficaz a custos razoáveis para a sociedade, demonstrada por meio de atividades constantes de monitoramento e avaliação.

Extraído de: ATENCIÓN INTEGRAL POR ESCENARIOS DE ATENCIÓN Y NIVELES. PAUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PVVS EM LAS AMÉRICAS. OPS, OMS, em colaboração com ONUSIDA e IAPAC, Abril 2001. [www.paho.org/spanish/HCP/HCA/IBB\\_Summary\\_Span.pdf](http://www.paho.org/spanish/HCP/HCA/IBB_Summary_Span.pdf)

► **Promover a boa qualidade da atenção na saúde.** Assegurar que os serviços de saúde tenham medicamentos e equipamentos básicos como, por exemplo, antibióticos efetivos simples, incluindo medicamentos para tuberculose, anti-sépticos, analgésicos, luvas e seringas descartáveis, tanto como equipamento para os diagnósticos básicos. Isso inclui também contar com uma equipe de profissionais competentes. O custo é um ponto importante. Nesse aspecto, pode ser de grande ajuda desenvolver sistemas de recuperação de gastos, como farmácias subsidiadas. A atenção de boa qualidade em saúde também necessita de um bom sistema de provisão e distribuição dos medicamentos e equipamento, monitoramento e acompanhamento do atendimento e sistemas de transferência. Desenvolver normas nacionais para manejar as doenças associadas ao HIV pode ajudar a promover uma boa qualidade da atenção em saúde, estabelecendo, por exemplo, protocolos de tratamento que possam ser implementados em todos os níveis: do hospital à comunidade.

► **Promover a colaboração entre os diferentes setores que prestam atendimento.** A colaboração entre centros de saúde e hospitais, sistemas tradicionais de saúde, organizações de base comunitárias e grupos de ajuda mútua, em níveis municipal, estadual e federal, contribuirá para garantir a continuidade da atenção.

► **Promover o teste e o aconselhamento voluntário.** Se uma pessoa sabe a tempo que vive com o HIV e recebe bom aconselhamento, pode animar-se a buscar o atendimento disponível, integrando-se, por exemplo, a grupos de ajuda mútua, alimentando-se de forma sadia e procurando tratamento precoce para as suas doenças. Uma pessoa cujo resultado for negativo tem maiores possibilidades de reduzir seu comportamento de risco, desde que receba um bom aconselhamento.

► **Envolver as pessoas soropositivas no planejamento de seu próprio cuidado.** Quanto mais sentirem que podem decidir de forma informada sobre sua própria saúde, mais probabilidades têm de se manterem saudáveis. As pessoas necessitam ser estimuladas a expressar seus medos e preocupações sobre o tratamento e a compartilhar as decisões sobre o seu cuidado. Envolver as pessoas soropositivas e seus

cuidadores é essencial quando se reivindica a melhoria do acesso ao atendimento.

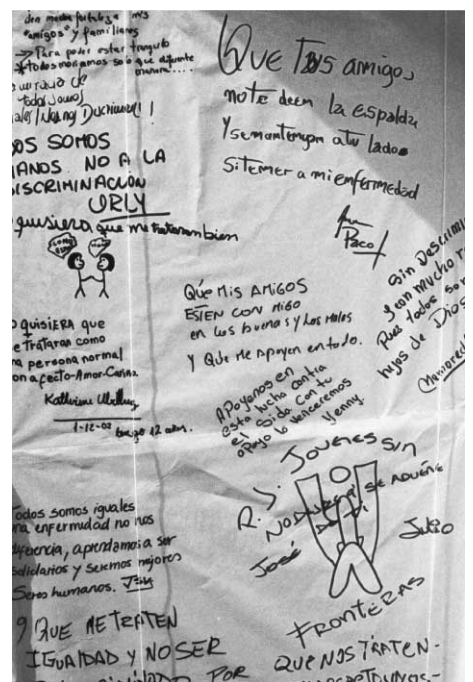
► **Proporcionar treinamento constante para os trabalhadores da saúde.** O treinamento deve incluir a forma de diagnosticar precocemente as doenças associadas ao HIV, como tratá-las e quando transferir as pessoas para serviços especializados.

► **Assegurar que os serviços de saúde sejam receptivos para com os usuários e fisicamente acessíveis.** Há maior probabilidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando os profissionais são amistosos e sabem se comunicar bem. Uma ação positiva é a capacitação em habilidades de comunicação como, por exemplo, a utilização de jogos teatrais. Além disso, os serviços de saúde devem estar suficientemente próximos para que as pessoas os frequentem.

► **Diminuir o estigma e a discriminação contra as pessoas soropositivas.** Em muitos lugares, as pessoas discriminam e temem aquelas que julgam ser portadoras do vírus da AIDS. O estigma pode ser tão forte que alguns indivíduos que trabalham em organizações relacionadas ao HIV/AIDS nem sempre dizem aos colegas que são soropositivos. A educação pode ser uma forma de reduzir o preconceito. Quando as pessoas entendem o que é o HIV e como se transmite, é bem menos provável que discriminem.

► **Fornecer informação.** Algumas pessoas dizem que a informação é “a forma mais barata de terapia”. Os trabalhadores da saúde e as pessoas afetadas pelo HIV necessitam atualizar-se quanto a informações relevantes em diversos aspectos. Por exemplo, os cuidadores necessitam de informação que os ajude a entender o progresso do HIV e saber o que aconselhar. As pessoas soropositivas necessitam de informação para animar-se a buscar tratamento precoce para doenças comuns, como a tuberculose. Os gestores de saúde e os grupos de base comunitários precisam pensar em quais informações necessitam e de que forma podem ser preenchidos os vazios de informação.

 **Dr. Elly T. Katabira, Departamento de Medicina, Hospital Mulago, Escola Médica da Universidade Makerere, Kampala, Uganda.**



# Desafios para a gestão do SUS em pequenos municípios do interior

Luís Otávio Farias<sup>1</sup>

Ivia Maksud<sup>2</sup>

*O conjunto de observações e reflexões relatadas neste breve artigo é originário de um projeto de pesquisa coordenado pela professora Jeni Vaitsman (Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz), que contou com apoio da FIOCRUZ, através do Programa de Pesquisas Estratégicas em Saúde, da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), através da Coordenação do Programa de Saúde da Mulher. Em linhas gerais, o projeto tinha como foco de análise a implementação de políticas e programas de saúde em municípios de até 50 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro, em especial os programas Saúde da Família, Saúde da Mulher e DST/AIDS. Foram coletados dados em estudo de caso realizado em um município de aproximadamente 20 mil habitantes, bem como em diversas outras situações de pesquisa de campo, tais como reuniões e eventos organizados pelo estado, por movimentos sociais e pelo próprio projeto. Foram ainda coletados dados quantitativos sobre os municípios em bases do DataSus, IBGE e CIDE, entre outros.*

A escolha de privilegiar o estudo de municípios com até 50 mil habitantes apóia-se nas seguintes razões:

- os municípios desse porte demográfico correspondem a 90% das unidades federativas do país;

- municípios de pequeno porte, quando comparados aos municípios maiores, tendem a apresentar maior debilidade nas estruturas de administração e gestão, assim como na oferta de serviços de maior complexidade;

- devido a um conjunto de questões, os municípios que se encontram fora das áreas metropolitanas tendem a sofrer um “apagamento político”, que se reflete, dentre outras formas, na escassez de estudos, proposições e ações consistentes com as suas particularidades sócio-culturais, político-administrativas, sociais e econômicas. Nesse sentido, o projeto buscou contribuir para que a “formação da agenda” da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro absorva questões e demandas pertinentes aos municípios do interior do estado.

A aproximação a essas realidades, em certos aspectos bastante distintas daquelas observadas nos municípios

metropolitanos, põe em relevo a necessidade de conhecermos os contextos sociais específicos sobre os quais aplicamos os conceitos e conhecimentos da saúde coletiva. Falar, por exemplo, dos obstáculos que se antepõem ao alcance da *integralidade* na saúde requer algum grau de observação das realidades locais, reconhecendo limites e obstáculos que caracterizam o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) nos pequenos municípios.

É necessário entender como os municípios pequenos, com suas especificidades, respondem à implementação de programas de saúde mais genéricos, e como isso se cruza - na ponta - com a cultura das organizações de saúde e com o cotidiano e os simbolismos dos profissionais e usuários desses serviços. Ou seja, o modo como os indivíduos e organizações recebem, se adequam e inventam formas de dialogar com esses programas. Via de regra os procedimentos e normas de programas governamentais ainda são “impostos” de cima para baixo, num quase desconhecimento de realidades e culturas específicas.

A noção de integralidade abriga um amplo conjunto de idéias acerca da atenção à saúde. Em termos analíticos, é possível distinguir, pelo menos, dois usos diferenciados para essa noção, ainda que esses mantenham entre si estreita relação:

- integralidade como um atributo do sistema de saúde, que deve garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência, assim como o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e coletividades;

- integralidade como um atributo do cuidado, o qual deve reconhecer o indivíduo singular por meio de uma perspectiva que observe o paciente como um todo, considerando simultaneamente e de forma integral as suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais. As reflexões que faremos a seguir destacam alguns problemas e dificuldades encontradas pelos pequenos municípios e que afetam o alcance da integralidade, entendida aqui como atributo do sistema de saúde.

No que compete à gestão dos programas, observou-se uma forte tensão

<sup>1</sup> Pesquisador do Depto de Ciências Sociais da ENSP/FIOCRUZ. E-mail: farias@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro e assessora de Projetos da ABIA. E-mail: maksud@abiads.org.br

entre as noções de “ajudar” e “assumir”, revelando uma fragilidade no que tange à chamada para si de responsabilidade pelas atividades pertinentes ao cargo. Os coordenadores reconhecem dificuldades e necessidades do sistema, mas há uma distância entre consideração de problemas e tomada de decisão para superação dos mesmos. Ainda que se coloquem “dispostos” e “com boa vontade” para agir, geralmente seu discurso está desvinculado do desencadeamento de ações efetivas. O ambiente organizacional tende a se caracterizar por um baixíssimo grau de institucionalidade, com organogramas precários, indefinição de atribuições e competências, baixa normatização e inexistência de mecanismos institucionais para o controle e coordenação das ações desenvolvidas. Esse conjunto de fatores faz com que, mesmo contando com uma estrutura organizacional relativamente pequena, essas secretarias municipais de saúde apresentem dificuldade para promover a integração dos serviços e a horizontalização dos diversos programas; princípios fundamentais para a busca da integralidade.

É importante destacar que esse fato ocorre, geralmente, associado a um quadro de escassez de recursos humanos, que se traduz, muitas vezes, na inexistência de equipes em alguns programas, sendo o coordenador o único profissional responsável pela implementação e supervisão de todas as ações. Nos municípios do interior, é comum que esse profissional acumule outras funções de gestão e/ou de assistência, ou ainda que trabalhe em municípios vizinhos. A rotatividade dos coordenadores é relativamente alta, devido principalmente às instabilidades políticas e à precariedade dos vínculos de trabalho. A transição de cargos não é institucionalmente regulada, o que contribui para uma cultura de descontinuidade e para o apagamento da memória organizacional. A alta rotatividade dos coordenadores municipais constitui também um problema para a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que, por um lado, os esforços de capa-

citação e treinamento destes profissionais acabam sendo sub-aproveitados e, por outro, faz aumentar a demanda por novas capacitações.

A articulação entre os níveis estadual e municipal ainda está aquém do desejável, apesar dos esforços individuais dos técnicos e gestores de ambos os níveis governamentais. A inexistência de estruturas administrativas regionais na SES-RJ dificulta uma maior proximidade, articulação e cooperação com os municípios, os quais, via de regra, reivindicam uma presença mais constante do nível estadual. Além disso, em muitas situações não há clareza, por parte dos municípios, sobre o papel a ser desempenhado pelo nível estadual, fato agravado, algumas ve-

zes, pelo próprio desenho dos programas, formulados em nível federal. No que se refere à organização da oferta de serviços, a ausência de uma real implementação da Norma Operacional de Ações em Saúde (NOAS) tem dificultado a solução dos problemas de acesso e utilização dos serviços de média e alta complexidades pela população desses municípios.

Por fim, cabe destacar que a essas deficiências das estruturas de gestão municipal soma-se a fragilidade da sociedade civil nos próprios municípios. A quase inexistência de movimentos sociais enfraquece a possibilidade de controle social das políticas de saúde e a vocalização de demandas politicamente organizadas.

#### WORKSHOP “POLÍTICAS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR”



Em novembro de 2003, a ABIA, em parceria com a FIOCRUZ, promoveu o workshop “Políticas de Saúde em Municípios do Interior”. O evento, realizado no município de Rio Bonito, no Estado do Rio, reuniu coordenadores municipais e estaduais do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Saúde da Mulher (PAISMCA) e Programa de DST/AIDS, e contou com a participação de representantes de mais de 30 municípios fluminenses, entre profissionais de saúde, conselheiros municipais de saúde, ONGs, integrantes de universidades e de instituições de pesquisa.

As temáticas abordadas foram agrupadas em quatro mesas:

- 1) Desigualdades e políticas em municípios do interior
- 2) Programa de Saúde da Família: diferentes olhares
- 3) Saúde reprodutiva e integralidade
- 4) Atuação da sociedade civil em saúde.

Cada mesa era formada por uma composição multissetorial, reunindo profissionais de universidades e centros de pesquisa, movimentos sociais e organizações não-governamentais, e organizações governamentais. O seminário teve ainda três grupos de trabalho, que contaram com entusiasmada participação da plateia (“O PSF e a organização da assistência à saúde”; “Saúde reprodutiva e integralidade”; e “Sociedade civil: participação social e parcerias”).

O seminário foi avaliado pelos participantes como uma rara ocasião de efetivo encontro e integração de gestores municipais com profissionais de saúde e sociedade civil. Para mais informações, contatar Ivia Maksud, da ABIA, no telefone 21-22231040 ou pelo e-mail: maksud@abiains.org.br



Juan Carlos Ravach

# Pesquisa mundial sobre tratamento de AIDS

Pedro Sloboda

Texto gentilmente cedido pela *Revista de Manguinhos* – FIOCRUZ



Ministério da Saúde distribuiu medicamentos anti-retrovirais para 128 mil pacientes em todo país em 2003. Este ano, o número aumentará em 20 mil, atingindo a marca de 148 mil atendidos pelo Programa Nacional de DST/AIDS, reconhecido internacionalmente pelos seus bons resultados. Além do sucesso do programa na área de assistência à saúde, o Brasil desponta na área de pesquisa sobre o tratamento e prevenção da doença, ao ser incluído num esforço internacional de estudos de ponta em AIDS organizado por redes do *National Institutes of Health* (NIH), agência de pesquisa em saúde do governo americano.

A FIOCRUZ será responsável pelo gerenciamento dos estudos e resultados no Brasil. O trabalho inclui o teste de três novos medicamentos contra AIDS em 100 pacientes, a avaliação em 1.750 bebês de um esquema tratamento para evitar a transmissão da doença a recém-nascidos filhos de mães HIV positivas diagnosticadas durante o parto, e duas estratégias de prevenção da transmissão do vírus em casais heterossexuais.

Até o fim de 2004, o grupo de ensaios clínicos em AIDS, liderado por Beatriz Jegerhorn Grinsztejn, Valdiléa Veloso e José Henrique Pilotto, do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC), iniciará sua participação nos três estudos internacionais coordenados por redes ligadas ao NIH. Além de gerenciar os trabalhos e resultados no Brasil, o grupo fará o atendimento a pacientes. A equipe reúne especialistas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), do Centro de Informação Científica e Tecnologia (CICT) e do próprio IPEC. O grupo participará de estudos conduzidos pelas redes *Adult Aids Clinical Trials Group* (AACTG) e *HIV Prevention Trials Network* (HTPN).

Na área de tratamento, a parceria será com o AACTG, considerada a maior rede de ensaios clínicos do mundo. A pesquisa deve começar em junho deste ano e avaliará a eficácia de três tratamentos anti-retrovirais em 100 pacientes brasileiros que ainda não recebem esse tipo de medicação. Ao todo, serão analisados 1.250 soropositivos em 12 centros de pesquisa espalhados em todo o globo.

Os pesquisadores da FIOCRUZ serão responsáveis pelo atendimento aos pacientes, análises laboratoriais e consolidação dos dados obtidos. A parceria com o AACTG já rendeu a ampliação das instalações do ambulatório do IPEC. O instituto recebeu do NIH uma verba de U\$ 84 mil para construção de oito novas salas para atendimento exclusivo a soropositivos.

Com o HTPN, o grupo participará de dois projetos na área de prevenção. O estudo HPTN 040 avaliará três medidas profiláticas pós-exposição usadas em recém-nascidos filhos de mães HIV positivas diagnosticadas durante o parto. Um total de 1.750 bebês será distribuído aleatoriamente em três grupos, que receberão medicações diferentes. O primeiro será tratado apenas com Zidovudina (AZT), medida preventiva padrão em todo o mundo. Já o segundo, receberá também Nevirapina. Aos restantes, será administrado um esquema formado por AZT, Lamivudina e Nelfinavir.

“A duração do projeto é de 33 meses e, a partir dos resultados obtidos, será possível identificar qual a opção mais eficaz na prevenção à transmissão vertical da AIDS”, explica Pilotto, frisando que, nesse projeto, o grupo será responsável pelo gerenciamento técnico global, administração, análises laboratoriais e consolidação dos dados.

Ainda na mesma rede, o estudo HPTN 052 vai comparar duas estratégias de prevenção da transmissão de HIV em casais heterossexuais em que um dos cônjuges é portador do vírus da AIDS e o outro não, conhecidos como sorodiscordantes. Sessenta casais serão divididos aleatoriamente em dois grupos. Um terá contato apenas com os métodos comuns, como o uso da camisinha e o aconselhamento. No outro, os soropositivos sem indicação para tratamento anti-retroviral receberão remédios, além de terem acesso às medidas tradicionais.

“Vamos saber se a medicação tem algum efeito protetor nessa população que não exige tratamento”, afirma Beatriz. O IPEC será responsável pelo gerenciamento nacional do estudo e pelo atendimento de parte dos pacientes. A previsão é que os trabalhos comecem no segundo semestre.

Além dos novos estudos, o grupo termina este ano uma parceria com o *Comprehensive International Program of Research on AIDS* (CIPRA), rede de apoio a estudos em AIDS também ligada ao NIH. O CIPRA concedeu ao grupo uma doação para planejamento e organização no valor de U\$ 50 mil, o que permitiu a realização de treinamentos e eventos e a conclusão de um estudo com gestantes soropositivas do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul. Em agosto, serão apresentados o relatório de atividades e um novo projeto de pesquisa. A meta é receber uma doação para pesquisa exploratória, que pode chegar a U\$ 500 mil. Segundo a coordenadora do projeto, Mariza Morgado, do IOC, com essa verba será possível aprofundar os trabalhos iniciados na primeira etapa, detalhando as diferenças entre a epidemia de AIDS nos dois estados. Nesse novo estudo, será utilizada a mesma amostra do projeto HPTN 040.

Caso a proposta seja aceita, o grupo de ensaios clínicos renoverá seu relacionamento com o CIPRA, mantendo, simultaneamente, quatro parcerias com redes do NIH. Para Beatriz Grinsztejn, esse reconhecimento internacional é fruto do trabalho e dos resultados obtidos pela equipe nestes 11 anos de atividades.

“Muitos dos principais avanços científicos na luta contra a AIDS surgiram a partir de trabalhos desenvolvidos por redes do NIH. Participar disso é ser pioneiro na pesquisa sobre a doença”, comemora Beatriz.

# Brasil: boas respostas, novos desafios



## Integralidade, interdisciplinaridade e inter-setorialidade na terceira década da epidemia no Brasil

Juan Carlos Raxach, assessor de Projetos da ABIA –  
[juancarlos@abiids.org.br](mailto:juancarlos@abiids.org.br), [www.abiids.org.br](http://www.abiids.org.br)

**JÁ SE PASSARAM DUAS DÉCADAS DE EPI-  
DEMI** e poucos países latino-americanos e do mundo adotaram uma política eficaz de combate à epidemia de HIV/AIDS. A última década foi marcada por grandes avanços tecnológicos e pesquisas que permitiram o surgimento da terapia anti-retroviral (ARV) combinada, assim como a descoberta de novas classes de medicamentos que propiciaram, àquelas pessoas que têm acesso a elas, uma significativa melhora na qualidade de vida, no que se refere ao controle da replicação do HIV e à diminuição de danos ao sistema imunológico, entre outros benefícios.

**A RESPOSTA BRASILEIRA DE ENFRENTA-  
MENTO** à epidemia da AIDS é o resultado da luta do movimento social organizado aliado aos técnicos de saúde que defenderam o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentar a epidemia de forma ampla, fazendo valer os direitos constitucionais que surgiram a partir do processo de democratização do país. O Brasil foi um dos primeiros países a pôr à disposição um acesso universal, gratuito e sustentado para todas as pessoas soropositivas ao HIV com indicação para a terapia ARV. Até janeiro de 2003, eram aproximadamente 120 mil usuários.

**FORAM GRANDES AS CONQUISTAS**, e é relevante que o número de internações hospitalares por infecções oportunistas tenha se reduzido até 80%, e o número de mortes por AIDS tenha diminuído 50% nas grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo. Por outro lado, essas conquistas nos estimulam a pensar em novos desafios a enfrentar, que vão além do acesso ao tratamento. Uma das lições mais importantes que aprendemos nos diz que a assistência é mais que o acesso aos medicamentos. Para que possamos falar de um bom tratamento, e situá-lo dentro de um contexto mais amplo de saúde, devemos envolver e comprometer diferentes atores e setores da sociedade. Nesse sentido, a atenção integral, a interdisciplinaridade e a inter-setorialidade são temas de grande importância na agenda

de debate sobre as políticas públicas de saúde das ONGs, dos estados e dos municípios, entre outros atores sociais, e devem ser trabalhadas nos próximos anos.

**COM O OBJETIVO DE REFORÇAR AS REDES  
DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO** às pessoas soropositivas, além de ir delineando esses novos desafios, a ABIA, em conjunto com a Divisão de Doenças Infecto-parasitárias do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, realizou, no Rio de Janeiro, em 2002, o *Seminário Assistência em HIV/AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Esses três temas permitiram abarcar, em um primeiro momento, alguns dos problemas que estão presentes na atenção primária à saúde e que precisam ser enfrentados para oferecer e ampliar a qualidade de vida e a atenção às pessoas soropositivas.

**AO ABORDAR O TEMA DA RELAÇÃO MÉDI-  
CO-PACIENTE**, mencionou-se que, atualmente, essa relação apresenta vários obstáculos, destacando-se – mesmo depois de duas décadas de epidemia – o preconceito relacionado a uma inadequada formação pessoal e profissional. Muitos pacientes se queixam de que o médico não os olha de frente, que não sabe como abordar a doença. São profissionais que pedem um exame para HIV mas que não sabem como comunicar o resultado quando dá positivo. Por incrível que pareça, ainda existe medo da infecção. Além disso, existem dificuldades de ordem técnica, há muitas pessoas solicitando atendimento médico e poucos profissionais para suprir a demanda, o que provoca demora no atendimento e um desgaste emocional, tanto do profissional como do paciente, um indiscutível obstáculo na boa relação médico-paciente e, como consequência, pouca eficiência no atendimento.

**A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR** foi apresentada como uma exigência no plano do conhecimento e das práticas sociais. A AIDS é um objeto complexo que exige a participação de diferentes conhecimentos e diversas dimensões da experiência humana.

Essa interdisciplinaridade enfrenta alguns obstáculos: 1) O componente humano: a vaidade, a política cotidiana, as relações de poder formais e instituídas ou informais que se estabelecem entre os profissionais. 2) O próprio paradigma das práticas de uma saúde que é biomédica, curativa e centralizada. 3) A alta valorização dos anti-retrovirais, o que reduz a atenção médica ao controle do HIV, relegando-se aspectos sociais, nutricionais e a reabilitação, que é praticamente inexistente nos serviços de atenção a pessoas soropositivas no Brasil. Outro desafio levantado foi a necessidade de refletir sobre o papel do Estado e da sociedade civil em lidar com a AIDS como uma questão multissetorial e não ligada apenas à área de saúde, mas também às políticas sociais, de trabalho, de desenvolvimento econômico e de previdência. Se o objetivo final é melhorar a qualidade de vida das pessoas HIV+, a construção de uma prática interdisciplinar é fundamental. A possibilidade de construir práticas integrais é afetada pela falta de comunicação entre os profissionais de diferentes especialidades, bem como pela falta de diálogo entre os diferentes campos do saber, inclusive o saber da comunidade e do próprio usuário. O acompanhamento médico regular não apenas através do médico, mas de uma equipe multidisciplinar de saúde, é necessário e urgente, reforçando e levando à prática o desejado SUS.

**AO ABORDAR O TEMA DA INTEGRALIDADE**, destacou-se que ainda estamos no início de uma luta pela organização de serviços que respondam às necessidades da população de uma forma geral, e que é preciso pensar sobre qual o sentido de integralidade dirigido a uma estrutura de organização de serviços que possam ser capazes de responder ao conjunto das amplas necessidades das unidades de saúde.

**O PROGRAMA BRASILEIRO DE ENFRENTA-  
MENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS** é fonte de inspiração, além de exemplo, de que essa integralidade é possível e necessária. Mas é um desafio generalizar a experiência alcançada para outras doenças. São indiscutíveis os benefícios e conquistas alcançadas com a política adotada, e agora, no que marcamos como um segundo momento, é urgente a necessidade de reforçar essa política através, por exemplo, de ações integradas que contribuam para o enfrentamento dos novos desafios visando melhorar ainda mais a resposta dada e continuar melhorando a qualidade de vida das pessoas soropositivas.

## Peru: trabalhando a família

A Vía Libre, organização peruana de luta contra a AIDS, desenvolve em Lima um programa de capacitação em atenção domiciliar dirigido a familiares, amigos e agregados de pessoas que vivem com HIV/AIDS, mediante módulos de capacitação teórico-práticos.

O programa nasceu da necessidade crescente de um grande número de famílias de contar com informação e apoio básico domiciliar. Essa realidade se torna crítica em países como o Peru, onde não existe o acesso universal a tratamentos e, portanto, a morbidade das pessoas soropositivas é alta. Da mesma forma, muitas famílias procuram os serviços de saúde motivadas por problemas básicos que poderiam ser resolvidos em casa, ou devido a complicações que poderiam ser evitadas com medidas básicas ou com a detecção precoce de sinais de alarme.

O programa busca: 1) Instruir no manejo de problemas básicos que não requerem atendimento médico e na identificação de sinais de alarme que requereriam precocemente um atendimento especializado. 2) Proporcionar capacitação básica sobre HIV/AIDS, infecções oportunistas e medidas de prevenção. 3) Mostrar quais são os cuidados necessários ao paciente com AIDS em etapa terminal. 4) Capacitar em técnicas de apoio sócio-emocional. 5) Estabelecer um modelo de atenção domiciliar que depois seja aplicável em âmbito nacional.

### ► Família fortalecida

Embora iniciado no ano de 2000 com oficinas teóricas, foi apenas em 2002 que se articulou esse programa dirigido a familiares e agregados de todas as idades, sem distinção de sexo e nível sócio-econômico. São pessoas que convivem ou têm uma presença contínua no domicílio, com motivação para dar um apoio adequado e que dispõem de tempo para freqüentar as 12 horas de duração do módulo.

Uma equipe multidisciplinar conduz o programa: médicos, psicólogas, nutricionistas, pessoas soropositivas facilitadoras e educadoras de seus pares, o coordenador do módulo e enfermeiras. Todos com experiência de trabalho com pessoas HIV positivas.



Fotos: Arquivo Vía Libre

São desenvolvidos com um enfoque teórico-prático os seguintes temas: Informação básica, sinais de alarme, reconhecimento e manejo de situações básicas em casa, apoio sócio-emocional, apoio em etapa terminal de AIDS, nutrição e morte.

Grupos focais e entrevistas prévias demonstraram um importante nível de estigma e discriminação entre os próprios familiares. Esses temas foram incorporados no desenvolvimento dos conteúdos e em dinâmicas de grupo que os abordam de forma transversal.

Atualmente, existem de 120 a 150 familiares ou agregados capacitados. São beneficiadas indiretamente 120 a 150 pessoas soropositivas e 300 familiares diretos.

### ► Mobilizando a casa

O diferencial desse programa reside no fato de mobilizar diretamente os familiares para responderem em casa ao impacto da epidemia. O desafio é lutar contra a falta de tempo.

## CONSELHOS PRÁTICOS

### O QUE ACONTECE COM A FAMÍLIA?

Diante de um diagnóstico positivo, a família pode ter diversas reações emocionais:

- Raiva e desaprovação, sobretudo no que se refere à forma como a pessoa se infectou, o que muitas vezes ocasiona situações de agressão ou conflito no seio da família.
- Desejos de cuidar e proteger (às vezes superproteger), mas, ao mesmo tempo, misturados com temor diante do desconhecimento da infecção.
- Negação da infecção, o que dificulta que se fale abertamente ou que cada um possa expressar o que sente.
- Desconfiança do cônjuge, o que leva muitas vezes ao rompimento da comunicação e ao aumento das dificuldades que estão sendo vividas.

O afeto dos seres queridos é um fator fun-

Como parte da metodologia desse programa piloto, foram realizados acompanhamentos às pessoas participantes. Os indicadores avaliados são os que se relacionam às respostas concretas diante dos problemas em casa, no transcurso dos meses pós-participação no programa. Esses dados ainda estão sendo analisados. Uma primeira avaliação nos permite ver que a incorporação de informação e conhecimentos teóricos traduziu-se, em grande parte, em respostas eficazes e importantes mudanças de atitude.

Algumas das questões encontradas no decorrer desse trabalho: 1) É preciso contar com programas educativos teórico-práticos dirigidos a pessoas soropositivas, que em princípio não procuram os grupos de ajuda mútua. 2) São importantes o papel e o envolvimento de pessoas soropositivas como atores dentro da equipe. 3) Uma vez que se trata de um trabalho de capacitação com um bom número de horas, a abordagem individual deve ser sempre um complemento indispensável.

A seguinte etapa do programa é a sua multiplicação e ampliação.

Para isso, será editado o Manual de Atenção Domiciliar, que poderá ser obtido através de contato com o Dr. Robinson Cabello, diretor-executivo da Vía Libre, pelo e-mail [robincab@vialibre.org.pe](mailto:robincab@vialibre.org.pe), [www.vialibre.org.pe](http://www.vialibre.org.pe)

damental. Quando alguém de quem gostamos está sofrendo, pegar na sua mão ou acompanhá-lo em silêncio pode ser um apoio.

Quando se sabe o que acontece, é preferível não esconder o fato. A sinceridade impedirá o isolamento. Não é necessário negar a situação, pois é bem provável que a pessoa precise falar disso. É muito melhor comunicar-se, falar abertamente do que se sente, em lugar de fingir que nada está acontecendo.

É preciso respeitar as decisões da pessoa afetada durante esse processo. Ela é quem decidirá como quer viver e quem gostaria que a acompanhasse. Podemos aconselhar, mas não impor. É muito importante não julgar nem recriminar. É muito doloroso buscar afeto e consolo e encontrar rechaço.

Informação baseada no manual APRENDIENDO SOBRE LA INFECCIÓN SOBRE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, da ASOCIACIÓN VÍA LIBRE, Lima, Peru, 2002 – [sida@vialibre.org.pe](mailto:sida@vialibre.org.pe), [www.vialibre.org.pe](http://www.vialibre.org.pe)



# Companheirismo e assistência

Em 2003, o Grupo Pela Vidda/Niterói-RJ e outras 15 ONGs do Brasil foram treinadas para formar a Rede Buddy Brasil. A criação da rede tem origem no sucesso do projeto Rio Buddy, desenvolvido desde 1997 no Rio de Janeiro, pelos grupos Pela Vidda/RJ e Arco-Íris. A Rede tem o propósito de instalar programas Buddy em outras cidades brasileiras, cobrindo as necessidades locais, preservando as particularidades regionais.

Assim, nasceu em Niterói, em 2004, o projeto NitBuddy, contando com parcerias locais e uma equipe de técnicos e voluntários na elaboração, na implementação e no acompanhamento do projeto. Essas parcerias se dão na cessão de espaço para os treinamentos; na elaboração de material informativo; no encaminhamento, acompanhamento e atendimento aos clientes pelos profissionais de saúde; no convite a palestrantes para os treinamentos.

O projeto propõe um trabalho de atenção e acompanhamento domiciliar às pessoas vivendo com AIDS, que mobiliza a comunidade, aproxima pessoas e promove a quebra de preconceitos a baixos custos. A atuação do *buddy* (amigo, companheiro) vai depender das necessidades de seu cliente (pessoa com AIDS): acompanhá-lo ao mercado, ao médico, à praça, numa possível internação hospitalar e, até mesmo, ajudá-lo em tarefas domésticas. É importante ressaltar que essa ajuda é apenas complementar, não substituindo os profissionais de saúde. Ao acompanhar um cliente, o *buddy* disponibilizará no máximo oito horas por semana de trabalho voluntário, podendo esse

acompanhamento ser eventual ou por um período maior.

Os resultados esperados são o fortalecimento da auto-estima e autocuidados; prevenção secundária; assiduidade às consultas; aumento na adesão ao tratamento; diminuição no número de internações; retorno ao convívio social; reinserção no mercado de trabalho e conseqüente melhoria na qualidade de vida.

Quem é o cliente? Qualquer pessoa vivendo com AIDS que apresente algum tipo de intercorrência física ou psicológica: adultos, adolescentes, crianças, independentemente de gênero e orientação sexual, e usuários de serviço de saúde mental infectados, com exceção de usuários de drogas. O acompa-

nhamento de crianças, adolescentes e usuários de serviços de saúde mental é possibilitado por serem populações atendidas em outros projetos da instituição.

O encaminhamento de clientes pode ser feito por alguém da família, amigos ou profissionais de saúde que detectem a necessidade de um *buddy* para aquela pessoa. A equipe entra em contato com o cliente e faz todos os encaminhamentos e orientações, mesmo que por algum motivo ele não seja incluído no projeto.

O Grupo Pela Vidda/Niterói está permanentemente captando candidatas a *buddies* (qualquer pessoa com mais de 18 anos e boas condições físicas, com desejo de ser voluntária). Após entrevista, os candidatas são encaminhados para treinamentos de 40 horas; posteriormente, recebem orientações e são acompanhados pela equipe do

projeto.

Nesta primeira etapa, em 2004, o projeto tem como meta 30 *buddies* acompanhando (continuada ou eventualmente) 100 clientes. É importante ressaltar que, neste primeiro momento, o atendimento será realizado somente a moradores de Niterói, embora a sua rede de saúde atenda a uma grande população dos municípios vizinhos.

Narda Nery Tebet – coordenadora do projeto NitBuddy - Grupo Pela Vidda/Niterói - Rua Visconde de Moraes, 251 – Ingá – Niterói  
Tel: (21) 2722-0067/2613-0598  
2ª a 6ª feira das 13:00 às 19:00  
[www.pelavidda-niteroi.org.br/](http://www.pelavidda-niteroi.org.br/)  
[nitbuddy@pelavidda-niteroi.org.br](mailto:nitbuddy@pelavidda-niteroi.org.br)



Grupo Pela Vidda - Niterói

# A AIDS COMO OBJETO COMPLEXO E DESAFIADOR, E A EXIGÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE SABER INTERDISCIPLINAR

Wilza Villela <sup>1</sup>

*Interdisciplinaridade é o esforço de construção de um campo do conhecimento que, situado na fronteira entre outros campos de conhecimento e de ação, busca com esses estabelecer conexões e continuidades até conquistar autonomia como um novo campo do conhecimento. A construção interdisciplinar é, hoje, uma exigência no plano do conhecimento e das práticas sociais, em função da complexidade dos objetos com os quais nos deparamos e, conseqüentemente, da complexidade exigida para a sua leitura e interpretação.*

**A**IDS é um objeto complexo. Sua formulação, como objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de distintos saberes e de diversas dimensões da experiência humana.

Na sua própria definição como síndrome, que vigorou até há bem pouco tempo, a AIDS já se anuncia como um objeto complexo, somatório de condições e efeitos dessas condições ocorrendo simultaneamente num indivíduo. Assim, para a sua compreensão e para uma intervenção médica exitosa sobre seus portadores, são necessários conhecimentos derivados de diferentes especialidades clínicas. Além disso, enquanto desafio para a medicina e para a saúde pública, a AIDS exige e estimula a produção de novos conhecimentos, em diferentes áreas médicas, como a hematologia, a imunologia, a farmacologia e em outros campos de saber, como a psicologia, a pedagogia, a economia e outros.

Os aspectos éticos da prática de saúde e da prática médica nunca foram objetos de tanta discussão e polêmica como o que ocorre a partir da AIDS.

Como já foi dito, o trabalho interdisciplinar é exigido também pela demanda de satisfação de um conjunto amplo de necessidades dos usuários. Para a adesão ao tratamento, por exemplo, não adianta o médico adotar uma postura de que as conseqüências pelo paciente não cumprir corretamente com a prescrição é problema apenas desse paciente.



Arquivo PROSA

## A necessidade da escuta

É certo que o remédio é muito caro, e se tomado erradamente pode provocar resistência, o que justifica o fato de o médico considerar plausível redirecionar seus recursos medicamentosos e tecnológicos, e seu saber para alguém que vai aproveitar melhor o tratamento. No entanto, questões como alimentação e dieta, o passe de ônibus necessário para ir à consulta, a falta ao trabalho e até com quem deixar as crianças interferem, muitas vezes, na possibilidade de seguir o tratamento à risca, e normalmente não encontram espaço para serem abordadas na consulta médica, até pelo fato de o paciente considerar que aquilo não é assunto para ser tratado naquele espaço.

A questão é delicada, pois se não houver alguém que escute esse conjunto de necessidades e equacione a sua satisfação, dentro das possibilidades reais do serviço e do paciente, o tratamento não se sustenta. Assim, a efetividade do trabalho médico na AIDS depende marcadamente de profissionais que possam ouvir e da interação

com a enfermagem, com profissionais de serviço social e de psicologia.

O HIV e a AIDS constelam uma série de defesas psíquicas e emoções às vezes ambíguas e contraditórias. Não dá para fazer assistência em AIDS achando que as pessoas vão lidar com isso com a mesma racionalidade que lidam com outras questões. Sexo e comida são básicos para a nossa sobrevivência como espécie. Comportamentos alimentares e sexuais são, portanto, de difícil regulação. Durante bilhões de anos, para cada indivíduo, o sexo e a alimentação tiveram sentidos específicos e importantes. Nem todo mundo quer, ou consegue, comer nas horas estabelecidas ou transar sem correr diferentes riscos.

O viver com HIV tem uma ligação com a alimentação e estilo de vida muito marcante, que nem sempre os profissionais sabem abordar. Quem trabalha com diabéticos, hipertensos, obesos, sabe o quanto é difícil para uma pessoa reestruturar a sua dieta e o seu estilo de vida. O mesmo pode ser dito em relação à sexualidade. Tanto a sexualidade

quanto a alimentação são espaços ritualizados, extremamente simbolizados e repletos de significados. Isso faz com que tenhamos que compreender como aquele cidadão individualmente simboliza e significa a sexualidade e as relações interpessoais na sua vida para tentarmos fazer um acordo de redimensionar o seu cotidiano, visando preservar a sua vida com qualidade, a partir dos significados atribuídos a uma doença que pode ter sido adquirida através da relação sexual.

## Respeitando as escolhas do paciente

A questão da escuta, no serviço, aponta para a necessidade de reconhecer e respeitar as escolhas do paciente - o que ele decide falar e com quem -, mas também de delimitar o objeto de trabalho de cada um da equipe. É fato que se trabalha em equipe tanto melhor quanto melhor você delimita o seu objeto de trabalho e lida com os conflitos derivados dessa delimitação.

Um primeiro ponto para pensar nos conflitos internos a uma equipe de trabalho, num serviço público de saúde, é que nem todos os profissionais estão dispostos a enfrentar esses conflitos que surgem no processo de constituição de uma equipe. No serviço do Instituto de Saúde de São Paulo, por exemplo, houve uma grande rotatividade de profissionais até a constituição que existe hoje. Uma primeira dificuldade do trabalho interdisciplinar percebida foi a delimitação do espaço profissional e das hierarquias: afinal, quem manda em quem? Por ser um atendimento de pessoas com HIV, o infectologista tem mais poder? Ou, por ser um serviço de pré-natal, a ginecologista deveria mandar no serviço? E qual o lugar dos outros médicos e dos demais profissionais?

Além de conflitos de poder, é comum o profissional ter que lidar com questões de ciúme e competição, e com os preconceitos, em particular quanto ao modo de transmissão ocorrida. Esses preconceitos se traduzem em diferentes posturas dos profissionais: os “psi” vão olhar a escolha do parceiro talvez como parte de um conjunto de escolhas orientadas pelo nível de autoestima; o serviço social vai olhar o paciente com dó; o infectologista ficará mais atento às infecções oportunistas.

Essas posturas podem se somar num olhar sobre o paciente, mas podem também

fomentar um conflito entre as condutas: ênfase no clínico ou no psicossocial? Dependendo da conduta ou postura eleita, a vaidade do profissional que postulava ser a sua a mais adequada pode ficar ferida. Esse tem sido um grande aprendizado, porque em alguns momentos fica evidente que a questão deixa de ser o paciente para ser quem tem razão, quem tem a melhor conduta, quem é mais esperto.

O último ponto que pode colocar a equipe em conflito é o envolvimento com a neurose do paciente. Todos temos nossas neuroses, isso não é privilégio dos pacientes, e às vezes o profissional permite que a sua loucura individual interaja com a do paciente. Esse é um fato frequente e bastante delicado, pois efetivamente lidamos com uma população muito frágil e carente. Quem tem a autoridade de definir o limite objetivo da carência do outro e do suporte necessário para superá-lo? Não dá para ter uma postura de que a última palavra sobre uma questão terá que ser sempre daquele que, na equipe, é considerado especialista. Um profissional de saúde mental, por exemplo, pode entender tudo da dinâmica mental do indivíduo, mas a avaliação sobre o conjunto das necessidades que a equipe pode satisfazer tem que ser da equipe.

## A interdisciplinaridade como proposta de trabalho compartilhado

Para assumir uma proposta de trabalho interdisciplinar, é necessário, em primeiro lugar, confiar na equipe e se reunir. Para isso, tem que haver vontade e disciplina, já que as rotinas de trabalho não prevêm isso. A segunda coisa é a humildade, aceitar que às vezes erramos e vamos ter que fazer de novo. A terceira é assumir que temos que acertar mais que errar. Erramos uma vez e aprendemos para não errar de novo.

Dar o mesmo grau de importância aos diferentes profissionais, talvez tenha sido um movimento iniciado a partir de nossos conflitos. Evidentemente, seria bom que a população, através das discussões em ONGs, pudesse ajudar os profissionais a se pressionarem mutuamente no sentido de uma construção mais consistente do conhecimento. E para ser mais consistente, o saber tem que ser mais compartilhado.

Se o objetivo final é a qualidade de vida do indivíduo com HIV, a construção de uma prática interdisciplinar é condição fundamental. Podemos pensar no limite do nosso trabalho em relação ao trabalho do nosso colega, se temos uma finalidade comum. Se estivermos num canto para lá e nossos colegas num canto para cá, não há como estabelecermos limites e áreas de fronteiras.

A AIDS, no Brasil e no mundo, avança sobre populações e indivíduos mais vulneráveis, o que não significa que os portadores do HIV sejam pessoas inertes, sem capacidade de reflexão e diálogo. Assim, para o profissional, é como andar num fio de navalha, onde é preciso proteger e dar assistência a quem precisa sem desconsiderar a sua potencialidade. Como distinguir, no trabalho cotidiano, uma proposta de assistência que promova a emancipação e o crescimento do indivíduo de uma que o torna cada vez mais dependente do serviço?

Devemos considerar que a primeira condição para o usuário se tornar cidadão e reivindicar seus direitos é que ele esteja vivo. Então, a prioridade é garantir que ele não falecerá nem de AIDS nem de outra coisa qualquer. Isso implica ter que dar conta de condições mínimas de sobrevivência, sem perder o parâmetro da potencialidade do outro. Para finalizar, é importante lembrar que uma das facetas da interdisciplinaridade é a inter-setorialidade, que defende pensarmos nas estruturas sociais mais amplas. Talvez uma dica seria pensar que a primeira condição é ter os indivíduos vivos, condição que hoje representa um desafio enorme.

A segunda é buscar a equidade, sendo essa o reconhecimento das diferenças entre os indivíduos e o oferecimento de suportes diferenciados em função disso. O desafio é perceber em que momento discriminamos positivamente para que aquele indivíduo tenha um mínimo de dignidade e vire um cidadão, e em que momento essa discriminação positiva se torna paternalista e vai solidificando um processo de negação da potencialidade do outro. Esse é um desafio que está aí para ser pensado no trabalho do dia-a-dia.

<sup>1</sup> - Médica, doutora em medicina preventiva e assistente de direção do Instituto de Saúde de São Paulo – (wilzavi@usp.br)

## RECURSOS

**Reflexões sobre assistência à AIDS.** A publicação visa, de uma forma simples, relatar o conteúdo do que foi abordado no seminário “Assistência em HIV/AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade”, evento realizado em novembro de 2002 no Rio de Janeiro. ABIA. [cedoc@abiids.org.br](mailto:cedoc@abiids.org.br) / Tel. 21 22231040. Falar com Aline Lopes.

**Folhas informativas.** Contêm informações sobre o que é AIDS, o teste anti-HIV, medicamentos, análises de laboratório, bioquímica do sangue, açúcar sanguíneo e gorduras do sangue, como deter a expansão do HIV, sexo seguro e protegido, drogas injetáveis e HIV, profilaxia pós-exposição e preservativos. ABIA. <http://www.abiids.org.br/media/folhas%20informativas-serieA.pdf>

**Manual de consejería pre e posprueba em VIH y SIDA.** Aborda temas de aconselhamento médico, psicologia, conselhos para os familiares de pessoas soropositivas, recomendações para os cuidadores e sugestões de autocuidado. Também traz informações sobre HIV/AIDS, respostas emocionais, sexualidade, prevenção e grupos de auto-apoio. MINISTERIO DE SALUD. Programa de SIDA/ FUNDACIÓN APOYÉMONOS. Bogotá, Colômbia, 2002, [www.ins.gov.co/epidemiologia/psp/its\\_sida/manual.pdf](http://www.ins.gov.co/epidemiologia/psp/its_sida/manual.pdf)

**Atención integral por escenarios de atención y niveles.** Pautas de atenção integral para pessoas soropositivas nas Américas. OPS/OMS, em colaboração com ONUSIDA e IAPAC. Abril 2001. [www.paho.org/spanish/HCP/HCA/BB\\_Summary\\_Span.pdf](http://www.paho.org/spanish/HCP/HCA/BB_Summary_Span.pdf)

**Informe LACCASO.** Relatório sobre a situação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS e o acesso à atenção integral e aos tratamentos anti-retrovirais (ARV) na América Latina e no Caribe. Apresentado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). LACCASO. Outubro 2002. [www.laccaso.org](http://www.laccaso.org)

**Antirretrovirales. Esfuerzos de América Latina y el Caribe hacia el acceso universal.** Página web com informação sobre as três negociações sub-regionais (Caribe, América Central e dez países da América Latina). Dados sobre o número de pessoas em tratamento na região e um resumo da legislação aprovada para ampliar o uso dos ARV. Uma série de instrumentos (protocolos, listas de fontes, orientações sobre aquisições) dirigidos à ampliação do tratamento para as pessoas soropositivas. OPS. [www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/antiretrovirals\\_HP.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/antiretrovirals_HP.htm)

**O Ação Anti-AIDS propicia um fórum para o intercâmbio de informação sobre atenção e prevenção do HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis. Esse boletim é publicado em inglês, português e espanhol. Tem uma circulação mundial de 160.000 exemplares.**

A edição original do Ação Anti-AIDS é produzida pela *Healthlink Worldwide* no Reino Unido.

Editora Executiva: Christine Kalume  
Editora: Lysa Oxlade  
Desenho e produção: Ingrid Emsden

Editores associados:  
Inglês, Ásia-Pacífico: HAIN (Filipinas)  
Inglês, África Ocidental: KANCO (Quênia)  
Inglês, África do Sul: SAFAIDS (Zimbábue)  
Francês, ENDA (Senegal)  
Português, África: Universidade Eduardo Mondlane (Moçambique)  
Espanhol, América Latina e Caribe: CALANDRIA (Peru)  
Cahuide 752, Lima 11, Peru  
Correio eletrônico: [accionensida@caland.org.pe](mailto:accionensida@caland.org.pe)  
Endereço eletrônico: [accionensida@caland.org.pe](mailto:accionensida@caland.org.pe)  
Português ABIA (Brasil)

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA  
Rua da Candelária, 79/10º andar – Centro – 20091-020  
Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
Tel. 21 22231040 – Fax. 21 22538495  
Correio eletrônico: [abia@abiids.org.br](mailto:abia@abiids.org.br)  
Endereço eletrônico: [www.abiids.org.br](http://www.abiids.org.br)

Editores responsáveis: Claudio Oliveira, Cristina Pimenta, Richard Parker e Veriano Terto Jr.

Conselho editorial: Claudio Oliveira, Cristina Pimenta, Javier Ampuero (Calandria) e Veriano Terto Jr.

Colaboração: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Javier Ampuero (Calandria), Narda Tebet (Grupo Pela Vidda/Niterói), Pilar Salgado (Calandria) e Wilza Villela (USP)

Jornalista responsável: Jacinto Corrêa – MT 19273

Coordenação editorial: Claudio Oliveira

Tradução: Beatriz Canabrava

Adaptação gráfica: A 4 Mãos LTDA.

Fotolito e impressão: Gráfica Reproarte

Apoio: DFID / Healthlink Worldwide

Tiragem: 20.000 exemplares

