

Prevenção à AIDS: um desafio para a saúde e seus profissionais

Júlio César Barroso Pacca*
Renato Barboza**

Um pouco de estória

Os primeiros casos de Aids foram descritos em 1981 pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta nos Estados Unidos, nas cidades de São Francisco e Nova Iorque. A doença acometia na sua maioria adultos jovens que apresentavam manifestações associadas a quadros de imunodeficiência.

Inicialmente, foram relatados por este Centro casos em homens com práticas homossexuais e, posteriormente, novos casos em usuários de drogas injetáveis, politransfundidos e mulheres, principalmente em países africanos.

Nesses anos, pesquisadores de várias instituições em diferentes países tem realizado estudos para isolar e conhecer o agente etiológico, as formas de transmissão, o tratamento de infecções oportunistas e também a prevenção desta doença.

A Aids é hoje um dos principais problemas de saúde pública do mundo. Segundo a OMS existem atualmente cerca de 12 milhões de pessoas estão vivendo com HIV/Aids no mundo. O Brasil registrou 155.590 casos acumulados desde 1980 até fevereiro/99. Segundo o Ministério da Saúde- C.N.DST e Aids, cerca de 50% dos municípios brasileiros notificaram casos da doença. Estima-se que 500.000 pessoas sejam portadoras do HIV no país. O estado de São Paulo representa cerca de 48% desse total, sendo o principal estado da Federação em número de casos e também onde foram observadas as primeiras ocorrências desta epidemia.

A análise epidemiológica tem demonstrado importantes mudanças no quadro das DST/AIDS quanto ao perfil de seus portadores. O quadro atual evidencia um significativo crescimento da infecção pelo HIV entre mulheres e, conseqüentemente, da transmissão materno-infantil. A relação homem/mulher infectados, que em 1985 era de 33/1, atualmente é de 3/1.

É importante salientar a crescente “pauperização” e “interiorização” da epidemia em nosso país. Vários fatores apontam para a disseminação da infecção pelo HIV entre a população de baixa renda e de menor acesso aos serviços públicos de saúde e educação.

Dos 150 milhões de brasileiros, 63 milhões são crianças e adolescentes. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde evidenciam que, dos 155.590 casos de AIDS notificados desde o início da epidemia até fevereiro/1999, 57.692 referem-se às faixas etárias compreendidas entre o nascimento e a idade de 29 anos.

Considerando que o período de incubação do HIV pode estender-se por mais de 10 anos, conclui-se que a infecção está ocorrendo durante a adolescência e mesmo na infância, principalmente pela transmissão sexual e através do uso compartilhado de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis.

Paralelamente, constata-se o aumento do número de gestações na adolescência na faixa etária compreendida entre 11 e 15 anos de idade. Isso se faz acompanhar por um alto número de abortos, ampliando a problemática, especialmente entre adolescentes de baixa renda. A alta incidência das DST e da

gestação na adolescência indicam práticas sexuais desprotegidas. Enfatizamos que a ocorrência das DST pode aumentar a probabilidade de infecção pelo HIV em até 18 vezes.

A prevenção como estratégia de enfrentamento

A detecção, o controle e a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids passaram a ser objeto de preocupação dos serviços de saúde, sendo que essa é uma das prioridades do Programa Estadual DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Apesar de ser uma doença nova em nosso meio, muitas mudanças ocorreram nesses anos. Acumulou-se conhecimento científico em relação a fisiopatogenia do vírus HIV, aos exames para diagnóstico e controle e também quanto ao desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos das infecções oportunistas e com antiretrovirais. As modalidades assistenciais (hospital dia, serviço de assistência especializada, assistência domiciliar terapêutica e enfermarias) foram diversificadas, aprimoradas e ampliadas em várias regiões do país e principalmente no Estado de São Paulo.

Por outro lado, as ações na área da prevenção às DST/Aids caminharam lentamente, implicando em vários desafios para promoção de atitudes preventivas para população em geral e principalmente entre profissionais de saúde. Principalmente porque nos deparamos com vários obstáculos ao pensar e fazer prevenção. Primeiro, há uma preponderância do investimento técnico e financeiro no que se refere ao processo de cura. O curativismo hegemônico não é construído tão-somente pelas universidades e pelos gerentes da saúde no nosso país. Mas também está calcado num modelo que pressupõe a doença como algo cindido da saúde, no qual a figura do médico-pajé-xamã é colocado como o diferencial único e exclusivo que pode tornar doentes em não-doentes. Uma visão relacional entre os diversos determinantes do processo de saúde/doença é ainda diminuta e com pouco ecoar dentro da produção científica e de investimentos em políticas públicas de saúde em nosso meio.

Os resultados obtidos com as novas terapêuticas antiretrovirais e métodos de marcadores sorológicos parecem ter concentrado todos os esforços da sociedade, mídia e governo na sua garantia como marca de luta contra a Aids. E é uma conquista, mas não deveria ser a única. Na verdade, pouco representa na contenção do avanço e controle desta epidemia (ou endemia?). Haja vista a dificuldade de se prevenir, com a ajuda dos mesmos antiretrovirais, a contaminação materno-infantil, que depende tão-somente de vontade política governamental na garantia do oferecimento de testes anti-HIV às gestantes (os medicamentos estão à disposição de todos os serviços) e na vontade do profissional de saúde, em conhecendo o resultado, tomar as medidas adequadas. Isto não ocorre. As taxas de transmissão materno-infantil são em torno de 30%, quando poderiam ser reduzidas minimamente para 7 a 8 %. O que impede este avanço? E o que dizer do recrudescimento da sífilis congênita?

Vários estudos apontam que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces de DST podem reduzir significativamente a transmissão do HIV, chegando a gerar impacto de 42% na redução das taxas de soroconversão em estudos. O uso de preservativos, em estudo realizado nos EUA com parceiros discordantes (um soropositivo para o HIV e outro negativo), indicam que em uso consistente deste nenhum dos casais estudados se contaminou; em contraposição, naqueles aonde o uso não era regular houve uma soroconversão de 12%.

Outro ponto significativo é que o processo educativo e preventivo é de longo prazo. Não há como, principalmente em questões tão complexas com a sexualidade e o uso de drogas injetáveis, se transformar comportamentos em pequeno período de tempo ou em intervenções pontuais. Este processo de adoção de práticas seguras está relacionado a uma série de fatores intrínsecos, tanto de conhecimento, de capacidade cognitiva, de elementos socioculturais e de ações preventivas continuadas por parte de diversos setores da sociedade e dos órgãos de comunicação.

Assim, a dificuldade de se observar resultados imediatos na população-alvo, a descontinuidade de investimentos políticos e financeiros nesta área, a fragilidade da manutenção do tónus e mesmo de projetos e a ênfase pouco pronunciada por parte da sociedade em relação a estes programas de prevenção fazem com que este terreno tenha que continuamente ser revitalizado, reconquistado e redefinido.

Ainda há parca preocupação com planejamento por parte dos diversos equipamentos sociais de nosso país. Planejar é visto como mera casualidade ou exigência de agências de financiamento ou por governos em início de mandato que dificilmente sustentarão tal empreitada. Ou seja, planejar no nosso universo é quase que próximo a burocratizar as ações a serem desenvolvidas. O saber acumulado nos prova que a ausência de planejamento em grande parte acarreta ausência de sistematização das ações desenvolvidas, que acaba por gerar um terceiro ponto: como poder-se-á afirmar que obtivemos os resultados que pretendíamos ter? Será que foram as ações preventivas propiciaram mudanças de comportamento? Podemos dizer que o modelo empregado, para além do mero empirismo ou experiência, é de fato efetivo e compreendemos suas virtudes e defeitos?

O corolário é a dificuldade de avaliação. Como avaliar o não-planejado? E sem avaliação, como poder-se-á pensar no agir e gerar o cerne do conhecimento que é compartilhar com um outro? Este outro certamente terá dificuldade no seu exercício de promotor de saúde.

O processo preventivo e educativo depende de intencionalidade fundamentada e planejamento e avaliação continuados. Sem isto, este ficará incondicionalmente comprometido a atividades de senso-comum, conservadoras e de eficácia suspeita.

É importante, assim, caracterizar algumas das matrizes na quais se baseiam a concepção de prevenção que o Programa Estadual DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde-SP (SES-SP) e o modelo de ação que daí deriva. Primeiramente, deve-se procurar definir o que caracterizamos enquanto prevenção; tradicionalmente, poderíamos falar em:

- prevenção primária, sendo aquela que procura encontrar meios para que não ocorra a doença (vacinas, informações, e outras);
- prevenção secundária, que está relacionada a recorrência de doença ou agravo;
- prevenção terciária, ligada ao evitamento da morte ou seqüelas graves.
- prevenção primordial, cuja ação compreende um reforçamento dos fatores protetores da saúde, ou seja, de uma ação que antes de que a situação de doença se coloque, aja sobre os elementos que se constituam como barreiras protetoras, contribuindo assim para a saúde. Além disto, procuraria estabelecer uma estratégia interdisciplinar e interinstitucional de modo a dar conta da complexidade envolvida no fenômeno de saúde/doença.

Esta base em muito vai para além do conceito de saúde da OMS como "um estado que completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de distúrbios ou doenças", em que pese que este conceito sai da negatividade - estar não doente - para assumir uma posição positiva - independente da ausência de doença.

Porém, pensamos que sendo um processo dinâmico não há um estado "positivo" e sim, um momento que traduz estas relações. Christophe Dejourns¹ procura dar conta desta perspectiva, em suas considerações acerca do conceito de saúde, dizendo que "saúde não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo" e prossegue dizendo que "saúde é antes de tudo uma sucessão de compromissos com a realidade; são compromissos que se assumem com a realidade, e que se mudam, se reconquistam, se redefinem, que se perdem e que se ganham.". E depois conceitualiza:

"Saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social".

¹ Este autor desenvolve este tema em sua obra "A loucura do trabalho"

Se considerarmos que todo processo social apresenta em si mesmo dinamismo e que o conceito de saúde é um constructo que se forja e encontra significado não fora deste processo, o próprio conceito deve traduzir este movimento. Neste perspectiva, a saúde do ponto de vista social estaria relacionada a uma crítica reflexiva dos indivíduos sobre sua realidade, sua vida, suas interrelações, de modo a propiciar com que estes possam ter condições de rediscutir o seu papel social, em ações que reflitam a necessidade de uma consciência ampliada em relação ao si-próprio e ao coletivo, num olhar crítico à estrutura social no qual estão imersos.

O processo saúde/doença se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade em geral, refletindo sua capacidade de defender a vida. A educação para a saúde, enquanto processo de interação e formação de sujeitos, constitui-se também como espaço social para a construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletiva.

Julga-se também importante especificar outro conceito que norteia as ações de prevenção, que é o de vulnerabilidade. Este vem ao encontro à necessidade de buscar uma alternativa ao conceito de risco (que opera com categorias de grupo, fator e comportamento de risco), visto que este último tem demonstrado certos entraves tanto no que se refere ao diálogo entre os diversos e possíveis serviços preventivos (educação e saúde, por exemplo) como também na apresentação de “efeitos colaterais”, como o preconceito gerado nos primórdios da AIDS em relação a determinados grupos populacionais. Mais do que isto talvez, a noção de vulnerabilidade, segundo Ayres², “visa não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor à AIDS, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar (...)”.

Assim, procura-se entender a situação do sujeito frente à epidemia da AIDS sob três planos diferenciados e intrinsecamente relacionados: individual, institucional e o social.

O plano individual relaciona-se ao comportamento que implica numa maior ou menor chance de se expor a doença, e principalmente ao grau de consciência que tem em relação a esta realidade e ao seu poder de transformação em direção a práticas seguras.

O plano social refere-se ao acesso à informação, aos serviços de educação e saúde, investimentos realizados na área da saúde e condições de bem-estar social, aos diversos elementos socioculturais de uma determinada sociedade e/ou região.

Já o plano institucional ou programático relaciona-se ao desenvolvimento e execução de projetos e ações voltadas para o atuar frente a determinada doença, ou seja, a ações políticas no campo da saúde para intervir numa determinada realidade e transformá-la.

No conceito de vulnerabilidade, as práticas e comportamentos sexuais são socialmente construídos e devem ser analisados revelando as diferentes susceptibilidades à infecção pelas DST/AIDS.

A prevenção, neste ponto de vista, não se esgota na transmissão de informações técnicas, porque essas isoladamente não mudam comportamentos socialmente construídos. Esse fato pode ser observado em relação a realização de palestras que na maioria das vezes são iniciativas isoladas e só fazem aumentar a ansiedade dos educandos e dos educadores que por um lado, sentem-se aliviados porque está se fazendo algo, mas por outro continuam despreparados para assumirem seu papel de “agentes preventivos”. Portanto, é necessário adotar uma metodologia participativa que integre elementos do cotidiano dos educandos, oportunizando a assunção de um papel ativo no processo ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, a abordagem preventiva das DST/AIDS, procura intervir na vulnerabilidade nos planos individual, institucional e social, orientando suas ações para prevenção primordial e primária. As ações preventivas devem ser contextualizadas, respeitando-se a realidade histórica, política, social,

² Este autor desenvolve este tema na Revista Idéias nº 29/FDE

econômica e cultural de cada região, não devendo ser abordadas apenas no seu aspecto técnico-científico, mas é imprescindível oportunizar a discussão democrática de valores e atitudes que permeiam essa problemática.

A metodologia deve ser participativa, envolvendo diferentes segmentos (governamentais e não governamentais) em todas as etapas do processo de trabalho. Portanto, o diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das ações devem ser orientados por uma linha de ação única, construída internamente pelas instituições, e pela comunidade onde esta está inserida. A pedagogia adotada é problematizadora, buscando continuamente um processo coletivo de trabalho no cotidiano das instituições, implicando em discussões, troca de experiências e formulação conjunta de procedimentos e diretrizes que orientem a prática preventiva.

As ações de assistência às DST/AIDS, devem garantir o acesso aos serviços de saúde, estando preparados tecnicamente para atender integralmente os encaminhamentos realizados pelas instituições. O enfoque assistencial deve contemplar as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, sendo desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. A atuação integrada destas áreas a partir de princípios uniformes permite recompor a fragmentação existente nas práticas tradicionais. As ações preventivas não devem estar dissociadas das outras medidas que favoreçam a melhoria da qualidade de vida.

As chances desse modelo ante as velhas posições

É claro que há e haverá resistências. Os diversos seguimentos provavelmente também continuarão na sua trajetória de resistência. Afinal, este modelo de saúde que hoje possuímos está baseado num modelo centrado na produção de insumos e produtos para combate das doenças, que produz certo “status” na boa condução da *doença nossa de cada dia*. Para tanto, a mediação não é entre o profissional e o cliente (seja o paciente ou a população) objetivando sua saúde, para se dar entre este mesmo profissional e um enorme aparato tecnológico e de “marketing” científico que parece deixar de lado a relação dialógica horizontal que pode (e deve) haver com o outro. E é nesta relação que se pode estabelecer um novo patamar de objetivação dos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pela cultura, concretizados na transformação dos sujeitos em busca de melhoria de qualidade de saúde e de vida.

É também provável que haja adesão, não de corporações, mas de muitos profissionais de diferentes formações, principalmente aqueles envolvidos diretamente com a população e que podem passar, com o novo modelo, a ver resultados mais positivos de seu trabalho.

Ao se problematizar tais pontos não se está tão-simplesmente preconizando mero academicismo, mas é fundamental olharmos para estes, não com a lente obtusa do despreocupado, mas da ótica daqueles que tem claro seu compromisso e sua missão frente a tarefa de divulgar e exercer a prevenção com vistas a uma melhor qualidade de vida, a promoção de saúde e da cidadania e de um olhar ampliado da população frente ao seu estar no mundo, vislumbrando um sujeito que possa ser ator e não sujeito.

Como vimos, a tarefa não é fácil. Torna-se menos fácil num país com tantos problemas sociais. A pergunta que nos colocamos, enquanto Equipe de Prevenção do Programa Estadual DST/AIDS-SP, e que convidamos os leitores a discutir é uma que nossa eterna colaboradora, Ausônia Favorido Donato, nos fez em uma das muitas contribuições a esta equipe: “Em nome de que e de quem fazemos algo?” A resposta está sempre sendo construída e reconstruída. Não temos a fórmula. Mas o desejo contínuo de responder e nos perguntar. A dedicação desta colaboradora nos exige mais do que soluções. Ora, o que são soluções aparentemente definitivas num processo tão dinâmico?

Nossa organização: missão, estratégia e objetivos

A Diretoria de Prevenção tem por finalidade a gerência de ações preventivas no estado de São Paulo no que se refere às DST/AIDS, tendo como missão a redução da vulnerabilidade à infecção pelas DST/Aids e suas consequências, estabelecendo interlocução com os diversos equipamentos sociais e instituições públicas e privadas visando implantar, implementar e gerar conhecimento sobre o assunto, constituindo-se enquanto uma das áreas do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo.

As ações propostas devem se encaminhar de forma integrada através das ONGs, Estado, e Municípios. A execução desta política deve ter base local/regional onde os sujeitos estejam envolvidos entre si: beneficiários da ação, representantes de conselhos, agentes comunitários locais/regionais, conselhos municipais, ONGs, comitês de ação de cidadania, movimentos sociais e outros. São estas:

- Ações abrangentes integradas às políticas básicas (educação, saúde, trabalho, habitação, saneamento, segurança, cultura e outros), contextualizadas com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere à descentralização, acesso, equidade e universalidade
- Constituição de equipes multiprofissionais e interprofissionais para executar, planejar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente a operacionalização dos programas, projetos e serviços, sabendo que o processo de educação em saúde se dá através de informações técnico-científicas, da discussão de valores e atitudes da população.
- Capacitação de recursos humanos para subsidiar a produção técnica e profissional voltadas para a melhoria de sua prática.
- Sensibilizar a comunidade para a questão da importância da prevenção das DST/AIDS através dos meios de comunicação de massa, visando promover a autonomia da população, opondo-se a juízos de valor, credos e mensagens que induzam à fatalidade e ao sensacionalismo.
- Capacidade operacional para desenvolver as ações priorizando alocação e disponibilização de recursos humanos e financeiros para assegurar a contrapartida e o envolvimento efetivo dos seus parceiros.
- Efeito multiplicador destas ações com o comprometimento político, técnico e financeiro dos envolvidos, garantindo a democratização de ações preventivas, através do planejamento e tomada de decisões em parceria com a sociedade, estimulando a articulação de redes de prevenção.
- Desenvolvimento de modelos de intervenção preventiva, bem como a capacitação de profissionais para atuação com populações mais vulneráveis e/ou de difícil acesso.
- Produção de conhecimento sobre prevenção às DST/AIDS, bem como sua divulgação através de publicações e fóruns dirigidos a cada público-alvo.

Júlio César Barroso Pacca é psicólogo e Diretor da Área de Prevenção e Treinamento do Programa Estadual DST/AIDS da SES-SP

Renato Barboza é sociólogo e Diretor do Núcleo de Treinamento do Programa Estadual DST/AIDS da SES-SP